

CONCEPTTEKST

INTERSECTORALE TOEGANGSPOORT

**VRAAGVERHELDERING / DIAGNOSTIEK – INDICATIESTELLING –
TOEWIJZING**

EN

MAATSCHAPPELIJKE NOODZAAK

De voorstellen tot wijzigingen zijn onderlijnd aangebracht in de tekst. De wijzigingen zijn het resultaat van bespreking in de intersectorale administratieve werkgroep cluster A. Het is op deze wijzigingen dat de koepels en cliëntvertegenwoordigers hun reactie en adviezen kunnen overmaken, waarna deze worden voorgelegd aan de stuurgroep implementatie Intersectorale Toegangspoort. De stuurgroep beslist op basis van het voorliggend materiaal welk tekstvoorstel finaal aan het kabinet Welzijn wordt overgemaakt.

Lijst van de gebruikte afkortingen.

A-document NRTJ: aanvraagdocument NRTJ

AJ: Agentschap Jongerenwelzijn

BJB: Bijzondere Jeugdbijstand

GV MaNo : Gemandateerde Voorziening Maatschappelijke Noodzaak

IMB: Individuele Materiële Bijstand

IS: indicatiestelling

ISV: indicatiestellingsverslag

MDT: multidisciplinair team

NRTJ: niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp

PAB: Persoonlijk Assistentie Budget

POS: Problematische Opvoedingssituatie

PSA: Preventieve Sociale Actie

RTJ: rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp

TIS: team Indicatiestelling

TTW: team Toewijzing

TW: toewijzing

TWB: toewijzingsbeslissing

TWV: toewijzingsverslag

VAPH: Vlaams Agentschap Personen met een Handicap

VIST: Versnelde indicatiestelling en toewijzing

VTE: voltijds equivalent

Inhoudstafel

1. Algemene inleiding	8
2. De aanmelding bij de toegangspoort en de rol van de netwerkpartners	11
2.4. Het aanvraagdocument NRTJ (A-document)	12
2.4.1. Het “aanvraagdocument NRTJ” als instrument en als concept	12
2.4.2. Testing ‘aanvraagdocument NRTJ’	13
2.4.3. Proces van aanmelding en de mogelijke rol van bemiddeling	14
2.5. Inzetbaarheid van het diagnostisch aanbod	14
2.5.1. Aanbod modules vraagverheldering en diagnostiek	14
2.5.2. Inzetten van diagnostiek	14
3. Indiciestelling	17
3.1. Proces/traject indicatiestelling	17
3.1.1. Proces(her) indicatiestelling	17
3.1.1.1. Kennisname aanvraag (her)indiciestelling (a)	17
3.1.1.2. Nagaan of IS-proces kan opgestart worden en aanduiden van een dossierverantwoordelijke (b)	17
3.1.1.3. Opstarten IS-proces (c)	19
3.1.2. Instrumenten team indicatiestelling	22
4. Toewijzing	24
4.1. Proces/traject Toewijzing	24
4.1.1. Kennisname vraag naar (her)toewijzing en aanduiden van een dossierverantwoordelijke	24
4.1.2. Nagaan of een (her)toewijzing mogelijk is	24
4.1.3. Omzetting van de aangewezen hulp in modules	25
4.1.4. Het zoeken naar de meest aangewezen hulp	25
4.1.5. Toewijzing module(s), opmaken van een toewijzingsverslag/beslissing	26
4.1.5.1. Procesmatige kwaliteitseisen toewijzingsproces	27
4.1.5.2. Kwaliteitseisen toewijzingsverslag/toewijzingsbeslissing	28
4.2. Capaciteitsbeheer modules niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	29
4.2.1. Monitoring praktijk	29
4.2.2. Elektronische gegevensverwerking	31
4.2.3. Prioritering	31
5. Samenstelling, werking en aansturing van de teams Indiciestelling en Toewijzing _32	
5.1. Administratieve en geografische inbedding en aansturing van de toegangspoort	32
5.1.1. Administratieve inplanting en aansturing van de toegangspoort	32
5.1.2. Geografische inbedding	32
5.2. Management van de teams Indiciestelling en Toewijzing.	33
5.2.1. De samenstelling en het profiel van de medewerkers van het team IS	34
5.2.2. De samenstelling en het profiel van de medewerkers van het team TW	34
5.3. Personeelsbehoefte van de Intersectorale toegangspoort	34
5.3.1. Personeelsbehoefte Teams Indiciestelling	34
5.3.1.1. Tijdsbesteding team Indiciestelling	34
5.3.1.2. Berekening op basis van de assumptie dat alle dossiers dezelfde tijd innemen	37
5.3.1.3. Berekening op basis van de assumptie dat niet alle dossiers dezelfde tijd innemen	38
5.3.2. Personeelsbehoefte teams Toewijzing	39
5.3.2.1. Tijdsbesteding team toewijzing	39
5.3.2.2. Berekening	40
5.3.3. Totale personeelsbehoefte teams IS en TW	42
6. Bijzondere procedures toegangspoort	43

6.1. Klachtenprocedure	43
6.1.1. Definitie van een klacht volgens Klachtendecreet	43
6.1.2. Uittekening van een klachtenvoorziening	44
6.1.3. Registratie van klachten	44
6.1.4. Klachtenprocedure	44
6.1.5. Ontvankelijkheid van een klacht	44
6.1.6. Onverenigbaarheden	44
6.1.7. Klachtenbehandeling	45
6.1.8. Beoordelingsnormen van klachten	45
6.1.9. Communicatie met de burger	45
6.1.10. Beleidsrapportering	46
6.2. Procedure Second Opinion (PSO)	46
6.3. Procedure Versnelde Indicatiestelling en Toewijzing (VIST)	46
6.4. Beroepsprocedure	47
7. Maatschappelijke noodzaak	48
7.1. Visie: de begrippen maatschappelijke noodzaak, verontrusting en verontrustende situaties	48
7.1.1. Aanknopingspunten in het rapport gerechtelijke jeugdhulp	48
7.1.1.1. Uitdieping van de twee perspectieven op maatschappelijke noodzaak	48
7.1.1.2. Twee perspectieven, één maatschappelijke context	52
7.1.1.3. Het belang van duidelijke sectorale rollen, procedures en afspraken m.b.t. maatschappelijke noodzaak	53
7.1.2. Aanknopingspunten in de richtlijn maatschappelijke noodzaak	53
7.1.2.1. Een interactionistische visie op verontrustende situaties	53
7.1.2.2. Wat is verontrusting?	54
7.1.2.3. Focus op het cliëntperspectief bij verontrustende situaties	55
7.1.3. Conclusie	57
7.2. Het omgaan met maatschappelijke noodzaak in een buitengerechtelijke context	59
7.2.1. Een gedeelde verantwoordelijkheid op 3 niveaus	59
7.2.1.1. Niveau van de hulpverleningsrelatie en de voorziening	59
7.2.1.2. Netwerkniveau	60
7.2.1.3. Niveau van diensten met een expliciet mandaat m.b.t. maatschappelijke noodzaak	60
7.2.2. Procesvoering binnen de gemandateerde voorzieningen	61
7.2.2.1. Toegankelijkheid	61
7.2.2.1.1. Toegang voor partners van buiten de netwerken	62
7.2.2.1.2. Toegang voor partners van de netwerken IJH	65
7.2.2.2. Procedure maatschappelijke noodzaak	67
7.2.2.6. Observerend casemanagement	71
7.2.2.7. Intervenierend casemanagement	75
7.3. Overgang naar de gerechtelijke jeugdhulp	78
7.3.1. Begrenzing van het aantal stappen naar het gerecht	78
7.3.2. Vorderingsgronden	81
7.3.2.1. Klassieke vordering en vordering bij hoogdringendheid	81
7.3.2.2. De procesgang bij vordering van hoogdringendheid	82
7.3.3. Rechtstreekse toegang tot de jeugdrechter	82
7.4. Gerechtelijke jeugdhulp	85
7.4.1. Verhouding parket – Gemandateerde Voorzieningen	86
7.4.2. Indicatiestelling en toewijzing in een gerechtelijke context	86
7.4.3. Maatregelenpakket jeugdrechter	87
8. De zorg voor het hulpverleningstraject van de cliënt	89
8.1. Terminologische duiding	89
8.2. Hulpcontinuïteit, hulpcoördinatie en trajectbegeleiding in de praktijk.	90

