

Ambulante zorg
Concept 1 december 2008

Ambulante zorg

Concept 1 december 2008

Paul Nota

Nederlands Jeugdinstituut
afdeling Onderwijs & Jeugdzorg
Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht

T: 030 230 6 693
F: 030 231 9641
E: p.nota@nji.nl
W: www.nji.nl

Utrecht,
December 2008

Inhoud

1. Inleiding	7
1.2. Achtergrond.....	7
1.3. Leeswijzer.....	8
2. Conclusies in kort bestek.....	9
3. Definities van ambulante zorg.....	11
3.1. Veertig jaar ontwikkeling	11
3.2. Zorg in de tweede lijn	12
3.3. Zorg in de eerste lijn.....	13
3.4. Een parallel	15
3.5. Conclusie	16
4. Zorg in cijfers.....	17
4.1. Omvang van ambulante (geïndiceerde) zorg.....	17
4.2. De prijsstructuur.....	18
5. Specificatie van relevante componenten	20
5.1. Een consistente interventietheorie	20
5.2. Zicht op vraag en aanbod	21
5.3. Andere relevante componenten.....	22
5.4. Conclusie	24
6. Uitvoeringsvoorwaarden.....	26
6.1. Wenselijkheid of noodzaak van indicatiestelling	26
6.2. Indicatie en recht.....	27
6.3. Onzekerheden.....	28
6.4. Aansturing van inhoud.....	29
6.5. Bedrijfsvoering	30
6.6. Conclusie.....	31
7. Naar nieuwe uitvoeringscondities.....	32
7.1. Eerste stappen.....	33
7.2. Winstverwachting	34
Annex 1	37
Literatuurlijst	38

1. Inleiding

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft de opdracht van het Programmaministerie voor Jeugd en Gezin een analyse te maken van de huidige ambulante geïndiceerde zorg die provincies en grootstedelijke regio's binnen het kader van de Wet op de jeugdzorg bieden. De analyse richt zich op de vraag welke elementen onderscheidend en kenmerkend zijn, in hoeverre de effectiviteit van de varianten methodisch is onderbouwd en welke doelgroepen in relatie tot het totaal van de populatie onderwerp van deze zorg dienen te zijn, gegeven bijvoorbeeld kengetallen over probleemincidentie.

Het NJI is gevraagd tevens de minimale randvoorwaarden voor de uitvoering van deze geïndiceerde zorg te beschrijven. Dat betreft onder meer de wenselijkheid of noodzakelijkheid van indicatiestelling, voorwaarden voor aansturing vanuit inhoud en bedrijfsvoering en schaal van uitvoering.

De analyse mondt uit in hanteerbare uitvoeringsvoorwaarden voor de discussie tussen de betrokken overheden en veldpartijen.

1.2. Achtergrond

De opdracht heeft een bestuurlijke achtergrond in de discussie tussen rijk, provincies, grootstedelijke regio's en gemeenten rond taken en bevoegdheden in het brede jeugdbeleid. Gemeenten bouwen Centra voor Jeugd en Gezin op en wensen meer samenhang tussen eerste en tweede lijn in jeugd(zorg) beleid te brengen. Met name grote gemeenten menen dat zij vanuit de samenhang verantwoordelijkheid voor jeugdzorg dienen te hebben. Zij wensen regie te voeren over de hele keten van jeugdbeleid, van preventie tot curatie. Die wens komt mede voort uit ongenoegen over het functioneren van de (provinciale) jeugdzorg en een toenemende aandacht voor multiprobleem gezinnen. De jeugdzorg kent wachtlijsten en wettelijke procedures (met name in de jeugdbescherming) die gemeenten als belemmering ervaren bij een doeltreffende aanpak van gezinsproblematiek waarbij de openbare orde in het geding is. Veel gemeenten vinden dat de informatie-uitwisseling tussen preventieve en curatieve zorg te wensen overlaat en dus de aansluiting bemoeilijkt.

Het functioneren van het Bureau Jeugdzorg als schakel tussen de domeinen ontmoet bij dit alles weinig waardering. Het begrip 'doorzettingsmacht' is dan een drager van de gemeentelijke wens de aanpak van (gecompliceerde) gezinsproblematiek te sturen. Overdracht van (delen van) de ambulante jeugdzorg zou volgens gemeenten mogelijkheden in samenhang en doelmatigheid verruimen.

Tevens speelt bij de jeugdzorg het vraagstuk van beheersing van de overheidsinvesteringen. Indicatiestellingen zijn een wettelijk verankerde manier om het gebruik van zorg te volgen. Een indicatiestelling impliceert dat de overheid alleen betaalt voor levering van duurdere zorg bij gespecificeerde en ingewikkelde problemen. De indicatiestelling ligt in de handen van een professional vanuit de opvatting dat die bevoegd en bekwaam is een probleem als specifiek en ingewikkeld te classificeren.

Maar degene die het toegangkaartje tot de zorg uitreikt heeft geen belang bij beheersing van het volume. Het vraagstuk van de beheersing is - gezien de bijna permanente wachtlijsten - wel aan de orde. De vraag wie wat beheerst is bestuurlijk een punt van intense discussie naar inhoud en vormgeving van beleid en uitvoering.

1.3. Leeswijzer

Dit rapport volgt de lijn van de gevraagde analyse. Aan de orde komen achtereenvolgens de definitie zoals die in de huidige financieringsstructuur is opgenomen, een definiëring van inhoud en de achterhaalbare omvang van ambulante zorg. Vervolgens zijn onderscheidende en kenmerkende componenten beschreven, de effectiviteit en de doelgroepen en achtereenvolgens wenselijkheid of noodzakelijkheid van indicatiestelling, voorwaarden voor aansturing vanuit inhoud en bedrijfsvoering. De randvoorwaarden voor uitvoering in de samenhang tussen gemeente en provincie en grootstedelijke regio zijn bezien en tot slot geeft het advies enkele aanbevelingen om met het vraagstuk van ambulante (geïndiceerde) zorg verder te werken.

2. Conclusies in kort bestek

1. De verschillende vormen van ambulante (geïndiceerde) zorg zijn momenteel verweven met vele vormen van zorg waarbij de functie verblijf een rol speelt. De ambulante zorg heeft soms een eigenstandige rol, soms een rol in een programma met andere zorgvormen en vervangt soms andere - niet beschikbare - zorg. De zwaarte van de zorg is ook verschillend.

Het blijkt niet mogelijk vanuit een landelijk perspectief de ambulante vormen eenduidig en helder te onderscheiden van alle andere zorgvormen en van elkaar.

2. Ambulante zorg is niet per definitie lichte zorg. Ambulante (geïndiceerde) zorg is met bewezen effectieve werkwijzen ook bij zware problematiek een zeer toepasselijke zorg vanuit hoog opgeleide professionals en goed beschreven werkwijzen.

Het zijn de ernst en aard van het probleem die de zorgvorm bepalen. De zwaarte van de interventie daarentegen (oftewel de prijs) op zichzelf zegt niets over de ernst en aard van het probleem.

Het maken van een betere match tussen ernst en aard van een zorgvraag en de meest geëigende werkwijze vergt nog jaren en is nog zeer beperkt mogelijk.

Over de uitkomsten van dat proces lopende meningen overigens uiteen. Van de verwachting dat vrijwel alle geïndiceerde zorg ambulant kan zijn tot de verwachting dat wellicht de helft van de zorg een functie verblijf moet blijven omvatten.

Als ambulante zorg inhoudelijk ver is ontwikkeld, zoals in Drenthe, vraagt de zorgvorm een organisatieschaal en reikwijdte die door afzonderlijke gemeenten waarschijnlijk niet is te realiseren zonder (boven) regionale afspraken.

3. Bij ingewikkelde problemen van kinderen en gezinnen ligt de verantwoordelijkheid voor het afstemmen van de interventies en de garantie van uitvoering steeds meer op lokaal niveau. Herordening van ambulante zorg zou in dat verband het verkeerde antwoord op de goede vraag zijn, een goede uitvoeringsvoorwaarde voor deze zorg ligt elders.

Een goede afstemming van interventies vraagt zicht op de huidige indicatiestelling en de uitvoering daarvan. De indicatiestelling voor jeugdzorg hoort daarom steeds meer aan het eind van de eerste lijn te zitten en niet aan het begin van de tweede lijn. Het is het inhoudelijke besluit van die samenhangende eerste lijn (inclusief Bureau Jeugdzorg).

Anders gezegd: als er geïndiceerde zorg nodig is, komt dat besluit uit de kringen van professionals die direct met kind en gezin van doen hebben. Opvoeding, school, zorg en openbare orde komen daar bij elkaar. Voor kinderen en gezinnen is het leven één, dat hoort ook voor professionals zo te zijn. Bovendien hebben die professionals elkaar elke dag weer nodig om thuis, op school of op straat hun interventies af te stemmen. Die afstemming is een eerste voorwaarde voor succes.

Zo'n eenheid hoort lokaal vorm te krijgen want daar kunnen speciaal onderwijs, geïndiceerde zorg, arbeidsmarkttoeleiding en handhaven van de openbare orde als gerichte extra bijdragen hanteerbaar en inzichtelijk blijven.

De indicatiestelling voor zorg uit een tweede lijn moet - omwille van de belangen van het kind - van wel van grote kwaliteit zijn en aansluiten bij de samenhangende context van opvoeding, onderwijs en openbare orde. De opgebouwde ervaring van het Bureau Jeugdzorg (oftewel het Bureau zelf) is in die lokale context al in te zetten. Die ervaring hoort daar te zitten, kan daar zitten.

4. Dat is in een vrijwillig maar niet vrijblijvend kader op gemeenteniveau zonder wetwijzigingen te regelen. Voor concrete situaties waar dat om welke reden dan ook niet lukt voorzieningen samen een antwoord te laten geven, kan een beslissingskader (of -macht) vanuit de gemeente de doorslag geven. Dat kader is gericht op het daadwerkelijk uitvoeren van samenhangende zorg en geen kader dat de inhoud van die zorg aangeeft.

Uitvoerders van gerichte (geïndiceerde) zorg maken – in ieder geval voor de ingewikkelde gezinnen waarbij een reeks van interventies gaande zijn – direct deel uit van die coördinatie. Ook dat is nu te regelen zonder wetwijziging.

Die coördinatie omvat altijd een mengsel van interventies: de ene interventie gaat over het 'gestoorde' kind, de tweede over de manier waarop opvoeders zich gedragen, de derde over het leergedrag van een ander kind uit dat gezin, de vierde gaat over arbeidstoeleiding van de opvoeder en de vijfde over schuldsanering. Er is bestaat niet één interventie en één werker die dat allemaal kan.

5. Een tweede lijn van specifieke zorgvormen werkt alleen als er een werkelijk goed ingerichte en functionerende eerste lijn bestaat. Gemeenten zijn nog volop bezig met het vormgeven van hun verantwoordelijkheden voor de eerste lijn in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Die eerste lijn houdt zich ook bezig met ingewikkelde gezinnen en hun problemen, maar eerst en vooral met het tijdig signaleren en aanpakken van lichte problemen. Dat vermindert pas echt de zorgvraag in de tweede lijn. Zolang die eerste lijn niet in de volle breedte adequaat werkt, blijft de vraag naar geïndiceerde zorg (van welke vorm dan ook) waarschijnlijk stijgen.

