



## Feedback op de resultaten cluster A – thematische bundeling

Versie 2011 10 06

# Inhoud

1.	Situering	2
2.	Gebundelde reacties	2
3.	Opmerkingen bij de voorgestelde werkwijze implementatie ITP	2
4.	Tekstuele en terminologische vragen	4
	Definities, consequent gebruik van begrippen	4
	Onduidelijkheden in de tekst	5
5.	Het A-document	9
6.	De aanmelding	10
7.	Indicatiestelling	11
8.	Algemene inhoudelijke opmerkingen	12
9.	Sectorale bijzonderheden	13
10.	De gemandateerde voorzieningen	14
11.	Diagnostiek, protocollering, multidisciplinaire teams en expertisecentrum diagnostiek	15
12.	Thema's die buiten de scope vallen van de toelichting op Trefpunt 1 cluster A	21
	Hulpcontinuïteit	21
	Toewijzing	21
	Zorgzwaarte-instrument	22
	Modulering	22
	ICT-pad	22

## 1. Situering

De Intersectorale Toegangspoort zal op 1 januari 2014 van start gaan in heel Vlaanderen. De voorbereiding van de concrete opstart kent 5 implementatielijnen:

- conceptuele implementatielij
- legistische implementatielij
- ICT-lijn
- personele migratielij
- communicatie

De conceptuele implementatielij is opgedeeld in 5 thematische clusters. Voor de uitwerking van de vijf clusters werden vijf afzonderlijke intersectorale administratieve werkgroepen opgericht. Zij baseren de uitwerking van hun cluster op de [conceptnota intersectorale toegangspoort](#) van 17 januari 2011. De werkgroepen verfijnen de conceptnota; opdat de nieuwe toegangspoort van start zou kunnen gaan, worden alle operationele vragen uit de conceptnota beantwoord.

De resultaten van de intersectorale administratieve werkgroep worden gepresenteerd via trefpunten aan de vertegenwoordigers van koepels en steunpunten. Via de trefpunten krijgen zij de kans om te reageren op de verfijning van de conceptnota.

Op het eerste trefpunt van 22 juni 2011 werden het aanmelddocument bij de toegangspoort en het proces van indicatiestelling gepresenteerd. Deze nota geeft een thematisch overzicht van de ingewonnen reacties. Op alle feedback volgt een reactie van Integrale Jeugdhulp.

## 2. Gebundelde reacties

Deze nota geeft een thematische bundeling van de feedback van volgende organisaties:

- Internettensamenwerkingscel Centra voor Leerlingenbegeleiding (vertegenwoordiging van alle netten)
- Werkgroep Diagnostiek binnen de federatie van de OOC's.
- Zorgnet Vlaanderen
- Vlaams Welzijnsverbond, sector personen met een handicap
- Vlaams Welzijnsverbond, sector bijzondere jeugdbijstand en gezinsondersteuning (CKG, VK, CIG)
- Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg

Deze organisaties stemden in met een bundeling van al hun opmerkingen door Integrale Jeugdhulp en de verspreiding ervan.

## 3. Vervolgproces

- Een aanvullende bundeling van de reacties op het trefpunt 2 (12 oktober 2011)
- Algemene bespreking van alle opmerkingen, en dit op trefpunt 3 (16 november 2011)

#### 4. Opmerkingen bij de voorgestelde werkwijze implementatie ITP

##### \* Zorgnet Vlaanderen:

1. De stuurgroep ITP moet de finale tekst niet enkel voorleggen aan het kabinet Welzijn maar ook aan het kabinet Onderwijs en aan het kabinet gezondheid.

*Reactie: de twee betrokken kabinetten – onderwijs en welzijn, volksgezondheid en gezin – zijn vertegenwoordigd in de stuurgroep ITP.*

2. Prima dat er een ‘intersectorale’ werkgroep komt. Hopelijk is dit niet enkel een ‘aanvulling’ met paar andere sectoren maar sterke sturing vanuit VAPH.

##### \* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)

3. De samenstelling van het trefpunt is niet duidelijk. Leden van adviesraad en de koepels worden uitgenodigd. Wie nog? Het is belangrijk te weten wie er op de trefdagen uitgenodigd wordt en wat de opdracht en betekenis van trefpunten in de beslissingsprocedure is.

*Reactie: De samenstelling – zoals toegelicht bij de inleiding van het eerste trefpunt – bestaat uit de leden van de adviesraad en de directies van de betrokken koepels. De trefpunten, niet trefdagen, kunnen een breed spectrum van deelnemers hebben. Indien er nog andere raden of federaties willen deelnemen, kan dat. De federatie van OOC's liet al weten een uitnodiging te willen ontvangen, dat is intussen gebeurd. Er wordt niet gewerkt via gewogen samenstelling. De trefpunten functioneren als klankbord op het niveau van het middenveld aan wie expliciet adviezen en suggesties worden gevraagd. Hiermee zal maximaal rekening worden gehouden. Op elk van de suggesties zal een antwoord worden geformuleerd. Het is de stuurgroep Intersectorale Toegangspoort die het finaal voorstel van eindnota aan de minister overmaakt.*

4. We stellen vast dat een participatieve en proactieve betrokkenheid nu vooral reactief zal worden. Bij eventuele ernstige meningsverschillen zal het ook heel wat tijd en overleg vergen om één en ander af te stemmen.

*Reactie: Eventuele meningsverschillen moeten via de democratische organen worden beslecht, in het bijzonder via de diverse (advies)raden die hun advies moeten uitbrengen gedurende de verdere uitvoeringsprocedure. De trefpunten zijn geen formeel gemandateerde organen van de betrokken ministers.*

5. Worden er verslagen gemaakt van deze trefpunten? Krijgt iedereen zicht op de inbreng van de verschillende betrokkenen? Hoe wordt naar conclusies gegaan? Wie hakt knopen door? Het systeem van trefdagen moet minstens een gestructureerd overzicht van de reacties van verschillende geledingen in het verdere beslissingsproces geven.

*Reactie: Iedereen krijgt zicht op de standpunten die door de verschillende actoren zijn geformuleerd. De stuurgroep Intersectorale Toegangspoort hakt uiteindelijk knopen door.*

6. Duidelijkheid rond de besluitvorming is nodig. Wat is de rol van en verhouding tot de adviesraad bij dit geheel? De leden van de adviesraad worden op de trefdagen

uitgenodigd, is dat misschien louter ter informatie? Toch zal er nog een advies moeten gemaakt worden door de adviesraad.

*Reactie: De adviesraad is betrokken in het formele besluitvormingsproces. Door breed uit te nodigen voor de trefpunten willen we enkel de kennis over de implementatie van de intersectorale toegangspoort vergroten. Dit moet bijdragen aan het formuleren van finale voorstellen, en het draagvlak zo breed mogelijk maken.*

7. De eindnota van de gemengde werkgroep wordt als uitgangspunt genomen, toch stellen we vast dat de intersectorale administratieve werkgroep hier vlotjes op inhakt (schrappingen, toevoegingen, aanvullingen...). Er was een consensus tussen administraties en werkveld over de concepttekst gekomen in de gemengde werkgroep. Door er veranderingen in aan te brengen wordt deze nu eenzijdig gewijzigd door louter administratieve werkgroepen, waarop wij enkel kunnen reageren. Wijzigingen verdienen duidelijke toelichting en argumentatie.

