

**Onderzoek beschrijvende diagnostiek  
bij indicaties jeugd-GGZ door Bureau Jeugdzorg**

**De resultaten**

**Quirien van der Zijden  
Partners in Jeugdbeleid  
Hoogmade, 16 december 2009**

# Inhoud

Inleiding.....	3
1. Onderzoekopzet.....	4
1.1 Vraagstelling .....	4
1.2 Fasering.....	5
1.3 Onderzoeksmethoden .....	6
2. Beantwoording onderzoeksvragen .....	7
2.1 Wat is beschrijvende diagnostiek? .....	7
2.1.1 <i>Vraagstelling</i> .....	7
2.1.2 <i>Bevindingen</i> .....	7
2.1.3 <i>Conclusie</i> .....	9
2.2 AWBZ-indicaties door BJZ: de huidige praktijk.....	10
2.2.1 <i>Vraagstelling</i> .....	10
2.2.2 <i>Bevindingen</i> .....	11
2.2.3 <i>Conclusie</i> .....	12
2.3 Beschrijvende diagnose in relatie tot huidige werkwijze BJZ .....	13
2.3.1 <i>Vraagstelling</i> .....	13
2.3.2 <i>Bevindingen</i> .....	13
2.3.3 <i>Conclusie</i> .....	14
3. Conclusies .....	15
4. Naar aanleiding van het onderzoek .....	16
4.1 Zorg in natura voor begeleiding jeugd met psychiatrische problemen .....	16
4.2 Werkwijze en bejegening door BJZ .....	16
Geraadpleegde literatuur .....	18
Geraadpleegde deskundigen .....	19
BIJLAGE 1 Weergave interviews met 7 BJZ's .....	20
BIJLAGE 2 Beschrijvende diagnostiek in de literatuur.....	43

## Afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGZNL	Brancheorganisatie van de instellingen voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
MOgroep	Maatschappelijke Ondernemersgroep (brancheorganisatie jeugdzorg)
PGB	Persoonsgebonden Budget
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wjz	Wet op de jeugdzorg
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Inleiding

Jeugdigen met psychiatrische problematiek maken in toenemende mate gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg zo constateert de *Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ*.

De Taskforce bracht in december 2008 advies uit aan de staatssecretaris van VWS en de minister voor Jeugd en Gezin. In zijn rapportage (*Verkeerd verbonden*, 15 december 2008) adviseert de Taskforce onder andere om voor jeugdigen met psychiatrische problematiek een zogenaamde *beschrijvende diagnose* op te nemen in de procedure voor de indicatiestelling van de Bureaus Jeugdzorg.

Met de invoering van beschrijvende diagnostiek zou het onterecht gebruik van de AWBZ beter voorkomen kunnen worden.

De Bureaus Jeugdzorg hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd in de harmonisering en de verbetering van de kwaliteit van de indicatiestelling. Het doel van dit onderzoek was om na te gaan in hoeverre de verbeterde werkwijze van de BJZ's overeenkomt met, danwel afwijkt van, de definitie van beschrijvende diagnostiek. Om vervolgens in kaart te brengen op welke punten nadere maatregelen noodzakelijk zijn.

# 1. Onderzoeksopzet

## 1.1 Vraagstelling

Bureau Jeugdzorg kan indicaties afgeven voor AWBZ-zorg voor jeugdigen tot 18 jaar in geval er sprake is van psychiatrische problematiek. Het gaat dan met name om de functies *Begeleiding*, *Verblijf (zonder behandeling)* en *Voortgezet Verblijf*. Het eerste jaar verblijf (met behandeling) en alle geneeskundige zorg bij psychiatrische problematiek valt sinds 2008 onder de Zorgverzekeringswet.

De Taskforce stelt dat binnen Bureau Jeugdzorg het hebben van een psychiatrische aandoening in de praktijk vaak automatisch leidt tot een positief indicatiebesluit voor de functie *Begeleiding*. Met het hanteren van de beschrijvende diagnose kan volgens de Taskforce onbedoeld gebruik van de AWBZ worden voorkomen.

Een beschrijvende diagnose zou gegevens moeten bevatten over de ziektegeschiedenis, gezinssituatie, het functioneren op school en de omgang met andere kinderen. Deze diagnose wordt door BIG-geregistreeerde professionals vastgesteld. Daarmee wordt de werkwijze van het CIZ bij de indicatiestelling ten behoeve van volwassen-GGZ als voorbeeld genomen. Aldus de Taskforce.

Alvorens tot een afgewogen besluit te kunnen komen over het al dan niet invoeren van de beschrijvende diagnostiek binnen de BJZ's moeten onderstaande vragen zijn beantwoord:

1. Klopt de aanname dat het hebben van een psychiatrische aandoening in de praktijk vaak automatisch leidt tot afgifte door BJZ van een positief indicatiebesluit voor de AWBZ-functie begeleiding? Terwijl er a. vaak geen indicatiebesluit afgegeven had mogen worden of b. een indicatiebesluit voor de Zvw of provinciale jeugdzorg afgegeven had moeten worden.
2. Wat verstaan de betrokkenen precies onder *beschrijvende diagnose*?
3. Wat voegt de *beschrijvende diagnose* toe aan de, in het Handboek Indiciestelling vastgelegde, werkwijze van de BJZ's, waarin sprake is van het "opstellen van een diagnostisch beeld"?
4. Wat zijn de praktische, financiële en juridische consequenties mocht besloten worden tot het invoeren van de beschrijvende diagnose voor deze doelgroep?

## 1.2 Fasering

Bij de opzet van het onderzoek is gekozen voor de volgende fasering:

- Fase 1: Verhelderen probleem en geadviseerde oplossingsrichting
- Fase 2: Consequenties in kaart brengen

### **Fase 1: Verhelderen probleem en geadviseerde oplossingsrichting**

In de eerste fase zijn de probleemstelling en de door de Taskforce geadviseerde oplossingsrichting op drie punten nader onderzocht:

#### *1.1. Definiëring beschrijvende diagnose*

De Taskforce baseert het advies om de beschrijvende diagnose in te voeren op de werkwijze die het CIZ hanteert bij de indicatiestelling ten behoeve van volwassenen, mede naar aanleiding van een brief van GGZNL en Per Saldo. De vraag die beantwoord moet worden is wat de betrokken partijen exact verstaan onder beschrijvende diagnose. Zowel wat betreft de inhoud als wat betreft de voorwaarden aan de professionals die daarbij betrokken behoren te zijn.

#### *1.2. Indicatiestelling in de praktijk*

De Taskforce concludeert dat in de praktijk het hebben van een psychiatrische aandoening vaak automatisch leidt tot een positief besluit voor de functie begeleiding in het kader van de AWBZ.

Deze conclusie staat haaks op de in het Handboek Indicatiestelling en de Werkinstructie Indicatiestelling Jeugd-GGZ beschreven werkwijze van de BJJ's. De vraag is nu in hoeverre de praktijk op dit punt (nog) afwijkt van de werkwijze die door de branche werd afgesproken.

#### *1.3. Toegevoegde waarde*

In het Handboek Indicatiestelling van de BJJ's wordt gesproken over het *opstellen van een diagnostisch beeld*. De vraag die beantwoord moet worden is wat het onderscheid is tussen de beschrijvende diagnose zoals onder 1 wordt beschreven en de werkwijze van de BJJ's. Wat zouden BJJ's anders of extra moeten doen op het moment dat de onder vraag 1 beschreven beschrijvende diagnostiek zou worden doorgevoerd?

Aan het eind van fase 1 is duidelijk in hoeverre de werkwijze in de praktijk (nog) afwijkt van de werkwijze die de BJJ's zelf hebben vastgesteld rond hun indicatietrajecten. Met name waar het gaat om het opstellen van het diagnostisch beeld: gebeurt dit bij alle aanvragen of wordt bij aanvragen voor de AWBZ-functie begeleiding volstaan met het vaststellen dat er sprake is van een psychiatrische aandoening?

Ook is aan het eind van deze fase duidelijk wat er aan de (beschreven) werkwijze van de BJJ's nog zou moeten worden toegevoegd om aan het concept beschrijvende diagnostiek te voldoen.

### **Fase 2: Consequenties in kaart brengen**

Op basis van de beantwoording van de vragen uit fase 1 kan in kaart gebracht worden wat de gevolgen zijn van het invoeren van de beschrijvende diagnostiek binnen de Bureaus Jeugdzorg:

- Om hoeveel indicatietrajecten zou het gaan
- Welke extra handelingen zouden moeten worden verricht
- Door welke professionals (binnen BJJ en mogelijk met inzet vanuit de GGZ?) en wat kost dit
- Een inschatting van de tijd die nodig zou zijn om de veranderingen door te voeren en de kosten die daarmee gepaard gaan
- De juridische eventuele consequenties

### 1.3 Onderzoeksmethoden

Om de hierboven beschreven vragen te kunnen beantwoorden zijn de volgende onderzoeksinstrumenten ingezet.

#### **Fase 1: uitgevoerd in augustus/september 2009**

##### *1. Document analyse*

In de eerste fase is relevante documentatie bestudeerd. Deze staat weergegeven aan het eind van deze rapportage onder de kop geraadpleegde literatuur.

##### *2. Praktijktoets*

Om zicht te krijgen op de indicatiestelling zoals die nu plaats vindt in de praktijk zijn van zeven BJZ's deskundigen op het gebied van de AWBZ-indicaties geïnterviewd. Met het oog op de representativiteit lieten we bij de selectie van de Bureau's de volgende aspecten meewegen:

- Stadsregio versus provincie
- Grote versus kleine provincie
- BJZ's met geïntegreerd indicatietraject versus BJZ's die met aparte AWBZ/PGB routes

##### *3. Gesprekken met sleutelfiguren*

- Gesprekken met vertegenwoordigers van de MOgroep, GGZNL, Per Saldo en het CIZ, plus enkele inhoudelijke experts op het gebied van diagnostiek, om te komen tot een definitie van beschrijvende diagnostiek
- Gesprekken met de MOgroep en inhoudelijk deskundigen vanuit de BJZ's om helder te krijgen waar de verschillen zitten tussen beschrijvende diagnostiek en de werkwijze binnen de BJZ's

#### **Fase 2: geplande uitvoering in oktober 2009**

Niet uitgevoerd, zie hoofdstuk 3.

## 2. Beantwoording onderzoeksvragen

### 2.1 Wat is beschrijvende diagnostiek?

#### 2.1.1 Vraagstelling

*Onderzoeksvraag 1:  
Wat verstaan betrokkenen onder beschrijvende diagnostiek*

De Taskforce stelt dat:

- Bij de indicatiestelling ten behoeve van volwassen-GGZ het CIZ gebruik maakt van een "beschrijvende diagnose"
- Bij jeugdigen deze beschrijvende diagnose ook de basis zou moeten zijn voor de indicatiebesluiten die BJZ afgeeft voor de AWBZ
- Naast een classificatie de beschrijvende diagnose gegevens moet bevatten over: de ziektegeschiedenis, de gezinssituatie, het functioneren op school en de omgang met andere kinderen
- De beschrijvende diagnose door BIG-geregistreerde professionals moet worden opgesteld

De Taskforce baseert zich in zijn advies ondermeer op een brief van GGZNederland en Per Saldo over dit onderwerp (GGZNL/Per Saldo, juni 2008).

Alvorens antwoord te kunnen geven op de vraag wat de consequenties zijn van het invoeren van beschrijvende diagnostiek bij de indicatiestelling voor jeugd met psychiatrische aandoeningen moet duidelijk worden:

- wat betrokken partijen onder beschrijvende diagnostiek verstaan
- in hoeverre hierover overeenstemming bestaat of dat de opvattingen uiteenlopen

Om deze vragen te kunnen beantwoorden is gesproken met vertegenwoordigers van GGZ-Nederland, de MOgroep, Per Saldo, Balans en het CIZ. Daarnaast is een korte literatuurstudie verricht.

#### 2.1.2 Bevindingen

*De MOgroep* wijst erop dat de Bureaus Jeugdzorg werken conform de eisen van de Wet op de jeugdzorg (sinds 2005), aanvullend daarop is het protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrie ingevoerd (2006). Met het oog op kwaliteitsverbetering is in 2007 afgesproken dat de BJZ's werken volgens het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg (implementatie afgerond eind 2009), met als aanvulling daarop de Werkinstructie Indicatiestelling voor de jeugd-GGZ (sinds 2009).

