



## Feedback op de resultaten cluster A – thematische bundeling

Versie 2011 11 29

# Inhoud

1.	Situering	2
2.	Gebundelde reacties	2
3.	Vervolgproces	3
4.	Opmerkingen bij de voorgestelde werkwijze implementatie ITP	3
5.	Tekstuele en terminologische vragen	5
	Definities, consequent gebruik van begrippen	5
	Onduidelijkheden in de tekst	6
6.	Het A-document	9
7.	De aanmelding	12
8.	Indicatiestelling	12
9.	Algemene inhoudelijke opmerkingen	15
10.	Sectorale bijzonderheden	15
11.	De gemandateerde voorzieningen	17
12.	Diagnostiek, protocollering, multidisciplinaire teams en expertisecentrum diagnostiek	18
13.	Vragen gesteld na trefpunt 1 maar met betrekking op thema's in trefpunt 2	26
	Hulpcontinuïteit	26
	Toewijzing	26
	Zorgzwaarte-instrument	27
14.	Vragen en opmerkingen naar aanleiding van de presentatie op trefpunt 2	28
	Conceptnota	28
	Indicatiestelling	34
	Hulpcontinuïteit	36
	Toewijzing	39
	Bijzondere procedures	41
	Zorgzwaarte-instrument	42
15.	Vragen die gesteld werden over thema's die niet aan bod kwamen op de trefpunten	43
	Modulering	43
	ICT-pad	43
	Gerechtelijke jeugdhulp	44

## 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 implementatielijijn
- legistische implementatielijijn
- ICT-lijijn
- personele migratielijijn
- communicatie

De conceptuele implementatielijijn 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. Op het tweede trefpunt op 12 oktober 2011 ging verder met het proces van toewijzing en opstart van de hulp. Er werd ook toelichting gegeven bij de resultaten van het onderzoek naar zorgzwaarte. Deze nota geeft een thematisch overzicht van alle 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 OOOO's.
- Zorgnet Vlaanderen
- Vlaams Welzijnsverbond, sector personen met een handicap
- Vlaams Welzijnsverbond, sector bijzondere jeugdbijstand en gezinsondersteuning (CKG, VK, CIG)
- Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg
- Verwijzersplatform
- PPJ bijzondere jeugdbijstand en gezins- en opvoedingsondersteuning
- Federatie diensten geestelijke gezondheidszorg werkgroep kinderen en jongeren
- Steunpunt Jeugdhulp

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

Aanvullend op de thematische indeling, geeft de nota ook aan op welke manier de opmerkingen een plaats krijgen:

- Conceptnota aan te passen aan opmerking: arcering in geel
- Verdere verduidelijking door IJH is nodig (waar mogelijk gebeurt dit in de conceptnota zelf): arcering in lichtgroen
- Opmerking doorgeven aan een andere werkgroep: arcering in lichtblauw
- Punt van discussie voor trefpunt 3: arcering in lichtbruin
- Verder uit te zoeken : arcering in lichtpaars
- De vraag of opmerking is niet volledig duidelijk: arcering in oranje
- Item is al beslist door de stuurgroep intersectorale toegangspoort: arcering in donkergroen
- Opmerking die geen reactie vereist: geen arcering

### 3. Vervolgproces

Algemene bespreking van alle opmerkingen op trefpunt 3 (december 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. In eerste instantie is het de stuurgroep Intersectorale Toegangspoort die knopen zal doorhakken. Wanneer bepaalde keuzes verder regelgevend vertaald worden gaan ze nog naar de bevoegde overlegorganen en naar de democratische besluitvorming.*

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. "Zorgverstrekker": 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 zorgverstrekker 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. We passen dit aan in de tekst.

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 zorgzwaarte-instrument 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' zorgverstreker 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.

#### \* Verwijzersplatform

47. De informatie over de minderjarige wordt van de identiteitskaart gehaald. Kan dit voor minderjarigen? Of vergt dit toch nog heel wat bijkomend opzoek- en uitzoekwerk voor de teams?

Reactie: de informatie komt niet van de ID-kaart, maar uit het rijksregister, ook voor minderjarigen.

48. Er wordt sterk de nadruk gelegd op info over het gezin en minder op de zorg die dit kind omwille van zijn handicap nodig heeft. Het opzoekwerk dat nodig is om dat allemaal te weten te komen, is niet voor iedere vraag nodig en vraagt heel wat tijd van de teams. Een oplossing kan zijn om 'niet relevant in functie van de zorgvraag' aan de mogelijkheden toe te voegen (cfr werking VAPH).

Reactie: Dit zal verder besproken worden in de stuurgroep Diagnostiek en Indicatiestelling maar betreft ook de discussie over het gebruik van criteria voor kwaliteit van leven of de probleem domeinen zoals vermeld in het A document.

49. Het begrip 'migrant' werkt stigmatiserend. Er staat elders al vermeld ivm nationaliteit. Dezelfde vraag wordt gesteld bij de begrippen 'homo/lesbisch gezin' alsook tienerouder. Indien deze info belangrijk is, dan kan dit als kwalitatieve info bij deze beschrijving vermeld worden

*Reactie: we zullen dit aanpassen. Enkel de categorie 'tienerouder' blijft behouden omdat dit relevant is voor de hulpverlening die er op volgt.*

#### \* PPJ (BJB & GO)

50. Het aanvraagformulier NRTJ is erg onduidelijk voor iemand die niet bij de ontwikkeling betrokken is. Het zal veel verduidelijking vragen bij introductie.

*Reactie: Onduidelijk is misschien niet de goede term. Onbekend voor wie er geen toelichting heeft bij gekregen en er nog niet mee gewerkt heeft is wellicht beter en minder negatief duidend. Vorming en training van het werkveld ivm het A document is uiteraard wel een randvoorwaarde voor de invoering ervan.*

## 7. De aanmelding

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

51. 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:

52. 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**

53. 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.*

54. 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.*

55. 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)**

56. 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.*

57. 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. A*

58. 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. Wat het inschakelen van time-out aanbod gaat, ook dat zal RTJ of NRTJ zijn en het is aan de voorzieningen om onderling op basis van het indicatiestellingsverslag afspraken met elkaar te maken.*

59. 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.

60. 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.

#### \* Verwijzersplatform

61. In IJH wordt gewerkt met typemodules. In het VAPH wordt stilaan de omslag gemaakt om via een (soort) zorgzwaarte-instrument een budget te bepalen zonder dat hiermee de gewenste zorg 100% vast gelegd wordt. De gebruiker kan na de toekenning van het budget zelf nog bepalen op welke wijze het budget zal aangewend worden. Maw in principe is het mogelijk dat de vraag niet meer zal zijn ‘welke zorg heeft de minderjarige nodig?’, maar wel ‘gezien het huidig (dis)functioneren, welk budget moet aan deze minderjarige toegekend worden?’. Het grote verschil is dus dat – net zoals PAB – de persoon zelf bepaalt hoe het budget in aangepaste zorg zal omgezet worden. De beoordeling door professionelen wordt dus theoretisch zelfs niet meer gevraagd. Het centrale begrip ‘indicatiestelling’ (en dus ook het indicatiestellingsteam) komt zo onder druk te staan en de functie toewijzing is niet meer nodig of wordt beperkt tot de mededeling dat het budget op een bepaald ogenblik beschikbaar is. Hoe kunnen deze twee werkwijzen geïntegreerd worden?

*Reactie:* Afstemming tussen het proces van de intersectorale toegangspoort en Perspectief 2020 wordt gezocht en gegarandeerd tegen midden dec 2011.

#### \* PPJ (BJB & GO)

62. De cesuur tussen rechtstreeks toegankelijk en niet rechtstreeks toegankelijk aanbod wordt louter gemaakt obv kwantitatieve criteria (intensiteit, frequentie, duur...). Het lijkt logischer, maar daarom niet makkelijker, om het onderscheid (ook) op basis van inhoudelijke criteria te maken.

*Reactie:* Wanneer het onderscheid bekomen op basis van de FID parameters door een sectorale administratie of door de Adviesraad IJH geproblematiseerd wordt kan er een

*kwalitatieve inschatting van het onderscheid gebeuren. Die inschatting zal mee van invloed zijn op de beslissing van het Managementcomité dat hiervoor verantwoordelijk is.*

## 9. Algemene inhoudelijke opmerkingen

### \* Zorgnet Vlaanderen:

63. 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.

64. 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.

### \* PPJ (BJB & GO)

65. Heel het toegangspoortmodel vertrekt vanuit een instrumentele/diagnostische/statische/lineaire visie op hulpverlening (hulpverlening als het oplossen van individuele problemen): iemand heeft een probleem – iemand stelt een diagnose – iemand kiest de juiste methode – iemand past deze methode toe – het probleem is opgelost. Dit is geen waardenvrije keuze, ook al wordt dat inhoudelijke debat nauwelijks gevoerd.