8.3. De zorg voor het hulpverleningstraject van de cliënt in de context van de toegangspoort	90
8.3.1. Rol van de aanmelder bij de toegangspoort ingeval van het aanvragen van buitengerechtelijke niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp	90
8.3.2. Rol van de aanmelder bij de toegangspoort vanuit de context van maatschappelijke noodzaak	91
8.3.3. Rol van de toewijzer bij de toegangspoort	92
8.3.4. De zorg voor het traject van de cliënt in een gerechtelijke context	92
9. Bemiddeling	93
9.1. Terminologische verduidelijking en kenmerken van bemiddeling	93
9.2. De beschikbaarheid van en de toegang tot bemiddeling.	94
9.2.1. Bemiddeling op voorzieningenniveau	94
9.2.2. Bemiddeling op sectorniveau	96
9.2.3. Bemiddeling op netwerkniveau	96
10. Bijlagen	97
10.1. Bijlage 1. Het aanvraagdocument niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	97
10.2. Bijlage 2. Procestekening Intersectorale Toegangspoort	97

Voorwoord van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen

Op 15 en 16 december 2010 heb ik, ook namens mijn collega Pascal Smet, minister van Onderwijs, op publieke fora in Gent en Antwerpen het realiseren van de intersectorale toegangspoort met ingang van 1 januari 2014 aangekondigd. Dat is een ingrijpende operatie die ook een nieuwe aanpak impliceert van dossiers waarin maatschappelijke noodzaak in het geding is. Het gaat kortom over niets minder dan een fundamentele hertekening van de jeugdhulp in Vlaanderen.

Op de publieksmomenten is het concept toegelicht dat vorm zal geven aan de nieuwe aanpak. Ik heb, samen met transitie-manager Lieven Vandenberghe en de leidend ambtenaren van de agentschappen, ook goed gehoord wat de vragen, verwachtingen en bezorgdheden van het werkveld en de gebruikers zijn. Daar zal in het nog te lopen implementatiepad rekening mee worden gehouden.

Om richting te geven aan dat pad, geef ik de bijgaande concepttekst toegangspoort en maatschappelijke noodzaak vrij.

Waarom doe ik dat? Wat beoog ik daarmee?

Het in toepassing brengen van een intersectorale toegangspoort en een gewijzigde praktijk m.b.t. maatschappelijke noodzaak vat tegelijkertijd het beleid, de administraties, de voorzieningen en de cliënten. Onderlinge communicatie en maximale informatie over de projectaanpak zijn dan ook cruciaal. Het is in die context dat ik, samen met de minister van onderwijs, expliciet wil aangeven dat de bijgaande concepttekst voor ons hét uitgangspunt is voor het verder concreet operationeel uitwerken van de (ver)nieuwe(nde) aanpak.

De aandachtige lezer zal merken dat de bijgaande tekst duidelijk refereert aan het resultaat van de Gemengde Werkgroep Toegangspoort. Dat is geen toeval. Die werkgroep heeft immers, met een brede consensus, een werkbare plattegrond uitgetekend voor het beoogd anders omgaan met diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing en maatschappelijke noodzaak. Ik heb wel, samen met mijn collega van onderwijs, de adviezen op deze tekst van de Adviesraad Integrale Jeugdhulp, het Managementcomité Integrale Jeugdhulp, het raadgevend comité van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap en de Jeugdraad en het Kinderrechtencommissariaat verwerkt. Daarnaast hebben we ook enkele accenten aangebracht die de opdracht om nu een en ander uit te voeren, verduidelijken.

Omdat de hele omschakeling in eerste instantie zijn effect moet hebben voor de cliënt, zijn eenduidige en transparante processen belangrijk. Ik heb dan ook ingeschreven dat de toegangspoort o.a. ook de opstap naar Persoonlijk Assistentie Budget (PAB) en Individuele Materiële Bijstand (IMB) hulpverlening moet zijn, waarbij de specifieke expertise van derden uiteraard verder wordt ingezet. Vanuit eenzelfde bekommernis moet de beschikbare cliëntinformatie maximaal de processen naar en in de toegangspoort voeden. Er moet ook uiterst zorgvuldig invulling worden gegeven aan hulpcontinuïteit en de zorg voor het traject van de cliënt. Daarnaast is ook de actieve participatie van de cliënt, zowel op het casusniveau als op het structurele niveau uiterst belangrijk. Bij de behandeling van het aanvraagdossier in de toegangspoort wordt de cliënt maximaal betrokken. Op het structurele niveau (aansturing, kwaliteitszorg, ...) garanderen we de participatie van de vertegenwoordigers van de gebruikers.

Ik gebruik in de vorige paragraaf bewust een aantal keren het werkwoord "moeten". Enerzijds omdat het voor mij om essentiële elementen gaat, anderzijds omdat ik zo uitdrukking geef aan het feit dat verschillende deelaspecten van het concept nog verdere concretisering vragen. Wat dat betreft is het bijgaande document een starttekst die de implementatie richting geeft, maar niet definitief dwingend bepaalt. Ik wil, opnieuw met

mijn collega van onderwijs, sterk inzetten op een zorgvuldige implementatie die ruimte laat voor dialoog.

In elk geval zal daarbij de diagnostiek en de rol van de Multidisciplinaire Teams (MDT 's) intersectoraal worden ingekleurd. En de toewijzingspraktijk zal de collectieve verantwoordelijkheid zo vorm geven dat elke hulpvraag, ook de meest complexe, door het netwerk van voorzieningen wordt opgenomen.

Wat maatschappelijke noodzaak betreft staat een totaal nieuwe benadering op stapel. Daarom heb ik ervoor gekozen in de nu voorliggende tekst de globale procesvoering van gemandateerde voorzieningen generiek uit te werken. De operationele praktijk op het terrein kan daar dan tijdens het implementatieproces op worden geënt. De uitgezette generieke lijnen zullen in elk geval de werking van het Bureau Jeugdzorg bepalen. Gelet op de onlosmakelijke band tussen kindermishandeling en maatschappelijke noodzaak, zullen ze ook in de werking van de Vertrouwenscentra Kindermishandeling worden ingebed.

Ik besluit: de komende drie jaar wordt, vanuit de bewuste keuze voor één intersectorale toegangspoort, de Vlaamse jeugdhulpverlening hertekend. De bijgaande tekst geeft richting aan de projectaanpak die daartoe momenteel wordt uitgewerkt. Het is de start voor een ongetwijfeld boeiend traject waarop we elkaar zeker nog zullen ontmoeten.

1. ALGEMENE INLEIDING

De intersectorale toegangspoort is het orgaan dat vanaf 1 januari 2014 onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De aanvragen voor individuele materiële Bijstand (IMB) en het Persoonlijke Assistentie Budget (PAB) worden, na ontvangst en beoordeling door het team Indiciestelling van de intersectorale toegangspoort, overgemaakt aan het VAPH voor de verdere (technische) uitvoering van het onderzoek in functie van een volledige en inhoudelijk correct geformuleerde indicatiestelling. ~~Ook het gebruik van PSA (Preventieve Sociale Actie binnen het Agentschap Jongerenwelzijn) zal door de intersectorale toegangspoort geregeld worden.~~

Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp is het jeugdhulpaanbod dat op basis van een kwantitatieve en kwalitatieve weging door de overheid als niet-rechtstreeks toegankelijk wordt gepositioneerd. Het onderscheid tussen rechtstreekse en niet-rechtstreeks toegankelijke modules loopt over de sectorale grenzen heen en wordt binnen alle sectoren op dezelfde wijze vastgelegd (cf. de weging van de typemodules).