De Wet op de jeugdzorg (uitvoeringsbesluit, artikel 36) stelt dat BJZ geen indicatiebesluit neemt dan nadat een ontwerp daarvan ter beoordeling is voorgelegd aan een gekwalificeerde gedragswetenschapper. De Wjz verstaat onder gekwalificeerde gedragswetenschapper:

- Degene die lid is van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en is opgenomen in het Register Klinisch Psychologen of in het register Kinder- en Jeugdpsychologen en beschikt over de basisaantekening psychodiagnostiek van het NIP

- Degene die lid is van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en geregistreerd is als Orthopedagoog-Generalist
- De BIG-geregistreerde gezondheidspsycholoog (Uitvoeringsbesluit Wjz, artikel 1 lid m)

In het Handboek van de BJJ's wordt niet gesproken van *beschrijvende diagnostiek* maar over het *opstellen van het diagnostisch beeld* (zie 2.3 voor een nadere analyse). De door de Taskforce genoemde thema's (ziektegeschiedenis, gezinssituatie, functioneren op school en omgaan met andere kinderen) komen hierin uitgebreid aan de orde. De Werkinstructie Indicatiestelling voor de jeugd-GGZ bevat nadere instructies voor indicatiestelling in het kader van de AWBZ en de Zvw. Deze Werkinstructie is, onder andere, gebaseerd op de beleidsregels AWBZ 2009.

GGZNederland: een vertegenwoordigster van GGZ NL onderschrijft de beschrijving van de Taskforce en bevestigt dat deze is overgenomen uit de brief van GGZNL en Per Saldo van juni 2008. In de praktijk van de GGZ worden beschrijvende diagnoses door diverse professionals opgesteld maar altijd door een BIG-geregistreerde gedragswetenschapper of psychiater vastgesteld.

Per Saldo en Balans onderschrijven het belang van de beschrijvende diagnose bij de indicatiestelling. Voor een indicatiebesluit volstaat volgens hen niet enkel de DSM-classificatie, maar moeten ook de daadwerkelijke zorgbehoefte, leefomgeving en de mogelijkheden van iemand in beeld gebracht worden.

Het CIZ hanteert het zogenaamde trechtermodel. Dit model kent drie stappen, stap 1 is het in kaart brengen van de *zorgsituatie*. De indicatiesteller stelt vast of er sprake is van

- Een, of meer, van de AWBZ-grondslagen.
- Welke beperkingen of participatie problemen de aanvrager tengevolge van de aandoening of handicap ondervindt.
- Wat de woon- en leefsituatie is waarin de aanvrager zich bevindt en van welke voorzieningen al gebruik wordt gemaakt.

Daarna stelt het CIZ conform de beleidsregels de zorgbehoefte vast: rekening houdend met de gebruikelijke zorg, voorliggende voorzieningen en mantelzorg.

De term *beschrijvende diagnostiek* komt niet voor in de officiële documenten van het CIZ (Indicatiwijzer 2009, Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009). Bij het in kaart brengen van de zorgsituatie wordt wel gebruik gemaakt van informatie over ziektegeschiedenis, beperkingen en participatieproblemen, de woon- en leefsituatie. Bij indicaties voor volwassen-GGZ maken de indicatiestellers daartoe bijvoorbeeld gebruik van de informatie die vanuit de GGZ wordt verstrekt. Op grond van de diagnose stelt het CIZ vast of er sprake is van de grondslag psychiatrie. Op grond van de aanvullende beschrijving stelt het CIZ vast in hoeverre de aandoening ook leidt tot beperkingen.

#### Beknopte literatuurstudie

Uit de recente literatuur op het gebied van diagnostiek blijkt dat verschillend wordt gedacht over de inhoud van en de onderlinge verhouding tussen beschrijvende (descriptieve) diagnostiek, structurele diagnostiek en classificerende diagnostiek (zie bijlage 2 voor een samenvattend overzicht). Er is geen eenduidige definitie van het begrip *beschrijvende diagnostiek* voorhanden.



### **2.1.3 Conclusie**

Een eenduidige definitie van wat beschrijvende diagnostiek is, of zou moeten zijn, komt uit de gesprekken en de literatuur niet naar voren.

Alle betrokkenen zijn het er echter over eens dat het hebben van een aandoening of stoornis niet de basis kan vormen voor een indicatiebesluit en dat aanvullende informatie (waaronder de ziektegeschiedenis, de gezinssituatie, het functioneren op school en de omgang met andere kinderen) vereist is. Conform het advies van de Taskforce Linschoten.

Ook zijn de betrokkenen het er over eens dat het verzamelen en interpreteren van deze informatie onder auspiciën van een daartoe gekwalificeerde gedragswetenschapper of psychiater moet plaatsvinden.

## 2.2 AWBZ-indicaties door BJZ: de huidige praktijk

### 2.2.1 Vraagstelling

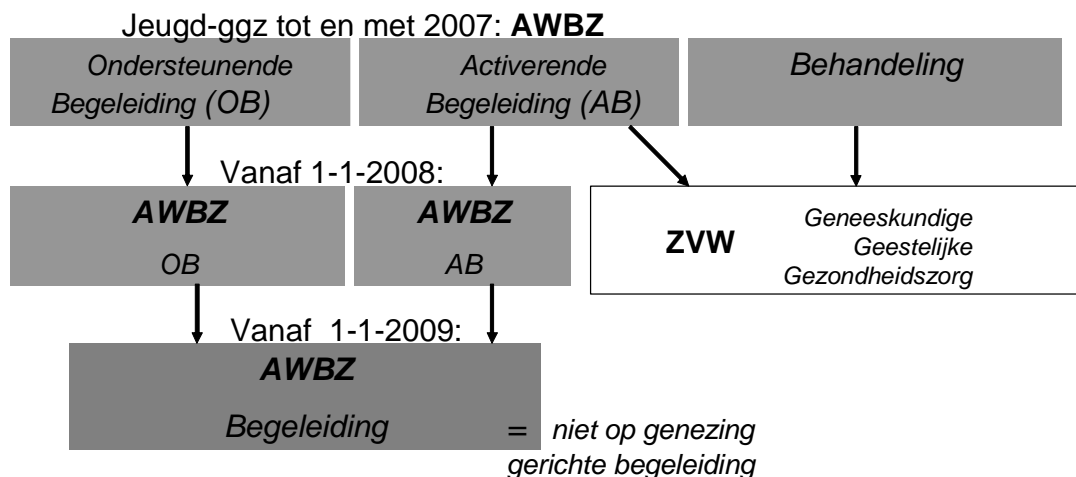
#### Onderzoeksvraag 2:

Klopt de aanname dat het hebben van een psychiatrische aandoening in de praktijk vaak automatisch leidt tot de afgifte door BJZ van een positief indicatiebesluit voor de functie begeleiding? Terwijl er a. geen indicatiebesluit afgegeven had mogen worden of b. een indicatiebesluit voor de Zvw of provinciale jeugdzorg afgegeven had moeten worden.

#### Begeleiding: AWBZ of Zvw?

Met het oog op de leesbaarheid van onze bevindingen geven we vooraf een korte toelichting op het begrip "begeleiding" en de onduidelijkheid die daarover bestaat:

Per 2008 werd de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zvw. Daarin was zowel de functie Behandeling als een deel van de Activerende Begeleiding begrepen.



Het onderscheid tussen begeleidende interventies vanuit de Zvw en de functie begeleiding AWBZ is in de praktijk niet altijd duidelijk, overigens ook niet voor het CIZ. In de werkinstructie van de BJZ's staat het als volgt omschreven:

**Zvw:** gericht op het aanleren van nieuwe vaardigheden of gedrag voorzover dit een programmatische en multidisciplinaire aanpak vereist. Bij de verbetering van de stoornissen/bependingen behoort dan het gelijktijdig aanleren van op zichzelf staande vaardigheden die de zelfredzaamheid ten doel hebben. Tot het aanleren behoort, tijdens de behandelperiode, naast de training ook de herhaling.

**AWBZ:** het door oefenen recent aangeleerde vaardigheden inslijten of bestaande vaardigheden in een andere situatie kunnen gebruiken.

De Taskforce concludeert dat het hebben van een psychiatrische aandoening in de praktijk vaak automatisch leidt tot de afgifte door BJZ van een positief indicatiebesluit voor de functie begeleiding in het kader van de AWBZ.

Deze conclusie staat haaks op de in 2007 in het Handboek Indicatiestelling beschreven werkwijze van de BJZ's. Mede naar aanleiding van de pakketmaatregelen en het advies van de Taskforce hebben de BJZ's, naast de implementatie van dit handboek, in 2009 een speciale Werkinstructie voor de indicatiestelling voor jeugd-GGZ ontwikkeld en ingevoerd.

De vraag is nu in hoeverre de praktijk (nog) afwijkt van de werkwijze die door de branche in Handboek en Werkinstructie werd afgesproken.

### **2.2.2 Bevindingen**

Hieronder schetsen we het beeld dat uit de interviews met deskundigen van 7 BJZ's naar voren komt. (In bijlage 1 zijn de afzonderlijke antwoorden van deze BJZ's opgenomen).

#### Handboek en Werkinstructie in de praktijk

Zes van de zeven geïnterviewde BJZ's geven aan geheel, of grotendeels conform het Handboek en de Werkinstructie te werken. Het zevende BJZ rond dit najaar de implementatie af.

Volgens het Handboek Indicatiestelling moet aan een indicatiebesluit een brede beschrijving van de situatie van de cliënt ten grondslag te liggen.

- De BJZ's antwoorden unaniem dat het ondenkbaar is dat zij een indicatiebesluit afgeven zonder dat er volledig zicht is op de situatie van het kind.
- Twee BJZ's geven aan, dat voor een indicatiebesluit AWBZ extra informatie nodig is in vergelijking met een indicatiebesluit voor Provinciaal- of Zvw-gefinancierde zorg. Dit in verband met het vaststellen van de feitelijke beperkingen en het vertalen daarvan in functie en klasse.
- De BJZ's maken bij het opstellen van hun diagnostisch beeld gebruik van informatie die door anderen gegeven wordt.
- Alle BJZ's geven aan, informatie te ontvangen van de GGZ ingeval de jeugdige voor een vervolg op de GGZ-behandeling bij BJZ komt, bijvoorbeeld voor begeleiding in het kader van de AWBZ. Indien er geen of een onvolledige beschrijvende diagnose is voeren de BJZ's zelf aanvullend onderzoek uit. Eén BJZ merkt op dat de vrijgevestigde behandelaars vaak geen beschrijvende diagnose meesturen en in dat geval volstaat dit BJZ met een beoordeling van de casus op grond van de DSM IV classificatie, aangevuld met informatie van de ouders zelf. Een ander BJZ merkt op, dat niet de GGZ maar de jeugdige en zijn ouders de cliënt zijn en dat die de informatie moeten leveren.
- Wanneer er sprake is van een verlengingsprocedure (herindicatie) vindt altijd onderzoek plaats naar de noodzaak van verlenging.

#### Differentiatie tussen AWBZ – Zvw – Jeugdzorg

De BJZ's geven unaniem aan dat het hebben van een psychiatrische aandoening niet automatisch leidt tot een indicatiebesluit voor de AWBZ-functie begeleiding. De concrete situatie en de zorgvraag zijn doorslaggevend. Jeugdzorg en zorg vanuit de Zvw worden bij hen ingeval van een psychiatrische aandoening ook geïndiceerd.

Indien ouders op grond van een psychische stoornis AWBZ-zorg claimen leidt dit binnen de geïnterviewde BJZ's zeker niet automatisch tot een AWBZ-indicatiebesluit. Ook hier zijn de situatie en de zorgvraag, en niet de DSM IV classificatie alleen, doorslaggevend. BJZ's geven aan voor deze kinderen regelmatig provinciale jeugdzorg of zorg in het kader van de Zvw te indiceren. Indien cliënten vervolgens naar de bezwaarcommissie stappen krijgen zij meestal geen gelijk. Twee cliënten die vervolgens naar de rechter stapten zijn eveneens in het ongelijk gesteld.

De BJZ's geven aan dat het grootste deel van de verwijzingen naar de Zvw nog steeds via de huisarts loopt. Eén BJZ noemt de verhouding 25% via BJZ, 75% via de huisarts (in 2005 onderzochten de inspecties dit en lag de verhouding landelijk op gemiddeld 20% BJZ – 80% Huisarts).