*Reactie:* Het hele model werd in de loop van de voorbije jaren intersectoraal ontwikkeld. Het model gaat uit van het principe van het onderscheid tussen RTJ en NRTJ en een intersectorale ITP die de toegang regelt tot de NRTJ. Ook de opdeling tussen de toegang tot de buitengerechtigde en de gerechtigde hulp is een belangrijk principe in dit model. Het uitgewerkte model laat binnen die contouren evenwel heel veel flexibiliteit toe in het matchen van vraag en aanbod. De vraaggestuurdheid staat binnen deze organisatorische keuzes centraal.

66. Conform bovenstaande visie worden “problemen” herleid tot individuele problemen van individuele jongeren. Hier en daar is wel sprake van context, maar het is bv. niet mogelijk om gezinnen aan te melden en om met gezinnen, laat staan ruimere systemen, te werken (cfr. bv. ook registratie op individuele dossiers). Integrale jeugdhulp zou hier integraler kunnen gaan.

*Reactie: Jongeren zijn en blijven de aangrijpingspunten voor het vragen van jeugdhulpverlening. Wanneer de jeugdhulpvragen evenwel gelinkt zijn aan andere (hulp) vragen in het gezin of de context moet er zoveel mogelijk 'holistisch' gewerkt worden via samenwerking en overleg.*

## 10. Sectorale bijzonderheden

### \* Zorgnet Vlaanderen:

67. 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: Deze opmerking is heel terecht en verwijst naar de nood aan een juiste positionering van GG actoren ten aanzien van IJH. 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.*

68. 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.*

69. 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 willen graag meer informatie over de mogelijkheden en onmogelijkheden er met dat "raderen" gepaard kan gaan.*

70. 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. We vragen daarom ook meer informatie vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid over deze ontwikkelingen.

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

71. 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

72. 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.

73. 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. Toch zal dit thema meegenomen worden naar de stuurgroep Diagnostiek en Indiciestelling en naar de Kerngroep MDT.

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

74. 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.

75. 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.*

76. 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.*

77. 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.*

#### \* PPJ (BJB & GO)

78. Belang cliënt. Blz. 55 [cliëntperspectief bij verontrusting]: het belang van de minderjarige komt hier niet voldoende uit de verf (IVRK, ...).

*Reactie: Deze opmerking willen we betwisten. Wat zou dan zoal een versterking van het belang van de minderjarige kunnen zijn gegeven het feit dat het IVRK en het DRM hier wel degelijk worden toegepast?*

79. Visie op signaallijst verontrustende opvoedingssituaties. blz. 59 2de paragraaf: signaallijst is geen objectieve inschatting. Steeds worden ook de persoonlijke ervaringen als toets meegenomen.

De verontrusting van een hulpverlener leidt tot een inschatting (taxatie) van de situatie. Die taxatie kan gebeuren op een geobjectieerde manier (via instrumenten zoals de signaallijst verontrustende opvoedingssituaties). De inschatting kan leiden tot vrijwillige

*Reactie:* Het gaat vooral om een objectiverende inschatting van de verontrusting. Met geobjectiveerd wordt niet objectieve bedoeld maar (inter)subjectieve inschatting aan de hand van criteria die via een geijkte procedure tot stand zijn gekomen. Het resultaat is een methodiek die objectivering ten aanzien van de direct subjectieve indrukken en gevoelens mogelijk maakt.

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

*De aan diagnostiek en de erkende multidisciplinaire teams gerelateerde vragen kunnen pas op een later tijdstip beantwoord worden. Ze zullen worden voorgelegd aan ofwel de stuurgroep Diagnostiek en Indicatiestelling of de Kerngroep Multidisciplinaire Teams. Beide werkgroepen starten op in november-december 2011.*

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

80. 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.

81. 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.

82. 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.

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

84. 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

85. 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?
86. 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.
87. “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.
88. 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.
89. 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.
90. 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.
91. De CLB-sector heeft een fundamenteel bezwaar tegen de oprichting van een intersectorale stuurgroep diagnostiek en indicatiestelling in de schoot van het VAPH. Wij vragen dat dit een onafhankelijke stuurgroep wordt, waar naast enkel classificerende protocollen ook ruimte is voor andere soorten van diagnostische protocollen. Bovendien vragen wij een evenwichtige verdeling van de te verdelen zetels in deze stuurgroep. Het kan niet zijn dat de CLB-sector slechts één zitje krijgt, niettegenstaande men bij hoog en bij laag beweert dat de sector een cruciale speler is in het kader van de toegangspoort. Daarnaast dient de tekst ook aangepast te worden in die zin dat het de administraties zijn die verder de procedure voor erkenning van de MDT’s en niet enkel één administratie.

92. Wij zijn het fundamenteel oneens met de opdracht van het expertisecentrum diagnostiek en vragen ook verduidelijking met betrekking tot de samenstelling ervan. Over welke beleidsdomeinen gaat het? Hier moet ook ruimte voorzien worden voor het ontwikkelen van andere – dan classificerende – protocollen. (OS)

93. Bovendien is de tekst op pagina 16 bovenaan te eng geformuleerd en wordt opnieuw gefocust op de classificerende diagnostiek. Het is voor de CLB-sector niet duidelijk wat bedoeld wordt met “de CDP hebben niet als bedoeling om te besluiten of een zorggebruiker tot de doelgroep van het VAPH behoort”. Uiteindelijk is de diagnose van de stoornis wel juist bepalend voor het al dan niet verkrijgen van zorg. Bovendien is de opmerking met betrekking tot het stellen van een diagnose op een kwaliteitsvolle manier geldig voor alle soorten van protocollen.

**\* Zorgnet Vlaanderen:**

94. 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.

95. 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.

96. 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.

97. 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.

98. 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).

99. Blz. 18 'zorginspectie': ook de instanties die federaal aangestuurd worden zoals AZ, PZ, CAR, mutualiteiten, of vanuit onderwijs?

100. 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.

101. De verheldering van wat bedoeld wordt in de TP met 'diagnostiek' houdt tegelijk een mogelijke complicatie in. Het is prima om te kiezen voor deze verengde en zeer specifieke invulling van de term, indien dit het proces voor de toewijzing van wat nu achter de poort zit vereenvoudigt (BJB en VAPH). Tegelijk bestaat het gevaar dat er terminologisch een toren van Babel zal ontstaan omdat het woord diagnostiek algemeen ook vele andere zaken dekt: handelingsdiagnostiek, zorgdiagnose, klinische diagnosevorming,...). Misschien moet men durven hiervoor een 'eigen' IJH-term te vinden.

102. Het werken met specifieke protocollen: hierbij gaat eenzelfde redenering op: het is OK dat men dit hanteert als het het proces vooruit helpt. Suggestie: benoem deze protocollen zeer specifiek want ook de term 'protocol' is een containerbegrip. Men loopt het gevaar dat bij veralgemening over de sectoren gezondheid en onderwijs:

- zelfde problematieken zullen verschillend benoemd worden.
- i.c. de GGZ: de k&j-psychiaters en bij uitbreiding alle medewerkers van de geestelijke gezondheidszorg in brede zin zich niet zullen binden aan die "protocollen".

103. Blz. 16: laatste § diagnostiek CIG: creëert grote verwarring inzake het IJH-concept diagnostiek. Plots is hier wel sprake van dialoog-gestuurde en handelingsgerichte diagnostiek en de onlosmakelijke koppeling van die diagnostiek en –behandeling. Niet 'verstaanbaar' vanuit de definitie diagnostiek die de MDT hanteert.

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

104. Sommige (afdelingen van) psychiatrische klinieken hebben erkenning als MDT – gemaakte keuzes mogen geen beperking van het aanbod betekenen.

105. Worden protocollen als leidraad of als verplichting gehanteerd? Pleiten voor het eerste; een protocol is niet geschikt voor elke cliënt.

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

106. 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. OOC's hoeven zeker niet RTJ te zijn.

107. 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?

108. Wanneer doe je beroep op een MDT? Wanneer welk MDT? Dit is nog niet zo duidelijk.

109. We betreuren sterk de afwezigheid van OOC's in dit geheel: zijn ze vergeten? Hun positie en werking verdienen in de uitwerking respect.

110. 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?

111. Diagnostische protocollen: OOC'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.

112. Gaan VAPH-concepten niet teveel uit van een nog individualistisch-medisch geïntendeerd denken? OOC'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.

113. 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.

114. 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.