*Reactie: De wijzigingen worden toegelicht op de trefpunten. We moeten ook opmerken dat de tekst van de gemengde werkgroep ondertussen al een jaar geleden tot stand is gekomen. Allerlei recente sectorale evoluties nopen tot aanpassingen. Soms is een meer gedetailleerd niveau ook noodzakelijk om tot concrete implementatie te kunnen overgaan.*

## 5. Tekstuele en terminologische vragen

### Definities, consequent gebruik van begrippen

#### \* ISC (CLB's):

8. lijst van definities en afkortingen toevoegen
9. verschillende termen doorheen de tekst op een consequente manier gebruiken. (jeugdhulpverleners, hulpverleners, vraagverhelderaar, aanmelder-vraagverhelderaar, diagnosticus, MDT, zorgverstrekker)
10. term "contactpersoon-aanmelder" lijkt verdwenen.
11. zorgverstrekkers of jeugdhulpverleners? Zorgverstrekker komt eerder als een (para)medische term over. De CLB-sector herkent zich niet in de term zorgverstrekker.

*Reactie: De terminologie moet inderdaad worden uitgezuiverd. We zoeken naar een eenvormig taalgebruik tussen decreet en teksten die nog (bij)gewerkt worden voor opstart van de toegangspoort. De decretale terminologie zal consequent worden overgenomen in de teksten over de intersectorale toegangspoort.*

#### \* Zorgnet Vlaanderen

12. Lijst afkortingen blz. 2: als er 2 sectoren genoemd worden, dan moeten ze allen genoemd worden.

*Reactie: We kijken dit na.*

13. Naamsverandering “bureau jeugdzorg”: geeft niks meer aan van het ‘noodzakelijke’, het is even weinig ‘bijzonder’ als bv. een JAC. Te low profile-naam kan misleidend zijn, vooral ook voor de gebruikers zelf.

*Reactie: De naamsverandering is een keuze van de decreet-ontwerper.*

14. “Zorgverstreker”: dit is een expliciete term uit de gezondheidszorg en kan aanleiding geven tot verwarring over wie nu kan invullen en doorsturen (de huisarts als de gemandateerde zorgverstreker van het gezin bij een GMD?). Zo vallen alle zorgverstrekkers onder de wet patiënten-rechten.

*Reactie: De definities zoals ze gehanteerd en toegelicht worden in het nieuwe ontwerpdecreet Integrale Jeugdhulp zullen overgenomen worden in de conceptnota.*

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

15. Vervanging van de term hulpverlener door zorgverstreker: schrappen gebeurt niet consequent en waarom gebeurt de vervanging? Afstemming met termen in A-document.

*Reactie: Zie antwoord bij opmerking 14.*

#### \* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)

16. Zorgverstekkers: waarom wordt term hulpverlener vervangen? Wordt soms anders gebruikt in de tekst. De termen hulpverlener/zorgverstreker moeten consequent gebruikt worden in de concepttekst en worden eventueel best steeds beiden vermeld.

*Reactie: Zie antwoord bij opmerking 14.*

17. In het schema spreekt men van een rechtlijnig dossier en in de tekst over consensusdossier. Eenduidigheid in terminologie is wenselijk.

*Reactie: De terminologie zal als volgt worden aangepast: besprekingsdossier, consensusdossier en A-document.*

### Onduidelijkheden in de tekst

#### \* ISC (CLB's):

18. gebruik van PSA door de intersectorale toegangspoort wordt geschrapt, waarom? Statuut van deze jeugdhulp is niet meer duidelijk. Graag motiveren.

*Reactie: PSA zal ter beschikking staan van het Bureau Jeugdzorg. De beslissing hierover werd genomen door de stuurgroep intersectorale toegangspoort. De koppeling aan het Bureau Jeugdzorg is een verderzetting van de huidige situatie.*

19. “door het installeren van de toegangspoort wordt de decretale kwalificatie van een problematische opvoedingssituatie (POS) ontrafeld en meteen geïntersectoraliseerd”. Het is niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt.

*Reactie: De kwalificatie POS zoals ze nu is opgenomen in de decreten BJB, wordt niet langer behouden in het decreet IJH. Ze lost op in de probleemdomeneinen zoals omschreven in het A-document en in de verstrekking van hulp volgens de beschikbare typemodules. Dit houdt een intersectoralisering in van de vraag die onder de kwalificatie POS zit. Het is immers niet enkel “BJB-hulp” die daarop wordt ingezet.*

20. “het onderscheid tussen een organisatie die als vraagverhelderaar aanmeldt en een erkend MDT wordt organisatorisch gemaakt. ....het organisatorische onderscheid heft meteen ook de vraag naar het inhoudelijke onderscheid op”. We vragen dat deze passage genoeg verduidelijkt wordt in de tekst en dat hierbij duidelijk het verschil beschreven wordt tussen vraagverhelderaar en MDT.

*Reactie: Of een voorziening erkend is als MDT, wordt via de identiteitsgegevens van de aanmelder door het ICT systeem herkend. Meldt een erkend MDT een minderjarige aan, dan moeten in het A-document diagnostische gegevens en een indicatiestelling worden aangeleverd.*

21. “indien het team IS oordeelt dat enkel rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp is aangewezen, dan motiveert het dit in het IS-verslag en moet de aanmelder zorgen voor een goede doorverwijzing”. Dit is een opmerkelijke passage. Kan een MDT zelf niet de inschatting maken dat NRTJ nodig is? Als de ITP dan toch oordeelt dat dit niet nodig is, verwachten we dat ze aangeeft welke jeugdhulp dan best ingezet wordt, welke niet, en welke best ingezet wordt indien het wenselijke aanbod niet (tijdig) beschikbaar is.

*Reactie: Als de toegangspoort van oordeel is dat rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp nodig is, dan zal de toegangspoort aangegeven om welke hulp het gaat. Daarnaast zal de toegangspoort ook toelichten waarom de vraag naar NRTJ wordt afgewezen. Elke beslissing van het team IS moet voldoende gemotiveerd worden en eventueel aangevuld met alternatieven.*

22. Op blz. 20 gebeurt een koppeling van de werkzaamheden van de ICT-werkgroep aan de 3 vermelde categorieën van typemodules. Tekstueel is aangewezen om deze op te nemen als algemeen voor de indicatiestelling, los van het ICT-gebeuren.

*Reactie: We passen dit aan – de koppeling aan de ICT-werkgroep gebeurde omdat het uiteraard technisch mogelijk moet zijn dit onderscheid te maken.*

23. Blz. 12, §4, “zorgverstrekkers die bijkomende informatie aanleveren, krijgen geen zicht op de rest van het dossier”. Wij stellen voor dit te herformuleren “krijgen geen toegang tot de rest van het dossier”.

*Reactie: We passen dit zo aan.*

24. Blz. 12 “het onderscheid tussen een organisatie die als vraagverhelderaar aanmeldt en een erkend MDT wordt organisatorisch gemaakt”. We willen vragen om deze laatste alinea te verduidelijken in de tekst.

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 20.*

25. Staat de voorlaatste zin van blz. 12 (“al de anderen beperken zich dan per definitie tot vraagverheldering”) niet in contradictie met blz. 9 “elkeen zal beschikbare diagnostische informatie kunnen invoeren”. Het is niet duidelijk of een vraagverhelderaar ook diagnostiek (volgens de kwaliteitseisen) kan aanleveren.

*Reactie: Een vraagverhelderaar – dit is elke aanmelder die geen erkend MDT is - mag diagnostische gegevens aanleveren. Maar deze aanmelder blijft een ‘vraagverhelderaar’. Dit houdt in dat hij vanuit die positie geen voorstel van indicatiestelling in de vorm van typemodules kan formuleren.*

26. Blz. 13 “het resultaat van een onderzoek door een MDT is een verzameling van diagnosegegevens en een voorstel van indicatiestelling”. Op blz. 9, eerste alinea, wordt gesteld dat een MDT een indicatiestelling kan doen. Het is niet duidelijk wat nu juist de bedoeling is: kunnen of moeten ze een indicatiestelling doen?