Twee van de zeven BJZ's geven aan dat het onderscheid tussen *begeleiding in het kader van de AWBZ* en *begeleiding in het kader van de Zvw* in de praktijk niet altijd goed te maken is. Zij kunnen niet altijd goed beoordelen of een zorgaanbieder, waar een kind onder behandeling is, begeleiding in het kader van de Zvw zou moeten bieden óf dat een AWBZ-indicatiebesluit noodzakelijk is om deze begeleiding te kunnen bieden.

#### Begeleiding: PGB en zorg in natura

Vier BJZ's geven aan dat vrijwel alle afgegeven indicatiebesluiten voor de AWBZ-functie begeleiding worden verzilverd in de vorm van een PGB (95-98%).

Bij twee BJZ's is dit aandeel opvallend lager, namelijk 66 en 70%. Een BJZ geeft aan dat dit komt doordat er een veelgevraagd zorgaanbod is (namelijk een logeerhuis) dat je in natura gewoon kunt benutten, terwijl er ingeval van PGB een bijbetaling wordt gevraagd. Het andere BJZ geeft aan dat er een uitgebreid GGZ-aanbod in de regio beschikbaar is (bekostigd vanuit de Zvw). Eén BJZ heeft geen zicht op dit percentage.

### **2.2.3 Conclusie**

Op basis van de interviews kan de conclusie worden getrokken dat de BJZ's zich in de praktijk houden aan het Handboek Indicatiestelling plus de Werkinstructie. Dit impliceert dat indicatiebesluiten slechts worden afgegeven op grond van een diagnose en aanvullende informatie. Wat opvalt tijdens de interviews is de uitgebreidheid van het onderzoek en de betrokkenheid van de BJZ's bij de afwegingen die ze bij het indiceren moeten maken.

Bij de indicatiestelling wordt door hen expliciet afgewogen of zorg vanuit de AWBZ, Zvw of jeugdzorg het meest is aangewezen. Niet de diagnose maar de situatie en de zorgvraag van het kind is daarbij doorslaggevend. Opgemerkt wordt daarbij wel dat het onderscheid tussen begeleiding in het kader van de Zvw en begeleiding in het kader van de AWBZ niet voor alle BJZ's helder is.

Dit onderzoek richtte zich op de werkwijze van BJZ: in hoeverre ligt een beschrijvende diagnostiek aan de basis van hun besluitvorming; werken de BJZ's volgens het door hen zelf opgestelde handboek en hun eigen werkinstructies. Het antwoord daarop is bevestigend.

## 2.3 Beschrijvende diagnose in relatie tot huidige werkwijze BJZ

### 2.3.1 Vraagstelling

*Onderzoeksvraag 3:  
Wat voegt de beschrijvende diagnose toe aan de, in het Handboek Indicatiestelling vastgelegde, werkwijze van de BJZ's, waarin sprake is van het "opstellen van een diagnostisch beeld"?*

In paragraaf 2.2.3 concludeerden we dat de BJZ's geheel conform (enkele grotendeels conform) het Handboek Indicatiestelling werken. Daarnaast geven de geïnterviewde BJZ's aan te werken volgens de recente Werkinstructie indicatiestelling jeugd-GGZ. In het onderstaande gaan we na:

- In hoeverre de werkwijze, zoals beschreven in het Handboek en de Instructie, een *beschrijvende diagnose* opleveren, zoals bedoeld door de Taskforce.
- Indien dat niet het geval is: wat zouden de BJZ's anders of extra moeten doen om wel tot een beschrijvende diagnose te komen.

### 2.3.2 Bevindingen

#### Handboek, protocol en Werkinstructie: beschrijvende diagnostiek?

De BJZ's onderscheiden vanaf aanmelding tot indicatiebesluit twee fasen: in de eerste fase wordt gezien of de cliënt bij BJZ aan het juiste adres is en wordt een eerste taxatie gemaakt. De tweede fase is het feitelijke indicatietraject.

#### *Fase 1: Aanmelding en acceptatie*

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

Relevant voor het thema *beschrijvende diagnostiek* is dat in deze fase de aard van de problemen al breed in kaart worden gebracht. Met behulp van een Gestructureerde Vragenlijst (GCT) wordt op vijf aandachtsgebieden informatie verzameld:

- *Psychosociaal functioneren*
- *Lichamelijke gezondheid*
- *Verstandelijke ontwikkeling*
- *Gezin en opvoeding*
- *Omgeving*

#### *Fase 2: Opstellen diagnostisch beeld*

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

In deze fase worden de aard en de ernst van de in fase 1 gesignaleerde problemen nader geanalyseerd. Het Handboek schrijft voor dat ten behoeve van het *opstellen van het diagnostisch beeld* (stap 2) de volgende activiteiten worden ondernomen:

1. *Neem de CBCL/SPy af, en beoordeel de uitkomsten*
2. *Stel hypothesen op*
3. *Bespreek de uitkomsten met jeugdige en ouders*
4. *Verzamel informatie bij verschillende bronnen*
5. *Taxeer de ernst van de problematiek met behulp van de <sup>Quick</sup>Step*
6. *Ga na of er eerdere hulpverleningscontacten zijn geweest*
7. *Zet (zo nodig) specialistische diagnostiek en aanvullende specifieke activiteiten in*
8. *Vorm een professioneel oordeel en stel een diagnostisch beeld op*

Bij een vermoeden van psychiatrische problematiek worden bovenbeschreven stappen ook doorlopen. Aanvullende daarop hanteren de medewerkers van BJJ het Protocol indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek en de Werkinstructie Indiciestelling voor de jeugd-GGZ. Daarin staat onder andere voorgeschreven dat:

- Bureau Jeugdzorg wel vaststelt dat er sprake is van psychiatrische problematiek maar geen psychiatrische diagnose stelt
- BJJ kan indiceren voor/verwijzen naar zorg in het kader van de zorgverzekeringswet, alwaar de psychiatrische diagnose wel kan worden gesteld en zonodig behandeling kan worden geboden
- BJJ geeft een AWBZ-indicatie af indien de diagnose psychiatrische problematiek is gesteld, én de medewerker op grond van de doorlopen stappen in fase 1 en 2, tot de conclusie komt dat AWBZ-zorg is aangewezen
- Bij het vaststellen van de aard en de omvang van de te indiceren zorg volgt BJJ dezelfde richtlijnen als het CIZ, deze staan omschreven in de Werkinstructie

Indicaties voor de AWBZ worden dus alleen afgegeven indien de psychiatrische diagnose is vastgesteld door een daartoe gekwalificeerde gedragswetenschapper of psychiater. Het indicatietraject binnen de BJJ's wordt in het algemeen uitgevoerd door daartoe speciaal opgeleide medewerkers op HBO-niveau. Bij het opstellen van een indicatiebesluit moet een daartoe gekwalificeerde gedragswetenschapper zijn geraadpleegd.

### **2.3.3 Conclusie**

Het indicatietraject van de BJJ's is uitgebreid en omvat meer dan het vaststellen dat er al dan niet sprake is van een psychiatrische aandoening. Het diagnostisch beeld dat de BJJ's opstellen omvat informatie over de gezinssituatie, de ziektegeschiedenis, het functioneren op school en de omgang met andere kinderen, zoals de Taskforce bepleit. De indicatiestelling vindt plaats onder auspiciën van een daartoe gekwalificeerde gedragswetenschapper.

De conclusie is dat de werkwijze van de BJJ's, zoals beschreven in hun Handboek en werkinstructie, overeenkomt met de definitie die de betrokkenen geven van beschrijvende diagnostiek.

### 3. Conclusies

Op basis van de in hoofdstuk 2 weergegeven bevindingen trekken wij de volgende conclusies:

1. De stelling van de Taskforce, dat beschrijvende diagnostiek voorwaarde is voor een zorgvuldige indicatiestelling, wordt bevestigd door de geïnterviewde Bureaus Jeugdzorg. De BJZ's geven zonder uitzondering aan dat het ondenkbaar is, dat een correct indicatiebesluit kan worden opgesteld zonder volledig inzicht in de situatie van het kind. Weliswaar hanteren de BJZ's niet de term *beschrijvende diagnostiek* maar de werkwijze, die landelijk op initiatief van de provincies en de MOgroep is ingevoerd<sup>1</sup>, resulteert in *het opstellen van het diagnostische beeld*, hetgeen op hetzelfde neer komt. Daarbij is de DSM-IV classificatie wel een voorwaarde maar zeker geen garantie voor toegang tot de AWBZ. De aanbeveling van de Taskforce om beschrijvende diagnostiek in te voeren als onderdeel van het indicatieproces door de Bureaus Jeugdzorg blijkt in de praktijk reeds gerealiseerd.
2. BJZ's wegeen bij psychiatrische problemen expliciet af, of AWBZ dan wel provinciale jeugdzorg dan wel Zvw de passende indicatie is. Wanneer er al behandeling door de GGZ heeft plaatsgevonden gebruiken de BJZ's bij het indiceren de beschrijvende diagnose van de GGZ-behandelaar. Wordt een beschrijvende diagnose niet verstrekt door de GGZ-behandelaar dan zorgt BJZ zelf voor de benodigde informatie.

Het onderscheid tussen *begeleiding* als interventie vanuit de Zvw en de *functie begeleiding* in het kader van de AWBZ blijkt in de praktijk van het indicatieproces overigens niet altijd duidelijk. Het College van Zorgverzekeraars (CvZ) heeft inmiddels toegezegd dit jaar nog met een advies over de afbakening tussen de Zvw en de AWBZ te komen.

Het onderzoek naar de consequenties van de invoering van beschrijvende diagnostiek (fase 2, zie pagina 5) bleek gezien deze conclusies niet meer noodzakelijk.

**NB** Na de vaststelling van deze rapportage bracht het CVZ het standpunt Geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding naar buiten. Daarin wordt de afbakening verder verhelderd.

---

<sup>1</sup> Handboek Indicatiestelling, 2007, later door de MOgroep aangevuld met de Werkinstructie voor de indicatiestelling voor jeugd-GGZ, 2009.

## 4. Naar aanleiding van het onderzoek

Met Per Saldo en Balans zijn de onderzoeksresultaten besproken. Tijdens deze besprekingen gaven de beide organisaties signalen af die niet direct betrekking hebben op de onderzoeksvragen zelf, maar wel relevant zijn voor de zorg aan jeugdigen met psychiatrische problematiek.

### 4.1 Zorg in natura voor begeleiding jeugd met psychiatrische problemen

Uit de interviews met de BJZ's blijkt dat het merendeel van de afgegeven indicaties voor de AWBZ-functie begeleiding door ouders wordt omgezet in een PGB:

- Vier BJZ's geven aan dat vrijwel alle afgegeven indicatiebesluiten voor de AWBZ-functie begeleiding worden verzilverd in de vorm van een PGB (95-98%).
- Bij twee BJZ's is dit aandeel opvallend lager, namelijk 66 en 70%. Een BJZ geeft aan dat dit komt doordat er een veelgevraagd zorgaanbod is (namelijk een logeerkamer) dat je in natura gewoon kunt benutten, terwijl er ingeval van PGB een bijbetaling wordt gevraagd. Het andere BJZ geeft aan dat er een uitgebreid GGZ-aanbod in de regio beschikbaar is (bekostigd vanuit de Zvw).
- Eén BJZ heeft geen zicht op dit percentage

In reactie hierop geven Per Saldo en Balans aan dat zij signalen hebben dat een flinke groep ouders noodgedwongen kiest voor een PGB omdat zorg in natura voor de AWBZ-functie begeleiding ontbreekt. Een constatering die eerder ook de door de taskforce Linschoten werd gedaan.

Onderzoek dat Bureau Jeugdzorg Drenthe onlangs uitvoerde onder PGB-houders bevestigt dit: 35-40% van de ouders gaf hier te kennen dat zij liever AWBZ-zorg in natura hadden ontvangen.

Per Saldo en Balans zijn van mening dat het ongewensd is dat ouders gedwongen worden voor een PGB te kiezen omdat passende zorg ontbreekt. Zij dringen er op aan dat de ministeries voor Jeugd&Gezin en VWS de ontwikkeling van het aanbod begeleiding actief stimuleren. Daartoe zouden de volgende stappen moeten worden gezet:

- Breng de omvang van de vraag naar begeleiding in natura in kaart door het onderzoek dat BJZ Drenthe uitvoerde te herhalen vanuit een representatief deel van de BJZ's.
- Vraag de budgethouders expliciet aan te geven welke feitelijke hulp zij nodig hebben voor hun kind en analyseer deze gegevens. Uit deze analyse kan worden afgeleid in hoeverre de gevraagde begeleiding geneeskundig (Zvw) of niet-geneeskundig (AWBZ, of wellicht jeugdzorg of WMO) van aard is.
- Stimuleer dat op een aantal plaatsen experimenten van start gaan met een flexibel ambulante aanbod van begeleiding dat aansluit op de in kaart gebrachte vraag.