115. "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 OOC'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. 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 OOC's:**

116. 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)”*

117. “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”*

**\* Federatie diensten geestelijke gezondheidszorg:**

118. 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).

119. 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).

120. 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.

121. Wat is de taak van een MDT?

122. Kan een MDT zelf bijkomende (klinische) diagnostiek toeleveren?

123. Hoe verhoudt het MDT zich ten aanzien van het team indicatiestelling en toewijzing?

**\* Verwijzersplatform:**

124. De centra voor ambulante revalidatie (CAR) worden niet vermeld bij de diagnostische centra. Ook zij stellen veel diagnoses vanuit een multidisciplinaire setting.

**\* PPJ (BJB & GO)**

125. Met betrekking tot diagnose, indicatiestelling en toewijzing wordt er in stukjes/hokjes gedacht (theoretisch). Dit staat niet gelijk aan de praktijk binnen de BJB, noch in een OOC: het is eerder circulair, een voortdurende beweging en verloopt procesmatig.

126. Diagnostiek van de BJB (POS/MOF) in een OOC is handelingsgericht, gedialogeerd, procesmatig en globaal. Rekening houdend met het specifieke van de doelgroep, de problemen en vraagstellingen is het echt maatwerk en vraagt het een integrale benadering. Het is zowel geïndividualiseerd, als contextueel werken. Het is ingaan op het concrete en zoeken naar het werkbare. Dit alles staat niet gelijk aan het labelen, het ophijzen, het schrijven van handleidingen of gebruiksaanwijzingen. We zijn van mening dat 'andere' diagnostiek kan aanvullen, vervolledigen. Het is een 2e kijk, misschien een meer specifieke. De praktijk van een OOC staat immers gelijk aan een intersectorale positie/werking. Wat de te leveren diagnostiek en het te hanteren document betreft is het beter te komen tot een én – én discussie in plaats van het één of het ander.

127. Wie is er erkend als MDT? Wat zijn de voorwaarden? Is een VK erkend als MDT? (Blz. 9/15)

128. Teambeslissing. blz. 64, laatste §: is de teambeslissing een beslissing door een MDT? Idem: blz. 69 (3) (4).

### 13. Vragen die al gesteld werden na trefpunt 1 maar die betrekking hadden op thema's die aan bod kwamen in trefpunt 2

#### Hulpcontinuïteit

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

129. 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:* Op welke wijze wenst het ISC dit in de verdere uitbouw van de ITP een plaats te geven?

#### Toewijzing

##### \* Zorgnet Vlaanderen

130. 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.

*Reactie:* we zijn het eens met deze opmerking die moet meegenomen worden bij de verdere vormgeving van de toewijzingspraktijk.

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

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

*Reactie:* deze opmerking is voor ons onvoldoende duidelijk, wat wil het Vlaams Welzijnsverbond met deze stelling precies zeggen?

132. 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

*Reactie:* Zo staat het ook niet in de conceptnota:

Er zijn 3 fasen in de toewijzing:

- 1) Eenvoudige matching vraag en aanbod: de voorziening kiest uit haar wachtlijst wie ze opneemt en laat dit aan het team toewijzing weten;
- 2) Zorgregiebespreking in een overleg over één dossier. Dit moet leiden tot een toewijzingsbeslissing of tot een niet te weigeren prioritaire plaats op de wachtlijst van een voorziening. In deze fase zal de dossierverantwoordelijke zelf het initiatief nemen tot overleg met de relevante hulpaanbieders uit de regio. De hulpaanbieders kunnen niet weigeren op het overleg aanwezig te zijn. Ook de cliënt wordt uitgenodigd voor het overleg. Het resultaat van het overleg wordt in een verslag geqoten dat ook aan de cliënt wordt het overgemaakt.
- 3) Knelpuntfase (intersectorale prioritaire toe te wijzen hulpvragen). Hier geldt de procedure voor de intersectoraal toe te wijzen hulpvragen zoals die in het relevante uitvoeringsbesluit van 15 juli 2011 is opgenomen. Het resultaat van deze fase is een toewijzingsbeslissing.

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

Reactie: Dat is beslist de bedoeling.

#### \* Verwijzersplatform

134. Indien de toekomstige VAPH-realiteit persoonsvolgende budgetten worden (nl. het onderhandelen van de gebruiker met voorzieningen (los van de erkenning) om een plaats in een voorziening te krijgen), wat is dan nog de rol van Toewijzing?

Reactie: Moet inderdaad tussen Perspectief 2020 en IJH ITP verder uitgeklaard worden. Deze afstemming is lopende.

#### \* PPJ (BJB & GO)

135. Subsidiariteit. Wie meet efficiëntie? Een korte intensieve behandeling kan een grondiger effect resulteren dan een lange minder interveniërende HV. (Pg. 22)

Reactie: Moet dit principe niet altijd opnieuw in toepassing gebracht worden rekening houdende met de vraag van de cliënt (als geheel) de eigen mogelijkheden en krachten van de cliënt, de levenssituatie, enz...

### Zorgzwaarte-instrument

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

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

Reactie: In het licht van verdere ontwikkelingen, het integreren binnen de ITP van aanvragen naar NRTJ voor minder- en meerderjarigen is dit zeker juist.

## 14. Vragen en opmerkingen naar aanleiding van de presentatie op trefpunt 2

### Werkwijze

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

137. Wij zijn het niet eens met de gehanteerde werkwijze in het dossier van de toegangspoort. Niettegenstaande de belofte en onze vraag om opnieuw intersectoraal met gemengde werkgroepen te werken, wenst IJH hier niet op in te gaan. Het resultaat is dat schriftelijk geamendeerd kan worden na elk trefpunt op wijzigingen die in de tekst werden aangebracht. Bovendien worden niet alle bedenkingen en vragen beantwoordt na het trefpunt, gezien ze in de werkgroepen blijkbaar nog niet aan bod kwamen. Tegelijkertijd ligt een nieuw ontwerp van decreet voor wat dit alles doorkruist. De relatie tussen het decreet en de teksten is niet duidelijk en in de antwoorden op deze bezorgdheid, wordt minstens de indruk gewekt van het primaat van het decreet. Deze werkwijze hypothekeert ten stelligste een transparante manier van werken. Bovendien is het op deze manier ook zeer moeilijk om op een ernstige en professionele manier, zowel inhoudelijk als tijdsmatig, een goede verwerking te doen van al het materiaal en daarbij ook nog de achterban te bevragen. Wij willen hier in de toekomst actief en constructief verder aan meewerken. Wij vragen dan ook met aandrang dat er op regelmatige basis overleg zou zijn tussen de betrokken ministers, departementen én de sector zelf. Dit vraagt ons inziens dus een aanpassing van de huidige werkwijze.

*Reactie: het besluitvormingsproces zal in een aparte nota worden toegelicht.*

### Conceptnota

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

138. Wat is de status van deze tekst? Welke onderdelen moeten wel/niet beoordeeld worden? Er zijn opnieuw aanpassingen gebeurd in het eerste luik vraagverheldering en indicatiestelling. Andere luiken zouden niet voor bespreking zijn, maar bevatten wel wijzigingen.

*Reactie: de verfijning van het concept zoals dit uitgewerkt werd in de werkgroep cluster A wordt ingevoegd in de conceptnota Intersectorale Toegangspoort. Dit gebeurt op een zichtbare wijze: wat geschrapt wordt, blijft als geschrapte tekst behouden, wat toegevoegd wordt, wordt onderlijnd. Zo is in één oogopslag duidelijk welke wijzigingen er zijn aangebracht. Op alle wijzigingen kunnen opmerkingen gegeven worden. Alle opmerkingen die gegeven worden nav. de trefpunten, worden thematisch gebundeld in een nota die opnieuw voor iedereen leesbaar is via de website van Integrale Jeugdhulp. Alle opmerkingen en vragen worden voorzien van een reactie.*

139. Er ligt ook al een ontwerpdecreet IJH op tafel, deze conceptnota is op bepaalde punten wel aangepast (rechtstreekse toegang tot de toegangspoort), op andere niet (minimaal aangewezen en meest wenselijk aanbod versus wenselijk/alternatief/niet wenselijk, netwerken, PAB, stuurgroep, ...). Graag afstemming tussen deze teksten.

Reactie: de verfijnde teksten van de conceptnota gaan – via de stuurgroep Intersectorale Toegangspoort – naar de tekst van het decreet dat door de beide kabinetten (WVG en Onderwijs) wordt ontworpen en dat door de Vlaamse Regering zal worden ingediend bij het Vlaams Parlement. Niet alles moet in de tekst van het decreet komen, heel wat conceptuele zaken worden opgenomen in uitvoeringsbesluiten bij het decreet.