De toegangspoort moet er garant voor staan dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulp enkel kan ingezet worden op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat ze prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. De toegangspoort moet ook de flexibele inzetbaarheid en combineerbaarheid van modules mogelijk maken vanuit een vraaggericht perspectief.

De toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp wordt momenteel georganiseerd door twee sectorale poorten: het Bureau van het Comité Bijzondere Jeugdzorg en de Provinciale Evaluatiecommissie van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Deze worden vervangen door de intersectorale toegangspoort die de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp die zich richt tot -18 jarigen, of tot minderjarigen en hun ouders, hun opvoedingsverantwoordelijken en/of personen uit hun leefomgeving.

De intersectorale toegangspoort wordt op die manier de buffer tussen de rechtstreeks en de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp van de volgende sectoren: Kind en Gezin, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, de Bijzondere Jeugdbijstand, de Centra Algemeen Welzijnswerk, de Centra voor Integrale Gezinszorg en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. De Centra voor Leerlingenbegeleiding hebben geen aanbod niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Ook de toegang tot verlengde maatregelen Bijzondere Jeugdzorg zal geregeld worden via de intersectorale toegangspoort.

Ten einde de intersectorale toegangspoort toe te laten om ook het bestaande aanbod 'voortgezette jeugdhulpverlening' aan jongeren ouder dan 18 jaar te indiceren en toe te wijzen dient deze bevoegdheid regelgevend te worden toegekend aan de teams van de intersectorale toegangspoort. Zowel binnen het VAPH als in het Agentschap Jongerenwelzijn wordt vandaag voortgezette jeugdhulpverlening aan +18 jarigen op een flexibele wijze toegewezen.

Iedere jeugdhulpaanbieder kan rechtstreeks aanmelden bij de toegangspoort. Het besluitvormingsproces tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp respecteert volgende stappen: vraagverheldering/diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing. De toegangspoort staat in voor de kwaliteitscontrole op de haar aangeleverde diagnostiek, voor de indicatiestelling in individuele cliëntsituaties en voor de daarbij aansluitende toewijzing van de hulp aan de cliënt.

De aanmelding bij de toegangspoort gebeurt middels een aanvraagdocument NRTJ, dat een luik vraagverheldering en een luik met diagnostische gegevens bevat. Elkeen zal beschikbare diagnostische informatie kunnen invoeren, maar alleen de erkende multidisciplinaire teams (MDT) kunnen vergoed worden voor het bijeenbrengen en aanleveren van diagnostiek en alleen erkende MDT's zullen als aanmelder zelf een voorstel van indicatiestelling kunnen doen via het invullen van het luik "diagnose" in het aanvraagdocument.

Binnen de toegangspoort staat een team indicatiestelling in voor de behandeling van de aanvraagdocumenten. Dit team zal in het bijzonder de vraagverheldering screenen, de kwaliteit van de aangeleverde diagnostiek toetsen indien deze niet afkomstig is van een erkend MDT en op basis van deze gegevens instaan voor het indiceren van een range van mogelijke modules jeugdhulp. Het team toewijzing bepaalt welke voorzieningen de geïndiceerde hulp daadwerkelijk zullen aanbieden.

Het installeren van de toegangspoort grijpt in op de structuur van het jeugdhulpaanbod, o.m. door het instellen van een intersectoraal onderscheid tussen rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het heeft ook consequenties voor de lopende sectorale processen van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing. De installatie van de intersectorale toegangspoort zal ook de (her)allocatie van personeel tot gevolg hebben.

Wanneer een situatie erkend wordt als problematische opvoedingssituatie (POS) geeft dit niet alleen toegang tot het niet-rechtstreeks toegankelijk hulpaanbod van de Bijzondere Jeugdbijstand maar wordt ook de mate waarin de hulp maatschappelijk noodzakelijk wordt geacht, meegenomen. Vanaf 2014 worden deze twee taken onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. De toegang tot alle niet-rechtstreeks toegankelijk jeugdhulp gebeurt vanaf dan via de intersectorale toegangspoort. De inschatting, beoordeling en opvolging van maatschappelijk noodzakelijk geachte hulp gebeurt vanaf dan onafhankelijk van de toegangspoort.

Op de eerste lijn zullen voorzieningen Integrale jeugdhulp, georganiseerd in netwerken RTJ daarbij een belangrijke rol spelen. Op de tweede lijn situeren zich de diensten met een specifiek mandaat, de Gemandateerde Voorzieningen Maatschappelijke Noodzaak (GV MaNo). Het betreft in eerste instantie het nieuw op te richten ~~'Bureau Maatschappelijke Noodzaak'~~ Bureau Jeugdzorg dat in principe enkel toegankelijk zal zijn voor de jeugdhulpvoorzieningen die zich niet (meer) alleen in staat achten om een verontrustende situatie in te schatten, te beoordelen en/of op te volgen. Naast het Bureau Jeugdzorg krijgen ook de Vertrouwenscentra Kindermishandeling de rol van gemandateerde voorziening.

De beleidskeuze om de toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp los te koppelen van het bepalen van het maatschappelijk noodzakelijk karakter van hulp noopt tot aanpassingen van de regelgeving m.b.t. de overgang naar de gerechtelijke jeugdhulp: de Bemiddelingscommissie Bijzondere Jeugdbijstand wordt afgeschaft, de toegang tot het gerecht wordt gewijzigd op het vlak van de vorderingsgronden en de modaliteit van rechtstreekse toegang tot de jeugdrechter in hoofde van minderjarigen, ouders en opvoedingsverantwoordelijken wordt geïnstalleerd. De optimalisering van de overgang naar de gedwongen hulp is een gelijktijdige en fundamentele beweging in het hulpverleningslandschap. Door het installeren van de toegangspoort wordt de decretale kwalificatie van een problematische opvoedingssituatie (POS) ontrafeld en meteen geïntersectoraliseerd.

De toegang tot de gerechtelijke jeugdhulp wordt ook in de toekomst opgenomen door de sociale diensten van de jeugdrechtbank. Het lange termijnperspectief is om ook in de gerechtelijke context het proces van diagnostiek en indicatiestelling op een gelijkaardige manier te laten verlopen zoals in de buitengerechtelijke context.

Wat de toewijzing van gerechtelijke jeugdhulp betreft, wordt voorzien in het organiseren van samenwerking met de buitengerechtelijke jeugdhulp via het intersectoraal capaciteitsbeheer. Dit gebeurt via samenwerking met het team toewijzing van de toegangspoort. Tenslotte is ook geopteerd om het maatregelenpakket van de jeugdrechter bij hoogdringendheid uit te breiden in functie van een meer vraaggestuurde hulpverlening.

De overheid creëert met de intersectorale toegangspoort een transparant kader waarin hulpvragen zo snel en accuraat mogelijk de juiste hulp kunnen krijgen en waarbij de nodige regie gevoerd wordt voor de totaliteit van de hulpvraagdossiers. De overheid doet dit in goed partnerschap met de jeugdhulpaanbieders en de cliënt.

Het nieuw organisatiemodel van de toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp wil de garantie bieden op een kwaliteitsvol, snel, accuraat en intersectoraal antwoord op een geïndiceerde hulpvraag van een minderjarige en/of zijn gezin.