### 4.2 Werkwijze en bejegening door BJZ

De uitgebreide werkwijze van de BJZ's, zoals beschreven in hoofdstuk 2, is er wellicht mede de oorzaak van dat cliënten bij Per Saldo en Balans klagen over de in te vullen hoeveelheid formulieren. Bij beide organisaties komen klachten binnen van cliënten die met name betrekking hebben op deze werkwijze en de bejegening door BJZ:

- o Ouders moeten lange en ingewikkelde vragenlijsten invullen voor dat ze op gesprek mogen bij BJZ. Ouders zijn uren bezig met het invullen van deze lijsten
- o De digitale vragenlijsten die een aantal BJZ's hanteren kunnen alleen worden ingezonden als alle vragen zijn beantwoord. Soms zijn vragen lastig te beantwoorden en zouden ouders liever toelichten in een gesprek. Zonder vragenlijst kan echter geen aanvraag worden ingediend en is er geen gesprek



- Er zijn ouders die graag een gesprek willen bij BJZ maar die te horen krijgen dat alleen een schriftelijke of telefonische afhandeling van hun aanvraag mogelijk is. Indicaties worden dan afgegeven zonder dat het kind is gezien en met ouders is gesproken
- Er zijn ouders die twijfelen aan de deskundigheid van de medewerkers van BJZ, in het bijzonder wanneer het gaat om de beoordeling van kinderen met (ernstige) psychiatrische problematiek

Hoeveel cliënten hierover klachten hebben is overigens niet bekend.

De MOgroep Jeugdzorg heeft inmiddels aan de Bureaus een handreiking gedaan ter verbetering van de aanvraagprocedure en de daarbij behorende formulieren en informatie. Ook heeft de MOgroep Per Saldo en andere cliëntenorganisaties verzocht om cliënten met klachten over de bejegening te adviseren om hier direct een melding/klacht van te doen bij het desbetreffende Bureau Jeugdzorg, eventueel met ondersteuning van een vertrouwenspersoon. Het desbetreffende Bureau Jeugdzorg kan dan gerichte maatregelen nemen ter verbetering.

Tijdens een ronde langs de bureaus jeugdzorg (najaar 2009 / begin 2010) zullen vertegenwoordigers van de ministeries voor Jeugd&Gezin en VWS ondermeer dit onderwerp aan de orde stellen.

## Geraadpleegde literatuur

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

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

Linschoten R.L.O., Goudswaard K.P., Kamps J.A. *Verkeerd verbonden; Naar houdbare voorzieningen voor jeugdigen*. Taskforce invoering maatregelen voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ; 15 december 2008

Ministerie van VWS (2004). *Wet op de jeugdzorg*. Den Haag, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.

Ministerie van VWS (2004). *Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg*. Den Haag, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden.

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

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

Ministerie van VWS en Jeugd& Gezin (2009) *Antwoorden op de vragen uit de algemene commissie Jeugd en Gezin over de brief van 27 januari 2009 inzake de aanbidding van het rapport van de Taskforce Linschoten*. Den Haag, Ministerie van VWS

MOgroep (2007). *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht, MOgroep

MOgroep (versie 2.0, juli 2009) *Werkinstructie indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek door Bureau Jeugdzorg*. Utrecht, MOgroep

Zorgverzekeraars Nederland (2008). *Circulaire: Geneeskundige GGZ als aanspraak vanuit de Zorgverzekeringswet*. Zeist, Zorgverzekeraars Nederland

Zijden, Q. C. M. van der, Diephuis, K. H. (2006) *Indicatieprotocol jeugdigen met psychiatrische problematiek*. Hoogmade, Partners in Jeugdbeleid

## Geraadpleegde deskundigen

Liesbeth Hendriks	MOgroep
Tanno Kleijn	MOgroep
Nicolette Epker	MOgroep
Theo Horsten	BJZ Drenthe
Martin Dirksen	BJZ Overijssel
Corina Brekelmans	GGZ NL
Aletta Willems	CIZ
Aline Saers	Per Saldo
Marlies Kamperman	Per Saldo
Zoey Luijcks	Balans
Hanneke van Diggelen	CVZ
Ivonne Keuzenkamp	IPO
Ruud van Herk	Ministerie Jeugd & Gezin
Liesbeth Molenaar	Ministerie VWS / Curatieve zorg
Aaltje Hartholt	Ministerie VWS / Langdurige zorg

Met dank aan de deskundigen binnen de zeven Bureaus Jeugdzorg die de tijd hebben genomen om mee te werken aan de interviews en aan Frank Israels die deze gesprekken met hen voerde.

## BIJLAGE 1 Weergave interviews met 7 BJZ's

# ONDERZOEKSVRAAG 1

Stel, een nieuwe cliënt meldt zich bij BJZ, zonder dat er direct sprake is van een vraag om een PGB. Krijgt die cliënt dan een indicatietraject conform het Handboek Indicatiestelling\*?

\* De implementatie van het handboek is vastgesteld op eind 2009. Mocht de implementatie bij uw BJZ op dit moment nog niet afgerond zijn, geef dan aan wat de intentie is.

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. Indicatiestelling verloopt geheel conform handboek
- b. Indicatiestelling verloopt grotendeels conform handboek
- c. Indicatiestelling verloopt deels conform handboek
- d. Anders

		•	•		•	•
•	•					
				•		

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Er is slechts een marginaal verschil, we nemen niet altijd alle vragenlijsten af. We zijn recent door Ordina "VIB-proof" verklaard.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het is goed te merken dat het Handboek indertijd is geschreven vanuit de optiek dat BJZ hoofdzakelijk indicaties stelt voor provinciaal gefinancierde zorg.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Wij zijn door Ordina inhoudelijk VIB-proof bevonden.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Wij zijn door Ordina VIB-proof bevonden.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Wij zijn laat aan het VIB traject begonnen en we werken dus nog niet met het handboek. De omschakeling naar VIB gebeurt per 1 oktober a.s. van dit jaar. Alle trainingen zijn afgerond. Het is nadrukkelijk de bedoeling dat we vanaf dat moment geheel volgens het handboek te werk gaan.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Wanneer een cliënt zich meldt zonder direct aan te geven voor welke zorg hij komt, dan wordt hij geholpen door het toegangsteam. Aan het eind van het traject wordt de gedragsdeskundige daarbij betrokken, er wordt advies gegeven door het indicatieteam en vervolgens wordt het definitieve indicatiebesluit door het toegangsteam vastgesteld. Bij AWBZ-zorg stelt het indicatieteam de klasse vast. (Noot van de interviewer: zie de toelichting bij vraag 2).

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: a                      Toelichting: geen.

## ONDERZOEKSVRAAG 2

Wanneer een nieuwe cliënt zich meldt bij BJZ, waarbij die cliënt direct aangeeft dat hij komt voor AWBZ-gefinancierde zorg (al dan niet in de vorm van een PGB), krijgt die cliënt dan meteen een aangepast indicatietraject of komt hij eerst in het reguliere indicatietraject?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. Cliënt start in het reguliere indicatietraject
- b. Cliënt komt direct in een aangepast traject
- c. Anders

•	•	•			•	
	•	•				•
			•	•		

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Het indicatietraject is gelijk, alleen de uitkomst verschilt.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: b en a                      Toelichting:  
Op dit moment komen cliënten met een PGB-aanvraag nog direct in een aangepast traject. Er is echter een beleidskeuze gemaakt om – conform de landelijke richtlijn van de MOgroep – deze aparte toegang af te schaffen. Per 2010 komt iedere cliënt in het reguliere traject. Blijkt gaandeweg dit traject dat de cliënt is aangewezen op AWBZ-gefinancierde zorg, dan komt de cliënt in de AWBZ-variant.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: b en a                      Toelichting:  
Er wordt gewerkt met een centrale toegang en een integrale beoordeling. Maar voor aanvragen AWBZ wordt nu nog een apart aanvraagformulier gebruikt en er is ook een apart (lees: gespecialiseerd) AWBZ-team. Er is een beleidskeuze gemaakt om – conform de landelijke richtlijn van de MOgroep – de aparte formulieren af te schaffen. Het begin van ieder indicatietraject wordt dan voor iedereen gelijk. Blijkt gaandeweg dit traject dat de cliënt is aangewezen op AWBZ- of Zvw-zorg, dan komt de cliënt in de betreffende variant. De kunst is om de principes van één toegang te combineren met de specialiteit van het indiceren voor AWBZ en Zvw.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: c                      Toelichting:  
De cliënt wordt gezien door een apart AWBZ-team, maar dat team werkt goeddeels conform het Handboek Indicatiestelling.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: c                      Toelichting:  
Tot 1 december a.s. is de procedure als volgt. Cliënten die komen voor een AWBZ-indicatie worden door ons BJZ doorverwezen naar het CIZ. Het CIZ bespreekt de situatie met de cliënt en stelt vast op welke AWBZ-zorg de cliënt recht heeft. Op basis van de informatie van het CIZ stelt BJZ vervolgens de indicatie vast. Het is echter onze bedoeling om de AWBZ-indicaties zelf te gaan doen nadat we een eind zijn gevorderd met de VIB-implementatie. Welke vorm we kiezen voor de AWBZ-indicaties (bv. een apart team) is op dit moment nog niet duidelijk.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Meldt een cliënt zich met een vraag om AWBZ-zorg in natura, dan geldt de procedure als beschreven onder vraag 1. Het wordt anders wanneer de cliënt zich bij BJZ meldt met de vraag om een PGB. Deze cliënt wordt direct geholpen door het indicatieteam. Dit team

beoordeelt de situatie, stelt vast welke functie(s) en welke klasse aan de orde zijn en stelt het indicatiebesluit op. Waarbij het denkbaar is dat de cliënt te horen krijgt dat hij geen recht heeft op AWBZ-gefinancierde zorg omdat er voorliggende zorg beschikbaar is. Dat geldt uiteraard ook voor de cliënten die komen met een vraag om AWBZ-zorg in natura. Zulke cliënten gaan alsnog naar het toegangsteam. Desnoods geven we eerst een negatief indicatiebesluit af voor de geclaimde AWBZ-zorg. Het PGB-traject is dus een apart traject. We hebben voor deze procedure gekozen omdat dit traject specifieke kenmerken heeft:

- BJZ levert geen casemanagement
- Het stellen van PGB-indicaties vereist gespecialiseerde kennis
- Het traject kan korter zijn
- Er zijn erg veel PGB-aanvragen

Deze omstandigheden bij elkaar rechtvaardigen een apart traject. Voor wat betreft de diagnostiek: de cliënt neemt meestal zelf een redelijk uitgebreide (lees: beschrijvende) diagnose mee, ook een 'eenvoudige' diagnose wordt geaccepteerd is, mits deze recent is en ondertekend door een daartoe bevoegd persoon. Is deze niet aanwezig, dan wordt de cliënt gevraagd dit alsnog aan te leveren. Wanneer er geen psychiatrische problematiek is, wordt hij alsnog verwezen naar het toegangstraject. Risicotaxatie: wij gaan ervan uit dat de opsteller van de diagnose aangeeft of er risico's zijn voor de jeugdige. Wij delen onze eventuele zorgen met de behandelaar. Daar eindigt onze verantwoordelijkheid als indicatiebureau. In principe is het wel mogelijk dat wij een raads melding doen, zeker wanneer er geen behandelaar is, maar in de praktijk is dat nog niet voorgekomen. Wel komt het voor dat wij een negatief indicatiebesluit afgeven omdat we een PGB in strijd achten met het belang van het kind.

Bureau Jeugdzorg 7

Antwoord: b

Toelichting:

Deze cliënten melden zich aan via een AWBZ-aanvraagformulier. De opdracht aan de medewerkers is, om het Handboek Indicatiestelling te blijven volgen. Dat is wel eens lastig. Maar hoe dan ook wordt door ons BJZ pas een indicatie afgegeven als er een breed en duidelijk beeld voorhanden is van de casus. Daarbij zullen we altijd kijken naar voorliggende voorzieningen. Zonodig gaat de casus naar het MDO (multidisciplinair overleg) en volgt er een indicatie of negatief besluit voor AWBZ zorg, eventueel wordt er een advies aan ouders opgenomen in het besluit.