140. We herhalen de opmerking die we ook bij het ontwerpdecreet IJH maken: de voorliggende tekst spoort niet met de ontwikkelingen die we momenteel kennen binnen het VAPH uitgaande van perspectief 2020, o.a. rond persoonsvolgende financiering, omschakelen naar MFC-werking. Het werken met plaatsen en capaciteit gaat niet samen met een persoonsvolgende financiering; specifiek toegewezen modules van hulp en vlot schakelen binnen een MFC lijken eveneens moeilijk verenigbaar. We vragen om dringende afstemming op beleidsniveau voor de minderjarigen in de VAPH-context.

Reactie: die afstemming is volop lopende.

141. De schriftelijke tekst die hoort bij het luik toewijzing strookt niet met de mondelinge toelichting die werd gegeven op het trefpunt. Het werken met de drie fasen is toegevoegd, maar de tekst is voor het overige gebleven wat hij was. Waarom kan niet alles worden geschrapd en de mondelinge toelichting op papier worden gezet?

Reactie: kan aangegeven worden op welke punten de mondelinge toelichting niet overeenkomt met wat in de conceptnota staat? De conceptnota is en blijft de basis waarop verder wordt gewerkt. “Alles schrappen” en een nieuwe toelichting op papier zetten is niet de aangewezen werkwijze.

142. Wat gebeurt er bij een open plaats: de voorziening kiest uit de wachtlijst, rekening houdend met eventuele prioriteiten/prioritair toe te wijzen dossiers en meldt dit aan de toewijzer (blz. 26) of communiceert de voorziening eerst aan de toewijzer en zal de toewijzer zeggen uit welke dossiers er keuze is (blz. 27)?

Reactie: Het eerste is het geval. Het kan ook zijn dat op basis van fase 2 of fase 3 van de toewijzing reeds afspraken gemaakt zijn over het invullen van de vrije plaats.

143. Het overgaan van fase 1 naar 2 en van fase 2 naar fase 3 wordt niet beschreven.

Reactie: de verdere verfijning van deze fasering zal in de toekomst moeten worden uitgewerkt – enkel de principes van toewijzing werden hier uitgewerkt.

144. Welke aspecten van het BVR knelpunt dossiers worden overgenomen?

Reactie: zie antwoord op vraag 143.

145. Op basis waarvan zal de toewijzing nu gebeuren: chronologie (blz. 31)? In de mondelinge toelichting spreekt men over prioritair dossiers die de chronologie overrulen? Of kan de voorziening kiezen uit een wachtlijst (blz. 26)?

*Reactie: het basisprincipe van toewijzing aan een wachtlijst is chronologie. Zoals dat ook nu het geval is, zal daarnaast de mogelijkheid bestaan om prioriteit toe te kennen aan bepaalde hulpvragen. Welke criteria hiervoor gelden, zal pas in een latere fase van concretisering aan bod komen. Een voorziening behoudt daarnaast de mogelijkheid om van de chronologie af te wijken, maar enkel op basis van situationele omstandigheden in de voorziening of bij de cliënt, niet op basis van indicaties- en contra-indicaties. Wordt een jongere met prioriteit niet opgenomen, dan moet de voorziening dit schriftelijk motiveren. Het kan ook zijn dat op basis van fase 2 of fase 3 van de toewijzing reeds afspraken gemaakt zijn over het invullen van de vrije plaats.*

146. Het werken met een longlist/shortlist komt niet in de tekst voor.

*Reactie: dat klopt. De tekst zal hier nog op worden aangepast.*

147. We vragen dat de tekst wordt aangepast en dat wat in de mondelinge toelichting aan bod kwam ook op papier wordt gezet. Wegens de grote onduidelijkheden in de schriftelijke tekst baseren we onze reactie op de mondelinge toelichting.

*Reactie: zie antwoord op vraag 141.*

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

148. Het is niet duidelijk wat bedoeld wordt in de algemene inleiding met "de kwalificatie POS lost op in de probleemdomeneinen zoals ze worden omschreven in het aanmelddocument en in de verstrekking van hulp volgens de beschikbare typemodules. Het is niet langer enkel hulp uit de bijzondere jeugdbijstand die daarop wordt ingezet". Wat bedoelt men met "beschikbaar"? En welke typemodules buiten de bijzondere jeugdbijstand ziet men hier als inzetbaar voor hulpverlening in het kader van POS?

*Reactie: de notie "problematistische opvoedingssituatie" komt te vervallen met de opstart van de intersectorale toegangspoort. Het is aan het indicatiestellingsteam om na te gaan welke typemodules het meest aangewezen zijn om in te zetten, vertrekkend vanuit de aangeleverde informatie over de probleemdomeneinen zoals opgenomen in het A-document – dat kunnen meerdere typemodules zijn en hoeft zich niet te beperken tot hulp uit de bijzondere jeugdbijstand.*

149. In de algemene inleiding wordt gesteld dat iedere jeugdhulpaanbieder kan aanmelden bij de toegangspoort. Wat is de definitie van jeugdhulpaanbieder? Betekent dit dan in de praktijk dat bijvoorbeeld huisartsen niet kunnen aanmelden? Een duidelijke definitie is dus op zijn plaats.

*Reactie: we bedoelen hiermee dat de mogelijkheid tot aanmelding bij de intersectorale toegangspoort niet beperkt wordt tot de jeugdhulpsectoren die vallen onder het toepassingsgebied van Integrale Jeugdhulp. Het is in elk geval de bedoeling dat professionele hulp- en zorgverstrekkers die een aanmelding bij de toegangspoort willen doen, dat ook kunnen doen. Een voorwaarde is in elk geval dat de betrokkene over een e-health account moet beschikken. Of een huisarts over voldoende informatie zal beschikken om zelf een cliënt aan te melden, valt te echter te betwijfelen. Het zal eerder aangewezen*

*zijn dat de huisarts hiervoor samenwerkt met andere (al) betrokken of te betrekken hulpverleners uit de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.*

150. Op pagina 13 bovenaan, wordt gesteld dat al de anderen zich per definitie beperken tot vraagverheldering. Dit is in tegenspraak met wat op pagina 9 bovenaan geschreven wordt, met name, dat elkeen beschikbare diagnostische informatie kan invoeren, maar alleen de erkende MDT's vergoed zullen worden.

*Reactie: Elkeen zal beschikbare diagnostische informatie kunnen inbrengen, maar enkel een MDT kan ook een voorstel van indicatiestelling invoeren en zal – als MDT – een vergoeding ontvangen. Zich ‘beperken tot vraagverheldering’ betekent dat alle anderen – al wie geen erkenning heeft als MDT– door de toegangspoort als ‘vraagverhelderaar’ zullen worden herkend.*

151. Op pagina 12, §4 lezen we “zorgverstrekkers die bijkomende informatie aanleveren, krijgen geen zicht op de rest van het dossier”. Dit dient geherformuleerd te worden – zoals ook reeds na het eerste trefpunt aangegeven – tot “krijgen geen toegang tot de rest van het dossier”.

*Reactie: we passen dit aan.*

152. Op pagina 15, vijfde paragraaf, wordt gesteld dat een erkend MDT zich bij het indienen van een aanmelding niet kan beperken tot het invullen van het luik vraagverheldering. Betekent dit dat een erkend MDT dan geen vraagverheldering kan indienen voor een hulpvraag waarvoor het zelf niet erkend is? (immers, een MDT zal zich kunnen ‘specialiseren’).

*Reactie: een MDT kan zich in elk geval niet beperken tot vraagverheldering als het als MDT betrokken is geweest in de aanvraag. Indien dat het geval is, wordt het MDT bovendien meteen contactpersoon-aanmelder. Het lijkt niet meteen voor de hand liggend dat een CLB als MDT betrokken zou zijn, maar niet over de relevante expertise zou beschikken. De vraag wordt in elk geval overgemaakt aan de kerngroep MDT.*

153. Op pagina 23 onderaan stelt zich de vraag wie het zorgzwaarte-instrument gebruikt in welke gevallen. In deze vragen wij om het verschil tussen een MDT en een diagnosticus beter te duiden in de tekst.

*Reactie: we passen dit aan.*

154. Op pagina 26 bij de voorgestelde tekstaanpassingen [*nb., mbt. 3 fasen van toewijzing*], vragen wij dat er duidelijkheid geschapen wordt in de samenhang met wat er op pagina 30 geschrapd werd:

~~—het presenteren van dossiers in het netwerk NRTJ die te lang op de wachtlijst staan en waarvoor het netwerk haar verantwoordelijkheid klaarblijkelijk niet neemt;  
—het presenteren van dossiers waarvoor geen toewijzing kan gerealiseerd worden omdat alle voorzieningen weigeren; de toewijzer kan in dit geval een beroep doen op het eventueel beschikbare budget en de opgedane ervaring rond het werken met knelpuntdossiers.~~

Reactie: zie antwoord op vraag 143

155. We vragen dat er ook gekeken wordt naar wat op pagina 31 onderaan geformuleerd wordt inzake prioritering. Bovendien stelt zich de vraag naar wat dan ook de samenhang is met artikel 25 in het voorliggende ontwerp van decreet [*nb. Dit artikel bepaalt de opdrachten van het team toewijzing*].