*Reactie: een MDT moet een voorstel van indicatiestelling doen. We passen dit aan in de tekst op blz. 9.*

27. Graag in eerste alinea van punt 2.5.3. aangeven dat het om een exemplarische opsomming gaat van protocollen. De vraag is daarbij of er in andere sectoren ook soortgelijke oefeningen lopen of op stapel staan. Nu komt het over alsof er voor de toekomst naar de toegangspoort slechts met verschillende protocollen zal kunnen gewerkt worden, afkomstig uit drie sectoren.

*Reactie: we zullen in de tekst nog meer benadrukken dat het om een exemplarische opsomming gaat.*

28. Blz. 15 is het niet duidelijk wat er bedoeld wordt met “het VAPH heeft daarbij een intersectorale finaliteit voor ogen”.

*Reactie: De classificerende diagnostische protocollen zijn bedoeld om in meerdere sectoren toegepast te kunnen worden. Ze zijn met andere woorden niet enkel bedoeld voor gebruik binnen VAPH voorzieningen.*

29. De eerste zin van blz. 16 dient als volgt aangepast te worden: ‘De CLB’s ontwikkelen via Prodia (protocollering van diagnostiek) handelingsgerichte diagnostische protocollen voor onderwijs en CLB. Het gaat daarbij om onderwijs gerelateerde diagnostiek. Sommige van die protocollen ...’

*Reactie: We zullen deze aanpassing zo invoegen.*

30. Op blz. 23 wordt verwezen naar een kwaliteitshandboek. Daar wordt gesproken over vraagverhelderaars en diagnosticus. Wat wordt bedoeld met diagnosticus, of is dit eerder een MDT?

*Reactie: We zullen dit in de tekst verduidelijken: “diagnostici” zijn geen erkende MDT’s maar leveren wel diagnostiek aan.*

31. Laatste onderstreepte alinea blz. 23: de vraag is hierbij of er nog een onderscheid is tussen een vraagverhelderaar en een diagnosticus en of er dan een verschil is in wat en hoe ze iets aanleveren. Het lijkt eigenaardig dat er een bijkomende kwaliteitscheck gedaan wordt bij dergelijke dossiers, maar dat men er ook de facto van uitgaat dat met het zorgzwaarte-instrument is gewerkt. Enerzijds kunnen bijvoorbeeld psychiatrische klinieken niet erkend worden als MDT, maar tegelijk moeten ze wel het zorgzwaarte-instrument gebruiken? Volgens ons is deze passage contradictorisch en onlogisch en roept ze terug veel onduidelijkheden op tussen de taken van vraagverhelderaars en diagnostici.

*Reactie: Het klopt dat daar eigenlijk een contradictie in zit. De suggestie wordt hier gedaan om ook buiten het toepassingsgebied IJH teams die voldoen aan de vereisten tot een erkenning als MDT als dusdanig ook te erkennen. We nemen deze suggestie mee naar de stuurgroep intersectorale toegangspoort en naar de werkgroep MDT's.*

#### \* Zorgnet Vlaanderen

32. Blz. 15: Wat wordt bedoeld met privépersonen? Ouders, minderjarigen zelf?

*Reactie: Het gaat hier over privédiagnostiek. We maken dit nog meer duidelijk in de tekst.*

33. Blz. 23 instrumenten team IS: laatste 3 paragrafen onvoldoende helder. Rol en functie zorgzwaarteinstrument ook nog erg onduidelijk. Plots nieuwe term diagnosticus (geen MDT) die dan wel zelf de zorgzwaarte moet meten. Wat zijn de erkenningsvoorwaarden als 'diagnosticus' en gaat het dan om 'personen' of om zorgteams of om voorzieningen of afdelingen?

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 30. Het zorgzwaarte-instrument zal worden toegelicht op een volgend trefpunt.*

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

34. Vervanging van 'minimaal aangewezen, maximaal wenselijk hulp' door 'wenselijk', 'in elk geval niet wenselijk' en 'mogelijk indien wenselijke niet beschikbaar' is niet consequent doorgevoerd in de tekst.
35. Blz. 23: de aanmelder kan geen MDT zijn? (optie staat niet in tekst vermeld)
36. Blz. 23: eerder staat dat als diagnostiek niet aangeleverd wordt door een MDT er een kwaliteitstoets wordt uitgevoerd. Hier is enkel sprake van het nagaan van het legitiem gebruik van het zorgzwaarte-instrument.

*Reactie: De tekst wordt nog nagelezen op tekstuele nauwkeurigheid (zie ook hoger). Het eerste punt kijken we na. Wat het tweede punt betreft; de aanmelder bij de toegangspoort kan uiteraard een MDT zijn. In dat geval zal enkel steekproefsgewijs worden nagegaan of de diagnose op de afgesproken wijze tot stand is gekomen. Het derde punt vullen we aan met deze feedback; het klopt dat indien er diagnostiek wordt aangeleverd door anderen dan een erkend MDT er ook een kwaliteitscontrole van de aangeleverde diagnostiek moet plaatsvinden.*

## 6. Het A-document

### \* Zorgnet Vlaanderen:

37. Blz. 12: overnemen van informatie uit een 'oud' aanvraagdossier? Ook als het om een 'nieuwe' zorgverstrekker gaat? Krijgt die dan plots wel toegang tot 'alle' gegevens? Ook al gaat het om een ander probleem?

*Reactie: De relatie tussen de oude en nieuwe zorgvraag (voor zover die relatie bekend is) en vooral de toestemming van cliënt om toegang te krijgen tot het oude aanvraagdossier zijn hier bepalend.*

38. Blz. 18 verhuis cliënt: verblijf of domicilie (moet 'eenduidig' zijn, bv. bij crisis onthaalgezin in andere provincie)

*Reactie: De intersectorale toegangspoort zal enkel van een wijziging van domicilie automatisch op de hoogte gebracht worden, en dit via de koppeling met het rijksregister). Van een wijziging in verblijfplaats zal de toegangspoort enkel op de hoogte gebracht kunnen worden als de cliënt ze zelf meldt. Het onderscheid kan hier (dus) niet eenduidig zijn.*

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

39. Elementen in vraagverheldering: gelijk laten sporen met criteria van Bea Maes, zoals die gebruikt worden in het VAPH voortraject.

*Reactie: Er zal bekeken worden of er afstemming kan en moet gebeuren met de criteria die Bea Maes en Kristien Hermans opgelijst hebben in hun onderzoek "vraagverduidelijking in het kader van het PGB-experiment. Besluit en beleidsaanbevelingen."*

40. Verplichte velden: "niet relevant" toevoegen als optie.

*Reactie: We kijken na hoe dit best wordt ingepast; via een aparte aankruismogelijkheid of als onderdeel van de mogelijkheid 'informatie (nog) niet bekend'.*

41. Discriminerende zaken (zoals bv. etniciteit) weglaten.

*Reactie: In het A-document wordt gevraagd naar de nationaliteit. Die vraag is niet discriminerend, maar zelfs relevant voor het goede verloop van de indicatie- en toewijzingsprocedure. Daarnaast wordt nog de vraag gesteld of er een verblijfsprocedure lopende is en of het een aanvraag voor een buitenlandse niet-begeleide minderjarige betreft. Ook deze vragen zijn relevant voor het goede verloop van de aanvraag en het realiseren van een gepast hulpaanbod.*

42. Selectie van relevante (= verplichte) informatie versus bijkomende informatie is belangrijk.

*Reactie: We zijn het daarmee eens en zijn van mening dat er een zinvol onderscheid werd aangebracht.*

**\* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)**

43. Wat betekent dit voor de werking van de OOC's? Het A-document neigt naar een classificerende diagnostiek door de aard van het document.