## ONDERZOEKSVRAAG 3

Volgens het Handboek Indiciestelling moet aan een indicatie een brede beschrijving van de situatie van de cliënt ten grondslag te liggen. Wat is de praktijk in uw Bureau Jeugdzorg? Wordt een brede beschrijving van de situatie gegeven in geval van een indicatiebesluit voor:

Mogelijke antwoorden	BJZ	1	2	3	4	5	6	7
Provinciaal gefinancierde zorg?	a. ja	•	•	•	•	•	•	•
	b. nee							
	c. anders							
AWBZ - gefinancierde zorg?	a. ja	•	•	•	•			•
	b. nee					•		
	c. anders						•	
Zvw - gefinancierde zorg?	a. ja	•		•	•	•	•	•
	b. nee							
	c. anders		•					

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: a / a / a                      Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: a / a / c                      Toelichting:  
De beschrijving van de situatie van de cliënt is het meest uitgebreid in geval van een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg. In dat geval moeten immers ook de beperkingen, die ten grondslag liggen aan de bepaling van de geëigende zorg, worden beschreven. De minst brede beschrijving wordt gegeven in geval van een indicatiebesluit voor Zvw-gefinancierde zorg. Wanneer eenmaal uit de aanwezige informatie kan worden afgeleid *dat* de cliënt is aangewezen op Zvw-gefinancierde zorg dan houdt daar de taak van BJZ op.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: a / a / a                      Toelichting:  
De beschrijving van de situatie van de cliënt is het meest uitgebreid in geval van een indicatiebesluit voor AWBZ-gefinancierde zorg. In dat geval moeten immers ook de beperkingen, die ten grondslag liggen aan de bepaling van de geëigende zorg, worden beschreven. Bureau jeugdzorg maakt gebruik van een zogeheten 'volledig dossier' bij de route voor een AWBZ-indicatie dit betekent dat er sprake is van een recent psychiatrisch onderzoek (ontwikkelingsgeschiedenis, gezinsgeschiedenis, actuele ontwikkeling kind, IQ bepaling en opvoedingsvaardigheden ouders), met beschrijvende diagnostiek. Hierin zijn tevens de vragenlijsten CBCL/ TRF verwerkt.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a / a / a                      Toelichting:  
Voor Zvw-indicaties geldt weliswaar dat je alleen maar hoeft vast te stellen *dat* er Zvw-zorg nodig is, maar voordat je dit kunt beoordelen moet je de casus wel goed hebben doorgelicht.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: a / b / a                      Toelichting:



Zoals gezegd geeft ons BJZ indicaties AWBZ af op grond van de informatie die het CIZ heeft verzameld. Die informatie is minder uitgebreid dan die, welke wij zelf verzamelen voor Zvw-of provinciale zorg. Dat is ook logisch, want BJZ doet aan casusbeoordeling terwijl het CIZ aan claimbeoordeling doet.

Bureau Jeugdzorg 6	Antwoord: a / c / a	Toelichting:
AWBZ in natura: ja, brede beschrijving.		
AWBZ PGB: we hebben wel een totaalbeeld maar iets minder diepgaand.		
Bureau Jeugdzorg 7	Antwoord: a / a / a	Toelichting: geen.

## ONDERZOEKSVRAAG 4

Stel dat de indicatiesteller gedurende het indicatietraject tot de conclusie komt dat AWBZ-gefinancierde zorg (al dan niet in de vorm van een PGB) aan de orde zou kunnen zijn. Dan zou de verdere indicatieprocedure, waaronder de bepaling van functie en klasse, mede tot stand moeten komen conform de instructies van de MOgroep voor GGZ-indicaties versie 2.0. Gebruikt de indicatiesteller deze Werkinstructie versie 2.0 in de praktijk?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. Wij werken geheel volgens de Werkinstructie versie 2.0
- b. Wij werken grotendeels volgens de Werkinstructie versie 2.0
- c. Wij werken deels volgens de Werkinstructie versie 2.0
- d. Anders

•	•	•	•			•
					•	
				•		

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: a                                      Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: a                                      Toelichting: geen

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: a                                      Toelichting:  
Wij steken hier veel tijd in. In november / december 2008 hebben wij scholing gehad van Lucia van Milaan met een herhaling in februari / maart 2009. Het hele team is erbij aanwezig geweest. De werkinstructie is vanaf december 2008 geïmplementeerd door deze te bespreken met het team in methodiek- en casuïstiekbijeenkomsten, deze waren tijdelijk tweewekelijks. Na de zomer (2009) zijn deze bijeenkomsten maandelijks gepland.

We besteden met name aandacht aan de bepaling van de verhouding draaglast / draagkracht bij ouders. Hierdoor voorkomen wij dat ouders die bescheiden zijn, minder hulp krijgen dan ze in belang van hun kind(eren) behoeven en we voorkomen eveneens dat ouders, die het onderste uit de kan willen, een te omvangrijke indicatie krijgen. Voor een juiste inschatting gebruiken we o.a. de NOSIK. Bij eerste aanvragen (= nieuwe cliënten) gaan we altijd op huisbezoek. Uitgangspunt is steeds het belang van het kind. Dat leidt er soms toe dat ouders die alleen maar AWBZ-zorg vragen, hun indicatie pas krijgen wanneer ze tevens voorliggende hulp aanvarden (bv. schuldsanering). Voorliggende hulp inclusief een concrete doelstelling en een stappenplan is dan een voorwaarde voor AWBZ-zorg. Alle bezwaren die daartegen zijn ingediend alsmede twee rechtzaken hebben we gewonnen – onze handelswijze wordt steeds als zeer zorgvuldig beoordeeld.

In de methodiek is tevens aandacht geweest voor de training van onderwerpen/ instrumenten die gerelateerd zijn aan de AWBZ. Zoals training in herkennen van signalen van kindermishandeling, training risicotaxatie kindermishandeling (LIRIK), training in het gebruik van de vragenlijst NOSIK (ouderlijke stress), verdieping op psychopathologie bv. over autisme en aan autisme verwante stoornissen.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                                      Toelichting:  
Ons BJJ participeert in de landelijke werkgroep die het handboek heeft opgesteld.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: d                                      Toelichting:

We hebben de Werkinstructie 2.0 hier klaarliggen en vanaf het moment dat we zelf de indicaties AWBZ gaan afgeven, zullen we het handboek volgen.

Bureau Jeugdzorg 6

Antwoord: b

Toelichting:

We wijken af op het punt van respijtzorg. Omdat het vaak lang duurt voordat die zorg beschikbaar is, indiceren wij 12 in plaats van 6 maanden (Nota bene: de teller begint te lopen vanaf de datum van afgifte van het indicatiebesluit – dit in tegenstelling tot de provinciaal gefinancierde zorg waarbij de teller gaat lopen op het moment waarop de zorg begint).

Bureau Jeugdzorg 7

Antwoord: a

Toelichting: geen.

## ONDERZOEKSVRAAG 5

Wanneer de problematiek van de jeugdige (mede) wordt veroorzaakt door een psychische stoornis (= psychiatrie), leidt dat in de praktijk dan vrijwel altijd tot een indicatie voor de functie Begeleiding?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Ja, vrijwel altijd

•	•	•	•	•	•	•	

b. Nee, een aanzienlijk deel van deze cliënten krijgt andere zorg dan AWBZ begeleiding

c. Anders

							•
--	--	--	--	--	--	--	---

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het hangt slechts voor een deel van de diagnose af. Waar het uiteindelijk om gaat is de concrete situatie en de zorgvraag. Sommige cliënten krijgen een indicatie voor provinciaal financierde zorg (bv. Boddaert) en we indiceren ook regelmatig voor de GGZ (Zvw)

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het gaat niet om de diagnose maar om de hulpvraag. De beperking is leidend.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: b                      Toelichting:  
De nieuwe werkinstructie (van de MOgroep, versie juli 2009) maakt weigeren makkelijker dan vroeger. We indiceren soms ook voor een korte periode als er tijdelijk problemen zijn in het gezin. Als dan bij herindicatie blijkt dat er sprake is van overbelasting van de ouders terwijl ze zichzelf inhuren als hulpverlener, dan spreken wij de ouders daarop aan. Ze kunnen dan beter een ander inhuren. Het is echt maatwerk.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: b                      Toelichting:  
In de praktijk maken we regelmatig gebruik van het zorgaanbod Zvw voor behandeling of, als dat nodig is, (aanvullende) diagnostiek.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het is een misverstand om te denken dat kinderen met psychische stoornissen altijd en het beste geholpen (kunnen) worden door de GGZ. Kinderen met gedragsproblemen op basis van psychiatrie kun je bijvoorbeeld niet kwijt bij de GGZ, dan moet je echt bij een instelling zijn die sterk is in de orthopedagogiek. Kinderen met psychische problemen kom je overal tegen in de provinciaal gefinancierde jeugdzorg: in de MKD's, de gesloten zorg, de residentiële settings en in de therapeutische pleegzorg. Wij indiceren alleen GGZ wanneer de psychische problematiek dominant is én er een goed GGZ-aanbod is voor de jeugdige – dat is een afweging die we per cliënt heel zorgvuldig maken.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Een psychische stoornis zegt op zich nog niets over de benodigde zorg. De eerste optie is behandeling – waarbij overigens niet alleen het kind onderwerp van de zorg is maar waarbij ook de ouders betrokken worden. Dat kan een indicatie Zvw maar bijvoorbeeld ook een plaatsing MKD opleveren. Als de psychische stoornis moet worden opgevat als een gegeven en er een stabiele en gezonde thuissituatie is, dan kom je tot een heel andere afweging en denk je eerder aan AWBZ-gefinancierde zorg. (Noot van de interviewer: zie ook de toelichting bij vraag 6).

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: c                      Toelichting: zie vraag 6

## ONDERZOEKSVRAAG 6

Stel, er is een cliënt die naar uw oordeel goed geholpen kan worden door een provinciaal gefinancierde zorgaanbieder. De cliënt claimt echter een indicatiebesluit voor AWBZ-zorg op grond van het feit, dat er sprake is van een psychische stoornis (psychiatrie). Geeft u dan het gevraagde indicatiebesluit voor de AWBZ af of weigert u dit?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Als de cliënt op grond van de psychische stoornis AWBZ-zorg claimt, dan krijgt hij die

--	--	--	--	--	--	--	--

b. Als er provinciaal gefinancierde zorg beschikbaar is, dan weigeren wij AWBZ-zorg, ook al is er een diagnose psychiatrie

•	•	•	•	•	•	•	•
---	---	---	---	---	---	---	---

c. Anders

--	--	--	--	--	--	--	--

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het komt niet vaak voor. Als het voorkomt, accepteren de meeste cliënten dit. Een ander deel van de cliënten stapt naar de bezwaarcommissie. Die commissie oordeelt echter op dezelfde gronden als wij, dus wordt de cliënt niet altijd in het gelijk gesteld.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het komt regelmatig voor. We hebben hierover geen precieze cijfers maar het zullen circa 300 tot 400 cliënten per jaar zijn. De helft daarvan stapt naar de bezwaarcommissie maar aangezien ook daar het criterium is, dat de meest geëigende (en zo mogelijk: voorliggende) zorg moet worden geïndiceerd, wordt een groot deel van de cliënten in het ongelijk gesteld. Wij beschouwen onszelf als hoeders van de wet.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het kind heeft recht op behandeling. Een indicatie voor begeleiding (AWBZ) wordt dus pas gegeven als alle behandelopties, waarvan redelijkerwijs resultaat mag worden verwacht, uitgeput zijn. Waar die behandeling te vinden is, Zvw of provinciaal gefinancierde zorg, maakt daarbij niet uit. We willen de beste zorg. Ouders die naar de bezwaarcommissie zijn gestapt hebben tot nu toe geen gelijk gekregen. BJZ indiceert tevens de combinatievorm begeleiding naast de geïndiceerde behandeling. Doordat aan ouders wordt aangegeven dat de hoogte van de indicatie AWBZ afhankelijk is van de ingezette / gebruikte 'wettelijk en algemeen gebruikelijk voorliggende voorzieningen' gaan ouders eerder akkoord met voorliggende behandelingsvormen. Belangrijk is wel, dat er een goede inhoudelijk argumentatie aan ten grondslag ligt.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: b                      Toelichting:  
Het is voor ons ondenkbaar dat we voor een cliënt een indicatiebesluit afgeven op grond van alleen een DSM IV classificatie. We willen inzicht hebben in de casus. In de praktijk kan een DSM IV classificatie leiden tot iedere vorm van hulpverlening. Dat hangt helemaal van de feitelijke zorgvraag van de cliënt af. We proberen wel om conflicten te vermijden. Zeker als er sprake is van over-belasting van de ouders weigeren we niet snel een indicatie voor de functie begeleiding, maar meestal is dat in combinatie met een indicatie voor andere zorg – dat kan provinciaal of Zvw gefinancierde zorg zijn. Wanneer we twijfels hebben dan geven we een korte indicatie af voor begeleiding. We maken niet vaak mee dat cliënten om deze reden naar de bezwaarcommissie stappen. Cliënten die dat doen, hebben meestal problemen met de toegekende klasse.