2. DE AANMELDING BIJ DE TOEGANGSPOORT EN DE ROL VAN DE NETWERKPARTNERS

Vlaanderen beschikt over een uitgebreid aanbod aan jeugdhulpverlening. Dit aanbod is divers en situeert zich in verschillende sectoren. Een grote toegankelijkheid van dit aanbod is belangrijk. Immers, het zo snel mogelijk aanbieden van de juiste hulp is essentieel voor het vermijden van de toename van de complexiteit en/of zwaarte van de hulpvraag.

Een goede samenwerking tussen alle jeugdhulpaanbieders draagt in grote mate bij tot de toegankelijkheid van de jeugdhulp. Kwaliteitsvol werken, betekent dat de organisatie van de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp de inzet van specifieke deskundigheid op een vlotte manier mogelijk maakt. Daartoe dienen de netwerken RTJ verder uitgebouwd te worden.

Kinderen, jongeren en ouders moeten in principe met hun (algemene) vragen bij de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp terecht kunnen. De diensten die de "brede instap" verzekeren, het onthaal door de preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Leerlingenbegeleiding staan hiervoor garant. Deze hulpaanbieders verhelderen de hulpvraag, verstrekken gevraagde informatie en bieden, indien nodig, kortdurende eerste hulp aan. De diensten "brede instap" verwijzen, indien nodig, ook door naar diensten die meer probleemgebonden hulp verlenen (zowel rechtstreekse als niet-rechtstreeks toegankelijk), naar diensten die een diagnose m.b.t. de hulpvraag kunnen stellen of naar de meldpunten van de hulpprogramma's crisisjeugdhulp.

De kabinetsnota "De intersectorale toegangspoort en het omgaan met maatschappelijk noodzakelijke hulp" van 26 maart 2010 maakt melding van de intentie van de minister om de netwerken RTJ te versterken. "De beleidsnota voorziet versterking van het rechtstreeks toegankelijke aanbod (onder meer bij de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, de CAW's, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg)"¹. Uit een analyse van de verschillende taken die in het kader van de intersectorale toegangspoort dienen opgenomen te worden door de hulpaanbieders van het rechtstreeks toegankelijk aanbod kan de versterking van dit aanbod als een kritische randvoorwaarde tot het functioneren van de intersectorale toegangspoort beschouwd worden.

Naast vraagverheldering kan gepaste diagnostiek essentieel zijn om jongeren en hun gezin doorheen de jeugdhulp te navigeren. De erkende MDT's zijn rechtstreeks toegankelijk of kunnen door het team indicatiestelling van de toegangspoort ingezet worden wanneer ze niet-rechtstreeks toegankelijk zijn. Het diagnostisch² aanbod van de netwerken RTJ moet voldoende snel kunnen worden ingezet.

Ook moeten de handicapspecifieke deskundigheid en de notie 'aanklampend werken' terug te vinden zijn in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Responsabilisering van jeugdhulpaanbieders is immers noodzakelijk om voldoende aanklampend te zijn en samen met het gezin te komen tot een goede vraagverheldering. Van de hulpverlening mag tevens worden verwacht dat ze veel zorg draagt voor het traject dat de cliënt in het landschap van hulpverlening dient af te leggen.

¹ Citaat uit de kabinetsnota "De intersectorale toegangspoort en het omgaan met maatschappelijke noodzaak" van 26 maart 2010.

² We verwijzen voor een analyse van de huidige situatie in het werkveld naar de nota "Rapport inventarisatie en analyse Rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijk diagnostisch aanbod" (2009)

2.4. Het aanvraagdocument NRTJ (A-document)

2.4.1. Het "aanvraagdocument NRTJ" als instrument en als concept

Wanneer jeugdhulpaanbieders en een minderjarige en/of zijn gezin samen tot de vaststelling komen dat meer ingrijpende (en dus niet-rechtstreeks toegankelijke) jeugdhulp aangewezen is, kan een aanvraag bij de toegangspoort worden ingediend.

Dit gebeurt op basis van het "aanvraagdocument NRTJ", dat de jeugdhulpaanbieder in samenspraak met de minderjarige/het gezin, en desgevallend andere betrokken jeugdhulpaanbieders opmaakt. Het A-document zal uitsluitend als een digitaal, elektronisch aanmeldingsdocument beschikbaar zijn. De ICT-werkgroep gaat na welk type digitaal systeem het meest toegankelijk is voor de aanmelders. Voor de verzending en beveiliging van de gegevens zal gebruik gemaakt worden van het E-Health platform. Er wordt eveneens nagegaan of het zinvol en mogelijk is om informatie op te laden uit andere (sectorale) registratiesystemen.

Voor aanmelders moet de werklast bij het invullen en aanleveren van het A-document tot een minimum herleid worden. Daarom is er voor gekozen om in het A-document een interne handleiding in te bouwen. Een interne handleiding die werkt met een aantal symbolen. Elk symbool geeft de aanmelder en andere invullers van het A-document instructies en/of uitleg bij het invullen van het A-document.

De zorgverstrekker die samen met de cliënt beslist een aanvraagdossier op te maken, kan andere zorgverstrekkers vragen om bijkomende informatie aan te leveren in het aanvraagdocument, maar bewaart zelf het overzicht. Die zorgverstrekker is ook diegene die de aanvraag uiteindelijk overmaakt aan de toegangspoort. Zorgverstrekkers die bijkomende informatie aanleveren, krijgen geen zicht op de rest van het dossier.

Gebeurde er voor de cliënt reeds eerder een aanvraag voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp maar is die aanvraag niet meer actueel relevant, dan gebeurt de nieuwe aanvraag los van de voorgaande. Mits het akkoord van de cliënt, moet de zorgverstrekker wel informatie kunnen overnemen uit die voorgaande aanvraag.

In het 'aanvraagdocument NRTJ' worden alle noodzakelijke (diagnostische) gegevens opgenomen in functie van het aanvragen van niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het document is opgenomen in bijlage 1.

De intersectorale toegangspoort verwacht dat bij elke aanvraag minstens een reeks gegevens gerapporteerd worden. Enkel met deze minimale rapportage zal het ingeleverde A-document als ontvankelijk worden verklaard. Om te garanderen dat elk toegezonden A-document ontvankelijk is voor behandeling door het team indicatiestelling, zijn in het digitale A-document een aantal velden verplicht in te vullen. Bij een verplicht in te vullen veld wordt telkens de mogelijkheid voorzien om 'onbekend' in te vullen.

Het aanvraagdocument kenmerkt zich door een tweeledigheid. Het bevat een luik 'vraagverheldering' en een luik 'diagnostiek'. Deze tweeledigheid moet ~~iedere hulpverlener~~ iedere zorgverstrekker de mogelijkheid bieden om naar de toegangspoort te stappen.

Het onderscheid tussen een organisatie die als vraagverhelderaar aanmeldt en een erkend MDT wordt organisatorisch gemaakt. Het organisatorisch onderscheid veronderstelt dat de voorzieningen die erkend zijn om als MDT een A-document met inbegrip van indicatiestelling aan te leveren als dusdanig gekend en geïdentificeerd worden. Al de anderen beperken zich dan per definitie tot vraagverheldering. Het organisatorische onderscheid heft meteen ook de vraag naar het inhoudelijk onderscheid op.

Om een vraag naar niet-rechtstreekse hulp te kunnen stellen, dient minstens het luik vraagverheldering ingevuld te worden. Het resultaat van een onderzoek door een MDT is een verzameling van diagnosegegevens (zo mogelijk verstrekt volgens vooropgestelde protocollen) en een voorstel van indicatiestelling. Essentieel bij het voorstel tot indicatiestelling is dat er een inschatting gemaakt wordt van de zorgzwaarte die nodig is om de jongere en zijn gezin verder te helpen. Om deze zorgzwaarte/-intensiteit te bepalen, wordt een specifiek instrument uitgewerkt.

