

TNO-rapport
PG/JGD/2000.027

Evaluatie Bureau Jeugdzorg Rijnland

TNO Preventie en Gezondheid

Jeugd
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

April 2000

Auteur(s)

F.G. Öry

TNO Preventie en Gezondheid
Gorterbibliotheek

16 MEI 2000

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
voldoet aan ISO 9001.

Stamboeknummer

17.594

Alle rechten voorbehouden.
Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm of op welke andere
wijze dan ook, zonder voorafgaande
toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onder-
zoeksopdrachten aan TNO, dan wel
de betreffende terzake tussen de
partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het
TNO-rapport aan direct belang-
hebbenden is toegestaan.

© 2000 TNO

Auteur

F. Öry

Projectnummer

011.60122/01.01

ISBN-nummer

ISBN 90 - 6743-673 -9

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 48,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/2000.027

Woord van dank

Deze evaluatie was voor mij een bemoedigende reis in een wereld vol experimenten waarin Bureaus Jeugdzorg tot stand komen. Bemoedigend omdat de medewerkers¹ van Bureau Jeugdzorg Rijnland (BJR) in Leiden met wie ik gesproken heb zo enthousiast over hun werk vertelden, zo bezield waren. Hun betrokkenheid bij de jongeren en het eigen werk in combinatie met een grote mate van integriteit verminderde het gevaar van sociaal wenselijke antwoorden en zo kwamen problemen op tafel die besproken werden. BJR doet een oprechte poging om vorm te geven aan en om te experimenteren met de jeugdzorg conform Regie in de Jeugdzorg. Om de poging te laten slagen moet er voldoende financiële steun beschikbaar gesteld worden zodat niet door gebrek aan middelen het experiment vroegtijdig schipbreuk lijdt. Hier ligt een belangrijke rol voor de overheid. De medewerkers van Bureau Jeugdzorg hebben duidelijk aangegeven dat zij bereid zijn om de uitdaging aan te gaan. Dat verdient steun en middelen.

Ik dank de volgende personen die zo enthousiast hebben meegewerkt (in alfabetische volgorde):

Prof.Dr. F.Boer Curium

H. Bouzidi BJR

Drs. J. Dane GGZ Nederland

K. Diephuis BJR

Mevr. Drs. K. Eijgenraam BJR

Dr. B. Groeneweg Stichting Jeugdzorg Den Haag Zuid Holland Noord

Mevr. N. Hof BJR

Mevr. J. Hofstra BJR

Mevr. M. Krieger Algemeen Maatschappelijk Werk Lisse

Drs. V. Maas Stichting De Mare

K. Menken BJR

Drs. T. Overing BJR

R. Pronk BJR

Drs. T. Schrama BJR

Mevr. G. Schreiver BJR

Prof. Dr. C. Schuyt Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

A. van der Stam BJR

Drs. T. Stelwagen Lid van Raad van Bestuur Rijngest Groep

Mevr. M. Visser MKD Leiderdorp

Dr. M. Vrieze BJR

J. van der Weijden BJR

Dr. T. van Yperen NIZW

Drs. E. Zeegers BJR

¹ Gelieve in dit rapport voor medewerkers ook medewerksters te lezen.

Samenvatting

Met Regie in de Jeugdzorg heeft de overheid de richting bepaald voor een nieuwe aanpak in de jeugdzorg waarbij er één toegang komt, het Bureau Jeugdzorg, voor de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. De Projectgroep Toegang beschreef vervolgens de functies en stelde de systeemeisen vast en gaf daarmee de bakens aan. Zonder een aanpassing van de wet- en regelgeving, maar met deze aanwijzingen, zijn Bureaus Jeugdzorg in Nederland aan het experimenteren geslagen. Zo ook Bureau Jeugdzorg Rijnland in Leiden.