Bureau Jeugdzorg 5

Antwoord: b

Toelichting:

Voorbeeld: ouders die zeggen dat hun kind moet veranderen (dus behandeling) terwijl wij vinden dat die ouders zelf deel uit moeten maken van een bredere, gezinsgerichte aanpak. Voor die aanpak is een provinciaal aanbod beschikbaar en dat gaat vóór. Mochten de ouders het absoluut met ons oneens zijn, dan is er de bezwarencommissie. Eén en ander is erg afhankelijk van de situatie, het is en blijft vrijwillige hulpverlening. De aard en de ernst van de problematiek zullen een rol spelen bij de afwegingen. Ter nuancering: een groot aantal cliënten richt zich nog rechtstreeks tot het CIZ voor een aanspraak op AWBZ zorg. BIZ geeft op basis van het CIZ-advies een besluit af. Indien de cliënt AWBZ zorg claimt én na onderzoek door het CIZ vastgesteld is dat er toegang tot AWBZ is (grondslag psychiatrie aanwezig) én de beperkingen zijn dusdanig dat aanspraak op AWBZ rechtmatig is, wordt er een besluit AWBZ afgegeven. Een claim op AWBZ-zorg op grond van een psychiatrische grondslag is op zich dus niet afdoende, via het trechtermodel wordt door het CIZ ook onderzocht of de aanspraak op AWBZ gegrond is.

Bureau Jeugdzorg 6

Antwoord: b

Toelichting:

Als er een voorliggende voorziening is, dan gaat dat voor. Althans in principe, want er zijn uitzonderingen. In geval van psychiatrie en als gevolg daarvan matige tot zware beperkingen is weekend-pleegzorg niet voorliggend ten opzichte van tijdelijk verblijf (zie werkinstructie, 1.0, pag. 23): "Of jeugdzorg (waaronder pleegzorg) een voorliggende voorziening is, kan aan de hand van de beperkingenscorelijst worden beoordeeld", versie 2.0 heeft deze passage niet). Gevolg daarvan is, dat er een discrepantie ontstaat tussen pleegzorg en AWBZ-zorg. Het komt voor dat pleegouders geen pleegouder (meer) willen zijn maar wel tijdelijk verblijf bieden op basis van een PGB. Dit vanwege het financiële verschil (gemiddeld 17 euro netto per dag versus 146 euro bruto<sup>2</sup>). Geld is sowieso een moeilijke factor, geld vertroebelt soms het oprechte ouderschap. In feite gaan echte zorg-om-elkaar en harde geldafspraken maar moeilijk samen, dat wringt. Ouders kiezen deels voor een PGB omdat buurvrouw en oma meer 'echte' zorg leveren (altijd klaar staan e.d.), maar die zorg wordt minder 'echt' wanneer daar een geldbedrag tegenover staat. Ouders die zichzelf inhuren zijn kwetsbaar en beschouwen de jaarlijkse verlenging soms als een soort functioneringsgesprek. Terwijl het daar niet over zou moeten gaan. Het moet gaan om de noodzaak van de zorg. Een moeder die haar opgroeiende kind uit liefde steeds maar blijft verzorgen en het kind daarmee afhankelijk houdt, vraagt per jaar steeds meer geld omdat steeds meer van haar zorg bovengebruikelijk is. Daarmee versterk je een onwenselijke gang van zaken die niet goed is voor het kind, zeker als de ouder onderdeel is van het probleem. In zo'n geval indiceren wij soms bewust behandeling en wij motiveren dat door te wijzen op het bereiken van een nieuwe levensfase van het kind met nieuwe ontwikkelingsopdrachten. De moeder zal dat echter beschouwen als afkeuring van al haar goedbedoelde zorg. Dit soort zaken is het gevolg van het ongelimiteerd verstrekken van PGB-gelden, het gaat soms om heel veel geld, zeker als er meerdere kinderen in een gezin een psychiatrische stoornis hebben. Er zou een maximumbedrag moeten zijn voor de inzet van het PGB per inwonend familielid, bijvoorbeeld 5000 euro per jaar. Hele gezinnen worden afhankelijk van de stoornissen van kinderen, ouders verdienen daarmee soms een salaris dat ruim boven modaal ligt. Omdat er geen kwaliteitscontrole is, loop je een risico dat ouders deel worden van het probleem waarvoor het PGB beschikbaar werd gesteld. De zorg stijgt niet altijd uit boven het niveau van oppassen. Als die oppas goed geregeld is, is dat voor sommige moeders dan weer aanleiding om, zoals hier recent aan de orde was, te denken aan nog een kind.

Bureau Jeugdzorg 7

Antwoord: b

Toelichting:

De stoornis is niet bepalend, de mate van de beperkingen zijn bepalend. We differentiëren heel zorgvuldig waarbij we ook de mogelijkheden WMO bezien. Kinderen met psychiatrische problematiek kunnen ook gebruik maken van het provinciale

---

<sup>2</sup> Inclusief Begeleiding Groep

zorgaanbod: pleegzorg, 24-uurszorg, eigenlijk alle vormen van zorg. Vroeger indiceerden wij vaker begeleiding maar omdat we meer ervaring hebben en ook vanwege de werkinstructie 2.0 die nu beschikbaar is, zijn we een stuk kritischer. Lichte problematiek wordt verwezen naar MEE of naar de WMO. De problematiek moet echt matig of ernstig zijn.

Ik zeg niet dat we nooit fouten maken en als we fouten maken is dat meestal in het voordeel van de cliënt. De indicatiestellers van BJZ zijn hulpverleners, die denken niet in euro's. Op dat gebied mag er hier nog wel wat verbeteren. Niet elke hulpverlener beseft dat er uiteindelijk een relatie bestaat tussen de hoogte van zijn indicatie en de inhouding AWBZ-premie op zijn eigen salaris.

Wat ook zou kunnen verbeteren is de controle door het zorgkantoor. Die stelde niet veel voor. Het ZK controleert m.i.v. dit jaar heel strikt met als gevolg dat nu ouders getroffen worden omdat ze geen hogere declaratiekunde beheersen.

We hebben hier een tijdlang een bureau gehad dat ontheffing van de leerplicht wist te regelen zodat er recht ontstond op Begeleiding Groep. Dat bureau leverde die zorg. De eigenaar zit nu in Griekenland. Dat zoiets kan, stoort ons. We worden ook niet blij van zorgaanbod als Holistische Therapie en dergelijke.

Sommige bureautjes weigeren klanten als ze een lage indicatie hebben of ze eisen een hogere indicatie. Door deze bureautjes wordt soms het grootste deel van de geïndiceerde uren besteed aan overhead- en reiskosten .

Bij rechtstreekse aanvragen voor een PGB wordt vaak begeleiding geïndiceerd, maar daar geeft de casus dan ook aanleiding toe.

Een zekere druk van de kant van de ouders voelen we wel. Omdat het bij een PGB altijd om geld gaat bestaat de indruk dat er bij zowel bij een aantal ouders als bij een aantal bureautjes sprake is van overvragen.

Begeleiding indiceren komt weinig voor als er een OTS is. Gezinsvoogden hebben de AWBZ zorg niet zo in beeld en richten zich eerder op reguliere Jeugdzorg.

## ONDERZOEKSVRAAG 7

Het eerste jaar verblijf en alle geneeskundige zorg bij psychische stoornissen valt sinds 2008 onder de Zorgverzekeringswet. Geeft BJZ voor zulke Zvw-zorg indicaties af?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Ja, regelmatig

•	•	•	•	•	•	•

b. Zelden, en alleen in combinatie met andere zorg  
(bv. pleegzorg + behandeling)

c. Nooit, dit verloopt via de huisarts

•						

d. Anders

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1

Antwoord: a en c

Toelichting:

In een deel van de provincie werken we volgens de regels (antwoord a) en in een deel van de provincie verwijzen we naar de huisarts (antwoord c). Dit laatste gebeurt uit tijdnood.

Bureau Jeugdzorg 2

Antwoord: a

Toelichting:

Het gebeurt steeds vaker. Wij noemen dit GGG-indicaties

Bureau Jeugdzorg 3

Antwoord: a

Toelichting:

Navraag bij de GGZ heeft geleerd dat 75% daar terecht komt via de huisarts en 25% komt binnen via ons. Alle varianten komen voor: Zvw als enige aanspraak in het indicatiebesluit komt voor maar we indiceren ook Zvw in combinatie met provinciale zorg of AWBZ.

Bureau Jeugdzorg 4

Antwoord: a

Toelichting:

Regelmatig, maar het merendeel van de Zvw verloopt wel via de huisarts.

Bureau Jeugdzorg 5

Antwoord: a

Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 6

Antwoord: a

Toelichting: geen

Bureau Jeugdzorg 7

Antwoord: a

Toelichting:

Een aantal zorgverzekeraars dringen er bij de zorgaanbieders op aan dat hun cliënten door BJZ gezien en geïndiceerd worden en niet (alleen) door de huisarts worden verwezen. Daar hebben de verzekeraars belang bij. Als cliënten door BJZ worden gezien is er altijd een bepaald percentage dat niet bij de GGZ terecht komt maar bij de provinciale zorgaanbieders. Dat scheelt de zorgverzekeraars geld. Mocht de cliënt toch bij de GGZ terecht komen dan kan de behandeling beginnen op basis van een heleboel voorinformatie die door BJZ is verzameld. Dat scheelt ook weer werk. Van de huisarts hoef je al die informatie niet te verwachten.



## ONDERZOEKSVRAAG 8

Zoals bekend is het zorgaanbod, dat tot 2008 viel onder de AWBZ-functies Behandeling, Activerende begeleiding en Ondersteunende begeleiding, verdeeld over de AWBZ en de Zvw.

- Het zorgaanbod dat viel onder de functie Behandeling is overgeheveld naar de Zvw.
- Het zorgaanbod dat viel onder de functie Ondersteunende begeleiding is in de AWBZ gebleven
- Het zorgaanbod dat viel onder de functie Activerende begeleiding is verdeeld tussen de Zvw en de AWBZ

Wanneer u een indicatiebesluit afgeeft vanwege problematiek die (mede) voortkomt uit een psychische stoornis (psychiatrie), staat u dan helder voor ogen voor welk deel van het voormalig zorgaanbod Activerende begeleiding u een indicatiebesluit Zvw moet afgeven?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Ja, het is mij duidelijk welk deel van het zorgaanbod, dat vroeger viel onder de functie Activerende begeleiding, naar de Zvw is overgeheveld en welk deel nu valt onder de AWBZ-functie Begeleiding

	•		•		•	•
--	---	--	---	--	---	---

b. Nee, het is mij niet duidelijk welk deel van het zorgaanbod, dat vroeger viel onder de functie Activerende begeleiding, naar de Zvw is overgeheveld en welk deel nu valt onder de AWBZ-functie Begeleiding

•		•		•		
---	--	---	--	---	--	--

c. Anders

--	--	--	--	--	--	--

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1

Antwoord: b

Toelichting:

We kiezen niet op basis van financiering. De indicatiesteller stelt samen met de cliënt vast welke zorg er nodig is en vervolgens bezien we, welke aanbieder die zorg levert.

Bureau Jeugdzorg 2

Antwoord: a

Toelichting:

De scheidslijn is behandeling (cure) / begeleiding (care). We indiceren zoveel mogelijk Zvw want dat is voorliggende zorg. We zijn zeer geïnteresseerd in uitspraken van de rechtbank hierover. Wij maken mee dat GGZ-zorgaanbieders die zowel Zvw- als AWBZ-gefinancierde zorg leveren, hun cliënten om een PGB laten vragen terwijl het gaat om zorg die vanuit de Zvw zou moeten worden betaald. Voorbeeld: sova (sociale vaardigheidstraining) maakt deel uit van de behandeling en wordt als zodanig door de Zvw gefinancierd. Niettemin komt de cliënt bij ons met een verzoek om een PGB voor diezelfde training. Als wij die indicatie af zouden geven is er sprake van dubbele financiering. Wij doen daar niet aan mee.