Reactie: op die pagina in de conceptnota wordt bepaald dat de keuzevrijheid van de voorziening niet geldt indien dossiers te lang op de wachtlijst staan of die door iedereen geweigerd worden – in de verdere verfijning van het concept slaan die laatste twee punten op de voorgestelde fases 2 en mogelijk 3 van de toewijzing.

156. We rekenen erop dat bij de verdere operationalisering van de toegangspoort rekening wordt gehouden met de specifieke positionering van de CLB. De CLB-sector is immers de enige sector binnen IJH die niet ressorteert onder de bevoegdheid van de minister van Welzijn. Elementen zoals inspectie, enveloppefinanciering, diagnostische protocollen, resultaatsverbintenis, dienen zeker verder uitgeklaard te worden en op maat gesneden te worden van de verschillende sectoren, dus óók van de CLB-sector.

Reactie: zie antwoord op vraag 143.

#### \* PPJ (BJB & GO)

157. Voor, in en na de toegangspoort gaan de hulpverleners, diagnostiekers, toewijzers... elkaar voor de voeten lopen. Een aantal te voorspellen gevolgen: vervreemding en verlies van eigenaarschap bij de gebruikers; Misverstanden, bevoegdheidsdiscussies, ... Administratieve overlast, veel tijdverlies en dus lang wachten op hulp.

Reactie: we zijn het hier uiteraard niet mee eens. Het voorbereidende proces van de toegangspoort is niet op één dag tot stand gekomen maar wel in een gezamenlijk proces met vertegenwoordigers van sectoren en cliënten die de bezorgdheid deelden van een voldoende efficiënt maar ook kwalitatief en zorgvuldig proces van indicatiestelling en toewijzing. Niet voor alle aanvragen van hulp zullen alle mogelijke actoren betrokken zijn. Een belangrijk element om bv. net vervreemding tegen te gaan, is de blijvende betrokkenheid van de aanmelder gedurende het proces van indicatiestelling en toewijzing.

158. Waarom blijft er een onderscheid tussen VK en bureau jeugdhulp. Kan o.i. perfect geïntegreerd worden. Idem voor aparte structuur voor crisisnetwerk. Waarom meldpunt niet gewoon integreren in toegangspoort en aanbod – net als de rest – omschrijven in modules, waarbij dan enkel voor een snelle toegang moet gezorgd worden. En dan is ook de financiering transparant.

Reactie: Het VK en het Bureau Jeugdhulp kunnen beiden optreden als gemandateerde voorzieningen, maar hebben toch een onderscheiden doelpubliek en werkwijze. Zo richt het VK zich ook tot individuele burgers en heeft het een eigen hulpaanbod; het Bureau

*Jeugdhulp richt zich tot professionals en biedt zelf geen hulpverlening aan. De inhoudelijke focus is ook niet dezelfde: het VK is gespecialiseerd in de omgang met meldingen en vermoedens van kindermishandeling door bezorgde burgers en hulpverleners. Het Bureau biedt een gespecialiseerd aanbod voor teams van professionals die verontrust zijn en er zelf niet uit geraken. Wat de crisisjeugdhulp betreft, is de toegang tot de meldpunten crisisjeugdhulp toch significant anders georganiseerd dan de toegangspoort. Ze staat open voor andere aanmelders, heeft een heel andere manier van aanmelding en toewijzing en de opdracht en functie van de meldpuntmedewerkers verschillen sterk van de opdracht die het team indicatiestelling heeft. Finaal heeft crisisjeugdhulp een ander doel voor ogen wat ook een andere organisatiewijze met zich meebrengt dan de intersectorale toegangspoort.*

159. Geen woord over uitstroom. Het recht op jeugdhulp impliceert toch ook dat mensen het recht hebben om die jeugdhulp af te sluiten en ook dit zou een plaats moeten krijgen.

*Reactie: de "uitstroom" uit de jeugdhulp maakt deel uit van het proces van indicatiestelling en toewijzing. De aangeboden hulp is beperkt in duur en het is het team indicatiestelling dat in eerste instantie bepaalt hoe lang haar indicatiestelling geldig is. Het team toewijzing kan de modules van hulp niet langer toewijzen dan de duur die voorzien is in het indicatiestellingsverslag. Anderzijds hebben ook de modules jeugdhulp een beperking in de duur waarin ze ingezet kunnen worden. Als die duur verlopen is, zullen hulpverstrekker en cliënt moeten evalueren of het aangewezen is de lopende hulp te verlengen of niet. Wordt er een vraag gesteld naar andere hulpverlening, dan moet een herindicatiestelling worden aangevraagd.*

160. Prioritering. Wanneer staat een dossier te lang op de wachtlijst? Wie beslist dat? (Pg. 31 en 87)

*Reactie: zie antwoord op vragen 141 en 143.*

#### \* Zorgnet Vlaanderen

161. Het is niet voldoende bij de rechtstreekse toegang tot de jeugdrechter overal het woord 'jeugdrechter' te vervangen door 'toegangspoort'. De tekst moet nagelezen worden op consistentie van het geheel. Als de rechtstreekse toegang TP ingeschreven wordt, dan moet goed nagekeken worden dat voor alle stappen dit ook voorzien is, vanuit het perspectief van betrokkene (kind of ouder). De lijn lijkt nu niet volledig doorgetrokken. Bv. het A-document: dit kunnen een aantal kinderen, hun vertegenwoordigers (bv. jeugdadvocaten) of opvoedingsverantwoordelijken nu niet.

*Reactie: we kijken dit nog verder na. Wat de wijze betreft waarop cliënten toegang krijgen tot de intersectorale toegangspoort, dit moet nog uitgewerkt worden. Het staat buiten kijf dat dit op een cliëntvriendelijke wijze moet gebeuren en niet via aanmelding d.m.v. het A-document.*

162. Blz. 9: het werken aan POS (of verbreed naar leefsituatie) als opdracht: is prima voor welzijnssectoren. Klopt dus voor de toegangspoort. Klopt niet voor onderwijs en gezondheid. Deze leveren àndere opdrachten en zorgdomeinen aan.

163. Blz. 13 Indiening: wij blijven bezorgd over de mogelijkheid van 'aanvragen door derde partijen': niet enkel niet-jeugdhulpaanbieders maar bv. ook 'Franstalige voorzieningen' (realiteit in alle gebieden met taalgrensproblematiek): ga je voor die kinderen (meestal in preciaire situaties) nog een stap meer inbouwen dan voor de anderen (m.n. eerst 'doorgeefluik' van een 'Vlaamse' jeugdhulpaanbieder nodig)?

*Reactie: De aanmelding bij de toegangspoort verloopt via het A-document dat in het Nederlands is opgemaakt. Ook voor anderstaligen zal de aanvraag in het Nederlands moeten verlopen.*

164. Blz. 23 verschijnt plots het woord: diagnosticus? wie/wat is dat?

*Reactie: Zie antwoord op vraag 30.*

165. Blz. 39: tikfout 5° §: verlengingen i.p.v. verleningen

*Reactie: We passen dit aan.*

166. Blz. 39: cijfertabel: men vertrekt hierbij steeds van de 'bestaande praktijk', niet van de noden in de bevolking, waardoor men eventuele huidige scheefftrekkingen 'for granted' neemt.

*Reactie: Het hoofdstuk in de conceptnota waarnaar verwezen wordt, is geen voorwerp geweest van verfijning. De conceptnota is enkel aangepast vanuit de werkzaamheden van de intersectorale administratieve werkgroep cluster A, die zich over het concept van de toegangspoort heeft gebogen. De berekeningen in de cijfertabel op blz. 39 verwijzen naar een voorgaande personeelsbehoefte studie van Möbius. Die zal inderdaad nog geactualiseerd worden op basis van meer recente cijfers.*

## Indicatiestelling

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

167. De verantwoordelijke van het team IS zal alle aanvragen scannen op volledigheid: wat is de functie hiervan? Dat zal niet bijdragen tot 'kwalitatieve' verhoging? Er gebeurt al een ontvankelijkheidscheck o.a. op volledigheid door ICT en administratieve medewerker, wordt dit dan overgedaan?