Er is in het afgelopen jaar in Leiden veel bereikt. Op één gezamenlijke locatie verenigd als Bureau Jeugdzorg Rijnland (BJR) bieden jeugd GGZ en de Stichting Jeugdzorg één toegang tot de jeugdzorg. De voorpostenteams van Bureau Jeugdzorg zijn erin geslaagd goede werkrelaties aan te gaan met personen en instellingen dichtbij de doelgroep zoals scholen, gemeentelijke instellingen, politie en andere instanties in het veld. Het BJR heeft in 1999 1014 aanmeldingen verwerkt. Er is een redelijk instrumentarium ontwikkeld voor sturing van vele functies zoals protocollen, standaarden, behandelplannen, formulieren en handboeken. De meerderheid van instanties die jeugdigen en hun opvoeders naar BJR verwijzen zijn redelijk tevreden.

Er blijft nog veel te doen. De wachtlijst voor screening bedraagt nu 4 weken, voor ambulante hulp zelfs zes maanden. Het diagnostiek traject duurt nog te lang, gemiddeld 95 dagen. Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet aan geen enkele eis voor de functies zoals die zijn vastgesteld door de Projectgroep Toegang. De mogelijkheid om de Rijngesest Groep optimaal in te zetten wordt nog niet ten volle benut.

Iedereen beseft dat één jaar voor het ontwikkelen van een volwaardig Bureau Jeugdzorg te kort is. Maar er zal op korte termijn voldaan moeten worden aan basale randvoorwaarden indien men de positieve ontwikkeling van BJR wil doorzetten. Allereerst zal de Provincie meer financiële middelen ter beschikking moeten stellen voor het uitoefenen van de vereiste functies. Ten tweede zal de Rijngesest groep op een structurele wijze een grotere bijdrage moeten leveren aan het voordeurteam en de functie consultatie moeten uitbouwen. Ten derde zal het indicatietraject conform de richtlijnen ontwikkeld moeten worden. Ten vierde zal er intensiever met de Multifunctionele Organisaties (MFO's) moeten worden overlegd zodat er vanuit een partnerschap gedachte gewerkt kan worden, onder andere in de ambulante hulpverlening. Tenslotte zal snel uitbreiding van de ambulante hulpverlening met kracht ter hand genomen moeten worden om de wachtlijsten in te korten. Het verder ontwikkelen van het 5 gesprekken model en andere snelle hulpvormen aan oudergroepen of andere doelgroepen is een belangrijke optie om de ambulante hulp te verbeteren.

Inhoud

Woord van dank	3
Samenvatting	4
Inhoud	5
1 Inleiding en vraagstelling	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Werkwijze	8
1.4 Leeswijzer	9
2 Analyse kader	10
2.1 Beleid ten aanzien van jeugdzorg	10
2.2 Bestuurlijke verantwoordelijkheden en sturingsinstrumenten	12
2.2.1 Samenwerking tussen de afzonderlijke sectoren	12
2.2.2 Meerjarenafspraken	12
2.3 Financiering van de jeugdhulpverlening	14
3 Toetsing werkwijze Bureau Jeugdzorg Rijnland te Leiden aan het zo-zo-zo-zo beleid en aan de systeemeisen van Projectgroep Toegang	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Toetsing werkwijze bureau Jeugdzorg Rijnland in Leiden aan het zo-zo-zo-zo beleid	17
3.2.1 Zo dichtbij mogelijk	17
3.2.2 Zo kort mogelijk	18
3.2.3 Zo licht mogelijk	19
3.2.4 Zo snel mogelijk	19
3.3 Toetsing werkwijze Bureau Jeugdzorg Rijnland aan de systeemeisen van projectgroep Toegang	19
3.3.1 Inleiding	19
3.3.2 Functie Aanmelding	21
3.3.3 Functie Screening	22
3.3.4 Functie Diagnostiek	24
3.3.5 Functie Indicatiestelling	25
3.3.6 Functie Zorg Toewijzing: het Zorg Toewijzings Orgaan ZTO	26
3.3.7 Functie Plaatsing	27
3.3.8 Functie Casemanagement	27
3.3.9 Functie Vrij Toegankelijke Hulpverlening	27