Bureau Jeugdzorg 3

Antwoord: b

Toelichting:

Voorbeeld: het oefenen dat vroeger onder de activerende begeleiding viel, is moeilijk toe te wijzen aan Zvw of AWBZ. Het gaat er bij autisme vaak om dat vaardigheden die bij de behandeling (Zvw) zijn aangeleerd niet makkelijk generaliseren naar andere situaties. Begeleiding (oefenen) is dan noodzakelijk. In onze optiek zou dit moeten vallen onder het zorgaanbod Zvw. Het gaat immers om intraineren en dat is volgens ons behandelen. Maar de GGZ levert dat aanbod niet. Wat je vervolgens ziet, is dat ouders na een GGZ-behandeling aankloppen bij de eerste-lijns-psychologen (dus ook Zvw) en dat ze na afloop van de verzekerde sessies de overstap maken naar de AWBZ – waarna dezelfde psycholoog verder gaat met hetzelfde kind.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Aanleren is Zvw en onderhouden is AWBZ. Dat is de vuistregel. Onderhouden is beperkt tot het hetgeen onder de Zvw is aangeleerd. Als een kind een nieuwe variant moet aanleren of in een nieuwe levensfase komt, komt de Zvw weer in beeld. Ook als er tussentijds diagnostiek nodig is, indiceren wij Zvw.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: b                      Toelichting:  
We krijgen hier pas mee te maken wanneer we zelf indicaties AWBZ stellen.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                      Toelichting:  
De werkinstructie is duidelijk genoeg. Het is wel storend als ZN dan weer met afwijkende termen komt. Wat opvalt, is dat sommige behandelaars (Zvw) hun zorg graag z.s.m. voortzetten onder de AWBZ. Wij vinden dat niet altijd goed en sturen ouders weer terug naar de behandelaar, waardoor ouders het gevoel hebben van het kastje naar de muur te worden gestuurd.

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Behandeling is ZVW, alle vervolg is AWBZ.

## ONDERZOEKSVRAAG 9

(Deze vraag wordt alleen gesteld wanneer het antwoord op vraag 3b of 3c negatief is)  
Wanneer u zou beschikken over een beschrijvende diagnose (BD), aangeleverd door de jeugd-GGZ, zou u dan beter kunnen kiezen voor het juiste zorgaanbod c.q. de juiste zorgfinancier (provincie / AWBZ / Zvw / gemeente)?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. Ja, een BD zou bijdragen aan een juiste keuze
- b. Een BD zou in beperkte mate bijdragen aan een juiste keuze
- c. Ja, een BD zou zeker bijdragen aan een juiste keuze
- d. Anders

•	•	•	•	•	•	•	•

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Deze vraag is niet van toepassing, we zorgen zelf voor de benodigde informatie of de cliënt neemt die zelf mee, er is dus altijd een beschrijvende diagnose.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Wij maken uiteraard gebruik van de gegevens die de cliënt zelf meeneemt, maar we hechten zeer aan ons eigen onderzoek. Onafhankelijke indicatie-stelling is alleen maar mogelijk als je je oordeel niet baseert op de gegevens van een zorgaanbieder. Overigens is ons onderzoek dermate uitgebreid (conform Handboek Indicatiestelling) dat je feitelijk kunt stellen dat er altijd een beschrijvende diagnose is, behalve bij indicaties voor de Zvw want voor die indicatie is geen beschrijvende diagnose vereist. Problematisch is de werkdruk. De indruk bestaat dat men zich bij de provincie niet realiseert dat de toegang tot de Zvw / AWBZ ons meer werk oplevert dan de toegang tot de provinciale zorg. We krijgen nog altijd financiering alsof de toegang Zvw / AWBZ een klein extraatje is op het reguliere werk.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Het is ondenkbaar dat wij een indicatiebesluit opstellen zonder een diepgaand inzicht in de situatie. Oftewel: wij maken graag gebruik van de informatie die wij krijgen en zonodig verzorgen wij zelf de benodigde informatie.  
Het krijgen van informatie levert soms onverwachte problemen op. Bijvoorbeeld wanneer je geconfronteerd wordt met een vroegere indicatiestelling door het CIZ voor 5 jaar waarbij de hoogste klasse is toegekend. Aan ons de ondankbare taak om dat terug te brengen naar normale proporties. Dat kan soms tienduizenden euro's per jaar schelen.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Eigenlijk is deze vraag niet aan de orde want wij geven geen indicatiebesluit af zonder volledig inzicht in de casus. Wij hebben wel een vraag. We gaan er als BJZ altijd vanuit dat een DSM IV classificatie mag worden opgesteld door een psychiater of door een GZ-psychooloog. Het zou goed zijn als ergens in de wet- of regelgeving werd vastgelegd wie die classificatie mag afgeven.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: d                      Toelichting:  
Het antwoord is ja maar dat is nu ook al zo.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: d                      Toelichting:

Over het algemeen zit er bijna altijd wel een beschrijvende diagnoses bij. Het moet dan wel gaan om een echte diagnose die zwart-op-wit staat, we kunnen niets met 'er zijn veel kenmerken van ADHD aanwezig'. Zonder beschrijvende diagnose zijn we nog kritischer op de mogelijkheid van voorliggende voorzieningen dan we nu al zijn.

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: d  
Niet van toepassing – zie vraag 3.

Toelichting:

## ONDERZOEKSVRAAG 10

Stel, een jeugdige is behandeld binnen de GGZ. De behandeling is naar wens verlopen maar volgens de GGZ is nog wel begeleiding noodzakelijk. De GGZ stuurt de cliënt door naar BJJZ voor een indicatiebesluit begeleiding (AWBZ). Stuurt de GGZ dan een beschrijvende diagnose mee voor het BJJZ of moet BJJZ zelf zorgen voor die beschrijvende diagnose (BD)?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. In geval van vervolgzorg (na Zvw) stuurt de GGZ een BD mee
- b. In geval van vervolgzorg (na Zvw) zorgt BJJZ zelf voor een BD
- c. Anders

		•	•	•	•		
•	•						•

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: c                      Toelichting:  
De grote GGZ zorgaanbieders sturen meestal een beschrijvende diagnose mee. Vrijgevestigde GGZ-ers wel eens niet, maar dan doen we het met de DSM IV classificatie.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: c                      Toelichting:  
Het is niet de zorgaanbieder GGZ die een aanvraag indient maar de klant of zijn ouder. De klant wordt gevraagd voor voldoende gegevens. Deze gegevens, al dan niet beschrijvend, worden meegewogen, maar zijn niet geheel en al bepalend. Bepalend is de beperking in de sociale redzaamheid en niet de behandel noodzaak. Het is soms storend dat GGZ-aanbieders de klanten een PGB voorspiegelen maar waarbij er geen recht is. De know how over een juiste toepassing van de regels AWBZ is laag te noemen. De AWBZ afdeling zal niet zelf een onderzoek starten voor een diagnose.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: a                      Toelichting:  
De informatie van de GGZ is noodzakelijk. Wij indiceren geen AWBZ zonder informatie over de gegeven behandeling, een verslag over de bereikte resultaten (doelrealisatie) en inzicht in de noodzaak van verdere begeleiding.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Wij vragen (en eisen desnoods!) een volledig uitgeschreven diagnose op alle assen van de DSM IV. Overigens vinden wij dat de GGZ soms wel erg snel klaar is met de behandeling en te snel naar begeleiding wil overstappen.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: a                      Toelichting:  
De GGZ stuurt ook een beschrijvende diagnose mee als er na de behandeling om provinciale zorg wordt gevraagd. Wij onderhouden van oudsher goede contacten met de GGZ (vroeger deed de GGZ intakes voor ons, zodoende). In het geval van vervolgzorg-na-GGZ is er bij ons sprake van een warme overdracht. In een gesprek tussen cliënt, GGZ en BJJZ wordt bezien welke vervolgzorg de beste is.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Bij oude diagnoses vragen we soms om een bevestiging. Wat opvalt, is dat vrijgevestigde behandelaars de ouders soms wel eens naar de mond praten. GGZ-instellingen zullen dat niet snel doen, wij ervaren die als professioneler.

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: c                      Toelichting:  
De informatie wordt altijd aan ouders gevraagd. Ouders zijn verantwoordelijk

voor het aanleveren van voldoende informatie. GGZ-organisaties mogen niet zomaar gegevens verstrekken aan derden. Alleen als er een vervolgaanvraag is voor Verblijf met behandeling na 1 jaar Zvw dan stuurt de Zorgaanbieder alle nodige informatie mee om tot een juist ZZP te komen.

Het komt regelmatig voor, dat een behandelaar een pleitbriefje meegeeft voor een PGB.

# ONDERZOEKSVRAAG 11

Maakt BJZ intern gebruik van procedures die afwijken van het Handboek Indicatiestelling en de Werkinstructie voor GGZ-indicaties versie 2.0? (Zulke procedures graag ter inzage)

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Wij hebben geen afwijkende interne procedures			•	•		•	•
b. Onze interne procedures wijken slechts marginaal af van Handboek en Werkinstructie	•	•					
c. Wij volgen interne procedures die afwijken van Handboek en Werkinstructie							
d. Anders					•		

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1	Antwoord: b	Toelichting: geen.
Bureau Jeugdzorg 2	Antwoord: b	Toelichting: Bij indicaties provinciale zorg wijken we niet af, bij indicaties AWBZ wijken we nu nog wel af maar per 2010 niet meer.
Bureau Jeugdzorg 3	Antwoord: a	Toelichting: geen.
Bureau Jeugdzorg 4	Antwoord: a	Toelichting: geen.
Bureau Jeugdzorg 5	Antwoord: d	Toelichting: De intentie is om het Handboek en de Werkinstructie te volgen
Bureau Jeugdzorg 6	Antwoord: a	Toelichting: geen.
Bureau Jeugdzorg 7	Antwoord: a	Toelichting: geen.

## ONDERZOEKSVRAAG 12

Bij de verlengingsprocedure voor cliënten met provinciaal gefinancierde zorg moet altijd worden onderzocht of hulp (dezelfde of andere) nog nodig is. Gebeurt dit ook bij bestaande cliënten met AWBZ-gefinancierde zorg (inclusief PGB)?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

a. Onderzoek naar de noodzaak van verlenging van de zorg gebeurt altijd

•	•	•	•	•	•	•

b. In de praktijk gebeurt het onderzoek naar de noodzaak van verlenging van de zorg minder grondig wanneer er sprake is van AWBZ-gefinancierde zorg

--	--	--	--	--	--	--

c. Anders

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1

Antwoord: a

Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 2

Antwoord: a

Toelichting:

In principe wordt elke aanvraag tot verlenging zorgvuldig tegen het licht gehouden. Maar het onderzoek bij verlenging AWBZ is anders van aard. Het is een quick scan waarbij systematisch wordt gekeken naar diagnose / beperkingen / gebleken functionaliteit van de zorg / het al dan niet gehaald zijn van de doelen. Maar omdat er in geval van AWBZ-gefinancierde zorg geen casemanager is, heb je toch minder inzicht in de casus. Een casemanager is uiteraard wel aanwezig wanneer het gaat om een casus waarin zowel AWBZ- als provinciaal gefinancierde zorg is gegeven.

Bureau Jeugdzorg 3

Antwoord: a

Toelichting:

Er is altijd een gesprek en soms gaan we op huisbezoek. Er wordt nooit automatisch verlengd en de klasse staat altijd ter discussie. We merken wel eens dat een PGB is gebruikt ter aflossing van schulden. Het zorgkantoor controleert slechts achteraf en vordert dan de gelden terug, waardoor het gezin in nog grotere schuldproblematiek terecht komt. De combinatie multiprobleem gezin en PGB pakt in de praktijk slecht uit. Er zou meer begeleiding moeten zijn tijdens de besteding van de gelden en niet slechts achteraf. Wat we ook wel merken, is dat ouders zichzelf inhuren als hulpverlener terwijl dat in de praktijk niet de beoogde verlichting geeft. Het PGB geeft de mogelijkheid om jezelf in te huren vanuit het idee dat ouders dan minder gaan werken om zo meer zorg aan hun kinderen te kunnen geven. Het is een sympathiek idee maar ook een romantisch idee. Wij schatten in dat 50% van het PGB wordt gebruikt voor de inkoop van zorg in eigen kring (ouders zelf, familie, vrienden, bureaus). De andere helft wordt gebruikt voor de inhuur van professionals, al dan niet via een bureau dat dan soms ook de administratie verzorgt. We zetten ook wel eens vraagtekens bij de hoogte die het PGB bereikt in sommige gevallen. Zoals een moeder met twee kinderen die samen goed zijn voor een ton per jaar. Dat moet allemaal omgezet worden in effectieve zorg. De gelden worden echter wel uitgegeven en het is voor ons niet altijd mogelijk om aan te tonen dat het met de helft van dat bedrag ook wel kan.