6. Uitspraken over ambulante (geïndiceerde) zorg vragen inzicht in het totaal aan zorg, dus ook het aanbod uit de geestelijke gezondheidszorg, de zorgverzekeringswet en het speciaal onderwijs. Een dergelijk samenhangend inzicht bestaat niet, zelfs niet op lokaal niveau. Dat blijft een extra handicap om samenhangende beslissingen te nemen over de zorg aan kinderen en opvoeders.

3. Definities van ambulante zorg

Aan het begin van een discussie over ambulante zorg staat een definitie van die zorg. De definitie kan vanuit vele invalshoeken komen: de wet, de inhoud, de prijs, de uitkomsten, de praktijk. De wet beschrijft geen zorgvormen. De wet zegt dat het aanbod van jeugdzorg waarop aanspraak bestaat, aansluit bij de behoefte van cliënten en bij het uitgangspunt dat jeugdzorg in het algemeen het meest doelmatig en het meest doeltreffend plaatsvindt in de minst ingrijpende vorm, zo dicht mogelijk bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode. Het huidige begrip ambulante zorg kent een geschiedenis vanuit de wetgeving in de jeugdzorg. Daar is veertig jaar inhoudelijke ontwikkeling in verpakt rond bijvoorbeeld de Wet op de jeugdhulpverlening, de Wet op de jeugdzorg, de Kaderwet Welzijn, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet. Van een aanvankelijk rol als substituut voor residentiële zorg aan het kind heeft ambulante zorg zich ontwikkeld tot een eigenstandige zorgvorm voor kind en opvoeders. De vraag is of er zulke heldere onderscheidingen zijn ingebracht dat ze bruikbaar zijn voor definiëring van ambulante (geïndiceerde) zorg als zodanig. Dat is de eerste invalshoek.

De prijsstructuur van de zorg is een voor de hand liggende andere plaats om naar onderscheid tussen zorgvormen te zoeken. Als de beschrijving van de inhoud in een financieel kader duidelijk maakt waarin zorg verschilt, kan dat een vertrekpunt zijn voor een verdere analyse. De omvang van de zorg is een derde beschrijvingswijze.

3.1. Veertig jaar ontwikkeling

In de periode tussen 1970 en 1989 is het historisch reservoir van voornamelijk pleegzorg en residentiële voorzieningen om inhoudelijke redenen en omwille van de toenemende vraag langzaam omgebouwd naar een mengeling van ambulante vormen, dagbehandeling, pleegzorg en residentiële zorg; een eerste fase van de vermaatschappelijking van deze zorg. Onvrede over de sterk residentieel gerichte invulling van de zorg en het ondergeschikte belang van het kind hebben via diverse rijkscommissies tenslotte geleid tot nieuwe wetgeving.

In 1989 is bij de invoering van de Wet op de jeugdhulpverlening de financiering van de jeugdhulpverlening van het rijk overgeheveld naar provincies en grootstedelijke regio's. 'Hoewel wij niet onsympathiek staan tegenover de gedachte die ligt achter de vraag een dergelijk recht (op jeugdhulpverlening) wettelijk te waarborgen', schrijft het kabinet in de Memorie van Toelichting, 'kan in de wet geen afdwingbaar recht op hulp worden geregeld, zolang met beperkte budgetten moet worden gewerkt'.

In deze wet stelt 'een plaatsende instantie' vast wat voor een kind de aangewezen zorg is. Ambulante hulp is hier alleen gedefinieerd als zijnde anders dan pleegzorg, residentiële en semiresidentiële hulp. Zonder enige nadere invulling.

Een belangrijke effect van die overheveling is een verdere, nieuwe heroriëntatie op het zorgaanbod geweest. De wet vroeg de andere overheden zoveel mogelijk jeugdzorg in de eigen regio te bieden. Dat leidde tot nieuwe ombouw omdat er een nieuw evenwicht diende te ontstaan tussen de vraag en het aanbod in regionale zorg. Nu is een situatie bereikt waarin circa 90% van de kinderen zorgt krijgt in de eigen regio. De capaciteit van de zorg is overal toegenomen waarbij het perspectief van zo licht mogelijke zorg van zo kort mogelijke duur zo dicht mogelijk bij huis in een zo vroeg mogelijk stadium van probleemontwikkeling een wettelijke leidraad was en is (het zo-zo-zo-zo beleid). Daarmee heeft het werken in ambulante zorgvormen een nieuwe impuls gekregen. Maar ook deze wet werd niet als toereikend ervaren, mede omdat het idee van een recht op zorg meer vorm kreeg.

In de Wet op de jeugdzorg is in 2005 niet alleen het recht op zorg geïntroduceerd maar ook het begrip indicatie. Met dat begrip is er een nieuwe, formele scheiding gemaakt tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde zorg; een scheiding die tevens de eerste en de tweede lijn in jeugdzorg markeert.

Dat hele veranderingsproces vanaf 1970 leidt nu tot verschillende provinciale verhoudingen van ambulante versus andere zorgvormen: van bijvoorbeeld € 1 miljoen ambulante zorg versus €11 miljoen aan andere geïndiceerde zorg in Zeeland en respectievelijk €19 miljoen ambulante zorg versus €64 miljoen andere jeugdzorg in Gelderland. Tegelijk is het aantal aanbieders van jeugdzorg van 600 teruggelopen naar circa 60.

Het Bureau Jeugdzorg is bij dat alles poortwachter met de opdracht een globale indicatie te geven. In de veronderstelling dat de functie van poortwachter in zijn uitoefening stoelt op onafhankelijke professionele afwegingen waarin een overheid niet treedt. De Wet op de jeugdzorg ziet de overheid als beleidsbepaler maar niet als beroepsbeoefenaar die bepaalt of een vraag ernstig genoeg is om zorg te behoeven (in de vorm van een aanspraak).

3.2. Zorg in de tweede lijn

Ambulante geïndiceerde zorg beoogt kinderen en opvoeders in staat te stellen min of meer ernstige opvoed- en opgroeiotoornissen hanteerbaar te maken of op te lossen. Een belangrijke veronderstelling is hierbij dat draagkracht en draaglast van gezinnen op termijn in evenwicht zijn te brengen zonder het kind in een ander opvoedmilieu te plaatsen (het balansmodel). Die draaglast en draagkracht zijn belangrijke overwegingen bij de keuze tussen ambulante of andere zorg. Eenzelfde probleem kan op grond van de situatie van het gezin en de ontwikkelingskansen een verschillende indicatie krijgen: ambulante zorg en/of zorg met een verblijfscomponent. Ambulante zorg maakt onderdeel uit van het geheel aan geïndiceerde zorgvormen en impliceert daarmee vooral dat het probleem te ingewikkeld is om in eerste lijn op te lossen. De zorg richt zich op het kind zelf, op kind en gezin, op de competenties en opvoedstijlen van de opvoeders, op crisismanagement of op het hele samenstel van deze factoren. Al deze vormen vallen onder het (prijs)etiket 'ambulante zorg'.

Veel genoemde werkvormen in de vernieuwingsbeweging zijn de Eigen Kracht Conferenties, Families First, de Multi Systeem Therapie, Functionele Familie Therapie, Hulp aan huis, Zorg nabij, plannen voor nazorg, persoonsvolgende budgetten en vele initiatieven voor voorzorg en nazorg. De 128 netwerken voor kind en gezin in een provincie als Groningen laten zien hoe gecompliceerd het is om goed aansluiting te vinden op de lokale ontwikkeling en hoe moeilijk keuzen voor ambulante werkwijzen dan zijn. Sommige provincies duiden in hun overigens zeer uitgebreide plannen ambulante zorg alleen aan in termen van middelen of capaciteitsplaatsen in de genormeerde financieringssystematiek. De invulling is een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders.

Een indicatie bepaalt op grond van de Wet op de jeugdzorg de zorgvorm als een antwoord op de zorgvraag van kind en opvoeders. In een onderzoek naar aard, inhoud en resultaten van (intensieve) ambulante zorg¹ is de conclusie dat er een groot verschil bestaat tussen theorie en praktijk van indicatiestelling. Een oorzaak is de 'nog niet optimale aansluiting van vraaggerichte indicering en de aanbodgerichte levering'. Het onderzoek geeft aan dat opvoeders een heldere probleemschets vaak te confronterend achten. Dat leidt tot een opzettelijk vaag geformuleerde zorgvraag van de indicatiesteller.

Als het gaat om uitkomsten van ambulante zorg, is de kennis eveneens beperkt, aldus het onderzoek. Het onderzoek constateert dat 'er geen enkel onderzoek (is) waarin de resultaten met betrekking tot de verschillende varianten van ambulante zorg zijn vergeleken'.

Het is dus de vraag of de indicatie voor ambulante zorg in de praktijk meer omvat dan een oordeel over de complexiteit in negatieve zin (te moeilijk voor de eerste lijn). Vaak is de indicatie een aanwijzing van een voor de hand liggende zorgvorm in relatie tot het beschikbare aanbod. Waarbij een weging in termen van draagkracht en draaglast van het gezinssysteem een voornaam ijkpunt is. De globale indicatie omvat zodoende een reeks aan verschillende cliënten en problemen. De Wet op de jeugdzorg werkt vanuit de veronderstelling dat het recht op zorg alleen ontstaat als bevoegde en competente professionals een indicatie geven. De indicatie geeft aan dat de problematiek dermate ernstig en ingewikkeld is dat met publieke middelen gefinancierde (curatieve) zorg op grond van de belangen van het kind van rechtswege nodig is. De provincie betaalt dit.

3.3. Zorg in de eerste lijn

In de aanloop naar de Wet op de jeugdzorg mocht het Bureau ook lichte pedagogische zorg bieden, waarmee het een cliëntvriendelijke schakel naar de tweede lijn kon zijn. Veel gemeenten koesterden toen de verwachting dat het Bureau deel zou zijn van de eerste lijn. Omdat het Bureau zich nu richt op de indicatiestelling en zelf geen zorg meer mag bieden, is het daarmee minder een schakel naar, dan wel het begin van een tweede lijn. Dat schept een onderscheid met een vrij toegankelijke, gemeentelijke eerste lijn en de indicatie als markering tussen eerste en tweede lijn.

Zorg voor het kind in de vorm van ondersteuning door (een) professional(s) krijgt via twee overheden vorm: de lokale en de provinciale. Voor de gemeente is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) het kader, voor de provincie de Wet op de jeugdzorg. In beide gevallen is de relatie tussen cliënt en zorgaanbieder in principe een vrijwillige relatie. De cliënt vraagt zelf zorg of gaat in op de aanbeveling van een verwijzer (bijvoorbeeld de school).

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) geeft aan dat de gemeente verantwoordelijk is voor op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden. De definitie van een prestatieveld jeugd en vijf daarbij passende functies (als lichte pedagogische hulp) geeft echter geen functionele beschrijving van zorg in die eerste lijn.

Maar de eerste lijn is er met onder meer maatschappelijk werk, schoolmaatschappelijk werk, kinderopvang, peuterspeelzalen, opvoedondersteuning, leerlingenbegeleiding, trajectbegeleiding, gezinszorg; allen werkend met een aanzienlijk aantal professionals met een HBO-opleiding die richten zich op soms gelijk geformuleerde doelstellingen en dezelfde cliënten als in jeugdzorg. Het gaat net als in jeugdzorg over individuele kinderen, kinderen en gezinnen, gezinnen en hun omgeving. De invulling van de lichte pedagogische zorg is niet gedefinieerd.