4	Organisatievorm Bureau Jeugdzorg Rijnland	28
5	Enquête onder instanties die jeugdigen en hun opvoeders verwijzen naar BJR	32
6	Conclusie	33
7	Aanbevelingen	35
7.1	Samen door één deur	35
7.2	Naar een brede Bureau Jeugdzorg	35
7.3	Verbetering van het traject Diagnostiek en Indicatiestelling	36
7.4	Gedetailleerde aanbevelingen	36
7.4.1	Organisatievorm en management	36
7.4.2	Doelgroepenbeleid	37
7.4.3	Kwaliteitsbevordering	38
7.4.4	Registratie en monitoring	39
7.4.5	Intensivering samenwerking met Multifunctionele Organisaties (MFO's)	40
7.4.6	Diversiteitsbeleid	40
	Literatuurlijst	42
	Bijlage A Regio indeling Jeugdzorg Zuid-Holland	47
	Bijlage B Overeenkomst tot oprichten en instandhouden van Bureau Jeugdzorg Zuid Holland-Noord	55
	Bijlage C Doel en werkgebied	59
	Bijlage D Systeemeisen voor de functie Aanmelding	63
	Bijlage E Normen en resultaten 1999 Bureau Jeugdzorg Rijnland	73
	Bijlage F Voortgang vernieuwing jeugdzorg	101
	Bijlage G Brief financiering Bureau Jeugdzorg	109
	Bijlage H Overzicht belangrijkste cijfers VDT 1999	113
	Bijlage I Overzicht intake-criteria	117
	Bijlage J Ondernemingsplan Bureau Jeugdzorg 2000 Rijnland	123
	Bijlage K Indicatieformulier zorgtoewijzing	131
	Bijlage L Resultaten van een schriftelijke enquête	137
	Bijlage M Interculturalisatie van de Stichting Jeugdzorg. Een plan van aanpak	155

1 Inleiding en vraagstelling

1.1 Aanleiding

Dit is het evaluatierapport van Bureau Jeugdzorg Rijnland (BJR) in Leiden over de periode september 1998 tot maart 2000. Dit bureau heeft de verantwoordelijkheid voor één toegang in de jeugdzorg voor de regio Zuid-Holland Noord². Met het begrip jeugdzorg worden de activiteiten in de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd GGZ) aangeduid. Conform het regeerakkoord van 1998 en het regeringsstandpunt Regie in de Jeugdzorg van 1994 moeten jeugdigen en hun opvoeders via één organisatie toegang krijgen tot alle vormen van jeugdzorg. De projectgroep Toegang, ingesteld in 1995 door de staatssecretarissen van de ministeries Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie, stelt dat het Bureau Jeugdzorg die ene organisatie moet zijn.

Op 9 februari 1998 ging de Stuurgroep Jeugdzorg Zuid-Holland Noord akkoord met de definitieve organisatorische vormgeving van de toegang tot de jeugdzorg. Daarmee kon de invoering van een Bureau Jeugdzorg voor de regio Zuid-Holland Noord van start gaan. Aangezien de overeenkomst tussen de partijen³ over de oprichting van het samenwerkingsverband 'Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland Noord' per 1 januari 2000 afliep achtte de Directieraad⁴ een korte evaluatie van het Bureau noodzakelijk.

1.2 Vraagstelling

Deze evaluatie is niet meer dan een "Quick Scan" over een periode van ruim een jaar waarbij de vragen van de Directieraad of het Bureau Jeugdzorg "werkt" en "wat er bereikt is en wat niet", doorslaggevend waren. Deze korte verkenning had de volgende vier doelstellingen:

1. zijn geformuleerd in de systeemeisen van de Projectgroep Toegang⁵ en aan de doelstellingen 1 en 2 uit de conceptovereenkomst (Bijlage C);
2. nagaan of BJR doelmatig en doeltreffend heeft gefunctioneerd in het afgelopen jaar;
3. nagaan of de organisatorische vorm voldoet;
4. de mening peilen van "verwijzende instanties" en "afnemers".