*Reactie: Het A-document telt 3 luiken: 1°) identificatie, 2°) vraagverheldering en/of diagnostiek en 3°) bijkomende gegevens en voorstel van indicatiestelling. Elk luik is op zijn beurt onderverdeeld in een aantal subrubrieken. Maar met deze indeling schuiven we niet één referentiekader voor het verzamelen en rapporteren van diagnostische of andere gegevens naar voor. In een NRTJ-aanvraag is er ruimte voor gegevens die het resultaat zijn van alle soorten trajecten: vraagverheldering, classificerende diagnostiek, handelingsgerichte diagnostiek, onderkende diagnostiek, verklarende diagnostiek, enzovoort.*

*De wijze waarop gegevens in de subrubriek 'diagnostiek' worden gerapporteerd proberen we in het A-document wel te stroomlijnen. Hiermee hebben we twee doelen voor ogen:*

- *Zo heeft het team IS de mogelijkheid om de verzamelde en gerapporteerde gegevens te toetsen op hun kwaliteit.*
- *Een opgelegde rapportagestructuur moet de toegangspoort toelaten om de NRTJ-aanvragen snel en op een voor alle dossiers vergelijkbare wijze te kunnen beoordelen.*

44. Alles gebeurt via een elektronische handtekening. Dat is niet zo eenvoudig met cliënten. Je moet verbinding hebben met internet als je het document bij de cliënt aan huis invult. Het model lijkt ontwikkeld te zijn voor een aanmelder in de ambulante hulp en minder voor mobiele hulp. Het is niet gemaakt voor hulpverlening aan huis.

*Reactie: Cliënten zullen met de hand de aanvraag kunnen ondertekenen. Het is dan aan de aanmelder om dit document zorgvuldig te bewaren zodat, indien nodig, kan nagegaan worden of de cliënten hun akkoord gaven. Enkel voor de aanmelder is een elektronische handtekening noodzakelijk. Uiteraard kunnen cliënten ook elektronisch ondertekenen indien ze dat wensen.*

45. Het werken met een elektronische identiteitskaart en het opvragen ervan is een hoge drempel bij een aantal mensen.

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 44.*

46. Er wordt geen melding gemaakt van een implementatieproces naar de voorzieningen. Ook hier moet ondersteuning voorzien worden naar de voorzieningen. De RT en nRT voorzieningen moeten hier toch mee werken.

*Reactie: De implementatie t.a.v. voorzieningen en hulpverleners vormt een apart proces. Vorming en opleiding zullen daar een belangrijk deel van uitmaken.*

## **7. De aanmelding**

**\* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)**

47. In het schema wordt de opdeling gemaakt: verstuurd door MDT of verstuurd door vraagverhelderaar. Verstuurd door MDT, kan dit? Moet het niet steeds door de

aanmelder verstuurd worden? Indien een aanmelder het dossier toch kan doorsturen naar een MDT, wie is dan nog verantwoordelijk voor de tijdelijke hulpverlening?

*Reactie: Er kan maar één contactpersoon-aanmelder zijn. Ook een MDT kan een contactpersoon-aanmelder zijn. Meer toelichting hierover wordt verstrekt in het luik over hulpcontinuïteit.*

## 8. Indicatiestelling

### \* Zorgnet Vlaanderen:

48. Blz. 20: als enkel een RT aanbod aangewezen geacht wordt door het team IS, krijgt men dan eigenlijk een 'afwijzing' van de vraag. Je kunt dan de aanvrager niet 'binden' tot het vinden van een goede doorverwijzing.

*Reactie: Als de contactpersoon-aanmelder niet achter het voorstel van indicatiestelling staat, kan dit het einde van de hulpverlening daar betekenen. Stopzetting van hulpverlening betekent ook dat de cliënt rechtstreeks naar de toegangspoort kan stappen met zijn vraag om hulp.*

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

49. IS mag niet gebeuren vanuit budgetbeheer of beschikbaar aanbod. Moet vraaggestuurd zijn. Bij toewijzing mag budget een rol spelen.

*Reactie: We zijn het hier mee eens.*

50. Er wordt een contact voorzien met cliënt als er een verschil is tussen zorgvraag en indicatiestelling: wat is het mogelijk resultaat van zo'n contact? Is er een aanpassing mogelijk of is het louter informerend?

*Reactie: Het contact met de hulpvrager zal dan een belangrijk onderdeel zijn van het proces van indicatiestelling. Dit kan uiteraard het resultaat beïnvloeden.*

51. In verschillende situaties [aanvraag naar toewijzing; RTJ is aan de orde; hulp buiten IJH sectoren is aan de orde] is er een ander systeem van doorverwijzing. Voldoende overleg is essentieel wil de cliënt niet in de kou komen te staan.

*Reactie: Dat klopt. Cliëntoverleg is bv. een mogelijkheid die aangewezen kan zijn.*

### \* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)

52. De vooropgestelde termijn tussen de ontvangst van het aanvraagdocument en de indicatiestelling is 30 dagen, op voorwaarde dat de diagnostiek voldeed aan de kwaliteitseisen. Dit betekent dat de termijn nog langer kan worden als dit niet het geval is. We zijn bezorgd dat de drempel voor gezinnen die het eerst beroep (moeten) doen op NRT jeugdhulp erg hoog wordt. In de CIG worden vaak jonge gezinnen begeleid die

in die situatie verkeren. Terecht merkt de tekst zelf op dat 30 dagen vanuit cliëntperspectief lang is.

*Reactie: Het gaat hier om een rechtswaarborg die niet noodzakelijk de praktijk hoeft te reflecteren.*

53. Er is sprake van A-document en A en B dossier. Dit is verwarrend. Beter andere benaming gebruiken (bv. C voor consensusdossier en B voor besprekingsdossier).

*Reactie: Het wordt op de voorgestelde manier gewijzigd.*

54. VIST voor time-out is enkel mogelijk indien het voorzien is in de oorspronkelijke indicatiestelling. Dit is niet werkbaar. Het is niet altijd te voorspellen en per definitie steeds dringend. Het gevaar is groot dat het in de praktijk voor alle veiligheid steeds in de indicatiestelling zal opgenomen worden.

*Reactie: We volgen hier de goedgekeurde concepttekst. Het principe hierbij is dat het time-out aanbod niet meer ingrijpend mag zijn dan het lopende hulpaanbod. Het moet dus om een vergelijkbaar aanbod gaan.*

55. Indien de aanmelder niet-RT hulp nodig denkt te hebben, dit heeft besproken met de cliënt en een A-document heeft ingevuld, maar dat de IS zegt dat enkel RT hulp kan geboden worden, dan moet de aanmelder deze doorverwijzing toch nog realiseren. Om dit als plicht op te leggen zal niet steeds evident zijn, mogelijks gelooft de aanmelder niet in het goede resultaat van de geïndiceerde hulp.

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 51.*

56. Een ICT-werkgroep moet nagaan of de weging op basis van “doelgroep” en “probleemgebied” kan leiden tot clusters van hulp waarvan het IS-team dan kan aanduiden wat wenselijk ingezet moet worden, wat in elk geval niet-wenselijk ingezet wordt en wat ingezet kan worden indien het wenselijke niet beschikbaar is. Een ICT werkgroep moet dat niet bepalen. Dit lijkt ons een inhoudelijke keuze. Wat zijn clusters van hulp? Is dit op niveau van typemodules of op niveau van modules? Waarom het niet-wenselijke toevoegen?