*Reactie: De verantwoordelijke van het team Indicatiestelling is eindverantwoordelijke voor de dossiers die overgaan naar het team toewijzing. Uiteraard betekent dit dat hij/zij een oog moet houden op de kwaliteit van de indicatiestellingen die overgaan naar het team toewijzing. Voor aanvragen mét voorstel van indicatiestelling die door MDT's worden ingediend bij de toegangspoort zal dit systematischer gebeuren aangezien deze niet door de medewerkers van het team IS worden opgemaakt noch nader bekeken.*

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

168. Op pagina 18, §4 is er sprake van het feit dat de dossierbehandelaars een steekproefsgewijze controle doen op de kwaliteit van de aangeleverde aanvragen en zal de verantwoordelijke van het team indicatiestelling alle aanvragen in een oogopslag 'scannen' op volledigheid alvorens ze over te maken aan het team toewijzing. De CLB-sector vindt het ten eerste niet kunnen dat dossierbehandelaars controleren. Dit is een opdracht voor inspectie. Zoniet wijzigt dit fundamenteel de verhouding tussen de toegangspoort en de aanmelders. Bovendien getuigt het "in een oogopslag scannen" maar van weinig waardering voor het werk van de aanmelders bij de toegangspoort. Indien men van aanmelders verwacht dat zij hun werk op een kwaliteitsvolle manier doen, dan mag dit ook verwacht worden van de toegangspoort. De vermelding van inspectie in deze alinea is tekstueel gezien niet op zijn plaats en moet eerder op een andere plaats worden ingebracht.

Reactie: Zie antwoord op vraag 167.

169. De CLB-sector stelt zich de vraag waarom van het oorspronkelijke uitgangspunt, vooral het beschrijven van welke hulp minimaal aangewezen is en welke hulp maximaal wenselijk is, wordt afgeweken (pagina 20 en 22). De CLB-sector vraagt om deze terminologie aan te houden. Enerzijds kadert dit in onze handelingsgerichte manier van werken (samen met cliënt zoeken naar de haalbare hulp, binnen de vork 'minimaal noodzakelijk/maximaal wenselijk'). Bovendien willen wij door deze formulering ook in beeld kunnen brengen welke hulpwenselijk geacht wordt (door de cliënt), maar niet voorradig is.

Reactie: Het team toewijzing vertrekt voor het toewijzen van modules jeugdhulp van de geïndiceerde typemodules. Een concept van 'onderliggende hulp' op vlak van zorgzwaarte laat voldoende flexibiliteit toe in het toewijzen van gepaste hulp indien de gewenste hulp zelf niet meteen beschikbaar is. Het blijft dan uiteraard mogelijk om na te gaan in welke mate er "onderliggende" hulp wordt toegewezen omdat het gewenste aanbod niet (meteen) beschikbaar is.

**\* PPJ (BJB & GO)**

170. Afwegen hulp. blz. 51 § 3: er is geen goede "weegtechniek" om ambulante hulp en residentiële hulp af te wegen.

Ambulante hulpverlening moet vóór residentiële hulp overwogen worden bij gelijkblijvend effect. Subsidiariteit in de (gerechtelijke) hulpverlening kan maar worden gerealiseerd in die mate dat a) voldoende hulpverleningsaanbod beschikbaar is; b) de diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing deskundig verlopen; c) de effecten van de hulpverlening voldoende bekend zijn.

Reactie: Toch moet bij elke hulpvraag afgewogen worden wat de minst intensieve effectieve vorm van hulp is die geboden kan worden.

### \* Zorgnet Vlaanderen

171. Als PSA aan het bureau jeugdzorg gekoppeld wordt (wat als een 'zware' instantie zal beleefd worden) dan betekent dit dat PSA van 'kleur' verandert. Waar dit nu beleefd wordt als een aangepaste oplossing voor eerder 'lichte' problemen, m.n. daar waar de niet-jeugdhulp-specifieke zorg perfect soelaas kan bieden, gaat dit nu een instrument worden om te gebruiken in complexe, zorgwekkende situaties waar de reguliere zorg geen gepaste oplossing kan bieden. Dit is een wijziging van het ene einde van het zorgcontinuüm naar het andere.

*Reactie: Zie antwoord op vraag 18.*

172. Blz. 15: Betekent dit dat er een 'vaste' arts in het team indicatiestelling zal zitten. Die van alle specialisaties voldoende op de hoogte is? (VAPH, GGZ...)

*Reactie: De samenstelling van de teams indicatiestelling is nog niet bepaald, maar de teams zullen ook externe expertise kunnen inkopen of samenwerkingsverbanden aangaan.*

173. Wij blijven aanklagen dat er een onderscheid gemaakt wordt binnen de sector 'gezondheid' tussen de CGGKJ-teams en de K-diensten. Dit zijn 2 onlosmakelijke 'onderdelen' van de GGZKJ, de 'financieringsbron' mag niet het onderscheid bepalen, wel het domein.

*Reactie: Kan hier toegelicht worden waarop de bezorgdheid juist betrekking heeft?*

174. Blz. 20: 1° §: het gaat niet om of/of. Soms is én RTJ én NRTJ gelijktijdig nodig. Daarenboven blijft RTJ altijd 'vrijwillig', d.w.z. enkel als de mensen zelf dit zien zitten. Moet dit dan als 'noodzakelijk' bestempeld worden door TP? Zo ja, wat gebeurt er als de mensen deze RTJ niet zien zitten? Waarom dan een uitspraak daar over 'nodig' voor RTJ?

*Reactie: In sommige situaties kan het team indicatiestelling van oordeel zijn dat enkel rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp aangewezen is. Ook op dit moment geeft een groot deel van de hulpvragen door het Comité Bijzondere Jeugdzorg geen aanleiding tot de opstart van niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het is uiteraard ook mogelijk dat én RTJ en NRTJ-hulp aangewezen is. Als cliënten niet akkoord gaan met de geïndiceerde hulp, hebben ze de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen.*

### Hulpcontinuïteit

#### \* werkgroep diagnostiek federatie OOC

175. De impact op de werkdruk zal niet gering zijn door de rol van de contactpersoon-aanmelder. Vanuit de OOC wordt er nu al veelvuldig doorverwezen naar niet rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Dit bij een oriëntatieperiode van twee maanden, waarna zelden aansluitend NRTJ hulpverlening kan opgestart

worden. Nog prangender zal het worden indien het residentiële adviezen betreft. Op dit moment zijn het de consulenten die het verdere traject en de doorverwijzing opvolgen en desnoods “overbruggingshulpverlening” organiseren. Het lijkt ons zinvol om een inschatting te maken van de werkbelasting voor de verschillende aanmelders. Er worden immers taken en verantwoordelijkheden geformuleerd die mogelijks niet of nauwelijks in de praktijk kunnen opgenomen worden, met als gevolg dat cliënten in de kou blijven staan waar dit net het omgekeerde doel had.

*Reactie: de nauwere betrokkenheid van de contactpersoon-aanmelder bij het indicatiestellings- en toewijzingsproces is in het voordeel van de cliënt en moet ook zorgen voor een betere garantie op hulpcontinuïteit. Het lijkt ons een goed idee dat de betrokken organisaties een inschatting maken van de bijkomende taakbelasting zoals zij die inschatten. Zo'n inschatting kan een goede basis vormen voor verder overleg.*

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

176. De opdracht van de aanmelder, zeker in gevallen waar er een lange wachttijd is, zal veel tijd in beslag nemen. Het is aangewezen de gepaste incentives voor deze opdracht te voorzien.

*Reactie: zie antwoord op vraag 175.*

177. Als de contactpersoon verhuist moet de contactpersoon/aanmelder zijn opdracht blijven vervullen? Is dit wel een realistische verwachting? Wat als iemand naar de andere kant van het land verhuist?

*Reactie: Het principe van de hulpcontinuïteit moet maximaal kunnen spelen. Indien de sectorale regelgeving voldoende garanties bieden op dit vlak, dan kan de contactpersoon-aanmelder wijzigen bij een verhuis. Belangrijk principe hier is dat de nieuwe contactpersoon-aanmelder de wijziging initieert. Zolang die niets doet, blijft de eerste contactpersoon-aanmelder ongewijzigd. Dit om te vermijden dat er een periode is waarin de cliënt zonder contactpersoon-aanmelder zit. Het dossier zal in de meeste gevallen ook verhuizen naar een toegangspoort in een andere regio.*

#### \* Steunpunt Jeugdhulp

178. De rol van de aanmelder: Hoe zit het met inzage in dossier en effectieve participatie van de cliënt? Meenemen van de wensen van de cliënt op basis van document A is toch vrij beperkte inbreng van de cliënt die daarbij ook afhangt van hoe de aanmelder het dossier ziet en neerschrijft. Daarom lijkt het ons essentieel dat er bij bepaling van de zorgzwaarte en netwerktafels bij de ITP de cliënt mee betrokken wordt. Zodat verschillende visies over een cliënt aan bod kunnen komen, de cliënt onder deze nieuwe inzichten ook zelf zijn verhaal naar voor kan brengen ( indien gewenst).