² Bijlage A bevat de kaart met de regio indeling Jeugdzorg Zuid-Holland en de lijst met gemeenten die samen de regio Zuid-Holland Noord vormen met het aantal jeugdigen van 0 - 19 jaar.

³ Voor een volledige lijst van partijen wordt verwezen naar Bijlage B.

⁴ De directie van het Bureau Jeugdzorg wordt gevoerd door de Directieraad bestaande uit twee leden: de algemeen directeur van de Stichting Jeugdzorg en de algemeen directeur van de Jeugd GGZ of diens rechtsopvolger.

⁵ Zie voor deze systeemeisen Bijlage D, conform het Eindadvies Toegang tot de Jeugdzorg' Utrecht Mei 1999.

In overleg met de twee bureaumanagers van Bureau Jeugdzorg Rijnland Karel Diephuis van Stichting Jeugdzorg en Thomas Overing van Rijngest Groep Kinder- en Jeugd GGZ werden aan de hand van deze doelstellingen de volgende concrete vragen geformuleerd:

1. 'werkt' het Bureau Jeugdzorg?
2. worden cliënten tijdig verwezen zodat ze meteen de hulp krijgen die ze nodig hebben?
3. zijn de wachtlijsten voor de niet vrij toegankelijke hulp en andere hulpvormen verminderd?
4. worden de aangemelde kinderen minder vaak onderzocht?
5. zijn de hulplijnen korter geworden?
6. is BJR in het algemeen een verbetering ten opzichte van de vorige structuur?

1.3 Werkwijze

De evaluatie bestond uit drie fasen:

1. oriëntatie fase: lezen van relevante literatuur en overleg met deskundigen;
2. interviews met medewerkers en andere belanghebbenden;
3. opiniepeiling onder personen en instellingen die jeugdigen naar BJR verwijzen.

Na goedkeuring van de doelstellingen en evaluatievragen door de Directieraad werd de opzet voor het semi-gestructureerde interview aan de managers van BJR ter commentaar voorgelegd. Hierna werden 21 personen geïnterviewd. De meeste gesprekken werden na toestemming van betrokkene op band opgenomen. Uit het registratiesysteem "KWIS in de Toegang" werden aanmeldingsgegevens en verwijzingen naar Diagnostiek en Indicatiestelling, Plaatsing en Zorgtoewijzing geanalyseerd (Bijlage E). Protocollen, handleidingen en ideeën van medewerkers werden bestudeerd. De organisatorische opzet werd aan een snelle screening onderworpen met specifieke aandacht voor de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de jeugd GGZ. Tenslotte werden de teruggestuurde vragenlijsten geanalyseerd.

Met de twee managers van BJR was gedurende het gehele evaluatietraject veelvuldig contact. Zij werden op 15 februari mondeling op de hoogte gebracht van de voorlopige bevindingen van de evaluatie.

Op 16 februari werd een conceptrapport aan hen ter commentaar overhandigd voor bespreking in de Directieraad. Op 8 maart 2000 werd het concept eindrapport aan de bureaumanagers overhandigd.

Beperkingen van de evaluatie.

Gezien de korte tijd dat voor deze evaluatie beschikbaar was zijn Jeugdbescherming en de Algemene Meldpunten Kindermishandeling (AMK) buiten beschouwing gelaten. Er zijn voor deze evaluatie geen cliënten van Bureau Jeugdzorg geïnterviewd.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op het analysekader. In hoofdstuk 3 wordt het werkwijze van Bureau Jeugdzorg Rijnland getoetst aan het 'zo-zo-zo-zo' beleid en aan de systeemeisen van Projectgroep Toegang. In hoofdstuk 4 komt de organisatievorm van Bureau Jeugdzorg Rijnland aan bod. Hoofdstuk 5 bevat de conclusies. Tenslotte volgt hoofdstuk 6 met de aanbevelingen.