*Reactie: Het is niet de ICT-werkgroep die het principe bepaalt, want het principe op zich is al bepaald. De ICT-werkgroep moet één en ander praktisch operationeel maken. Het team indicatiestelling zal in het indicatiestellingsverslag aangeven wat de wenselijke hulp is. Indien de wenselijke hulp niet binnen een redelijke termijn toewijsbaar is, kan het team toewijzing andere hulp toewijzen die in elk geval qua zorgzwaarte niet meer ingrijpend mag zijn. Het kan echter dat bepaalde vormen van minder ingrijpende hulpverlening in elk geval niet aangewezen zijn. Daarom wordt het team indicatiestelling ook gevraagd welke types van hulp met een gelijke of lagere zorgzwaarte in elk geval niet aangewezen zijn.*

## 9. Algemene inhoudelijke opmerkingen

\* **Zorgnet Vlaanderen:**

57. Blz. 8 en 13 het verdwijnen van de PSA-mogelijkheid voor de toegangspoort = gemiste kans. Wie deze PSA in de praktijk kent, weet dat dit (subsidiare) kansen geeft om kinderen, buiten het (dure) professionele HV-veld de benodigde ondersteuning te geven, waardoor de integratie in het gewone maatschappelijke bestel maximaal kan blijven.

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 18.*

58. Bijkomend kwaliteitshandboek voor voorzieningen die uit andere sectoren komen en daar al Q-handboeken hebben? Of integratie in de eigen sectorindicatoren?

*Reactie: Er zijn geen bijkomende kwaliteitshandboeken nodig – integratie van werkwijzen kunnen uiteraard in de bestaande kwaliteitshandboeken. Het kan zijn dat het gaat om kwaliteitseisen die niet opgenomen worden / zijn in de eigen sectorindicatoren.*

## 10. Sectorale bijzonderheden

### \* Zorgnet Vlaanderen:

59. In het licht van het werkgebied specifieke zorgprogramma's GGZKJ zullen er samen met belendende sectoren individuele zorgtrajecten doorlopen worden. Net de responsabilisering van alle zorgaanbieders maakt een plaatselijk collectief engagement mogelijk. Continuïteit van gespecialiseerde GG-zorg is een recht dat niet kan doorkruist worden door externe centrale/provinciale indicatiestellings- of toewijzingscommissies.

*Reactie: In situaties waar de cliënt zelf om hulp vraagt – vraagt en krijgt hij of zij steeds hulp die aanvullend is op de lopende hulpverlening. Het is dan de cliënt zelf die bijkomende hulp wenst. De jeugdrechter echter heeft wel steeds het mandaat om specifieke hulp toe te wijzen / op te leggen.*

60. In de GGZKJ zijn de meerderheid van de betrokken instanties niet aangestuurd door de Vlaamse overheid. De deskundigheden en opdrachten zullen in het zorgprogramma in het werkingsgebied verdeeld worden over o.a. K-diensten, KJ-teams, Reva enz... In de toekomst is dus de collectiviteit van een zorgnetwerk wel aanspreekbaar, deelvoorzieningen(soorten) op zichzelf niet. Wanneer er dus een GGZ-aanbod overwogen wordt door de ITP/IS-team, dan kan er wel een verwijzing naar het plaatselijke GGZ-netwerk, maar geen inhoudelijke verplichting tot bepaalde zorgmodules door bepaalde GGZ-partners in dit netwerk.

*Reactie: Dit is voor ons nieuwe informatie. Indien een verwijzing kan gebeuren aan een netwerk van zorg, is dat goed nieuws. Het gaat dan (wel) om een verwijzing, niet om een toewijzing. Want zorg uit het aanbod van de sectoren geestelijke gezondheidszorg is ofwel rechtstreeks toegankelijk (centra geestelijke gezondheidszorg) of bevindt zich buiten de sectoren van Integrale Jeugdhulp (kinderpsychiatrie). We zullen dit mee opnemen in de teksten.*

61. Hoe gaan de zorgnetwerken GGZKJ 'raderen' met IJH. Hoe zorgen we ervoor dat CGG hun basisidentiteit als gezondheidszorg niet verliezen en niet 'geplet' worden, want zij moeten – naast hun basissysteem (GGZ) ook nog (to-the-point en just-in-time) meespelen in het IJH-systeem. Zelfde verhaal geldt voor de Centra voor Ambulante Revalidatie (CAR) die riziv-conventies zijn, in de GGZKJ zitten en toch MDT zijn.

*Reactie: De centra geestelijke gezondheidzorg behoren tot de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. In het buitengerechtelijke circuit kunnen ze dus (enkel) door de cliënt zelf aangesproken worden. Het al dan niet opnemen van de hulpvraag ligt dan in handen van de centra zelf. We zien niet meteen welk probleem van het 'raderen' hier beschreven wordt.*

62. Moeten we naar MDT's vanuit de regionale GGZKJ netwerken of per voorziening?

*Reactie: De procesmatige en formele kwaliteitseisen moeten nog bepaald worden. We kunnen deze vraag nu nog niet beantwoorden.*

**\* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH**

63. Het VAPH heeft geen financiële regeling voor gedwongen opnames. Momenteel komt een deel van de kosten ten laste van de voorzieningen.

*Reactie: Deze vraag moet nader gespecificeerd en/of bijkomend gedocumenteerd worden: het is ons niet duidelijk voor welke aspecten bijkomende financiering gevraagd wordt.*

## 11. De gemandateerde voorzieningen

**\* Zorgnet Vlaanderen:**

64. VK als gemandateerde voorziening: blijven wij als GGZ een spijtige zaak vinden: een vermenging van 2 opdrachten die niet verenigbaar zijn in vele situaties (plaats waar men in vertrouwen iets kan melden of van gedachten wisselen bij bezorgdheden, en tegelijk de relais met de gerechtelijke...). Vrees dat het laagdrempelige dat de VK door hun vertrouwelijkheid nu uitstralen, zal verdwijnen. Men zal niet meer zo snel bezorgdheden melden. De 'V' dreigt zijn inhoud te verliezen.

*Reactie: Deze beslissing werd al gemaakt in de gemengde werkgroep.*

65. Blz. 13: aanmeldingen vanuit gemandateerde voorzieningen. Dit betekent dan dat zij 'ook' over inhoud van zorg handelen, en niet enkel over het verontrustende karakter.

*Reactie: we begrijpen de geformuleerde zorg. De gemandateerde voorzieningen mogen de functie indicatiestelling en diagnostiek opnemen voor de dossiers die bij hen aangemeld zijn. Om uit te maken of er nood is aan maatschappelijke hulp moeten zij immers een inhoudelijke analyse van de situatie maken. Het is daarom niet aangewezen dat die oefening nog eens volledig overgedaan wordt door een IS-team of een ander MDT.*

**\* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)**

66. PSA: in de oorspronkelijke concepttekst stond dat gebruik van preventieve sociale actie door de ITP zou geregeld worden. Dit is nu geschrapt. .Waarom wordt dit geschrapt?

Enige toelichting is vereist. We vinden dit niet evident. Het lijkt erop dat het bureau jeugdzorg zelf aan jeugdhulp zal doen. De scheiding en onafhankelijkheid van functies wordt dan doorbroken, is PSA dan niet gevat door het begrip hulpverlening? Afstemming en eenduidigheid ontbreken door deze keuze.