2.4.2. Aanvragen van Persoonlijk Assistentiebudget (PAB), Individuele Materiële Bijstand (IMB) en Preventieve Sociale Actie (PSA)

Het A-document is in de eerste plaats bedoeld om niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp aan te vragen bij de intersectorale toegangspoort. Maar daarnaast kan het A-document ook aangewend worden om andere, eerder sectorale hulpverleningsvormen aan te vragen. Zo zal het A-document ook dienen om PAB en IMB aan te vragen.

Voor de aanvragen Individuele Materiële Bijstand (IMB) en Persoonlijk Assistentiebudget (PAB) wordt de mogelijkheid voorzien om het adviesrapport (IMB) en het inschalingsverslag (PAB) op te laden bij de aanvraag. Deze aanvragen zullen door de toegangspoort worden overgemaakt aan de sectorale administraties voor afhandeling. Die sectorale administraties bezorgen de toegangspoort de naam van hun contactpersoon alsook de vermoedelijke behandeltermijn. Het team indicatiestelling van de toegangspoort blijft aanspreekbaar voor vragen van de cliënt m.b.t. de aanvragen IMB en PAB.

PAB kan maar geïndiceerd worden als dit aanbod gemoduleerd wordt. PAB kan gemoduleerd worden eens de integratie binnen de principes van de zorgregie een feit is. Als alles volgens plan verloopt, is deze transitie afgerond tegen de pilootfase. Is de modulering toch nog niet rond tegen de start van het pilootproject, dan zal PAB ook niet kunnen geïndiceerd worden.

Preventieve sociale actie (PSA) wordt ter beschikking gesteld als instrument voor het Bureau Jeugdzorg. Preventieve sociale actie zal niet beschikbaar zijn voor de intersectorale toegangspoort.

2.4.3. Aanmeldingen vanuit gemandateerde voorzieningen

In de context van het omgaan met verontrustende situaties moeten gemandateerde voorzieningen ook een aanvraag kunnen indienen bij de intersectorale toegangspoort. Ze doen dit via hetzelfde A-document.

2.4.4. Testing 'aanvraagdocument NRTJ'

Ten einde het algemeen gebruik van het 'aanvraagdocument NRTJ' zo goed mogelijk voor te bereiden vond in het najaar 2009 een testing plaats. Deze testing moet gezien worden als het begin van een permanente evaluatie van het instrumentarium waar de toegangspoort zich van bedient. Zo zal het aanvraagdocument NRTJ zowel op inhoudelijk vlak als op het niveau van de toepassing (voortdurend) moeten aangepast worden.

2.4.5. Proces van aanmelding en de mogelijke rol van bemiddeling³

Bij het proces van aanmelding kan het gebeuren dat de aanmelder/contactpersoon en cliënt niet (langer) op dezelfde lijn zitten qua vraag naar jeugdhulp. Die onenigheid kan de vorm aannemen van een conflict tussen beide partijen of het kan betekenen dat er geen instemming is van de minderjarige of de ouders m.b.t. het aanvragen van NRTJ. Geen instemming kan, maar hoeft niet te wijzen op een vorm van verontrusting.

In geval van verontrusting kan de samenwerking met andere diensten of met het Bureau Jeugdzorg en (ingeval van vermoeden van kindermishandeling) met de Vertrouwenscentra Kindermishandeling een oplossing bieden. Is er geen sprake van verontrusting dan kan een beroep worden gedaan op de functie bemiddeling in de netwerken IJH.

Bemiddeling is, samen met informatieverstrekking en communicatie alsook klachtenmanagement één van de drie dimensies van een ombudsfunctie. Deze functie is gericht op verhoogde transparantie over de wijze waarop de 5 B's (bereikbaarheid, beschikbaarheid, betaalbaarheid, begrijpbaarheid, bruikbaarheid) gerealiseerd (kunnen) worden in de netwerken IJH (cfr. infra hoofdstuk 9).

2.5. Inzetbaarheid van het diagnostisch aanbod

2.5.1. Aanbod modules vraagverheldering en diagnostiek

Het "Rapport inventarisatie en analyse rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijk diagnostisch aanbod" verstrekt heel wat informatie over het aanbod inzake vraagverheldering en diagnostiek binnen IJH maar legt ook een aantal pijnpunten bloot.

(1) Zo is er het probleem van de categorisering van het bestaande aanbod omwille van de begripsverwarring die er is over de termen "diagnostiek" en "vraagverheldering". De diagnostische modules geven geen volledig beeld van de aanwezige diagnostische expertise. Het gemoduleerde hulpaanbod diagnostiek valt immers niet samen met het gebruik van de functie diagnostiek.

(2) Verder ontbreken er betrouwbare gegevens over de reële capaciteit of inzetbaarheid van de modules. Er zijn geen exacte gegevens voorhanden over eventuele wachtlijsten op de bestaande capaciteit.

(3) Ten derde beschikken we niet over exacte informatie over de reguliere financiering/subsidiëring van de in kaart gebrachte modules.

Het is daarom aangewezen deze hiaten in de beschikbare informatie over het aanbod aan vraagverheldering en diagnostiek weg te werken. Via de databank modulering kan ook de beschikbaarheid van het aanbod in kaart worden gebracht. Slechts op die manier kunnen we een betrouwbare inschatting maken van het diagnostisch aanbod dat inzetbaar is in functie van de intersectorale toegangspoort en van de eventuele bijkomende middelen die voorzien moeten worden.

2.5.2. Inzetten van diagnostiek

Elke jeugdhulpaanbieder en zorgverstrekker kan via een A-document een aanmelding doen bij de intersectorale toegangspoort. Het team Indicatiestelling beoordeelt de aanvraag en gaat na of er (bijkomende) diagnostiek dient te worden aangeleverd.

³ Zie ook hoofdstuk 9.

Enkel erkende MDT's worden vergoed voor het aanleveren van diagnostiek. De Vlaamse overheid staat in voor de erkenning en de financiering van de Multidisciplinaire teams en voorziet mechanismen die de zelfregulering en de responsabilisering versterken. De zorginspectie ziet toe op de naleving van de erkenningnormen en op het gevoerde kwaliteitsbeleid van de MDT's. De door de overheid erkende MDT's zullen via een enveloppenfinanciering worden gesubsidieerd. Tegenover deze enveloppe zal een resultaatsverbintenis staan.

Een bestaande werkgroep m.b.t. de werking van de multidisciplinaire teams binnen het VAPH zal intersectoraal worden samengesteld om de kwaliteitseisen waaraan MDT's moeten voldoen, uit te werken en zich te buigen over de ijking van de gebruikte instrumenten.

Een erkend MDT kan zich bij het indienen van een aanmelding niet beperken tot het invullen van het luik vraagverheldering.

Wat de **private diagnostiek** betreft, hebben psychiatrische klinieken en afdelingen niet de mogelijkheid zich als MDT te laten erkennen aangezien ze hun aanbod niet kunnen moduleren. Uiteraard zullen psychiatrische klinieken en afdelingen diagnostiek kunnen aanleveren, maar het IS-team zal dan een bijkomende kwaliteitstoetsing moeten doen. Het IS-team zal dezelfde toetsing moeten doen voor privépersonen die geen erkenning als MDT kunnen verwerven.

Indien een psychiatrische kliniek, een psychiater, psycholoog of therapeut zelf een cliënt aanmelden bij de ITP, dan gebeurt dit als 'vraagverhelderaar'; hun diagnosemateriaal kan ook toegevoegd worden in het A-document van een andere aanmelder-vraagverhelderaar.