2 Analysekader

Voor een zorgvuldige en rechtvaardige toetsing van de werkwijze van Bureau Jeugdzorg Rijnland aan de systeemeisen van Projectgroep Toegang en voor een juist inzicht in de politieke en bestuurlijke randvoorwaarden waaronder Bureaus Jeugdzorg moeten opereren is eerst een korte analyse van het beleid ten aanzien van jeugdzorg, van de bestuurlijke verantwoordelijkheden en sturingsinstrumenten en tenslotte van de financiering van de jeugdhulpverlening op zijn plaats.

2.1 Beleid ten aanzien van jeugdzorg

De bezuinigingen die de jeugdzorg rond 1993 troffen riepen heftige protesten op. Dit leidde tot een onderzoek op verzoek van de minister van VWS om die zorg door te lichten. Het onderzoek concludeerde dat verbetering van de toegang tot de jeugdzorg een prioriteit was. Met het begrip jeugdzorg worden de activiteiten in de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd GGZ) aangeduid. In 1994 bracht de regering haar standpunt uit in "Regie in de Jeugdzorg" en droeg aan de drie bovengenoemde sectoren op om er voor te zorgen dat alle jeugdigen en hun opvoeders via één organisatie toegang krijgen tot alle vormen van jeugdzorg. Om deze toegang voor jeugdigen zo goed mogelijk te regelen werd in 1995 de projectgroep Toegang ingesteld door de staatssecretarissen van de ministeries van VWS en Justitie. De projectgroep Toegang bracht in mei 1999 haar eindrapport uit, waarin gesteld wordt dat het Bureau Jeugdzorg die ene toegangsfunctie moet zijn (Projectgroep Toegang 1999).

Een ander belangrijke commissie, de interdepartementale commissie Jeugdonderzoek (CJO), maakte in 1997 een start met een onderzoeksprogrammering onder de titel: "Zicht op jeugd: jeugd op weg naar de toekomst". De expertiseteams brachten in 1999 verslag uit van hun bevindingen. In het eindrapport van de commissie staat de zelfsturing principe van jongeren centraal (CJO 1999).

De Provincie Zuid-Holland publiceerde in 1999 de Jeugdrapportage Zuid-Holland 1999 en het rapport "Met het oog op jongeren. Onderzoek naar gezondheid en leefgewoonten onder jongeren van 12 tot en met 26 jaar in de provincieregio's Zuid-Holland Noord, Midden en Zuid" uit. In 2000 bracht de provincie drie rapporten over de jeugdhulpverlening uit: Actieprogramma 2000, Regiovisie jeugdzorg, Plan Jeugdhulpverlening 2000 - 2003 en het Bestedingsprogramma Steunfunctieprojecten jeugdbeleid 2000 (Provincie Zuid-Holland 1999 en 2000). Deze rapporten van de Provincie Zuid-Holland geven de regiovisie van de provincie weer ten aanzien van jongeren.

In december 1999 verscheen "Jeugdbeleid in Bal(la)ns" met de afspraken tussen rijk, provincies en gemeenten over een gezamenlijk jeugdbeleid in het kader van het bestuursakkoord nieuwe stijl.

De Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg (Commissie Günther) bracht haar rapport "Van antwoord naar vraag: een nieuw zicht op Jeugdzorg" uit in november 1999 (Adviescommissie Wet op de jeugdzorg 1999).

Staatssecretaris Vliegthart gaf op 15 maart 2000 in de Tweede Kamer haar visie op het eindrapport van Projectgroep Toegang en op het rapport van de Adviescommissie Wet op de jeugdzorg. Bijlage F geeft een samenvatting van haar standpunt.

De overheid wil de toegang tot de jeugdzorg zo goed en eenvoudig mogelijk geregeld hebben en heeft in onderstaande schema aangegeven hoe jeugdigen en hun opvoeders binnenkomen in de jeugdzorg:



Casemanagement

De Projectgroep Toegang heeft in 1999 in haar eindrapport systeemeisen geformuleerd voor bovenstaande functies. De werkwijze van Bureau Jeugdzorg Rijnland wordt in hoofdstuk 3 aan deze eisen getoetst.