1. Er bestaan geen richtlijnen of afspraken voor inrichting of volume van die zorg in de eerste lijn.

De veel voorkomende vragen in de eerste lijn zijn bekend vanuit NJi-onderzoek. Gedragsproblemen, pesten, schoolverzuim of uitval, overlast en/of delinquent gedrag, druk gedrag, angsten, somberheid, middelengebruik, meervoudige problematiek en ongezond leven vormen de top tien.

2. Er is geen inzicht op lokaal niveau bij welke cliënten die zojuist genoemde problemen daadwerkelijk voorkomen. Het is op gemeentelijk niveau op dit moment niet te beschrijven welke opvoed- en opgroei-problematiek daadwerkelijk in een eerste lijn is op te lossen als problemen ook in een vroeg stadium zijn gezien. Dat komt ook omdat de interventies vanuit Zorgverzekeringswet en AWBZ in de eerste lijn vrijwel nooit deel uit kunnen maken van de gemeentelijke beschouwingen.

3. Het gebrek aan gefundeerde kennis en inzichten in probleemomvang en effectieve methoden in de eerste en tweede lijn maakt het voorstelbaar dat het aantal face tot face contacten opdoemt als 'het' onderscheidend criterium tussen eerste en tweede lijn voor ambulante zorg.

De eerste lijn heeft niet alleen te maken met problematiek die onder dat 'eigen' wettelijk kader is te vangen. Er zijn kinderen en gezinnen bij wie de zorg een verplichtende karakter heeft op grond van een uitspraak van de kinderrechter. Zij manifesteren zich eveneens op lokaal niveau met een brede serie problemen rond huisvesting, werk, maatschappelijk ongewenst gedrag. In geïndiceerde zorg kent de helft van alle zorg een justitieel kader op grond van het Burgerlijk Wetboek. In die situatie deelt de ouder het gezag met een gezinsvoogd (de onder toezicht stelling) met het oogmerk dat ouderlijk gezag weer autonoom te maken. Overwegingen die aan de bescherming van het kind en het autonomieherstel zijn gekoppeld, bepalen dan mede

indicatie en zorgaanbod. En juist deze groep zorgt voor de nodige handelingsverlegenheid zowel bij instellingen als overheden. Hier start ook de zoektocht naar 'doorzettingsmacht' om te garanderen dat vanuit men tegengestelde belangen en opinies richting kind en gezin toch ingrijpt of in kan grijpen.

Als 'overkoepelend' wettelijk kader is er overigens nog het door Nederland geratificeerde Verdrag inzake de Rechten van het Kind waarin verplichtingen voor de overheid en opzichte van het kind zijn vastgelegd. Deze verplichtingen zijn niet geoperationaliseerd naar voorzieningen of handelingen.

Het ontbreekt - alles overziend - grotendeels aan onderbouwde inzichten over de zorgvormen die in een continuüm van zorg – dat voor de cliënt doorloopt van eerste naar tweede lijn – aan de orde zijn. In het terrein van opvoed- en opgroei-ondersteuning zijn wel steeds meer nieuwe methoden beschikbaar. Een methode als Triple P heeft een doorlopend karakter (van licht naar zware problemen) en een grote differentiatie (van lichte naar zware werkvormen). De eerste lijn zet daarmee de eerste stappen naar een beschrijving en invulling van effectieve zorg op lokaal niveau. Op dit moment is het echter moeilijk op lokaal niveau een gedegen onderbouwing te geven van de zorg die er zou moeten zijn. En, is daaraan toe te voegen, de doelgroepen zijn ook niet allemaal bij iedereen in beeld: verstandelijk gehandicapte kinderen bijvoorbeeld.

3.4. Een parallel

De begrippen eerste en tweede lijn zijn niet uniek voor de jeugdzorg. In de gezondheidszorg en in de geestelijke gezondheidszorg zijn eerste en tweede lijn bekende begrippen. Voor de geestelijke gezondheidszorg waar kinderen en opvoeders cliënt zijn gelden de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet. Op verwijzing van (voornamelijk) een huisarts mogen professionals in de eerste lijn hier maximaal twaalf gesprekken voeren met de cliënt. Deze zorg omvat niet-complexe psychische problemen met (slechts) een matige invloed op het functioneren van de cliënt. Er heeft nog geen eerdere (psychologische) behandeling plaatsgevonden en/of eerdere behandeling van overeenkomstige problematiek is succesvol verlopen. De klachten manifesteren zich op zo'n niveau dat geen ernstige ontregelingen, crises of psychoses zijn te verwachten. En tenslotte is een doeltreffende diagnostiek verricht gezien de snelheid en het beperkt aantal 'zittingen' dat aan de orde is.

Het blijft in het veranderende zorgverzekeringsstelsel de beste aanpak, zegt het Trimbos instituut in het rapport 'Afbakening eerste en tweedelijns zorg voor psychische stoornissen' (juli 2006), om voor het onderscheid eerste en tweede lijn inhoudelijke criteria te kiezen. Dat onderscheid is, aldus het rapport, dat de eerste lijn generalistisch is en de tweede lijn specialistisch. Het is dan ook niet verstandig financieringsstromen te kiezen als criterium, meent het instituut. Alle problematiek die buiten de zojuist genoemde probleemdefinitie van de eerste lijn gaat is daarmee in de geestelijke gezondheidszorg vrijwel automatisch een probleem voor de 'tweede' lijn.

Er zit wel een belangrijk verschil tussen de aanpak van problematiek bij kinderen en gezinnen en de huidige werkwijze van de ggz. De systematiek van werken daar stoelt op geclassificeerde problemen. In het werken met kinderen en gezinnen laat zich nooit één probleem classificeren. Het is zeker bij complexe probleemgezinnen altijd een hotspot van problemen. Er zal dus ook hotspot zitten in de oplossing.

Vanuit de inhoud van zorg is er wellicht geen beter onderscheid tussen eerste en tweede lijn te maken dan dat van generalistisch versus specialistisch. Het aantal face tot face contacten in ambulante jeugdzorg omvat een grote verscheidenheid aan cliënten en werkvormen. Daarom is dat aantal nu niet op te vatten als het onderscheid tussen generalistisch en specialistisch. Om dat onderscheid goed te maken is vooral een betere definiëring van zowel het begrip generalistisch als het begrip specialistisch in jeugdzorg nodig.

3.5. Conclusie

De verschillende vormen van ambulante (geïndiceerde) zorg zijn momenteel verweven met vele vormen van zorg waarbij de functie verblijf een rol speelt. De ambulante zorg heeft soms een eigenstandige rol, soms een rol in een programma met andere zorgvormen en vervangt soms andere - niet beschikbare - zorg. De zwaarte van de zorg is ook verschillend.

Het blijkt niet mogelijk vanuit een landelijk perspectief de ambulante vormen eenduidig en helder te onderscheiden van alle andere zorgvormen en van elkaar.

4. Zorg in cijfers

Waar het dus moeilijk blijkt om in termen van inhoud de ambulante zorg te beschrijven, biedt een cijfermatige invalshoek nieuwe mogelijkheden om te zien of ambulante zorg scherp valt te beschrijven. Achtereenvolgens komen de omvang en de prijsstructuur aan bod.

4.1. Omvang van ambulante (geïndiceerde) zorg

Het Brancherapport van de aanbieders in jeugdzorg 2007 geeft aan dat er 18.338 capaciteitsplaatsen zijn in Nederland in ambulante (geïndiceerde) zorg naast 21.270 capaciteitsplaatsen in varianten waarin de functie verblijf een rol speelt. Het rapport geeft verder aan dat er 42.772 aanspraken bij zorgaanbieders zijn geregistreerd voor ambulante zorg naast 43.670 andere aanspraken. Het Brancherapport geeft een totaal van 92.112 aanspraken waaruit 66.233 unieke cliënten zijn te identificeren. Anders geformuleerd: per cliënt zijn 1,39 zorgaanspraken geregistreerd. Oftewel circa 26.000 cliënten zijn (rekenkundig) voorzien van twee aanspraken. Gelijke verhoudingen zijn zichtbaar op provinciaal niveau. Zo verwacht de provincie Zuid-Holland voor 2009 1859 ambulante vragen (budget € 8,5 miljoen, gemiddeld € 4619 per aanvraag) en 2167 andere vragen (€ 76 miljoen en dus € 35071 per aanvraag).

In Noord-Holland treffen onderzoekers gemiddeld 1,7 zorgvraag per cliënt en bij 50% van de cliënten twee aanspraken. De onderzoekers spreken het vermoeden uit dat een deel van deze aanspraken tot stand komt omdat de indicatie voor ondersteunende ambulante zorg de (financiële) beperkingen van zorg met verblijf compenseert. In een aantal gevallen fungeert de ambulante zorg ter overbrugging van wachttijden of als vervanging van niet beschikbare zorg met verblijf.

Over de feitelijke verdeling van aanspraken over de ambulante varianten zijn geen valide gegevens landelijk beschikbaar. Over de mate van samenhang tussen aanspraken op ambulante zorg en andere zorg (verblijf) zijn eveneens geen richtinggevende uitspraken mogelijk omdat registratiesystemen zijn ingericht op verantwoording van afzonderlijke zorgleveringen en niet op stelselmatige samenhang tussen leveringen. De cijfers uit het Brancherapport tonen samenhang; benoeming van die samenhang is anders dan incidenteel niet mogelijk. Elke instelling probeert op zijn eigen manier om zijn taken zo goed mogelijk te vervullen, waardoor er nauwelijks uniformiteit in het (ambulante) aanbod is, constateert het eerder geciteerde onderzoek (dat intensieve pedagogische thuishulp als beste benaming voor het geheel ziet).

De omvang van ambulante zorg laat zien hoe verweven de ambulante zorg is met andere zorgvormen. Of hoe het andere zorg substitueert. De geregistreerde omvang biedt helaas geen manier om onderscheid te maken binnen die zorgvormen.

4.2. De prijsstructuur

Het rapport Kaiser over de (toekomstige) financieringsstructuur van de jeugdzorg hanteert acht categorieën van zorg. Drie ervan zijn 'ambulant' te noemen: hulp thuis aan het individu, hulp op de accommodatie van de aanbieder individueel en op dezelfde plek aan een groep. Het onderscheid met andere vormen ligt hier in het gegeven dat het kind thuis woont, niet in een zorginstelling of bij pleegouders. In de praktijk zijn bij elke provincie of grootstedelijke regio in deze drie categorieën een aanzienlijke verscheidenheid aan zorgvormen en werkwijzen ondergebracht. In sommige provincies omvat de groep ambulante vormen er meer dan tien, uiteenlopend van puur op het kind gerichte therapieën tot zware (multidisciplinaire) systeembehandelingen.

Het rapport Kaiser bouwt voort op het onderzoek van Deloitte 'Naar een nieuw stelsel voor de financiering van het jeugd aanbod' uit 2004 met ook drie soorten ambulante zorg: individuele ondersteunende hulp, individuele specialistische hulp en individuele therapeutische hulp. De soorten zijn zowel bij de cliënt thuis uitvoerbaar als op locatie van een zorgaanbieder. Deze drie vormen zijn in feite, anders verwoord, dezelfde drie categorieën als in het rapport Kaiser.

De beschrijvingen van de zorgvormen omvatten de (probleem)aspecten waar de zorg zich op richt, de globale zorginhoud en de faseringen in de zorg. Dat geeft globale definities van het begrip 'ambulante zorg' - in een prijsstructuur - maar dat zegt niets over de kwaliteit van methode of resultaten. De feitelijke uitvoeringskosten komen tot stand op basis van de frequentie van de cliëntcontacten, een frequentie die voortvloeit uit het door de zorgaanbieder gehanteerde inhoudelijke concept.