*Reactie: De opmaak van de aanvraag gebeurt met maximale betrokkenheid en participatie van de cliënt. Het is immers vooral zijn/haar vraag. Waar (voorafgaand) overleg noodzakelijk is, kunnen we de betrokkenheid van de cliënt hierbij enkel mee onderlijnen.*

**\* PPJ (BJB & GO)**

179. Participatie wordt nagenoeg herleid tot inspraak in de methode. Dat is een zeer instrumentele benadering van participatie, die vooral gericht is op het comfort van de hulpverlener (een goed meewerkende cliënt is nu eenmaal aangenamer dan een niet meewerkende cliënt). De politieke dimensie van participatie is zo goed als afwezig. Er wordt verwezen naar het mobiliseren van eigen kracht, maar dit krijgt nergens een expliciete plaats in de jeugdhulp.

*Reactie: Het is ons niet meteen duidelijk op basis waarvan de inschatting gebeurt dat participatie herleid wordt tot inspraak in de methode? Zie ook antwoord op vraag 178. Wat het mobiliseren van eigen kracht betreft, die vorm van participatie komt (ook) nog terug in het ontwerp decreet Integrale Jeugdhulp.*

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

180. De verwijzing onder punt 7.3.1 naar de rol van de CLB als contactpersoon-aanmelder druist in tegen de regelgeving van CLB en tegen de werkingsprincipes. Bij een verandering van school én CLB, is het nieuwe CLB de enige bevoegde instantie in het dossier van de leerling. De CLB-sector wil in deze niet afwijken van de eigen regelgeving én dus ook niet ressorteren onder een andere regelgeving als aanmelder bij de toegangspoort.

*Reactie: zie antwoord op vraag 177. Waar sectorale regelgeving voldoende garanties biedt op hulpcontinuïteit kan ze ongewijzigd blijven.*

**\* Zorgnet Vlaanderen**

181. Aanmelder = trajectbegeleider. Zorgnet Vlaanderen bekeek dit vanuit de sector 'gezondheid' in brede zin (dus ook AZ, eerstelijns geneeskunde...). De praktijk zal in de toekomst voor gezondheidszorg hetzelfde blijven:

- Bij maatschappelijk noodzakelijk geachte hulp zullen we het Bureau jeugdzorg (nu Comité voor Bijzondere jeugdzorg) en VK inschakelen en vragen aan hen aanmelder-trajectbegeleider te zijn en de verontrusting te bewaken.
- Bij verwijzing naar NRTM m.b.t. beperkingen/psychiatrische problemen (inclusief de *conduct disorders* = Gedrags- en emotionele stoornissen) zal een "attest" van het CLB (m.b.t. onderwijs) noodzakelijk blijven en zal de GGZ aan hen vragen aanmelder-indiener dossier te zijn.
- Indien geïndiceerd in het GGZ-behandelingsplan kan een gezondheidsactor ook aanmelder zijn. Voorwaarde is dan wel dat ook niet-jeugdhulpaanbieders een A-document kunnen indienen, samen met de betrokkenen.

182. 7.3.1 (blz. nummering weggevalen!) hulpcontinuïteit [*rol van de aanmelder bij aanmelding bij de ITP*]: contact houden met de cliënt is in een aantal situaties onvoldoende indien de situatie dreigt te ontsporen! Aan de andere kant kan men de

aanmelder niet verplichten dit verder op te nemen, want het is misschien net daarom dat hij aanmeldt.

*Reactie:* We passen de nummering in het document aan. In situaties van hoogdringendheid of van verontrusting zijn er andere instrumenten ter beschikking in het werkveld om in te zetten zoals crisisjeugdhulp en het bureau jeugdzorg.

183. MDT-rol hierin: plots zien we dat MDT bijkomende opdrachten krijgt: MDT kan afspreken dat andere RTJ de hulpverlening voorzetten in afwachting van de NRTH. Waar haalt een MDT dit mandaat?

*Reactie:* het gaat hier niet zozeer om een 'mandaat' of 'bijkomende opdracht', wel is het zo dat indien een MDT betrokken is bij een aanmelding bij de intersectorale toegangspoort het MDT steeds de rol van contactpersoon-aanmelder op zicht neemt. Wat de lopende of nodige hulpverlening betreft in afwachting van de opstart van niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp verwachten we dat het MDT een actieve rol opneemt in het leggen van contacten, het maken van afspraken en gericht doorverwijzen naar partners in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. Hiervoor is het belangrijk dat een MDT als een netwerkpartner optreedt.

184. De oorspronkelijke aanmelder blijft tijdens het TP-proces verbonden ook bij verhuis buiten het werkingsgebied? Is dit wel verantwoord? Verantwoordelijk blijven ook al heb je – gezien buiten werkingsgebied- geen enkele impactmogelijkheid meer?

*Reactie:* zie antwoord op vraag 177.

## Toewijzing

### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

185. We vragen verduidelijking van wat de gemiddelde wachttijd is, hoe deze wordt berekend en welke factoren deze kunnen beïnvloeden.

*Reactie:* zie antwoord op vraag 143.

186. In de toewijzing worden drie fasen onderscheiden. We staan achter de opdeling in fase 1 en fase 2, echter, fase 3, wat hetzelfde is als een opnameplicht, kan niet. Voorzieningen (met uitzondering van specifieke categorieën in bijzondere jeugdzorg) hebben dit nu ook niet. Er moet maximaal kans gegeven worden aan de zorgbemiddeling in de tweede fase, de creativiteit daar, eventueel mits extra middelen (cfr. experiment knelpunt dossiers). Het is logisch dat als de cliënt in het profiel past en er is plaats, er een opname volgt. Een voorziening moet echter steeds de kans krijgen haar verhaal te doen. In bepaalde situaties moet er ook kunnen erkend worden dat er geen oplossing is in het bestaande zorgcircuit en dat er elders een oplossing moet gezocht worden. In zo'n geval kan er geen sprake zijn van verplichte opname. Dat komt noch de voorziening, noch de cliënt ten goede.

Reactie: Er wordt maximaal ingezet op een zo goed mogelijke matching tussen vraag en aanbod, waar nodig via gericht overleg met betrokken actoren en partners. Maar elke cliënt moet finaal hulp krijgen waar ze het meest aangewezen is of het meeste kans op 'succes' heeft. De toewijzing van de hulp gebeurt op basis van een gerichte indicatiestelling - het gaat dus telkens om een toewijzing op basis van geïndiceerde hulp. Dat de geschikte hulp niet aanwezig zou zijn in het zorgcircuit maar elders – waar moeten we dit elders dan situeren? – is vreemd, want dat zou betekenen dat er geen correcte indicatiestelling heeft plaatsgevonden.

#### \* Steunpunt Jeugdhulp

187. De keuze van de cliënt staat centraal op basis van short list aangereikt door de ITP. Voor cliënten gaat het vaak niet zozeer over de vorm van het aanbod, wel over de concrete aanpak en de filosofie van de voorziening. (Hoe) krijgt de cliënt informatie over de beschikbare voorzieningen en waar er meer informatie te vinden is? Bv al een vergelijking kunnen maken tussen een onthaalbrochure van voorziening A versus voorziening B?

Reactie: Cliënten hebben de mogelijkheid voorzieningen te bezoeken, er contact mee te nemen of informatie op te vragen.

188. Hoe krijgen cliënten zicht op de pedagogische visie van de voorziening?

Reactie: zie antwoord op vraag 187.

189. De keuze van de cliënt: er moet de nodige aandacht zijn voor het spanningsveld dat kan bestaan tussen ouders en minderjarige. Een spanningsveld waarmee de concrete hulpverlener geconfronteerd wordt.

Reactie: dat is zeker zo.

190. Informatieoverdracht voor kennismaking en intake: Bij de bespreking van de conceptnota werd gesteld dat bij een kennismaking tussen cliënt en voorziening nog niet noodzakelijk is dat alle informatie van IS gekend is, maar wel als de voorziening intake wil doen. Het wordt wel belangrijk dat de informatie op de juiste manier de voorziening bereikt (bv. medische informatie via artsen). Stel dat de cliënt ook na kennismaking geen informatie wil geven dan kan dit reden zijn voor de voorziening om intake te weigeren (kunnen niet verder als we die info niet krijgen). Wij stelden ons de vraag of die weigeringsmogelijkheid hier dan ook voor pleegouders zal gelden? Ons inzien is het toch van essentieel belang dat van zo vroeg mogelijk over de noodzakelijke informatie een uitwisseling gebeurt zodat partijen geen verkeerde verwachtingen krijgen (zowel als cliënt als pleegouder of voorziening). De cliënt moet ervan bewust gemaakt worden dat dit risico bestaat indien de informatie niet tijdig wordt uitgewisseld.