Een Expertisecentrum Diagnostiek, ingesteld door de verschillende betrokken beleidsdomeinen, ontwikkelt de classificerende diagnostische protocollen en geeft wetenschappelijke ondersteuning bij de ontwikkeling van inschalinginstrumenten of indicatiestellingprotocollen.

2.5.3. Ingebruikname van diagnostische protocollen

Het is wenselijk dat diagnostische gegevens worden verzameld door middel van vooropgestelde protocollen. Het nog op te richten Expertisecentrum Diagnostiek zal hier een belangrijke rol in spelen. Ondertussen lopen er sectoraal reeds een aantal evoluties mbt. de ontwikkeling van zulke protocollen:

Het **VAPH** zet in op de ontwikkeling van een reeks **classificerende diagnostische protocollen**. Vanaf 2011 zal het VAPH de multidisciplinaire teams (MDT's) aanmoedigen om met deze protocollen te werken. In een volgende fase wenst men het gebruik van deze protocollen juridisch te verankeren.

Het agentschap heeft een aantal classificerende diagnostische protocollen (CDP's) voor (groepen van) stoornissen ontwikkeld. De multidisciplinaire teams (MDT) zullen deze CDP's in de toekomst moeten gebruiken om te beoordelen of het verzamelde diagnostische materiaal over een zorggebruiker voldoende kwalitatief is. De CDP hebben niet als bedoeling om te besluiten of een zorggebruiker tot de doelgroep van het VAPH behoort. Met de CDP kan men enkel uitspraken formuleren over het classificerende handelen van de diagnostiek: werd een diagnose op een kwaliteitsvolle manier gesteld. Het VAPH heeft daarbij een intersectorale finaliteit voor ogen.

De **CLB's** ontwikkelen via ProDia (protocollering en diagnostiek) **handelingsgerichte diagnostische protocollen**. Sommige van deze protocollen (zullen) leiden naar onder andere classificerende einddiagnostiek. Anderen zullen een indicatie geven om te kunnen doorverwijzen naar andere diensten voor 'gespecialiseerde' diagnostiek.

De lopende processen bij VAPH en Onderwijs worden op elkaar afgestemd.

Het kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gaf in december 2006 aan de Centra Integrale Gezinszorg de opdracht een concept 'gezinsdiagnostiek' uit te werken. De bedoeling van dit project was om in de CIG een module gezinsdiagnostiek te installeren die – onder andere – de mogelijkheid kan bieden diagnostiek over het gezinsfunctioneren aan te leveren voor de intersectorale toegangspoort. In de uitwerking van het project bleek dat de CIG een module gezinsdiagnostiek kunnen aanbieden aan hun cliënten. De visie die aan de basis ligt van de module (gezins)diagnostiek gaat er wel van uit dat de dialooggestuurde en handelingsgerichte begeleiding en behandeling onlosmakelijk verbonden zijn met het diagnostisch proces.

3. INDICATIESTELLING

Het aanvraagdocument NRTJ wordt op elektronische wijze aan de toegangspoort bezorgd. Wanneer een aanvraagdocument NRTJ is ingediend bij de toegangspoort komt dit terecht bij het team indicatiestelling. Dit team kan de hulpaanvrager een indicatiestellingsverslag aanreiken. Het is een soort toegangsticket dat noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor het aanbod van NRTJ.

3.1. Proces/traject indicatiestelling

3.1.1. *Proces(her) indicatiestelling*

3.1.1.1. *Kennisname aanvraag (her)indicatiestelling (a)*

Het team indicatiestelling neemt kennis van een vraag naar indicatiestelling (piste a) of een vraag naar herindicatiestelling (piste b) op basis van het aanvraagdocument NRTJ **(1)**.

Herindicatiestelling dient te gebeuren wanneer de termijn van de eerste indicatiestelling is verstreken of wanneer er zich een grondige wijziging voordoet in de situatie van de cliënt die reeds in het bezit is van een indicatiestellingsverslag. Bij een grondige wijziging van de diagnostische gegevens kan er immers ook een herindicatiestelling (een IS die volgt op een IS) plaatsvinden.

Een herindicatiestelling gebeurt eveneens via het aanvraagdocument NRTJ. Het principe bij herindicatiestelling is dat men bij de opmaak van het aanvraagdocument niet helemaal opnieuw moet beginnen. De nieuwe gegevens zullen, mits het akkoord van de cliënt, worden gevoegd bij de reeds beschikbare gegevens van de eerste indicatiestelling. Verder zijn de te doorlopen stappen dezelfde bij beide pistes.

3.1.1.2. *Nagaan of IS-proces kan opgestart worden en aanduiden van een dossierverantwoordelijke (b)*

De administratieve medewerker van het team indicatiestelling doet een **ontvankelijkheidscheck** op het **aanvraagdocument NRTJ (2)**. Het betreft een administratieve toets waarbij wordt nagegaan of het aanvraagdocument voldoende is ingevuld en of alle noodzakelijke gegevens beschikbaar zijn.

De ontvankelijkheidscheck zal in praktijk grotendeels door de ICT-toepassing gerealiseerd worden. Het aanvraagdocument zal immers maar verstuurd kunnen worden indien alle verplichte velden zijn ingevuld. De verplichte velden omvatten de minimaal noodzakelijke informatie voor het team indicatiestelling om hulp te kunnen indiceren.

Indien gegevens ontbreken, wordt het document niet doorgestuurd voor verwerking en wordt het 'niet-ontvankelijk' verklaard. Dit wordt gemeld aan de cliënt en aan de aanmelder. Indien alle noodzakelijke gegevens aanwezig zijn, wordt het aanvraagdocument NRTJ wel 'ontvankelijk' verklaard. In dat geval verstuurt de administratief medewerker van het team indicatiestelling een e-mail naar de aanmelder, een brief naar de cliënt en een kopie van de brief naar de aanmelder met vermelding van de dossierverantwoordelijke.

Het dossier wordt binnen het team indicatiestelling toevertrouwd aan een dossierverantwoordelijke **(3)**.

Wanneer de cliënt⁴ verhuist naar een andere provincie verhuist zijn dossier ook naar de toegangspoort van die provincie. In dat geval wordt een andere dossierverantwoordelijke aangeduid. Het dossier wordt elektronisch opgemaakt, overgemaakt en bewerkt.

De dossieroverdracht zal desgevallend via ICT-systeemprocedures gerealiseerd worden. Deze ICT-systeemprocedures moeten toelaten dat:

- de bevoegde toegangspoort snel op de hoogte is van een verhuis;
- een snelle overdracht tussen de regionale toegangspoorten gerealiseerd wordt;
- dat regelgeving in verband met dossierbeheer en –overdracht maximaal gerespecteerd wordt.

De cliënt heeft recht op toegang tot zijn dossier. De modaliteiten van deze toegang zijn vastgelegd in de wet patiënten rechten en in het decreet rechtspositie van de minderjarige in de Integrale jeugdhulp.

De dossierverantwoordelijke toetst het aanvraagdocument NRTJ aan de kwaliteitseisen diagnostiek **(4)**⁵. Het aanvraagdocument NRTJ moet immers, in geval van aanlevering van diagnostiek, aansluiten bij de kwaliteitseisen diagnostiek, zoals vast te leggen bij uitvoeringsbesluit. Betreft het diagnostiek aangeleverd door een erkend Multidisciplinair Team, dan voert het team geen kwaliteitstoetsing uit. De kwaliteit van de door de MDT's aangeleverde diagnostiek maakt deel uit van de reguliere inspectie-opdrachten van het agentschap Zorginspectie.

De dossierverantwoordelijke volgt het dossier op, analyseert de beschikbare gegevens en klasseert het dossier als een 'consensusdossier (A-dossier)' of als een 'besprekingsdossier (B-dossier)'.