Maar de hoeveelheid cliëntcontacten in die huidige prijsstructuur zitten in heel verschillende methoden. Gelijke contactaantallen ontstaan binnen heel verschillende antwoorden op vragen van kind en opvoeders. De ene serie kan een werkwijze omvatten die de zorgvraag beantwoordt zoals voorheen een plaatsing in een residentiële instelling deed, de ander past binnen een complex zorgprogramma waarin de ambulante zorg gedurende langere tijd het contact met het kind en gezin onderhoudt. En weer een derde omvat - met eenzelfde contactfrequentie - een opgroei-ondersteuning van problematische opvoeders en kind. De een richt zich op een doelgroep van 100 uit 250.000 kinderen, de andere op een doelgroep van 10.000 uit 250.000 kinderen. De een vraagt omvangrijke scholing in de methode, de ander niet. De een vraagt bovenregionale afstemming over de inzet, de ander niet. De contactfrequentie op zich onderscheidt dus onvoldoende in deze zorgvormen. Een besluit om bij 'x' contacten tot andere aansturing over te gaan, is dus geen enkel inhoudelijk antwoord op een vraag naar onderscheid tussen eerste en tweede lijn. Aanzienlijk uiteenlopende budgetten op provinciale en grootstedelijke niveau compliceren de ordening nog verder.

Een invoering van het nieuwe financieringsstelsel jeugdzorg is voorzien in 2009. Dit gaat vergezeld van de invoering van prestatie-indicatoren die zicht geven op de

resultaten van de zorg in termen van klanttevredenheid, planmatige beëindiging en het behalen van doelen zoals ze in de indicatie zijn vastgelegd.

Dat kan laten zien of zorg 'werkt', maar ook de nieuwe prijsstructuur van de ambulante zorg geeft op dit moment helaas geen inhoudelijk houvast voor een andere ordening van zorg naar eerste en de tweede lijn.

5. Specificatie van relevante componenten

Er komt door inspanningen van overheden en zorgaanbieders steeds meer zicht op de inhoud van het werk. Het is de vraag hoever dat inzicht nu reikt en hoe behulpzaam dat kan zijn bij het maken van bijvoorbeeld het onderscheid generalistisch versus specialistisch.

5.1. Een consistente interventietheorie

In de ontwikkeling naar een doeltreffende jeugdzorg staat het opbouwen van een consistente interventietheorie centraal. Zo'n theorie geeft de kenmerken van de doelgroep, het doel en aanpak van de interventie, de mogelijke uitkomsten, de bejegeningsaspecten die van belang zijn en de organisatorische randvoorwaarden. Zonder onderbouwing van een interventietheorie kan professionele zorg niet bestaan omdat juist het gebruik van een theorie het verschil maakt tussen leken en professionals. De theorie kan een abstract wetenschappelijk betoog zijn, maar ook stoelen op praktijkervaringen of simpele redematies die iedereen kan volgen: de hulpverlener handelt op een specifieke wijze om bij een specifieke cliënt een specifieke verandering teweeg te brengen (Van Yperen²).

Een behandelingstheorie maakt in ieder geval duidelijk wat de zorgvraag is waarvoor een oplossing nodig is. De Databank Effectieve Interventies van het NJi omvat een reeks interventies die theoretisch onderbouwd zijn en een getoonde effectiviteit hebben. Voor elke interventie geldt dat deze werkzaam is voor een specifieke inhoudelijke vraag. Het zijn dus de vragen (problemen) die de relevante componenten van het aanbod bepalen.

Effectieve werkvormen die passen in het begrip ambulant uit de nieuwe financiering voor de jeugdzorg zijn:

- Gezinsgerichte cognitieve gedragstherapie ter vermindering van angststoornissen;
- Psycho-educatieve gezinsinterventie KOPP voor gezinnen met kinderen tussen 4 en 12 jaar waarin een van de opvoeders een psychiatrische stoornis heeft;
- 'Steps' als cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling bij meisjes tussen 13 en 18 jaar met een posttraumatische stressstoornis als gevolg van eenmalig seksueel geweld;
- 'Vrienden' als interventie voor jeugdigen tussen 7 tot en met 16 jaar met angststoornissen of depressie.

Het is duidelijk dat de categorie bewezen effectief (volgens de Erkeningscommissie jeugdinterventie) een beperkt aanbod omvat vanuit gedefinieerde vragen. Er zijn een reeks interventies die gelden als 'veelbelovend' maar nog niet in Nederland adequaat zijn bewezen (zoals FFT, MST en IOG). De Erkeningscommissie Gedragsinterventie Justitie telt drie erkende interventies en tien voorlopigerkende. Al deze interventies zijn echter gericht op het verminderen van recidive. Alle interventies hebben ook

eigen, specifieke andere werkzame componenten (zoals de combinatie van gedragstherapie en medicatie bij ADHD).

5.2. Zicht op vraag en aanbod

Er is geen valide match te maken tussen zorgvragen die met ambulante zorg zijn op te lossen en het bestaande zorgaanbod dat ambulant heet zowel in eerste als tweede lijn, vanuit het perspectief van de consistente interventietheorie. Er bestaat geen enkel deugdelijk onderzoek naar de specificiteit van vragen bij de cliëntenpopulatie (manifest of latent), de mate waarin die specificiteit nawijsbaar is in de indicatiestellingen en de mate waarin dat leidt tot levering van bewezen effectieve zorg en de mate van effectiviteit in de uitvoering van die zorg.

Elke overheid die (ambulante) zorg organiseert, kan dat alleen effectief doen als er inzicht bestaat in de specifieke vragen van de populatie en de omvang van die vragen. Dit inzicht is in Nederland niet systematisch voorhanden. Indicaties in de dagelijkse praktijk zijn in grote mate door het aanbod bepaald. Het is immers zinloos te indiceren voor niet bestaand aanbod. Dat aanbod is overigens wel onderwerp van gestage innovatie om beter aan te sluiten op de vraag.

Voor een beperkt scala aan zorgvragen is een effectieve methode beschikbaar, maar gegeven het veelal experimentele karakter van invoering van bewezen effectieve methoden en de gebrekkige registratie in het stelsel is geen hanteerbaar antwoord te geven op de vraag naar relevante componenten als de zorgvraag van cliënten het uitgangspunt is. Bij gebrek aan gedefinieerde zorgvragen is er dus ook niets te zeggen over probleemincidentie. Het mag inmiddels duidelijk zijn dat wachtlijsten geen enkel houvast bieden als het gaat om inzicht in de vragen die binnen of buiten het circuit van de jeugdzorg in de populatie aan de orde zijn.

In het onderzoek 'Opvoeden in onmacht'³ is een meta-analyse gemaakt van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag. Het onderzoek probeert te bepalen of er succesvolle en minder succesvolle methodieken er zijn en welke factoren dat bepalen. Er zijn 92 methoden opgespoord en van 17 is evaluatieonderzoek beschikbaar. Er blijkt geen onderscheid te maken tussen de 17 methodieken op grond van de (gemiddeld middelgrote) positieve resultaten. In termen van doelgroep, bedoelde interventie en gewenste uitkomst of beschrijving lijken ze allemaal op elkaar. Maar de 17 zijn allemaal kansrijk om de experimentele test naar causaliteit tussen methode en uitkomst te doorstaan.

De onderzoekers constateren dat op zichzelf staande methodieken weinig zin hebben, alleen in een brede organisatorische context zijn sectoroverschrijdende behandelingen op maat te maken. Wat geldt voor interventies rond normoverschrijdend gedrag, geldt zeker voor het geheel aan jeugdzorg. Het vraagt iedere keer weer maatwerk waarbij doeltreffende werkwijzen onderdeel zijn van een totaalaanpak.

De beschrijving laat zien dat methoden beschikbaar zijn, maar dat methoden op zich nu geen ingang bieden voor een gedetailleerde totaalbeschrijving van de aanwezige zorg.

Omdat een goede beschrijvingen van zorgvragen ontbreken, zijn zorgvragen uit de geïndiceerde ambulante zorg nu vanuit een landelijk perspectief niet in te delen in eerste en tweede lijn.

5.3. Andere relevante componenten

Op de hoofdgebieden (als zorgvraag) lijkt het niet mogelijk nu landelijk een bruikbaar onderscheid te maken tussen generalistisch en specialistische zorg. Er zijn echter nog andere als relevant te betitelen componenten die mogelijk wel een onderscheid kunnen aanbrengen vanuit de praktijk.

Andere componenten dan zorgvraag

Het is niet mogelijk gebleken vanuit de zorgvragen uitvoeringsvoorwaarden voor ambulante zorg vast te leggen anders dan de noodzaak om de zorgvormen van een theoretische onderbouwing en een bewijs van doeltreffendheid te voorzien. Het gaat dan kort samengevat om:

- een adequate professionele definitie van de vraag,
- de keuze van een werkwijze die een antwoord op de vraag waarschijnlijk maakt,
- het passen van probleem en hulpvraag bij de invulling van de interventie.

Maar er zijn andere componenten te identificeren zoals Van Yperen c.s. aangeven.

Werkzame componenten

Naast de vraag 'wat doet de interventie', is er ook de vraag 'hoe werkt de interventie'. Doeltreffendheid van zorg hangt van een reeks factoren af die voor eerste en tweede lijn gelijk zijn. Het gaat dan om werkzame factoren als:

- het garanderen van de veiligheid van het kind,
- motivatie van de cliënt,
- structurering van de interventie en uitvoering volgens plan
- een hoog niveau van professionele uitvoering inclusief adequate werkomstandigheden,
- de kwaliteit van de relatie tussen cliënt en professional.

Bestuurlijke componenten

Ten behoeve van bestuurlijke besluitvorming passen daar nog bij:

- permanente monitoring van uitvoering zowel naar gebruik van methode als naar uitkomsten om de effectiviteit te garanderen,
- permanente (multidisciplinaire) ondersteuning van de uitvoerende beroepskrachten,
- een aanbod van een kwaliteitsgecertificeerde aanbieder.

Op die manier maken de aanbieders van zorg duidelijk dat hun zorg toereikend is en bieden ze de overheid de mogelijkheid de besluitvorming daarop af te stemmen.

De situatie in de praktijk

Een analyse van de huidige provinciale beleidsprogramma's voor jeugdzorg toont dat er in de praktijk ambulante varianten bestaan die niet los te maken zijn van het geheel

aan zorg dat een gezin ontvangt omdat ze onderdeel zijn (zowel systematisch als situationeel) van een (integraal) programma.

De mate waarin ambulante varianten als systematisch programmaonderdeel met meerdere andere zorgvormen zijn ingezet, vraagt nader onderzoek vanwege de verschillen tussen provincies en grootstedelijke regio's bij de vormgeving van het aanbod.

Er bestaat daarnaast ambulante zorg die is gericht op specifieke doelgroepen (naar probleem of omvang van de probleempopulatie) die in uitvoering of bereik alleen regionaal of provinciaal voldoende doelmatig zijn uit te voeren langs de lijnen van een bewezen effectieve methode.