Reactie: dat klopt, het zal belangrijk zijn de cliënt correct te informeren over het belang van het verstrekken van correcte informatie.

191. Wie gaat de vraag over het doorgeven van informatie bespreken met de cliënt de aanmelder of ITP? De aanmelder heeft de sterkte dat hij de cliënt kent, maar zijn visie over het dossier kan de beslissingen over informatieoverdracht van cliënt ook wel kleuren (nood aan een oplossing – aanmelder draagt organisatie/coördinatie overbruggingshulp...).

*Reactie: iedere betrokkene bij het proces van aanmelding, indicatiestelling en toewijzing zal dit moeten doen op zijn/haar niveau – waar het bewaren of doorgeven van informatie aan de orde is, moet dit toegelicht worden aan de cliënt.*

### Bijzondere procedures

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

192. Procedure second opinion: 5 dagen is heel weinig vanuit cliëntperspectief! We vragen 15 dagen zoals oorspronkelijk in de tekst stond.

*Reactie: we begrijpen de zorg, maar procedureel betekent dit (ook) dat voor alle aanvragen het proces van toewijzing pas kan starten na het verloop van de termijn die voorzien wordt voor het aanvragen van een second opinion. Vanuit het cliëntperspectief zou een lange(re) termijn ook onverantwoord zijn want een reële vertraging inhouden voor de grote meerderheid van de aanvragen.*

193. Hoe zit het met de termijnen van het hele proces? We vragen een duidelijk overzicht.

*Reactie: van zodra een processtekening met de (voor zover) gekende termijn opgemaakt wordt, kan ze ter beschikking gesteld worden.*

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

194. De rechtstreekse toegang tot de jeugdrechter wordt geschrapt en vervangen door een toegang tot de toegangspoort. De CLB-sector is het daar niet mee eens. Iedere burger moet het recht hebben zich rechtstreeks tot een rechter te richten. In verschillende regio's is jaren gewerkt om dat juist mogelijk te maken en die contacten te vergemakkelijken. Het schrappen van de toegang tot de jeugdrechter zorgt ervoor dat de cliënt dus op geen enkele wijze zijn rechten kan doen gelden. Bovendien stelt zich de vraag hoe zich dit verhoudt tot de sectorale klachtenprocedures.

*Reactie: de beslissing voor deze wijziging gebeurde –, in de voorbereiding van de opmaak van het nieuwe decreet Integrale Jeugdhulp – op vraag van de decreet-ontwerper.*

**\* PPJ (BJB & GO)**

195. Bereikbaarheid, 'inzetbaarheid' van een OOC. 'OOC-light' of 'voorlopige indicering' door een OOC. Er is enige drempel, maar toch is een OOC gemakkelijk/snel in te zetten.

- Vb. bij crisis/acute toestanden, time-outvragen...
- Vb. om vragen duidelijk te krijgen, vraagverheldering...
- Vb. om uiteindelijke indicatie te kunnen adviseren/vast stellen.

*Reactie: het is ons niet helemaal duidelijk welke vraag er achter deze opmerking schuilt.*

196. VIST. Gemandateerde voorzieningen moeten de mogelijkheid hebben voor een versnelde indicatiestelling en toewijzing. Als men door de interventies van de gemandateerde voorziening terug bereidheid krijgt i.v.m. hulpverlening, dan moet dit ook reëel zijn. Het cliëntsysteem heeft immers begrepen dat de samenleving verdere hulp noodzakelijk acht. Dan moet het, waar nodig en wenselijk, mogelijk zijn om NRTJ snel te organiseren. Anders heeft het weinig zin om te spreken over maatschappelijke noodzaak en holt men de 'bemiddelingspogingen' uit. Het is aan de gemandateerde voorziening én de toegangspoort om ervoor te zorgen dat er geen oneigenlijk gebruik gemaakt wordt van deze mogelijkheid. Daarbij is het belangrijk om te bekijken hoe lang de aanmelder bij de gemandateerde voorziening verantwoordelijk blijft voor het hulptraject. De positie van de aanmelder is mogelijks verbrand, terwijl de gemandateerde voorziening ook niet de bedoeling heeft om de ganse hulpverleningsopdracht over te nemen. Een gemandateerde opdracht en een onderzoek i.v.m. maatschappelijke noodzaak behelst een andere positie dan een zorgtraject aan de zijde van het cliëntsysteem (blz. 46).

*Reactie: de criteria voor prioritering zijn (nog) niet bepaald – in elk geval zal een aanmelding vanuit een gemandateerde voorziening niet automatisch een prioriteit toegekend krijgen.*

### Zorgwaarte-instrument

**\* Steunpunt Jeugdhulp**

197. Er wordt gezocht naar een zorgwaarte-instrument: wordt daarbij ook rekening gehouden met een zekere voorspelling over mogelijke evoluties in de toekomst? Onze bezorgdheid is dat de cliënt voortdurend bevraagd zal worden zijn huidige toestand te bevestigen of juist telkens de hele procedure te doorlopen bij de minste wijziging in de omstandigheden. Er zijn procedures voor heroverweging en herindicatiestelling, maar ook dat is weer zeer procesmatig en daardoor ook een zekere belasting voor de cliënt en zijn omgeving.

*Reactie: we begrijpen de bezorgdheid, het is niet de bedoeling dat de cliënt voortdurend bevraagd zal worden over zijn toestand – het vermijden van dubbele bevragingen is een belangrijke reden om een goede doorstroming van informatie te realiseren waar nodig en om ook verder te kunnen bouwen op bestaande informatie waar die nog actueel is.*

## 15. Vragen die gesteld werden over thema's die niet aan bod kwamen op de trefpunten

### Modulering

#### \* Vlaams Welzijnsverbond, sector PH

198. Dringend nodig om aanbod PAB te moduleren.  
 199. 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):

200. 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:* Na overleg met de verantwoordelijken van LARS en vergelijking tussen de informatie in dat systeem en de informatie nodig in het A-document bleek een rechtstreekse koppeling noch mogelijk noch wenselijk. In de toekomst is het wellicht een piste om de twee systemen waar mogelijk met services te verbinden. Die basisarchitectuur wordt voorzien in de ontwikkeling van het ICT-systeem.

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

201. Ivm. hoger geciteerde zorg, wil de CLB-sector deze passage dan ook herschreven zien in die zin. Dit werd ook al aangegeven na het eerste trefpunt.

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

202. Afstemming tussen A-doc. en BinC (of andere registratiesystemen) is noodzakelijk.

*Reactie:* Er wordt maximale afstemming met BinC voorzien.

203. 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.

*Reactie:* Er wordt een web-applicatie voorzien waarmee A-documenten kunnen ingevuld worden. Die zal alle voor en nadelen hebben van een gewone web-applicatie. De basisarchitectuur van het ICT-systeem voorziet dat er in de toekomst mogelijks services gebruikt kunnen worden. Hiermee kunnen partners hun eigen aanmeld-applicatie ontwikkelen, bijvoorbeeld een off-line applicatie of een SMART-PDF.

## Gerechtelijke jeugdhulp

### \* Steunpunt Jeugdhulp

204. Gebruik van de indicatiestelling in de procedure voor de jeugdrechter: indien wij dat juist begrepen hebben, kan –mits akkoord van de cliënt – de IS gebruikt worden in de procedure voor de jeugdrechter. De cliënt is dat hier de minderjarige en zijn context (vader, moeder) of is voldoende dat één van hen instemt?

*Reactie:* de verdere uitwerking van dit principe zal gebeuren bij de opmaak van de uitvoeringsbesluiten van het ontwerp van decreet Integrale Jeugdhulp.

### \* PPJ (BJB & GO)

205. Maatregelenpakket jeugdrechter. In het kader van een wetsuitbreiding zou het ook belangrijk zijn om als jeugdrechter een maatregel te kunnen nemen op het ouderlijk niveau zodat de ontwikkelingskansen van kinderen kunnen gevrijwaard worden. Zo zou het helpend zijn om een ouder te kunnen verplichten tot een ontwenning of een psychiatrische begeleiding, waardoor lange uithuisplaatsingen van kinderen kunnen vermeden worden.

*Reactie:* het huidige ontwerp van decreet voorziet geen uitbreiding van het maatregelenpakket van de jeugdrechter.