*Reactie: we begrijpen de geformuleerde zorg. Zoals bij opmerking 18 geformuleerd gaat het hier om een keuze van de stuurgroep intersectorale toegangspoort.*

67. Positie gemandateerde voorziening? Op welk niveau moeten zij een A-document invullen? Als vraagverheldering of diagnostiek? Zijn zij een MDT betreffende maatschappelijke noodzaak? Moet IS zich daar dan nog over buigen? Doen zij enkel uitspraak over de maatschappelijke noodzaak of ook over de aard van de noodzakelijke hulpverlening. Dit staat immers niet los van elkaar. Doen zij dan zowel een uitspraak over de maatschappelijke noodzakelijkheid van de hulp én de indicatiestelling? Als MDT voor beiden? Indien zo, dan moet of mag het indicatiestellingsteam zich hier niet meer over uitspreken. Moet er hiertoe een onderscheid zijn tussen de twee soorten gemandateerde voorzieningen? Is dit voor VK's anders dan voor het bureau jeugdzorg?

*Reactie: De elementen van maatschappelijke noodzaak en de aangewezen hulp staan inderdaad niet los van elkaar. Het Bureau Jeugdzorg doet een uitspraak over de maatschappelijke noodzaak en over de noodzakelijke hulp. Het IS-team zal daarop steekproefsgewijs een kwaliteitstoets doen, net als voor de andere MDT's en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling. Het is niet zo dat het team indicatiestelling zijn bevoegdheden verliest omwille van het feit dat het om maatschappelijk noodzakelijke hulp gaat.*

68. Een uitklaring van de rol van de gemandateerde voorzieningen is hier noodzakelijk. Nu staat enkel in de tekst vermeld dat in de context van het omgaan met verontrustende situaties gemandateerde voorzieningen ook een aanvraag kunnen indienen bij de intersectorale toegangspoort. Ze doen dit via hetzelfde A-document.

*Reactie: Zie antwoord op opmerking 67.*

69. Er moet opgelet worden dat de mogelijkheid dat gemandateerde voorzieningen kunnen aanmelden niet leidt tot een oneigenlijk gebruik van de gemandateerde voorzieningen. Hulpverleners die het om allerlei redenen niet zien zitten om naar de toegangspoort te stappen, mogen om deze reden niet verleid worden tot een toegang via een gemandateerde voorziening.

*Reactie: Het gaat hier om een gedeelde zorg. De "filtering" zal hier door de gemandateerde voorzieningen zelf moeten gebeuren. Hier gelden de ontvankelijkheidsvoorwaarden zoals omschreven in de conceptnota.*

## **12. Diagnostiek, protocollering, multidisciplinaire teams en expertisecentrum diagnostiek**

*De aan de erkende multidisciplinaire teams gerelateerde vragen kunnen pas op een later tijdstip beantwoord worden. Hiervoor moet eerst de werkgroep diagnostiek opgestart worden. De hieronder geformuleerde bezorgdheden en vragen zullen vooraf worden overgemaakt aan deze werkgroep.*

**\* ISC (CLB's):**

70. Bestaande werkgroep binnen het VAPH die intersectoraal zal samengesteld worden om de kwaliteitseisen van MDT's uit te werken en instrumenten te ijken. Wij vragen expliciet om deze werkgroep los te koppelen van bestaande structuren, om voldoende onafhankelijkheid te garanderen en om 'out of the box' te kunnen werken. Dergelijke opdrachten worden best opgenomen binnen het Expertisecentrum Diagnostiek.

*Reactie: De werkgroep zal effectief een aparte stuurgroep zijn die rapporteert aan de stuurgroep Intersectorale Toegangspoort. De stuurgroep functioneert in afwachting van de opstart van het expertisecentrum. De werkingsvoorwaarden daarvan zullen door de minister worden bepaald.*

71. Wat is de relatie tussen een MDT en een vraagverhelderaar die op vraag van dat MDT bijkomende informatie aanlevert die bestaat uit kwaliteitsvolle diagnostiek en die multidisciplinair wordt aangereikt? Ook op vlak van vergoeding.

72. Toezicht van zorginspectie op de erkenningsnormen en op het gevoerde kwaliteitsbeleid van de MDT's. CLB-sector: geen twee aparte inspectiesystemen. Eigen onderwijsinspectie moet rol van het CLB als MDT beoordelen, als een apart element in het kader van een reguliere doorlichting.

73. Wat houdt de resultaatsverbintenis t.a.v. de MDT's in?

74. Wie zal erkend worden als MDT? Gaat het om een specifieke equipe in een organisatie, of gaat het om de organisatie in zijn geheel? In het eerste geval dient zich een fundamentele discussie aan over het statuut van betrokken MDT-leden, gezien de CLB-medewerkers gebonden zijn aan het decreet CLB, en gesubsidieerd of gefinancierd worden door de minister van onderwijs. Dit brengt met zich mee dat zij een andere invulling van de eigen decretale opdracht krijgen en het statuut van een MDT binnen de eigen organisatie ook verandert. In het tweede geval speelt opnieuw de discussie over zorginspectie versus onderwijsinspectie

75. Een erkend MDT kan zich bij het indienen van een aanmelding niet beperken tot het invullen van het luik vraagverheldering. Kan een erkend MDT dan geen vraagverheldering kan indienen voor een andere vraag, waar het dus niet voor erkend is?

76. Private diagnostiek kan enkel als vraagverheldering worden beschouwd en er zal een bijkomende kwaliteitstoetsing zal gebeuren. De CLB-sector acht het zinvol om hierover verder na te denken vooraleer deze piste als definitief te beschouwen. Vaak komen verslagen of diagnoses van dergelijke instanties juist als cruciale informatie in de picture om NRTJ te overwegen. Indien ze worden toegevoegd aan een aanvraag door een MDT wordt hier op geen enkele wijze gevraagd naar een kwaliteitstoetsing. De motivering waarom ze niet kunnen erkend worden als MDT, met name omdat ze niet gemoduleerd zijn, lijkt ons niet helemaal de juiste te zijn. Een erkenning als MDT moet – zoals de tekst ook zegt – afhankelijk zijn van de kwaliteitseisen en erkenningscriteria, en de vraag daarbij is of gemoduleerd zijn dan het enige criterium is. Wij vragen dan

ook dat deze passages verduidelijkt worden en er ook stilgestaan wordt bij de consequenties van deze keuze.

77. "Het VAPH zal de MDT's zal aanmoedigen vanaf 2011 met de classificerende protocollen aan de slag te gaan, om ze nadien juridisch te verankeren". In praktijk blijkt nu al dat indien een MDT niet werkt volgens deze protocollen de dossiers automatisch terugkeren. Dit is dus een voorafname op een juridische verankering.
78. In het licht van de ITP komt het niet toe aan het VAPH om te bepalen welke protocollen (inzake minderjarigenzorg) juridisch verankerd worden en hoe dat precies verloopt.
79. In het verleden werden een aantal diagnostische protocollen van het VAPH en die van CLB op elkaar afgestemd. De vraag is of en in hoeverre de eventuele juridische verankering van VAPH-protocollen gevolgen zal hebben voor de CLB-protocollen, die in eerste plaats handelingsgericht georiënteerd zijn. Wij pleiten ervoor om de afstemming tussen bestaande protocollen op te nemen in de opdracht van het expertisecentrum diagnostiek.
80. Blz. 15 wordt gesteld dat de classificerende diagnostische protocollen (CDP) niet als doel hebben te besluiten of een zorggebruiker tot de doelgroep van het VAPH behoort. Wij vinden deze formulering niet correct. In praktijk is het juist door het gebruik van de CDP dat je een aanvraag kan doen bij het VAPH, en juist enkel en alleen als er ook voldoende aanwijzing is dat het om een handicap gaat.