De ambulante zorg MST in Noord-Nederland is daarvan een voorbeeld⁴. Deze zorg kost € 14.854 per cliënt vanuit 40 productie-eenheden (gezinsbehandelingen per jaar) op provinciaal niveau. De doelmatigheid van levering (in het perspectief van een totale doelgroep in de drie provincies tussen de 175 en 250 kinderen en opvoeders op circa 250.000 kinderen) vraagt een uitvoering en budget van € 594.100 per provincie. Zonder deze schaal is de zorg – overigens ingebed in adequate regionale aansturing – niet te leveren.

Tenslotte bestaat er ambulante zorg die een stap naar bewezen zorg kan maken indien er mogelijkheden zijn tot nadere analyse en vastlegging en er is ambulante zorg die qua werkwijze gelijkenis vertoont met gemeentelijke inspanningen (bij gebrek aan alle andere specifieke kenmerken).

Een voorbeeld van het snijvlak van die twee is de goed onderzochte en geëvalueerde zorgvariant Nieuwe Perspectieven die de gemeente Amsterdam financiert. Het is een werkwijze die zich richt op jongeren die aan het begin lijken te staan van een loopbaan in de criminaliteit. Het opvoedmilieu, scholing en werk maken nadrukkelijk deel uit van de aanpak. Gemeenten in de stadsregio zijn van mening dat deze zorg onderdeel uit moet maken van de regionale jeugdzorg. Financiële mogelijkheden van de diverse overheden bepalen hier de plaats in het zorgspectrum.

Van alle beschreven componenten zijn alleen de zorginhoud (op het kenmerk ambulant) en het professionele niveau (opleiding) terug te vinden in de beschrijvingen van Deloitte voor de nieuwe financieringssystematiek. Componenten als keuze van werkwijze, permanente monitoring en ondersteuning konden ook niet zijn verwerkt omdat het rapport uitgaat van een landelijke praktijktoets. De cijfers stelen op een werkpraktijk waarin die effectieve methoden op bescheiden voorhanden zijn en veelal onderwerp van innovatieprojecten. Het rapport kon niet teruggrijpen op een praktijk waarin zorgaanbieders alleen zorg leveren die als volwaardig effectieve zorg is bewezen. Er valt hooguit te spreken van een specifieke prijs van ambulante zorg die - gegeven de toe te voegen componenten - hoger zou moeten zijn dan een gemiddelde prijs van ambulante zorg (bijvoorbeeld € 8332 in Noord-Holland).

Er is geen reden aan te nemen dat deze onderscheidende en kenmerkende componenten onder een gemeentelijke aansturing van karakter veranderen, noch zijn

er redenen aan te nemen dat gemeenten andere of meer mogelijkheden hebben dan de provincies en grootstedelijke regio's de professionele vereisten beter te beantwoorden.

Ter aanvulling is een analyse van tien willekeurig gekozen gemeentelijke plannen voor de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin gemaakt⁵ om te zien of deze plannen verwachtingen bevatten over de tweede lijn. De analyse brengt geen expliciete verwijzingen naar boven waaruit blijkt dat gemeenten gespecialiseerde zorg willen geven. Maar de vraag naar de aansluiting heeft vrijwel overal prioriteit.

Het is de vraag of meer dan 400 gemeenten individueel in staat zijn de investering (naar onderzoek, validering en monitoring) op te brengen die in de komende jaren nodig is om juist de nieuwe vormen van ambulante zorg tot bewezen effectief te maken. De vraag is ook – ter illustratie – hoeveel meisjes tussen de 13 en 18 jaar een posttraumatische stressstoornis hebben in een gemeente met 50.000 inwoners en wat de kosten zouden zijn om lokaal ook een effectief antwoord te geven op die stoornis. De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling merkt in het advies 'De Ontkoking voorbij' op dat veel lagere overheden door de ontkoking verantwoordelijkheden krijgen toebedeeld die ze helemaal niet waar kunnen maken als de aangrijpingspunten van een probleem op hoger schaalniveau liggen.

5.4. Conclusie

Ambulante zorg is niet per definitie lichte zorg. Ambulante (geïndiceerde) zorg is met bewezen effectieve werkwijzen ook bij zware problematiek een zeer toepasselijke zorg vanuit hoog opgeleide professionals en goed beschreven werkwijzen.

Het zijn de ernst en aard van het probleem die de zorg moeten bepalen. De zwaarte van de interventie daarentegen (oftewel de prijs) op zichzelf zegt niets over de ernst en aard van het probleem.

Het maken van een betere match tussen ernst en aard van een zorgvraag en de meest geëigende werkwijze vergt nog jaren en is nu zeer beperkt mogelijk.

Er is over de hele linie te weinig gedegen kennis beschikbaar om vanuit de inhoud ordeningen aan te brengen in de bestaande ambulante zorg en een deel van indicatie uit te sluiten omdat het naar aard en inhoud zorg uit de eerste lijn hoort te zijn.

Onderscheidende en kenmerkende elementen van ambulante zorg horen inhoudelijk van aard te zijn en vertrekken vanuit een specifieke zorgvraag waarvoor een specifieke methode effectief kan zijn. Het kan zijn dat er in de praktijk veel ambulante zorg is die een test naar causaliteit doorstaat, maar over omvang en zorgvragen die daarin een plaats kunnen krijgen, is geen deugdelijk landelijk cijfermateriaal beschikbaar.

Over de uitkomsten van dat proces naar effectieve zorg lopende meningen overigens uiteen. Van de verwachting dat vrijwel alle zorg ambulant kan zijn tot de verwachting dat wellicht de helft van de zorg een functie verblijf moet blijven omvatten.

Als ambulante zorg inhoudelijk ver is ontwikkeld, zoals in Drenthe, vraagt de zorgvorm een organisatieschaal en reikwijdte die door afzonderlijke gemeenten waarschijnlijk niet is te realiseren zonder (boven) regionale afspraken.

6. Uitvoeringsvoorwaarden

Met de gebleken onmogelijkheid vanuit definities, gebruik of werkbare componenten het veld van ambulante (geïndiceerde) zorg scherp vast te leggen, blijven er wellicht andere uitvoeringsvoorwaarden over die het mogelijk maken de vraag naar onderscheid te beantwoorden.

Achtereenvolgens komen aan de orde het vraagstuk van de indicatiestelling, de onzekerheden in de combinatie van vraag en aanbod en de voorwaarden voor aansturing, met name de bedrijfsvoering.

6.1. Wenselijkheid of noodzaak van indicatiestelling

Tussen vraag en aanbod in de zorg zit een professional. In ieder geval tussen de manifeste zorg en het beschreven aanbod bevindt zich in de jeugdzorg (de indicatie van) het Bureau Jeugdzorg. Het Bureau analyseert en weegt de vraag, de context waarin die vraag is gesteld, beziet de betrokkenen en hun mogelijkheden, beschouwt de noodzakelijke zorg en stelt een indicatie. Met als gevolg een (rechts)aanspraak op jeugdzorg. Van de negen voorgelegde vragen leiden er zes in de hedendaagse praktijk tot een aanspraak.

En dus drie niet. Het Bureau lijkt te voorkomen dat kinderen en opvoeders zorg krijgen uit de tweede lijn als dat niet nodig is.

De ernst en de aard van de vraag zijn in principe toetsbaar in jeugdzorg. Er bestaan (geijkte) instrumenten voor classificering en weging, maar deze zijn nog lang geen professionele standaard of geaccepteerd onderdeel van de beroepsbeoefening. Laat staan dat ze in eenduidige samenhang zijn te brengen met het geheel van een probleemanalyse bij ingewikkelde gezinnen.

De veronderstelling is vervolgens dat er een relatie bestaat tussen ernst en aard van de problematiek en de duur en intensiteit van de oplossing. Bij circa 40% van de geïndiceerde jeugdzorg is die relatie navijnsbaar. In een veel kleiner deel is de relatie bewijsbaar omdat het om 'bewezen effectieve' vormen gaat waarvan het aantal – nog – beperkt is.

Los van het idee dat zorg antwoord geeft op een goed omschreven vraag is er een andere stap gezet naar inzicht in de effectiviteit. Het nieuwe stelsel van prestatie-indicatoren in jeugdzorg kan laten zien hoeveel jeugdzorg 'werkt' zonder waterdicht wetenschappelijk onderzoek. Prestatie-indicatoren stellen de uitkomsten van zorg voorop. De aanpak ligt in het verlengde van het advies van de RMO: het beschikbaar maken van informatie over kwaliteit van geleverde diensten kan een veel effectiever middel zijn om de kwaliteit te verzekeren dan zelf controles verrichten.

Prestatie-indicatoren geven zicht op kwaliteit en prestaties van dienstverlening en zijn als zodanig een noodzakelijk onderdeel van het sturingsinstrumentarium. Maar ze geven geen inzicht in de vraag of aanbod en vraag als zodanig passen.

De cliënt moet er op kunnen rekenen dat een indicatie vooral de passende specialistische zorg aanduidt. Zorg krijgen in een verkeerde vorm brengt schade toe aan de cliënt en verlaagt de doeltreffendheid van zorg. Dat maakt een (vorm van) indicatie of onderbouwde verwijzing wenselijk. Het huidige stelsel jeugdzorg – en dus ook dat van lokaal jeugdbeleid - zet duidelijk stappen in die richting. Als ernst en aard van het probleem in de eerste lijn met die instrumenten goed zijn vast te leggen en er is een garantie dat de vraag van kind en opvoeders in de volle breedte zijn gezien (psychiatrie, onderwijs, handicaps, bescherming), is de plaats van uitvoering van die indicatie opnieuw te bezien.

Blijft de wenselijkheid van een goed beheer van vraag en aanbod voor een overheid, mede gezien de financiële consequenties van een indicatie.

6.2. Indicatie en recht

Er ligt in de Wet op de jeugdzorg een recht op zorg vast indien een professional een indicatie afgeeft. Een recht met consequenties omdat een indicatiestelling behoort te leiden tot zorglevering binnen een vastgestelde periode. De cliënt kan die zorg opeisen. Zorg kost gemeenschapsgeld. Schattingen van de prijs van geïndiceerde zorg bij gemiddelde individuele cliënten lopen uiteen van € 15.000 tot meer dan € 30.000. De prijs van een indicatiestelling ligt even onder de € 2000. De bijna permanente 'aanval' op de wachtlijsten laat vermoeden dat al sinds 1989 'met beperkte budgetten moet worden gewerkt'. Er is dus een belang vanuit de gemeenschap om de kosten te beheersen als de vraag (alsmaar) lijkt te stijgen.

De indicatiestelling nu heeft een beperkte wetenschappelijke basis en is sterk aanbod bepaald. Ze stoelt mede op een politieke beslissing een zeker historisch volume 'achter' de indicatiestelling te plaatsen. De opmerking uit de Memorie van Toelichting op de Wet op de jeugdhulpverlening uit 1989 is in feite nog steeds geldig. Het budget voor geïndiceerde zorg dat in dat jaar als zodanig is aangemerkt is 'het historisch budget', het budget dat de rijksoverheid voor dat jaar ter beschikking stond. Sinds dat jaar zijn het rijk en de provincies en grootstedelijke regio's in permanente debat over het volume van de zorg met als markering de 'wachtlijsten'. Hoezeer het budget ook is vergroot, het is nog altijd geen budget dat op enig navolgbare manier is afgeleid van de werkelijke vraag naar jeugdzorg en de middelen die nodig zouden zijn om die vraag op te lossen.

De hoogte van de doeluitkering is dus jaarlijks aan de orde. In de nabije toekomst moet een onafhankelijke autoriteit het volume van de doeluitkering bepalen. Het ziet er naar uit dat die bepaling in aanzienlijke mate zal stelen op een (statistische) indicatie voor de probleemomvang onder kinderen en jongeren. Of ze ook uitgaat van het totale gebied van zorg (jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg etc.) is de vraag.