De indeling tussen A- en B-dossiers, gaat volgens volgende principes:

A-document	Verstuurd door MDT	Cliënt vraagt om gehoord te worden	B-dossier → <i>automatisch traceren</i>	
		Cliënt vraagt niet om gehoord te worden	Rechtlijnig dossier	A-dossier
	Verstuurd door vraagverhelderaar	Cliënt vraagt om gehoord te worden	B-dossier → <i>automatisch traceren</i>	
		Cliënt vraagt niet om gehoord te worden	Complex/betwisting	B-dossier → <i>manueel traceren</i>

In geval van een A-dossier is er voldoende beschikbare informatie om eenduidig tot een indicatiestellingsverslag te komen. In geval van een B-dossier is dit niet het geval.

Consensusdossiers zijn dossiers waarbij de kwaliteitseisen, zowel inhoudelijk als procesmatig, volledig getrouw zijn nagekomen. Het beoordelingsproces leidt dan tot een

⁴ Omwille van de leesbaarheid gebruiken we in deze tekst de term "cliënt", ook wanneer die in een medische context "patiënt" genoemd wordt. Met de term "cliënt" wordt in eerste instantie de minderjarige bedoeld; hij vormt immers het aangrijpingspunt van de jeugdhulp. Uiteraard wordt de minderjarige steeds benaderd vanuit zijn context (ouders, opvoedingsverantwoordelijken en leefomgeving).

⁵ Belangrijk aandachtspunt hierbij is de beleidsmatige rapportage over de toetsing van het A-document op de kwaliteitseisen.

omschrijving van te indiceren hulp die in overeenstemming is met de hulpvraag. Indien dit niet het geval is, gaat het om besprekingsdossiers. Het is de bedoeling dat consensusdossiers zo snel als mogelijk doorstromen naar het team toewijzing.

3.1.1.3. Opstarten IS-proces (c)

De dossierverantwoordelijken bespreken de hun toegewezen dossiers in teamverband. Indien aangewezen kan de dossierverantwoordelijke vóór de bespreking in teamverband per mail bijkomende gegevens opvragen.

De consensusdossiers worden in groep goedgekeurd op basis van een voorstel van indicatiestelling door de dossierverantwoordelijke. Voor de besprekingsdossiers kan het team tot drie besluiten komen.

(1) Er dient contact te worden opgenomen met de aanmelder of met (één van) de gezinsleden teneinde nog beter zicht te krijgen op de hulpvraag.

(2) Er is een voldoende basis om te komen tot een indicatiestellingsverslag. Als blijkt dat er geen nood is aan bijkomende informatie **(5a)**, wordt een indicatiestellingsverslag opgemaakt door het team IS **(7a)**.

(3) Er is nood aan bijkomende diagnostiek. Als dat uit de toetsing van de kwaliteitseisen noodzakelijk zou blijken te zijn dan kan de dossierverantwoordelijke per mail **bijkomende gegevens opvragen (5b)**. Dit kan gebeuren ten aanzien van de contactpersoon-aanmelder. Het team IS kan ook, mits het akkoord van de cliënt een gerichte vraag stellen ten aanzien van een MDT of ten aanzien van een externe diagnosticus via een MDT.

Iedere vraag naar bijkomende gegevens moet gemotiveerd worden en dient te gebeuren binnen een termijn van maximum 10 werkdagen. De termijn voor het aanleveren van de bijkomende diagnostiek wordt door het team IS vastgelegd in overleg met de betrokken jeugdhulpaanbieders. De contactpersoon-aanmelder informeert de cliënt over deze bijkomende opdracht. In het geval dat het team IS wenst dat er een externe diagnosticus wordt aangesproken, dienen de aanmelder en de cliënt hiervan op de hoogte te worden gebracht.

Binnen de afgesproken termijn leveren de contactpersoon-aanmelder of het MDT de bijkomende diagnostische gegevens aan **(6)** de dossierverantwoordelijke van het team IS aan. De bespreking daarvan in teamverband leidt tot een indicatiestellingsverslag **(7a)**

Een goede IS-werking veronderstelt dat de teamleden een voldoende, open en goede communicatie met de cliënt onderhouden. Daarbij ligt de nadruk op de kwaliteit, eerder dan op de kwantiteit van de contacten tussen de cliënt en het IS-team. Via het aanvraagdocument NRTJ, bij de aangrijpingspunten voor hulpverlening, kan de cliënt expliciet aangeven of hij tijdens de fase van de indicatiestelling contact wil hebben met de dossierverantwoordelijke van het IS-team. De dossierverantwoordelijke neemt in dat geval het initiatief om de cliënt uit te nodigen binnen een vastgelegde termijn. Een contact met de cliënt moet in ieder geval voorzien worden wanneer er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling. De cliënt kan de aanmelder verzoeken om hem/haar te vergezellen bij dit gesprek.

Teneinde de vraaggerichtheid en onafhankelijkheid van het IS-team te waarborgen, is het essentieel dat de met de cliënt onderhandelde en aanvaarde hulp, zoals ook vermeld in het aanvraagdocument NRTJ of geformuleerd door de cliënt tijdens een gesprek, expliciet benoemd wordt. Wat als niet wenselijk wordt gezien door de cliënt wordt eveneens vermeld.

De bespreking van het team indicatiestelling resulteert in **het uitwerken van een indicatiestellingsverslag (ISV) (7a)** en/of in een doorverwijzing naar een aan IJH 'externe' dienst **(7b)** wanneer er nood is aan jeugdhulp die niet valt onder het toepassingsgebied van IJH. Als m.a.w. zou blijken dat de meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp zich helemaal buiten het toepassingsgebied van IJH situeert (bv. nood aan kinderpsychiatrische hulp) dan neemt de toegangspoort ook hierin, en in overleg met de aanmelder, mede verantwoordelijkheid op voor een goede doorverwijzing. Acht het team IS enkel rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp aangewezen, dan motiveert het dit in het IS-verslag en moet de aanmelder zorgen voor een goede doorverwijzing.

~~Het ISV beschrijft in typemodules welke hulp minimaal aangewezen en welke hulp maximaal wenselijk is.~~

Het team indicatiestelling benoemt het wenselijke aanbod op basis van een of meerdere in te zetten typemodules. Door de ICT-werkgroep moet nagegaan worden of de weging op basis van "doelgroep" (geslacht, leeftijd) en "probleemgebied" leidt tot clusters van hulp waarvan het IS-team kan aanduiden welke:

- Wenselijk ingezet moeten worden
- Welke in elk geval niet wenselijk zijn om in te zetten
- Welke ingezet kunnen worden indien het wenselijke aanbod niet (tijdig) beschikbaar is

Het ISV wordt door de dossierverantwoordelijke aan het **team toewijzing** bezorgd **(8)**.

De **betrokkenen worden op de hoogte gebracht van de besluitvorming van het team indicatiestelling (9)**. Hiertoe wordt een mail gestuurd naar de contactpersoon-aanmelder (incl. kopie van een brief naar cliënt) en een brief naar de cliënt.

De contactpersoon-aanmelder krijgt de mail van het IST vooraleer de cliënt de brief ontvangt. Dit laat de contactpersoon-aanmelder toe om de cliënt op voorhand in te lichten over de uitkomst van het ISV of over de nood aan behandeling van het dossier door een andere dienst.

Op de brief naar de cliënt staat zijn contactpersoon-aanmelder vermeld die beschikt over de contactgegevens van de dossierverantwoordelijke binnen de toegangspoort. Daarnaast staan de contactgegevens van de dossierverantwoordelijke van de toegangspoort ook op elke communicatie vermeld. Er wordt vermeld dat de cliënt bij vragen of opmerkingen bij voorkeur contact opneemt met zijn contactpersoon-aanmelder maar, indien gewenst, ook rechtstreeks contact kan opnemen met de dossierverantwoordelijke van het team indicatiestelling. In geval het IS-team van oordeel is dat NRTJ-aanbod buiten de toegangspoort is aangewezen dan vermeldt de brief ook de contactgegevens van voorzieningen die wel in aanmerking komen voor het verstrekken van hulp.