**\* Zorgnet Vlaanderen:**

81. erkende MDT's worden nu vergoed vanuit sector handicap. Wie beheert in de toekomst de budgetten die men hiervoor zal voorzien? Dit zal veel extra middelen vergen die niet kunnen komen vanuit de schaarste binnen de gezondheidszorgsector. Indien de GGZ-sectoren actief geappelleerd worden om hun specifieke diagnostische deskundigheden mee in te schakelen dan zullen hiervoor middelen van elders moeten komen.
82. Wel diagnostiek, geen indicatiestelling: niet akkoord. De indicatiestelling moet gebeuren daar waar de grootste deskundigheid op het specifieke (deel)domein zit. Het criterium 'erkend MDT' is een organisatorisch criterium dat vanuit structuren denkt en voorbijgaat aan een belangrijk werkingsprincipe in de nieuwe GGZKJ: het functioneel inzetten van specifieke deskundigheden daar waar en zolang als nodig, zonder hiertoe nieuwe structuren te creëren. Het opsplitsen van diagnose en indicatiestelling gaat voorbij aan de realiteit dat vanuit de GGZ ( K-diensten, KJ-teams en RIZIV-voorzieningen) de vraag tot het inzetten van welzijnsmodules meestal gebeurt als onderdeel van een groter GGZ-handelingsplan. In de meeste situaties waarbij het zorgnetwerk GGZKJ de aanvrager tot de toegangspoort is, zal de benodigde zorg vanuit de IJH slechts een deel uitmaken van het volledige zorgpakket dat een bepaalde patiënt (en zijn omgeving) aangeboden krijgt. Het totale behandelplaatje overstijgt de sectoren IJH. We weten dus ook niet goed hoe een extern team IS dit gaat aanpakken en welke range, waar dus én diagnose én indicatiestelling al gebeurd is, en de zorg al opgestart is.
83. Blz. 15 'private' diagnostiek? Deze paragraaf is erg onduidelijk. Er zijn nogal wat ziekenhuizen momenteel erkend als MDT. Staat die erkenning dan op de helling?

Bijkomende kwaliteitstoetsing, als het om gespecialiseerde GGZ-actoren gaat, is ofwel een formaliteit (en maakt het geheel dus complexer) ofwel een ontkenning van de aanwezige deskundigheid in sectoren buiten IJH. Als ziekenhuizen erbuiten vallen, dan vallen ook de Riziv-conventies (CAR) erbuiten. Dit zijn geen Vlaamse IJH-sectoren.

84. Blz. 15 “Indien een psychiatrische kliniek”: juridisch uit te klaren. Als het om klinische GGZ-gegevens gaat, is het waarschijnlijk enkel de arts die deze kan aanvragen/aanleveren.
85. 2.5.3. diagnostische protocollen: omstreden stelling dat er enkel geprotocolleerd aangeleverd kan/moet worden. Protocollering vervaagt ook een aantal specificiteiten die erg belangrijk kunnen zijn voor een behandeltraject op maat (cfr. het disaster van de DBC's in de GGZ in Nederland). Ook het derde beleidsdomein (gezondheid) moet hierbij evenwaardig betrokken worden als welzijn en onderwijs. Dit kan enkel met de totale GGZ gebeuren in het licht van de zorgprogramma's (die nu pas ontwikkeld kunnen worden).
86. Blz. 18 ‘zorginspectie’: ook de instanties die federaal aangestuurd worden zoals AZ, PZ, CAR, mutualiteiten, of vanuit onderwijs?
87. Programmatie rond benodigde diagnostische teams om Vlaanderen te bedienen? Moet men niet economisch-functioneel denken m.n. door de sectoren zelf zoveel mogelijk laten doen wat kan (en dit dan te honoreren en het werk niet overdoen) en enkel extern bijspringen waar de deskundigheid ontbreekt, of waar men geen oplossing vindt/ziet.

**\* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH**

88. Sommige (afdelingen van) psychiatrische klinieken hebben erkenning als MDT – gemaakte keuzes mogen geen beperking van het aanbod betekenen.
89. Worden protocollen als leidraad of als verplichting gehanteerd? Pleiten voor het eerste; een protocol is niet geschikt voor elke cliënt.

**\* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)**

90. Wat is het onderscheid tussen rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke MDT's? Hoe zal dit onderscheid gemaakt worden? Wie maakt het onderscheid? We zijn wel akkoord met het bestaan van nRT -MDT's. OOOOC's hoeven zeker niet RTJ te zijn.
91. Hoe wordt er voor gezorgd dat er een uniforme manier van werken komt binnen en over de TP'n over het al dan inschakelen van MDT's? Het moet voorkomen worden dat dit een loterij voor de cliënt wordt! Het moet duidelijk en voorspelbaar zijn. Beoogt men een spreiding van MDT's?
92. Wanneer doe je beroep op een MDT? Wanneer welk MDT? Dit is nog niet zo duidelijk.
93. We betreuren sterk de afwezigheid van OOOOC's in dit geheel: zijn ze vergeten? Hun positie en werking verdienen in de uitwerking respect.

*Reactie: De federatie van OIOC's is ondertussen betrokken.*

94. Wat als een aanmelder een diagnosticus is maar niet als MDT? Wat is het verschil tussen een hulpverlener en diagnosticus die niet erkend is als MDT?
95. Diagnostische protocollen: OIOC's worden niet vermeld. Handelingsgerichte en dialooggestuurde diagnostiek is nochtans even belangrijk. De overheid lijkt zich erg te bemoeien met wat professionaliteit is in de nodige diagnostiek. Opletten voor eenheidsworst in een domein dat zoveel expertise en dynamiek kent.
96. Gaan VAPH-concepten niet teveel uit van een nog individualistisch-medisch georiënteerd denken? OIOC's in de BJB leggen de klemtoon op een interdisciplinaire inschatting en oriënterende begeleiding die gekaderd is in een begeleidingsproces waarbinnen diagnostische instrumenten kunnen gebruikt worden om een interdisciplinaire inschatting te ondersteunen. Idem voor de VK's.
97. De opmerking over de module gezinsdiagnostiek lezen we als een erkenning van het concept dat werd uitgewerkt, wat dus inhoudt dat CIG's geen zuivere diagnostische opdracht krijgen ifv de toegangspoort. De diagnostiek kan wel aangewend worden in het verdere traject, maar vormt initieel niet de basis voor indicatiestelling. Vraag blijft dan natuurlijk hoe dit zich verhoudt tot de eigen toegankelijkheid, die ook voor de CIG minstens residentieel niet rechtstreeks zal zijn.

*Reactie: Dit moet opgenomen worden door de bevoegde administratie in kader van modulering.*

98. Private diagnostiek moet steeds een bijkomende kwaliteitstoetsing krijgen door het IS-team. Voor de nieuwe regelgeving van het bijzonder onderwijs is een attest van de kinderpsychiater nodig. Hier kan dat niet. Dat het luik dat diagnostiek van K-diensten of andere gespecialiseerde diensten zoals het autismecentrum moet getoetst worden door de indicatiestelling is niet evident.
99. "Een bestaande werkgroep mbt. de werking van de MDT's binnen het VAPH zal intersectoraal worden samengesteld om de kwaliteitseisen waaraan MDT's moeten voldoen, uit te werken (...)" Het lijkt ons niet aangewezen dat het een uitgebreide werkgroep van het VAPH is. Dit verdient een nieuw samengestelde werkgroep. Het ijken van gebruikte instrumenten neigt naar een erg classificerende diagnostiek. De werking van de OIOC's is anders. Hier werkt men vanuit een handelingsgerichte en dialoog-gestuurde diagnostiek. Dit moet evenzeer zijn plaats krijgen

*Reactie: zie reactie bij opmerkingen 43 en 70. Het inhoudelijke debat moet nog gevoerd worden in de werkgroep. We begrijpen deze opmerking als een zorg om geen dominantie van classificerende diagnostische protocollen te hebben. Ook andere vormen van diagnostiek moeten mogelijk zijn.*