De achterliggende gedachte daarbij is dat adequate opvoedingsondersteuning en lichte zorg op termijn zoveel problemen oplossen of voorkomen dat op haar beurt de hoeveelheid geïndiceerde zorg hanteerbaar oftewel betaalbaar blijft.

Die laatste geïndiceerde zorg blijft in ieder geval één doelgroep houden. Een zeer klein deel van de kinderen en jongeren groeit op in een situatie waar draagkracht en

draaglast van het gezin permanent uit evenwicht zijn (multiprobleem gezinnen) of in een situatie waar een beperking of een stoornis het leven blijft bepalen (verstandelijk gehandicapte kinderen). In deze gevallen is de zorg ondersteunend, gericht op hanteerbaar maken en hanteerbaar houden van de levenssituatie, maar blijft het chronische karakter van de problematiek bestaan. Het begrip probleemoplossing is hier zeer relatief.

De Wet op de jeugdzorg bevat de indicatie als sleutelmoment tussen eerste en tweede lijn en geeft de beoordeling in professionele handen. De huidige geïndiceerde zorg bereikt tussen de 1 en 2% van de kinderen en jongeren in ons land. Als de cliënten in de jeugdbescherming buiten beschouwing blijven gezien het specifieke karakter en de bij wet verankerde verantwoordelijkheden, bereikt de vrijwillige ambulante zorg gezien de cijfers van de brancheorganisatie tussen ca 0,25 en 0,5% van het totaal aantal kinderen in Nederland die recht hebben op zorg en waarvoor geen andere voorzieningen beschikbaar zijn die de indicatie invullen. Een aantal van de kinderen in multiprobleem gezinnen valt binnen deze groep, een aantal niet.

Als de overheid voorzieningen buiten de huidige indicatie wil brengen vraagt dat een wetwijziging waarbij de overheid zich mengt in de professionele discussie over ernst en aard van de problemen. Het vraagt bovendien een vastlegging van ernst en aard gekoppeld aan specifieke zorgvormen waartoe het veld momenteel niet in staat is.

Alleen financiële herijking van het bestaande volume geïndiceerde zorg leidt onvermijdelijk tot nieuwe ombouw van het dan overblijvende deel aan jeugdzorg omdat ambulante zorg onderdeel blijft van de tweedelijns zorg en geeft daar dus nieuwe capaciteitsproblemen. De huidige indicatiestelling bevindt zich nu feitelijk aan het begin van de tweede lijn in zorg en veel te weinig aan het eind van de eerste lijn als de Centra voor Jeugd en Gezin, de Zorg en Adviesteams in het onderwijs en de Veiligheidshuizen. Dat gaat ten koste van de acceptatie en de herkenbaarheid in het gemeentelijk circuit.

6.3. Onzekerheden

Er blijft een reeks vragen nog altijd open:

- de mate waarin indicaties zijn beïnvloed door het feitelijk beschikbaar aanbod (is aanbod wel een antwoord op de vraag),
- de overeenkomst tussen ernst en aard van de vraag en de aangeboden zorg (is dit de bewezen doeltreffende zorg voor dit probleem),
- de (mogelijke) uitkomsten van de in Nederland gegeven zorg op de lange en korte termijn (wat zijn de landelijke uitkomsten van de ontwikkelde prestatie-indicatoren),
- de draagkracht en draaglast van doelgroepen (de mate van chroniciteit van problematiek),
- de latente vraag naar zorg (de schijnbaar permanente stijging van vraag),
- de omvang en mate van verbrokkeling van zorg door de beperkte capaciteit of de noodzaak situationeel te handelen (de gewenste zorg is niet beschikbaar en dus vult ambulante zorg de lacune of er moet nu iets worden gedaan en dan is de kans het grootst dat ambulante zorg beschikbaar is),
- de problematiek waarvoor bewezen effectieve zorg beschikbaar is (of zelfs bestaat).

6.4. Aansturing van inhoud

Een ideaal en adequaat zorgstelsel omvat een eerste lijn die voor kind en opvoeders direct bereikbaar is. De werkers in deze lijn hebben de opdracht om bij zoveel mogelijk kinderen en opvoeders in een vroeg stadium opgroei- en opvoedproblematiek of ondersteuningsvragen te onderkennen en te beantwoorden.

Voor het terrein van opgroei- en opvoedondersteuning zijn bewezen effectieve werkwijzen beschikbaar die een antwoord geven op de directe vraag van kinderen en opvoeders en de kans verkleinen dat opgroei- en opvoedproblemen blijven bestaan en uitgroeien tot min of meer ernstige problematiek. Deze steun brengt op termijn een reductie teweeg in de min of meer ernstige problematiek. Door zowel tijdig door te verwijzen en door juist in die eerste lijn met een geëigend antwoord te komen (op mogelijk ook zware problematiek). Dat houdt in dat indicatiestelling voor een tweede lijn beter in dan buiten de eerste lijn kan gebeuren.

De Centra voor Jeugd en Gezin⁶ zijn nieuwe verschijningsvormen in die eerste lijn voor kind en opvoeder, maar vanuit de beleving van opvoeders zijn onderwijsgevenden zeker deel van die eerste lijn. Een onderwijsgevende is voor hen makkelijk benaderbaar (zeker in het primair onderwijs is een van de beste 'kenners' van het kind.

Beroepskrachten in de eerste lijn (bijvoorbeeld opvoedondersteuners en onderwijsgevenden) horen – als ze deel uitmaken van de beoogde eerste lijn - in staat te zijn adequaat vermoedens van ernstige(r) problematiek te benoemen⁷. Als deze vermoedens in een hoogwaardige diagnostiek in het vroege stadium zijn onderkend en beschreven, zijn interventies zinvol. Elke interventie kent – al dan niet op termijn – alleen succes als tot het een antwoord is op een geïdentificeerd probleem.

Zonder probleemidentificatie geen probleemoplossing. De niet onderkende hechtingsstoornis bij een peuter groeit uit tot een blijvend probleem voor kind en opvoeder als de stoornis niet (op een juist en vroeg moment) als zodanig is herkend en behandeld. Wel onderkend, is de kans groter dat het kind zo opgroeit dat kind en opvoeders de gevolgen van de storing kunnen hanteren.

Een ideaal en adequaat zorgstelsel is in de tweede lijn in staat geïdentificeerde problemen van een antwoord te voorzien. Anders gezegd: professionals in de tweede lijn zijn in staat het verschil tussen begin en afronding van de interventie te benoemen. Die benoeming zal veelal het karakter hebben van een onderbouwde voorspelling: als bij probleem 'x' interventie 'y' is ingezet, is het aannemelijk dat het bij een 'z' percentage van de kinderen probleemreductie of oplossing plaatsvindt.

In de tweede lijn is dan een variëteit aan werkwijzen beschikbaar waarbij in een aantal methoden het kind (tijdelijk) niet thuis verblijft.

Bij een aantal cliëntsystemen voor deze zorg is vooraf tevens duidelijk dat specifieke interventies op andere gebieden (schuldensanering, handhaving van openbare orde, psychiatrische zorg voor volwassenen etc.) mede nodig zijn om een zinvol perspectief te scheppen. Elke discussie over zorg, dus ook over (geïndiceerde) ambulante zorg, hoort

in dit perspectief te staan. Elk antwoord hoort dus ook meervoudig te zijn naar kind en gezin.

Zonder een hoogwaardige eerste lijn waarin steun beschikbaar is alsmede gespecialiseerde diagnostiek (over het complete terrein van zorgvragen), is het aannemelijk dat een zorgvraag onvoldoende beschreven en gedifferentieerd naar de tweede lijn gaat. Dat maakt de tweede lijn duurder en maakt het vrij moeilijk de uitkomst van de interventie die in de tweede lijn is gepleegd, te kwalificeren. Alle professionele zorg vraagt gekwalificeerde beroepsbeoefenaars werkende vanuit een kwaliteitsgecertificeerde zorgleverancier die in staat is de zorg ook doelmatig te leveren. Zou Nederland naast de rijksoverheid slechts 28 regionale overheden kennen en één financieringskader voor zorg, dan zou de huidige discussie over bestuurlijke verantwoordelijkheden waarschijnlijk niet gevoerd hoeven te worden.

6.5. Bedrijfsvoering

Het aanbieden van zorg is een bedrijf, zoals het optreden van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg als 'prijsvechter' eens te meer duidelijk maakt. Voor elk bedrijf is de vraag belangrijk of het bedrijf doelmatig en doeltreffend werkt. Voor de bedrijfstak jeugdzorg is een deel van het antwoord naar doelmatigheid gegeven in de reductie van 600 naar 60 aanbieders met de bijpassend vergroting van het budget van die aanbieders. Het zijn nu veelal grote bedrijven die een breed scala aan varianten combineren vanuit de opvatting dat zo'n scala ook nodig is om passende zorg te geven op gedifferentieerde vragen van de cliënt. De Wet op de jeugdzorg is daarvoor de financieringsbron en in beperkte mate de AWBZ of de Zorgverzekeringswet. Schaalgrootte bevordert doeltreffendheid, maakt innovatie mogelijk en geeft de mogelijkheid een breed opgeleid scala aan personeel ruimte te bieden voor loopbaanontwikkeling en training. Schaalgrootte alleen al is een reden om zorg te bieden vanuit organisaties die meerdere financieringsbronnen (en dus sturende overheden) kennen en werken voor ingewikkelde kinderen en gezinnen.

Het is niet alleen de omvang van het bedrijf dat aan de orde is. Het geven van gespecialiseerde zorg in specifieke vormen vraagt ook een 'inhoudelijke' schaal van werken. Het is duidelijk dat een vorm als het medisch kleuterdagverblijf waarin zowel ambulante zorg als dagbehandeling een rol spelen vanuit een combinatie van disciplines als de psychiatrie, de jeugdgezondheidszorg en gezinswerk een draagvlak nodig heeft - in termen van het totaal aantal kinderen in de populatie - voor een goede uitvoering. Voor Vierentwintiguurscrisisopvang geldt hetzelfde. Pas bij een populatie van rond de 300.000 kinderen zijn er voldoende crisissen om deze zorg doelmatig uit te voeren. Het uitvoeren van pleegzorg met een zorgvuldige matching van kind en pleeggezin is een andere zorgvorm die een groter bereik vraagt. De beschrijving van de intensieve gezinszorg zoals die in Drenthe is opgebouwd geeft eveneens aan dat er reden is voor een bovengemeentelijk werkgebied en dus bovengemeentelijke afspraken over een adequate financiering. In de grote steden krijgen die afspraken nu vorm via de grootstedelijke regio, elders via de provincie. Het is duidelijk dat er zekerheid dient te bestaan over aanwezigheid en functioneren van deze zorgvormen. Voor een reeks

ambulante methoden is het nog niet duidelijk of zij een grotere inhoudelijke schaal van uitvoering nodig hebben.

Cliënten en overheden hebben baat bij indicatiestellingen in zorg, zeker gezien de vele lacunes die er in de kennis nog bestaan. Indicaties zijn een moment waarop de procesgang tussen eerste en tweede lijn is te sturen. Indicaties bieden tevens inhoudelijke toetspunten voor de doeltreffendheid van zorg.