BJZ blijft altijd onderzoek doen, tevens bij herindicaties. Er wordt gekeken naar de ernst van de problematiek en de gevolgen hiervan voor de draagkracht-draaglast verhouding bij ouders. Daarnaast speelt de ontwikkeling van het kind, en de daarbij horende 'ontwikkelingstaken' een grote rol in de hoogte van de indicatie en tevens in het advies tav behandeling. De leeftijd speelt een grote rol in de bepaling van gebruikelijk en bovengebruikelijke zorg (bv een kind van 12 jaar dat zichzelf nog niet kan douchen).



Daarnaast kan het geval zijn dat ouders aangeven dat het kind en ouders reeds jarenlange behandeling hebben gehad (en dus voorliggende voorzieningen hebben gebruikt). Echter zal ook dan inhoudelijk gekeken worden naar de ontwikkelingstaak en de daarbij passende behandelingsvorm passend bij de nieuwe fase in het leven van de cliënt. Voorbeeld: een jongen van 16 jaar met PDD-NOS die reeds behandeling heeft gehad van het 6e tot 12e jaar (ZVW). Moeder geeft aan dat ze continue toezicht op hem moet houden. Ze durft hem niet los te laten, omdat ze weet dat hij gevaarlijke situaties moeilijk in kan schatten. Nu is deze jongen inmiddels wat ouder. Er zijn dus andere ontwikkelingstaken en opvoedingstaken. Dus is ons advies aan ouders: niet alleen AWBZ, maar tevens weer behandeling vanuit de zorgverzekeringswet. Conclusie is dus: een kind is nooit uitbehandeld en er zal altijd kritisch gekeken worden naar de ontwikkeling en de daarbij passende behandelingsvormen.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                      Toelichting:  
We zijn daar heel streng in. Wij willen een evaluatie zien van de bereikte resultaten in relatie tot de gestelde doelen. We willen ook weten welke middelen zijn ingezet want als de provincie die hulp ook kan leveren, dan gaat dat vóór. Hoewel daar wel overlap zit. Veel van de grenzen die in de jeugdzorg zijn getrokken, zijn in de praktijk lastig te hanteren. Want wat is behandeling, wat is psychiatrische aanpak. In grote lijnen is het meestal wel duidelijk wat de intentie is maar op casusniveau blijft de beslissing vaak lastig.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Het CIZ is bezig met de herindicatiestelling. Dat brengt grote werkdruk met zich mee. Maar er wordt nu wel goed gekeken. Dat leidt met enige regelmaat tot bezwaren die dan door de bezwaarcommissie van BJZ worden afgewerkt. Meestal gaat het om de toegekende uren of over de interpretatie van (boven)-gebruikelijke zorg.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Aan ieder indicatiebesluit gaat een grondige afweging vooraf. Herindicaties bestaan niet!

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: a                      Toelichting:  
Tot vorig jaar werd een verlenging makkelijker geïndiceerd. Nu wordt iedere aanvraag opnieuw beoordeeld. Herindicaties bestaan niet. Zeker sinds de pakketmaatregel kijken we iedere keer naar de mogelijkheden van hulp door voorliggende voorzieningen. Alles wat niet matig of ernstig is wordt verwezen naar MEE of de WMO (de ervaring leert dat de WMO hier nog niet op ingericht is, d.w.z. dat er nog geen zorgaanbod is waarnaar kan worden verwezen).

## ONDERZOEKSVRAAG 13

Wanneer er sprake is van een indicatiebesluit voor de functie *Begeleiding* (AWBZ), al dan niet in combinatie met provinciaal gefinancierde jeugdzorg, dan kan de cliënt de aanspraak verzilveren in natura of in de vorm van een PGB. Niet alle cliënten geven hun voorkeur op aan BJZ en bovendien kan de cliënt na opgave van de voorkeur nog van mening veranderen. Niettemin weten de Bureaus Jeugdzorg meestal wel of hun cliënten kiezen voor zorg in natura of een PGB. Kunt u bij benadering aangeven: hoeveel procent van de AWBZ-aanspraken *Begeleiding* wordt verzilverd in de vorm van een PGB?

Mogelijke antwoorden

BJZ 1 2 3 4 5 6 7

- a. 60 – 75 %
- b. 75 – 90 %
- c. 90 – 100 %
- d. Anders

				•		•	
•	•	•					•
					•		

## Toelichtingen door de zeven Bureaus Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg 1                      Antwoord: c                                      Toelichting:  
Begeleiding wordt vrijwel altijd verzilverd met een PGB – althans in vrijwillig kader.

Bureau Jeugdzorg 2                      Antwoord: c                                      Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 3                      Antwoord: c                                      Toelichting: geen.

Bureau Jeugdzorg 4                      Antwoord: a                                      Toelichting:  
Wij hebben hier een groot aanbod GGZ, wellicht dat wij daarom wat minder PGB-gebruik hebben dan in de rest van het land waar het percentage rond de 95% is. Zorg in natura heeft een voordeel, want een PGB is voor ouders belastend. Wat er precies met het PGB gebeurt is niet altijd helder, het zorgkantoor controleert dat slechts steekproefgewijs (1 op 10). Wel is duidelijk dat het merendeel van de zorg niet in eigen kring wordt ingekocht. Het grootste deel wordt ingekocht bij derden, waaronder ook de zorgboerderij.

Bureau Jeugdzorg 5                      Antwoord: d                                      Toelichting:  
Wij hebben hier (nog) geen zicht op.

Bureau Jeugdzorg 6                      Antwoord: a                                      Toelichting:  
Schatting: twee op de drie AWBZ aanspraken wordt verzilverd in de vorm van een PGB – dus 66%. In zoverre dit minder is dan in andere provincies zou dat kunnen komen omdat wij hier een veelgevraagd zorgaanbod kennen (namelijk een logeershuis) dat je in natura gewoon kunt benutten terwijl er in geval van PGB bijbetaling wordt gevraagd. Voor wat betreft ouders met een PGB: wij denken dat 1/4 tot 1/3 van deze ouders zichzelf inkoopt.

Bureau Jeugdzorg 7                      Antwoord: c                                      Toelichting:  
Niet alle ouders willen een PGB maar er is gebrek aan zorg in natura. De GGZ richt zich voornamelijk op de grote bulk (ASS en ADHD). Als wij zoals laatst een geadopteerd kind hebben met forse gedragsproblematiek vanwege een hechtingsstoornis, dan kunnen wij nergens terecht.

## BIJLAGE 2 Beschrijvende diagnostiek in de literatuur

### Samenvatting recente literatuur over beschrijvende diagnose:

**a.** De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kent sinds 2003 een richtlijn voor psychiatrisch onderzoek. Dit onderzoek leidt tot een Beschrijvende Diagnose (ook wel structuurdiagnose genoemd) en daarbij aansluitend de DSM-IV classificatie.

**b.** Prof. Dr. Jan Derksen, UHD psychodiagnostiek Universiteit van Nijmegen en professor psychotherapie aan de Vrije Universiteit Brussel ziet dat echter anders (2003). Hij plaatst beschrijvende (descriptieve) diagnostiek *tegenover* structurele diagnostiek:

#### *Descriptief*

- *Beschrijvend*
- *Gedragsmatig*
- *DSM-classificatie*
- *Buiten- en bovenkant*
- *Aansluiting op klachtgerichte interventies*
- *Functieanalyse van de klachten*
- *Inventarisatie van klachtgeschiedenis*

#### *Structureel*

- *Analyserend*
- *Onderliggend*
- *Theoretische termen*
- *Binnen- en onderkant*
- *Aansluiting op vele soorten interventies*
- *Onderzoek van egofuncties en afweer*
- *Onderzoek van bewuste en onbewuste aspecten van de levensloop*

**c.** Op zijn beurt plaatst Frans Schalkwijk in zijn publicatie Diagnostiek in de praktijk (2003) beschrijvende diagnostiek tegenover classificerende diagnostiek zoals in de DSM IV. De essentie van de beschrijvende diagnostiek is dat

*een klacht of symptoom wordt beschreven in samenhang met aspecten van de persoonlijkheid ( ... ) en in samenhang met de omstandigheden in het heden, concrete gebeurtenissen in het verleden of de ontwikkelingsgeschiedenis. We vinden in de beschrijvende diagnostiek dan ook antwoorden op gewone vragen als*

- *wat is er aan de hand*
- *hoe is dat verbonden met de persoonlijkheid van de cliënt*
- *hoe kunnen we begrijpen dat het zo is gekomen*

**d.** Ook J.J.L van der Klink en B. Terluin maken in hun publicatie Psychische problemen en werk (2005) onderscheid tussen classificerende en beschrijvende diagnostiek. Zij doen dat in de paragraaf Beschrijvende diagnostiek van hun publicatie:

*In het verlengde van de classificerende diagnostiek ( ... ) vindt nadere diagnostiek plaats. De probleemoriëntatie in de eerste lijn omvat tenminste:*

- *het uitdiepen van klachten en functioneren*
- *oorzakelijke, uitlokkende en onderhoudende factoren*
- *probleemoplossend vermogen van de patiënt en relevante omgevingsystemen*

- o visie van patiënt en omgeving

*De tweedelijns aanvullende diagnostiek omvat:*

- o biografische gegevens
- o (kinder)psychiatrische voorgeschiedenis
- o aanleidingen, oorzaken en stressoren
- o persoonlijkheidskenmerken, incl. copingsvaardigheden en probleemoplossend vermogen
- o functioneren: interpersoonlijk, sociaal en binnen relaties
- o levensfase en gerelateerde problematiek
- o sociale omgeving: belasting van, steun door en probleemoplossend vermogen
- o beoordeling van risico- en prognostische factoren
- o beoordeling van therapeutische mogelijkheden en wensen van de patiënt
- o arbeidsanamnese

**e.** In hun publicatie *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (2003) stellen de auteurs E.H.M. Eurelings-Bontekoe en W.M. Snellen (redactie):

*Sinds de komst van de DSM-III in 1980 met een aparte as II voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen is de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen lange tijd gedomineerd geweest door het categorale, descriptieve denken. (...)*

Waarna de auteurs een lans breken voor een dynamische benadering, maar dat is hier niet het punt. Van belang is, dat zij de classificatie (DSM IV) zien als onderdeel van de beschrijvende diagnostiek.

**f.** In zijn publicatie *Een biopsychosociaal model voor diagnostiek* (1996) stelt W.M.N.J. Buis:

*Hoe nuttig de diagnostische classificaties van de DSM-IV ook zijn, het blijft bij voornamelijk descriptieve diagnostiek (...) Voor het beleid in de praktijk is diagnostiek in de betekenis van 'doorschouwen' van belang, waarbij de syndromen niet alleen herkend, maar ook begrepen worden.*

Classificatie maakt volgens Buis dus deel uit van de descriptieve diagnose.

**g.** Op de site <http://www.orthopedagogiek.com/persoonlijkheidsonderzoek.htm> geeft drs. J.P.M. de Pauw-Voets (2009) de volgende, kritische beschrijving:

*Descriptieve diagnostiek beperkt zich tot het beschrijven van karakter- en persoonlijkheids-trekken, zoals deze tot uiting komen in klinisch waarneembare fenomenen. Bij descriptieve diagnostiek wordt gebruik gemaakt van systemen als DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) en de in de psychiatrie minder gehanteerde ICD 10 (International Classification of Diseases). Op grond van een objectieve beschrijving van gedragskenmerken kan worden gekomen tot een classificatie. Deze classificatie is alleen bedoeld voor wetenschappelijk onderzoek, maar voegt helemaal niets toe aan de individuele beschrijving. Een classificatiecode behoort altijd achteraan te staan, maar in de praktijk is het vaak (uit gemakzucht) het enige dat wordt opgeschreven.*

Structurele diagnostiek is door Kernberg (1984) ontwikkeld als aanvulling op de descriptieve diagnostiek. De structurele benadering is gebaseerd op het door Freud geformuleerde structurele model van de persoonlijkheid. Onder structurele diagnostiek wordt verstaan het onderzoek van de persoonlijkheidsstructuur.