**\* Federatie OIOC's:**

100. In overleg met het Agentschap Jongerenwelzijn is binnen de Federatie een werkgroep diagnostiek werd opgericht met de bedoeling om een diagnostisch protocol te ontwikkelen betreffende de handelingsgerichte en dialooggestuurde vorm van diagnostiek die door vele jaren ervaring in deze centra werd ontwikkeld. Deze

handelingsgerichte en dialooggestuurde vorm van diagnostiek bij problematische opvoedingssituaties weerspiegelt de visie op diagnostiek zowel bij de verwijzers als bij de voorzieningen en diensten Bijzondere jeugdzorg. Wij vinden in de concepttekst geen verwijzing naar deze belangrijke ontwikkeling. Wij stellen daarom volgende toevoeging in de tekst voor:

*“In overleg met het Agentschap Jongerenwelzijn werd binnen de Federatie van de OOC een werkgroep diagnostiek opgericht met de bedoeling om een diagnostisch protocol te ontwikkelen betreffende de handelingsgerichte en dialooggestuurde vorm van diagnostiek die door vele jaren ervaring in deze centra werd ontwikkeld. Deze handelingsgerichte en dialoog gestuurde vorm van diagnostiek bij problematische opvoedingssituaties weerspiegelt de visie op diagnostiek zowel bij de verwijzers als bij de voorzieningen en diensten Bijzondere jeugdzorg(cfr. het Rapport betreffende de inventarisatie en analyse van het rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijk diagnostisch aanbod)”*

101. “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. Wij stellen volgende formulering voor:

*“Er wordt een intersectorale werkgroep samengesteld m.b.t. de werking van de multidisciplinaire teams. Deze werkgroep vertrekt vanuit de expertise die aanwezig is in de verschillende sectoren en de projecten die lopende zijn betreffende de ontwikkeling van diagnostische protocollen en heeft als doel de kwaliteitseisen, waaraan MDT's moeten voldoen, uit te werken”*

Reactie: We gaan niet op dit voorstel van tekst in. De hoger geschetste antwoorden (bij opmerkingen 31, 43 en 70 komen tegemoet aan de geest van de hier voorgestelde tekstpassage.

**\* Federatie diensten geestelijke gezondheidszorg:**

102. De verschillende domeinen van aan te leveren diagnostiek zijn nogal grofmazig en zeker voor wat kindfactoren betreft niet verfijnd genoeg. We zouden hier graag wat verfijning zien om te voorkomen dat aan de kindfactoren voorbij gegaan wordt. We verwijzen naar een bijgevoegd schema (relationeel functioneren, gedragsmatig, cognitief, emotioneel, somatisch en biologisch functioneren/genetisch, neurologisch).

Reactie: Het A-document is ruim afgetoetst en zal niet meer gewijzigd worden voor wat de kindfactoren betreft.

103. We achten het als ambulante GGZ nodig en zinvol om een rol op te nemen inzake MDT. De CGG staan absoluut open voor een MDT-erkenning maar vrezen tezelfdertijd voor overshooting in de zin van té administratief/bureaucratisch, té geprotocolleerd en té hoge kwaliteitseisen (VAPH legt momenteel de lat al zeer hoog).

104. Indien wij als sector zouden functioneren als MDT dienen enkele voorwaarden ingevuld te worden: enveloppefinanciering, afspraken rond resultaatsverbintenis. Een

andere vrees is dat we overstelpt kunnen worden met vragen naar aanvullende diagnostiek.

### 13. Thema's die buiten het bereik vallen van de toelichting op Trefpunt 1 cluster A

#### Hulpcontinuïteit

##### \* ISC (CLB's):

105. Wanneer er in de niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp geen beschikbare hulp aanwezig is, dan gaat men ervan uit dat de contactpersoon-aanmelder de cliënt verder opvolgt. Wij vinden dit een te gratuite redenering. De vraag stelt zich of die contactpersoon-aanmelder dan ook over de nodige competenties beschikt en welke taakbelasting dit met zich meebrengt. Gezien de huidige wachtlijsten, vragen we dit continu verder mee op te nemen in de uitbouw van de toegangspoort.

*Reactie: Dit thema zal aan bod komen in het trefpunt met als thema hulpcontinuïteit. De sectorale administraties gaan nu alvast na in welke mate de modules al voorzien in de "overbruggings"taken die moeten worden opgenomen. Het is dan aan de sectoren om verder te verduidelijken waarom één en ander problematisch zou zijn.*

#### Toewijzing

*Reactie: Het thema toewijzing komt aan bod in trefpunt 2 cluster A.*

##### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

106. Blz. 7 'De toewijzingspraktijk zal de collectieve verantwoordelijkheid zo vorm geven dat elke hulpvraag, ook de meest complexe, door het netwerk van voorzieningen wordt opgenomen'. Wij hopen dat dit niet de standaard wordt, zodat ook elke 'enkelvoudige' hulpvraag door de collectiviteit en een netwerk dient opgenomen te worden. Dit zou haaks staan op de subsidiariteit, de vereenvoudiging en de kortelijkenstrategie van de Vlaamse overheid.

107. Zorggarantie voor alle personen met een handicap, niet alleen voor wie er het meest behoefte aan heeft.

108. Het team toewijzing bepaalt welke voorziening de toegewezen hulp daadwerkelijk zal aanbieden: wij kunnen ons hierin niet vinden. Het is niet aan de overheid om te bepalen welke cliënt een open plaats zal invullen.

109. We maken ons zorgen over de passage over toewijzing door samenwerking met het intersectoraal capaciteitsbeheer. Toewijzing en capaciteitsbeheer worden aan elkaar gelinkt?

## Zorgzwaarte-instrument

*Reactie: De stand van zaken mbt. het zorgzwaarte-instrument komt aan bod in trefpunt 2 cluster A.*

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

110. Zorgzwaarte-instrument: verschil in finaliteit tussen zorgzwaarte-instrument bij volwassenen (VAPH) en minderjarigen moet in beeld gehouden blijven.

## Modulering

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

111. Dringend nodig om aanbod PAB te moduleren.  
112. IJH spreekt over typemodules. Er is een evolutie naar werken met bandbreedtes. IJH moet hierop afgestemd zijn.

*Reactie: Modulering 2.0 staat in de steigers. Op korte termijn zal er hierover een nota worden bezorgd aan de adviesraad IJH.*

## ICT-pad

### \* ISC (CLB's):

113. Op pagina 12 lezen we in de tweede alinea: "er wordt eveneens nagegaan of het zinvol en mogelijk is om informatie op te laden uit andere (sectorale) registratiesystemen". Uiteraard is het zinvol om informatie uit andere registratiesystemen te kunnen inladen. De CLB-sector vindt het redelijk hallucinant dat dit als vraag geformuleerd wordt. Voor ons is het een must dat de software van de ITP op een vlotte manier kan communiceren met bestaande systemen (en dus niet andersom!), om ervoor te zorgen dat jeugdhulpaanbieders niet nodeloos informatie moeten 'overtikken' in het elektronisch aanvraagdocument.

*Reactie: De basis ICT-principes voor het beleidsdomein WVG zijn geformuleerd door minister Vandeurzen. Eén van de principes is dat de toegang laagdrempelig moet zijn.*

### \* Vlaams Welzijnsverbond (BJB & GO)

114. Afstemming tussen A-doc. en BinC ( of andere registratiesystemen) is noodzakelijk.  
115. Wat als je uit het systeem vliegt als de cliënt erbij zit (mobiele hulpverlening)? Als de cliënt erbij zit is dat vervelend en komt het zeer ambtelijk over.