Het is wenselijk en noodzakelijk de indicatiestelling te handhaven en die indicatie in te bedden in de eerste lijn om een continuüm aan zorg te bouwen. In de eerste lijn zijn via de Zorg- en adviesteams in het onderwijs zorg en onderwijs doeltreffend en doelmatig te combineren. Goed speciaal onderwijs is ook een bijdrage aan de oplossing van problemen bij kinderen en gezinnen.

Ambulante (geïndiceerde) zorg is een zinvol onderdeel in een totaal aanpak bij een geïdentificeerd probleem van kind en opvoeders op meerdere levensgebieden. Het feit dat de bestaande ambulante zorg niet in alle verschijningsvormen goed is beschreven en eenduidig is te positioneren is geen reden om het te beschouwen als een vorm van zorg in de eerste lijn. Ambulante (geïndiceerde) zorg is geen invulling van gezinscoaching, geen substituut voor tekorten in de eerste lijn, geen multi-inzetbare werkwijze voor een brede populatie.

6.6. Conclusie

Bij ingewikkelde problemen van kinderen en gezinnen ligt de verantwoordelijkheid voor het afstemmen van de interventies en de garantie van uitvoering steeds meer op lokaal niveau. Herordening van ambulante zorg oogt in dat verband als het verkeerde antwoord op de goede vraag, een goede uitvoeringsvoorwaarde voor deze zorg ligt elders.

Een goede afstemming van interventies vraagt zicht op de huidige indicatiestelling en de uitvoering daarvan. De indicatiestelling voor jeugdzorg hoort daarom steeds meer aan het eind van de eerste lijn te zitten en niet aan het begin van de tweede lijn, als het inhoudelijke besluit van die samenhangende eerste lijn (inclusief Bureau Jeugdzorg). Anders gezegd: als er geïndiceerde zorg nodig is, komt dat besluit uit de kringen van professionals die direct met kind en gezin van doen hebben. Opvoeding, school, zorg en openbare orde komen daar bij elkaar. Voor kinderen en gezinnen is het leven één, dat hoort ook voor professionals zo te zijn. Bovendien hebben die professionals elkaar elke dag weer nodig om thuis, op school of op straat hun interventies af te stemmen. Die afstemming is een eerste voorwaarde voor succes.

Die eenheid kan alleen maar lokaal zijn. Speciaal onderwijs, geïndiceerde zorg, arbeidsmarkttoeleiding en handhaven van de openbare orde zijn heel gerichte extra bijdragen aan die lokale eenheid.

De indicatiestelling voor zorg uit een tweede lijn moet - omwille van de belangen van het kind - van wel van grote kwaliteit zijn en aansluiten bij de samenhangende context van opvoeding, onderwijs en openbare orde. De opgebouwde ervaring van het Bureau Jeugdzorg (oftewel het Bureau zelf) is in die lokale context al in te zetten. Die ervaring hoort daar te zitten, kan daar zitten.

7. Naar nieuwe uitvoeringscondities

De steekproef van het Nederlands Jeugdinstituut in tien gemeentelijke plannen levert geen exacte beschrijvingen op van aard en omvang van problematiek in de eerste lijn. Investeringsplannen van gemeenten komen niet voort uit zulke probleemverkenningen. Het zijn investeringen gericht op functies van de WMO als onderdeel van de te vormen Centra voor Jeugd en Gezin.

De interventies vanuit de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zijn daarbij ook niet systematisch in beeld. De Zorgverzekeringswet en de AWBZ bieden kinderen en opvoeders zorg vanuit de invalshoek van psychiatrische problematiek of bij fysieke handicaps. De organisatie van deze zorg is redelijk eenduidig. Indien de hulpverlener uit de eerste lijn van mening is dat de problematiek niet in dit kader is op te lossen, verwijst zij/hij naar de tweede lijn. Daar komt op basis van (onder meer) een DSM-classificatie een zogeheten diagnose-behandelcombinatie (dbc) tot stand die het mogelijk maakt de cliënt een jaar zorg te bieden. Indien andere zorg nodig blijft, is een andere dbc aan de orde. Het voorwerk van de hulpverlener in de eerste lijn maakt het classificeren van de vraag een verhoudingsgewijs simpele(r) aangelegenheid. Het volume van eerste en tweede lijn is elk jaar onderwerp van onderhandeling tussen aanbieders en zorgverzekeraars. In principe hebben alle kinderen opvoeders recht op zorg indien zij zijn verzekerd. De omvang van deze jeugdzorg is vrijwel geen onderwerp van gemeentelijk beleid.

De vraag naar ontkokering is regelmatig aan de orde bij jeugdproblematiek. 'Ontkokering komt (dan ook mede) voort uit de oprechte wens iets aan de maatschappelijke problemen te doen', zegt de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Maar, zegt de RMO, reflexen en handelwijzen met als doel 'goede zorg' zijn dezelfde: steeds is er het ideaalbeeld van een organisatie die als een soort lopende band afkoerst op het gewenste eindresultaat dat nooit haalbaar is.

Juist in situaties waar de opbrengsten van professionele interventies onzeker zijn (zoals in het jeugdbeleid) lijkt de overheid - volgens de RMO - haar aandacht te richten op de bestuurlijke organisatie en veel minder op inhoud van en visie op de te plegen interventies.

In gesprekken met enkele grote gemeenten in het kader van dit advies (Almere, Den Haag, Eindhoven) blijkt dat deze gemeenten in de opbouw van de Centra voor Jeugd en Gezin worstelen met een aanpak van multiprobleemgezinnen en de verhouding tot de provinciaal of grootstedelijke gestuurde jeugdzorg. De complexiteit van deze gezinsproblematiek vraagt een gebundelde, brede inzet van gemeentelijke interventies en van jeugdzorg. De noodzaak van een - als tijdrovende en omslachtige ervaren - indicatiestelling voor zorg en de beperkte capaciteit alsmede een lange levertijd van die

zorg door wachtlijsten zijn barrières in de gemeentelijke aanpak. Het vraagstuk van het al dan niet goed functioneren van (de coördinatie van) jeugdbeleid en jeugdzorg zou, volgens velen, op lokaal niveau beter zijn op te lossen. Een vereenvoudigde indicatiestelling kan daarbij helpen.

Het gaat hier om een serie (verwikkelde) vraagstukken:

- het adequaat diagnosticeren van (gezins en kind)problematiek van een vaak chronisch karakter waarbij elementen van (langdurige) armoede, maatschappelijk ongewenst gedrag en etniciteit een grote rol spelen,
- de combinatie met de wettelijke bescherming van kinderen;
- het inzetten van bewezen effectieve interventies op het terrein van zorg uit eerste en tweede lijn met afzonderlijke doelstellingen,
- het coördineren van een breed pakket aan interventies uit meerdere diensten en disciplines en het sturen van de uitvoerende zorg over dat brede front.

Dat alles roept de wens op tot vergroting van gemeentelijke mogelijkheden. Greep op indicatiestelling en ambulante (geïndiceerde) zorg zijn dan voor de hand liggende uitbreidingsmogelijkheden. Gemeenten onderkennen daarbij wel degelijk dat uitvoering van gespecialiseerde zorg uit oogpunt van doelmatigheid een andere organisatieschaal kan vragen.

Met erkenning van de problematiek waarvoor gemeenten staan, is het te betwijfelen of het bestaande volume ambulante (geïndiceerde) jeugdzorg een oplossing kan bieden voor deze urgente problematiek.

7.1. Eerste stappen

Het vraagstuk op gemeentelijk niveau is daarmee niet terzijde geschoven. De klem zit, zo betogen gemeenten, in het beschikbaar krijgen van een adequaat aanbod op lokaal niveau waarvan (geïndiceerde) jeugdzorg een onderdeel is.

Het ligt voor de hand leveranciers van geïndiceerde zorg direct op lokaal niveau te betrekken bij de coördinatie van het gehele aanbod in de wetenschap dat zij meewerken om op een geïdentificeerd probleem van kind en gezin antwoord geven in het totaal van de aanpak. Daarvoor bestaan geen wettelijke barrières, anders dan het beschikbaar zijn van een indicatie. Het vraagt van de gemeente wel een heldere coördinatiestructuur die het idee 'één gezin, één plan' vorm geeft.

Er bestaat nu de afspraak dat het Bureau Jeugdzorg alle vormen van zorg in het kader van een beschermingsmaatregel coördineert. Ook daarover bestaat veelal overeenstemming.

De grotere blokkade zit bij de rol van het Bureau Jeugdzorg in het tot stand komen van beslissingen over indicaties. Het is aan te raden toch te kijken naar voor de hand liggende mogelijkheden tot verbeteringen. Dat zou in lijn zijn met wat de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling schrijft in het advies 'De ontkokering voorbij'. 'Beleidsingrepen lijken nu erg te worden bepaald door incidenten en zwalpen heen en weer tussen het wegwerken van wachtlijsten, het voorkomen van overlast door jeugdigen, dodelijke incidenten en de kosten- en vraagbeheersing. De nadruk ligt steeds meer op ellende voorkomen in plaats van mogelijkheden ontwikkelen', zegt de

RMO. Ontwikkelen verdient de voorkeur, lijkt het. Het vraagstuk rond ambulante zorg biedt ontwikkelingsmogelijkheden.

Gemeenten bieden in de Centra voor Jeugd en Gezin ondersteuning of hulp aan kinderen en opvoeders. Indien de vraag binnen drie maanden na 'ontstaan' is gesteld, is ze nog als 'licht' te beschrijven in de systematiek van prestatieveld 2 van de WMO. Dat geldt ook voor vragen die langer bestaan, maar waarbij de professional in de eerste lijn vanuit zijn of haar vaardigheden een oplossing voor vraag of probleem kan waarmaken.

De ondersteuning of hulp van een Hbo of HBbo-plus gekwalificeerde medewerker omvat een beperkt aantal gesprekken met het gezinssysteem waarbij gedragsverandering en vaardigheidsontwikkeling aan de orde zijn. Het aantal van acht is hier een veel genoemd gemiddelde. Het is de professionele verantwoordelijkheid van de uitvoerder om te bewaken dat de gespreksvoering een meetbaar effect heeft en methodische onderbouwing kent. Het is eveneens een professionele verantwoordelijkheid om vast te stellen of de werkwijze het oplossingskader is of dat een verwijzing naar een anders gekwalificeerde of gespecialiseerde zorg aan de orde is. Een dergelijke verwijzing gaat vergezeld van een toetsing op ernst en aard van de problematiek. Een en ander past mede binnen het beroepsprofiel van het maatschappelijk werk zoals dat is beschreven door de beroepsvereniging, inclusief het organiseren en coördineren van (andere) zorg. Maar gegeven het feit dat de eerste lijn in het merendeel van de gemeenten in beperkte zin is ingevuld, vraagt het nogal wat om een brede indicatiestelling (hoe globaal ook) nu op gemeentelijk niveau in te vullen. Men loopt daar hetzelfde risico als bij de bestaande indicatiestellingen: onvoldoende gegevens en mogelijkheden om de indicatie te stellen en uit te voeren.

Bij enkelvoudige problematiek is een indicatie vaak duidelijk. Mits men in het oog houdt dat ook die duidelijke indicatiestelling moet komen van een hooggekwalificeerde professional. Die experts horen eigenlijk per definitie thuis in de eerste lijn. Maar als de problematiek meervoudig is, zijn die experts onmisbaar. Voor een aantal kinderen en gezinnen zijn bij diagnostiek disciplines vanuit meerdere invalshoeken en met een hoog niveau van deskundigheid nodig. Het Bureau heeft die al in aanzienlijke mate bijeengebracht, maar de organisatievorm daarvan voldoet allerm minst aan de gemeentelijke behoefte.