Procesmatige kwaliteitseisen indicatiestelling

Het indicatiestellingsproces heeft ten minste onderstaande kenmerken.

1. Multidisciplinariteit

De indicatiestelling is in elke geval het resultaat van een intercollegiaal, multidisciplinair en deskundig proces. Indien aangewezen kan specifieke deskundigheid worden ingeschakeld.

2. Onderbouwing

De indicatiestelling komt maximaal tot stand volgens een professionele en op effectiviteit gestoelde methodiek en wordt zo mogelijk gestaafd door effectiviteitservaring en -onderzoek.

De indicatiestelling is gebaseerd op wetenschappelijk betrouwbare en valide parameters. Dit leidt tot een objectieve indicatiestelling in functie van de latere toewijzing. Het team indicatiestelling beschikt over eenduidige instrumenten om de gepaste zorgintensiteit te bepalen en om na te gaan of de aangeboden zorgintensiteit voldoende is.

3.Samenhang

De indicatiestelling is intern samenhangend en houdt in de mate van het mogelijke rekening met de resultaten van de reeds lopende en eerder verleende hulp.

4.Onafhankelijkheid

De indicatiestelling sluit maximaal aan bij de vraag en de behoefte van de cliënt en houdt geen rekening met de beschikbaarheid van de geïndiceerde hulp.

(In de indicatiestelling worden geen concrete hulpaanbieders of concrete modules genoemd. Wel wordt voor het omschrijven van de geïndiceerde hulp maximaal gebruik gemaakt van het gestandaardiseerde begrippenkader dat ontwikkeld werd voor het beschrijven van modules (functies, probleemkenmerken, enz.).

5.Cliëntparticipatie

De toegangspoort draagt de verantwoordelijkheid voor het uitnodigen van de cliënt voor de bespreking van een voorstel van indicatiestelling. Voor iedere casus onderzoekt ze de noodzaak en de meerwaarde van een dergelijke bespreking. De cliënt van zijn kant kan steeds een dergelijke bespreking aanvragen. Een contact met de cliënt moet in ieder geval voorzien worden wanneer er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling. Het indicatiestellingsverslag wordt opgesteld in een voor de cliënt zo toegankelijk mogelijke taal.

6.Tijdigheid

Het indicatiestellingsverslag wordt afgeleverd binnen dertig kalenderdagen na ontvangst van het aanvraagdocument door de toegangspoort, op voorwaarde dat de diagnostiek voldeed aan de kwaliteitseisen. Deze termijn is niet van toepassing op een eventuele urgentieprocedure.

Vanuit het cliëntperspectief lijken 30 kalenderdagen te lang, maar vanuit een operationeel oogpunt lijkt dit zelfs een korte periode. De termijn wordt daarom als compromis behouden met dien verstande dat het team IS gevraagd wordt om naar de kortst mogelijke periode te streven.

Inhoudelijke kwaliteitseisen van het Indiciestellingsverslag (ISV)

Het indicatiestellingsverslag komt tegemoet aan volgende principes en omvat, naast de administratieve gegevens van de cliënt, minstens volgende informatie:

1. Taalgebruik.

Het ISV dient in een duidelijke taal te worden geschreven in functie van de grootst mogelijke begripelijkheid voor iedereen betrokken bij de aanvraag.

2. Synthese van de diagnostiek

Het ISV omvat een korte, consistente samenvatting van de diagnostische bevindingen waarop de indicatiestelling geënt is. Deze samenvatting bevat ten minste een beschrijving van de problematiek, een aanduiding van de ernst ervan en een kort overzicht van de vroegere en huidige hulpverlening.

3. Meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp

Het indicatiestellingsverslag omvat een beschrijving van:

- de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en eventuele alternatieven volgens de indicatiesteller. Het IS-team baseert zich hiervoor op de aangeleverde vraagverheldering, de diagnostiek en op het eventueel voorstel van indicatiestelling;
 - de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en eventuele alternatieven volgens de cliënt;
- de hulp waarover na onderhandeling een consensus bestaat tussen de indicatiesteller en de cliënt. Ook wanneer binnen het cliëntsysteem meningsverschillen bestaan aangaande de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en/of eventuele alternatieven, worden deze in het indicatiestellingsverslag omschreven.

4. Urgentiebepaling

Het ISV bevat een bepaling van de urgentie waarmee de geïndiceerde hulp, in het belang van de cliënt, moet worden opgestart. Wanneer de urgentie verschilt naargelang het onderdeel van de indicatiestelling, wordt dit duidelijk aangegeven. De urgentie kan zowel in de vorm van een termijn als kwalitatief worden uitgedrukt (bv. gerelateerd aan de duur van een probleem).

5. Geldigheidsduur

In het ISV bepaalt men de geldigheidsduur van de indicatiestelling. Wanneer de geldigheidsduur verschilt naargelang het onderdeel van de indicatiestelling, wordt dit duidelijk aangegeven.

De geldigheidsduur kan zowel in de vorm van een termijn als kwalitatief worden uitgedrukt (bv. gerelateerd aan de duur van een probleem). Ingeval van onzekere condities of factoren wordt in overleg met alle partijen gestreefd naar een zo helder mogelijk compromis.

6. Subsidiariteitsprincipe

Bij gelijke efficiëntie dient te worden geopteerd voor de minst interveniërende hulpverlening.

Opmerkingen

Het is aangewezen om het indicatiestellingsverslag te testen op zijn bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid (cfr. testing A-document NRTJ). Daarbij zal er behalve aandacht voor het ISV ook aandacht moeten uitgaan naar de termijnen die gehanteerd worden.

Het indicatiestellingsverslag omvat een aantal standaardvelden. Bij het opmaken van het voorstel tot IS heeft het teamlid van het IS-team de meeste van deze standaardvelden reeds ingevuld. De dossierverantwoordelijke doet de nodige aanpassingen en vult aan op basis van de conclusies op het teamoverleg.

3.1.2. Instrumenten team indicatiestelling

Het team indicatiestelling beschikt over eenduidige instrumenten om de gepaste zorgintensiteit te bepalen en om na te gaan of de aangeboden zorgintensiteit⁶ voldoende is.

⁶ Er is een onderzoek uitbesteed aan het Steunpunt WVG in verband met het bepalen van de zorgintensiteit.

De procedures van de indicatiestelling dienen te worden uitgewerkt in een kwaliteitshandboek. Daarnaast wordt een procedure uitgewerkt om op de consensusdossiers de nodige externe kwaliteitscontrole toe te passen.

Een dergelijk kwaliteitshandboek zal andere richtinggevende instructies geven, afhankelijk of de aanmelder geïmplementeerd is als vraagverhelderaar of als diagnosticus. In de richtinggevende instructies zal het zorgzwaarte-instrument een bepalende rol spelen.

Is de aanmelder geïmplementeerd als vraagverhelderaar dan zal het team indicatiestelling nagaan of de aangeleverde informatie kwantitatief en kwalitatief voldoende is om tot een indicatiestelling te komen. Is dit het geval, dan zal het team indicatiestelling van het zorgzwaarte-instrument gebruik maken om een indicatiestelling te formuleren.

Is de aanmelder geïmplementeerd als diagnosticus maar niet als MDT, dan moet het team indicatiestelling in het A-document enkel nagaan of het zorgzwaarte-instrument legitiem gebruikt is. Het kan zich daarvoor beroepen op de in het A-document gerapporteerde informatie en eventuele bijkomende formele eisen (bv. onderbouwing van de gerapporteerde gegevens).