7.2. Winstverwachting

Als er 'winst' is te behalen vanuit gemeentelijk en provinciaal perspectief, ligt die in twee onderdelen.

1. Experimenten met een gemeentelijke inbedding van de indicatiestelling die de deskundigheid van het Bureau Jeugdzorg benut.

Het Bureau Jeugdzorg valideert binnen de huidige wettelijke kaders ernst en aard van de problematiek en geeft een globale indicatie zoveel mogelijk op grond van bewezen (of aannemelijke) effectiviteit van dat gespecialiseerde aanbod. Het Bureau heeft daar een aanzienlijk expertise mee opgebouwd en werkt multidisciplinair.

Het handhaven van die kwaliteit ligt voor de hand, maar dan wel in een korter tijdsbestek en aan het einde van de eerste lijn, niet daarbuiten.

In een aantal Bureaus Jeugdzorg is gewerkt met de 'Doorbraak-methode'. Professionals krijgen in die werkwijze de gelegenheid zelf de bedrijfsprocessen te herordenen. Dat toont vrij duidelijk dat een dergelijk indicatie (bij professioneel goed voorwerk) in zeer korte tijd mogelijk is. Het verdient overweging in enkele grote steden ervaring op te doen met het uitvoeren van de huidige indicatiestelling in een gemeentelijk kader en in zo'n kortere procedure.

Enkele grote gemeenten kunnen daarvoor in de opbouw van de Centra voor Jeugd en Gezin een gebied of doelgroep definiëren met een schaal (cliëntpopulatie) die voldoende multidisciplinaire vragen omvat om een multidisciplinair team mogelijk te maken. Zij formuleren ook de vereiste snelheid van werken en maken duidelijk met welke omvang zij mede de lichte pedagogische zorg inzetten⁸. De verbinding met het onderwijs maakt van zo'n aanpak deel uit.

Provincie en gemeenten maken concrete afspraken over inzet van Bureau-medewerkers in die setting ten behoeve van indicatiestelling op gemeentelijk niveau in de periode 2009-2010.

De gemeente onderzoekt tegelijkertijd de hoeveelheid ggz-zorg in het betreffende gebied en de cliëntgroepen die zulke zorg bereikt. Dat is nodig om in de praktijk te zien welk deel van de doelgroep feitelijk al door de ggz is bereikt.

De gemeente bereikt tevens overeenstemming met het onderwijs over de exacte rol die zorgstructuren in het onderwijs (met name de Zorg- en adviesteams) in zo'n experiment spelen omdat signalering en gedeelde indicatiestelling al in die zorgstructuur plaatsvindt.

Provincie en gemeente evalueren de experimenten vanuit de gezamenlijke doelstelling zicht te krijgen op lokale vereisten rond indicatiestelling en behoud van kwaliteit. Gezien de stappen die daar op plaatsen als Eindhoven en Amsterdam al zijn gezet, moeten experimenten snel mogelijk zijn⁹.

2. Het beproeven van coördinatie van alle ambulante vrijwillige zorg op gemeentelijk niveau rond multiprobleem gezinnen of in werkgebieden met grote probleempopulaties. Gemeenten betrekken aanbieders van die ambulante zorg direct bij de coördinatie. Het Bureau Jeugdzorg beperkt zijn rol in die gevallen tot het (mede) leveren van de indicatiestelling.

Dergelijke experimenten zijn voor gemeente en provincie te volgen op de effecten voor de uitvoering en de verduidelijking van concrete zorgvragen. Voor provincies kan dat aanzienlijk meer kennis opleveren over de in te kopen geïndiceerde ambulante zorg. In die werkwijze is het nu mogelijk te werken met vrijwillige maar niet vrijblijvende afspraken. Maar het beschikbaar hebben van een 'ultieme beslisser' is gegeven de praktijkervaringen eveneens noodzakelijk.

Er lijkt geen wettelijke belemmering voor dergelijke experimenten te zijn. Speciale aandacht dient wel uit te gaan naar de uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen binnen dat kader en de besluitvorming rondom levering van meerdere vormen van zorg

over meerdere gebieden (wonen, werk, verslaving, onderwijs, jeugdzorg en volwassenenzorg). Ook hier hebben experimenten laten zien dat kortere besluitperioden met aangepaste werkwijzen haalbaar zijn.

Een en ander vraagt van gemeentezijde wel een heldere invulling van de vijf functies in het lokaal jeugdbeleid. Het concept Centrum voor Jeugd en Gezin vraagt meer concrete invulling en uitwerking van wat alle vijf functies inhouden. Het vraagt tegelijk een heldere sociale kaart van bekende en te verwachten problematiek op lokaal niveau en vulling van functies met concrete uitvoering. Het vraagt lokaal ook heldere afbakening van de rol van de onderwijszorgstructuur die door het onderwijs als doeltreffend valt te ervaren.

Dan is de mogelijkheid geopend werkelijk in de eerste lijn adequaat zorg te bieden in een vroeg stadium, naast de functies als signalering en opvoed- en opgroeiondersteuning. Een rol van geïndiceerde zorg komt aan de orde als werkelijke tweedelijnszorg en niet als halfbakken vervanging voor een niet functionerende of afwezige eerste lijn. Het artikel 9 van de WMO dat gemeenten (bij ministeriële regeling) vraagt om aangewezen prestaties te publiceren, krijgt vanuit de praktijk zo invulling.

Een tweede lijn van specifieke zorgvormen werkt alleen als er een werkelijk goed ingerichte en functionerende eerste lijn bestaat. Gemeenten zijn nog volop bezig met het vormgeven van hun verantwoordelijkheden voor de eerste lijn in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning. Die eerste lijn houdt zich ook bezig met ingewikkelde gezinnen en hun problemen, maar eerst en vooral met het tijdig signaleren en aanpakken van lichte problemen. Dat vermindert pas echt de zorgvraag in de tweede lijn. Zolang die eerste lijn niet in de volle breedte adequaat werkt, blijft de vraag naar geïndiceerde zorg (van welke vorm dan ook) waarschijnlijk stijgen.

Dat komt ook omdat al deze veranderingsprocessen een looptijd van zeker tien jaar hebben als men kijkt naar ervaringen uit ons omringende landen. Bovendien maakt de verbeterde bewijskracht van ambulante geïndiceerde zorg duidelijk (in provincies zoals Drenthe) dat deze zorg een steeds grotere rol speelt. Op termijn kan het volume zorg over de hele lijn van karakter veranderen.

Annex 1

De organisatie van een en ander vraagt nadere beschouwing met name waar het gaat om de (financiële) verantwoording van de middelen die zowel gemeente als provincie/grootstedelijke regio inzetten bij de indicatiestelling. Rechtmatigheid en doelmatigheid van de bestedingen zijn op een en zoals te doen gebruikelijk, gecompliceerde manier aan de orde.

Indien een gemeente de functies toeleiding en zorgcoördinatie uit het prestatieveld Jeugd van de WMO (artikel 1, eerste lid, onder g, ten 2e, WMO) om wil zetten in een concreet aanbod aan burgers (een voorziening in natura) is het nodig artikel 5 van de WMO in ogenschouw te nemen. Dat artikel draagt de gemeenteraad op een verordening vast te stellen die de voorwaarden vastlegt waaronder burgers aanspraak hebben op, bijvoorbeeld het ontvangen van zo'n voorziening in natura als lichte pedagogische zorg.

Daarnaast is, voor de vormgeving van een Centrum voor Jeugd en Gezin, een verordening op te stellen waarmee een gemeentelijke commissie ex artikel 83 van de Gemeentewet in het leven wordt geroepen, die ten behoeve van de uitvoering van de activiteiten een jaarlijkse begroting en beleidsplan opstelt, die worden goedgekeurd door de Gemeenteraad. Het beleidsplan moet sporen met het door de Raad op te stellen beleidsplan (art. 3 Wmo).

De gemeentelijke commissie ex artikel 83 is, op grond van de verordening ex artikel 5 Wmo en haar eigen verordening, belast is met de uitvoering van functies als toeleiding, zorgcoördinatie en lichte pedagogische zorg.

De besluiten van de commissie waarmee aan een burger een voorziening in natura wordt toegekend, zijn op te vatten als een besluit in de zin van artikel 1:3 van de AWB en waarborgen als zodanig de rechten van de burger. Met het instellen van de commissie is een orgaan geschapen waaraan bevoegdheden zijn te delegeren (artikel 10:13 e.v. AWB) of te mandateren (artikel 10:4 AWB).

Het Bureau Jeugdzorg als zodanig is eveneens een bestuursorgaan ter zake indicatiestelling en kan dus bevoegdheden overdragen (a priori of in de vorm van een mandaat) aan de gemeentelijke commissie ex Artikel 83. Dat betekent dat de indicatiestelling rechtmatig en doelmatig is te verankeren binnen de verantwoordingen van beide overheden.

Voor de uitvoering betekent dit dat een (of meerdere) medewerkers van het Bureau Jeugdzorg zijn benoemd in de gemeentelijke commissie. Voor wat betreft hun positie valt te denken aan een detachering vanuit het Bureau bij de commissie (lees B&W van de betreffende gemeente). Het besluit van de commissie mag dan ook opgevat worden als een indicatie in de zin van de Wet op de Jeugdzorg.

Besluiten van die commissie dienen te passen in de termijnen die in de Wet op de Jeugdzorg zijn opgenomen voor een globale indicatie.

Literatuurlijst

1. Research voor Beleid, Ambulante zorg in Noord-Holland, Leiden 2006.
2. T. van Yperen en J. W. Veerman, Zicht op effectiviteit, Delft (2008).
3. J.W. Veerman, J.M.A.M. Janssens, J.W. Delicat, Opvoeden in onmacht, of...Een meta-analyse van 17 methoden voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag, Nijmegen (2004).
4. Drs. A. H. Roosma, Projectplan MST in Noord-Nederland, (2008)
5. De gemeenten zijn Bernisse, Breda, Dalfsen, Den Haag, Ede, Haarlemmermeer, Leidschendam-Voorburg, Oldebroek, Sittard-Geleen, Woudenberg.
6. Onder het begrip 'Centrum voor Jeugd en Gezin' is ook de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg gerekend die voor kinderen van 0 tot 16 een belangrijke signalerende rol speelt naast de kerntaak voor de preventieve gezondheidszorg.
7. Er bestaat nog veel discussie tussen alle partijen (beroepsgroepen, besturenorganisaties en gemeenten) of het signaleren van problematiek werkelijk tot een verantwoordelijkheid van het onderwijs behoort.
8. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld op grond van bevolkingsgegevens en feitelijk gebruik jaarlijks een besluit nemen over het volume lichte pedagogische zorg in de eerste lijn dat zich richt op eenzelfde zorgvragen als in de eerste lijn van de ggz. Als bij een populatie van 20.000 kinderen 5% zorg vraagt, zijn er gemiddeld 8000 contacten nodig (bij een gemiddelde van acht doeltreffende contacten). Met circa 700 contacten per hulpverlener (naar analogie van de ggz) vraagt dat een formatie van ongeveer 11 plaatsen als het streven moet zijn volwaardige zorg in de eerste lijn te bieden.
9. In Annex 1 is een suggestie opgenomen om een en ander bestuursrechtelijk ook naar behoren te regelen.