Twee strategische lijnen kunnen in het overheidsbeleid wat betreft de jeugdzorg worden onderscheiden:

- * zorgvragen die jeugdigen en hun opvoeders stellen moeten conform het "zo-zo-zo-zo" beleid worden beantwoord:
 - met zorg die zo dicht mogelijk bij huis is;
 - zorg die zo kort mogelijk duurt;
 - zorg die zo licht mogelijk is en tenslotte
 - zorg die zo snel mogelijk wordt gegeven, dat wil zeggen op het eerste moment dat er aan problemen of stoornissen wat valt te doen.
- * die zorg moet worden verleend via één toegang: de Bureaus Jeugdzorg.

Als er zwaardere zorg nodig is, dan wordt die zorg ook vanuit Bureau Jeugdzorg gezocht. Het bovenstaande is conform het zogenaamde Kantelbeleid van de overheid dat stelt dat *de vraag uit de maatschappij bepalend moet zijn voor de geleverde zorg en niet het voortbestaan per sé van de individuele instituties*. De werkwijze van Bureau Jeugdzorg Rijnland zal in dit evaluatierapport behalve aan de systeemeisen van de Projectgroep Toegang ook getoetst worden aan het zo-zo-zo-beleid.

2.2 Bestuurlijke verantwoordelijkheden en sturingsinstrumenten

2.2.1 Samenwerking tussen de afzonderlijke sectoren

Het regeringsbeleid in het kader van regie in de Jeugdzorg, het regeerakkoord 1998 en de Projectgroep Toegang in haar eindrapport gaan verder dan hetgeen op basis van de bestaande wet- en regelgeving afdwingbaar is. Het is belangrijk om te beseffen dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg langs sectorale lijnen verloopt. De af te dwingen veranderingen verlopen ook langs deze sectorale lijnen. De provincie kan de rechtspositie van bureaus Jeugdzorg beïnvloeden. De provincie heeft echter niet de mogelijkheid om de jeugd GGZ en de jeugdbescherming te dwingen om deel te nemen in het Bureau Jeugdzorg ondanks het feit dat jeugd GGZ conform Regie in de Jeugdzorg onderdeel is van de jeugdzorg (van Montfoort 2000).

De verschillen in bestuurlijke en politieke aansturing tussen Stichtingen Jeugdzorg en de jeugd GGZ worden nog versterkt door verschillen in inhoudelijke oriëntatie. De jeugd GGZ wil haar professionele verbinding met de volwassen psychiatrie en met de geneeskunde in het algemeen behouden om haar kritische massa niet te verliezen. Ook met het oog op de verschillende CAO's is er weinig animo om van de jeugd GGZ over te gaan naar Bureau Jeugdzorg. Er zijn te weinig kinderpsychiaters die structureel in Bureaus Jeugdzorg ingezet zouden kunnen worden.

2.2.2 Meerjarenafspraken

De bewindslieden van VWS en Justitie kunnen over de aanwending van extra middelen die in 2000 en volgende jaren beschikbaar gesteld worden meerjaren afspraken maken met de provincies. Er zijn een aantal keren al meerjarenafspraken gemaakt voor de financiering van de Bureaus Jeugdzorg. Het kader van de meerjarenafspraken wordt gevormd door het overeengekomen perspectief voor de Bureaus Jeugdzorg in 2002: *Elke regio beschikt op 1 januari 2003 over een Bureau Jeugdzorg dat voldoet aan de landelijke afgesproken functies en systeemeisen, waaraan alle drie de sectoren jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-GGZ deelnemen en dat een verbinding heeft gelegd met het lokale jeugdbeleid*.

Partijen stellen de volgende randvoorwaarden bij een succesvolle uitvoering van de resultaatafspraken:

- in werking zijn van de reeds gemaakte afspraken over het protocol voor evidente kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek;
- overeenstemming in 1999 tussen de bij de jeugdzorg betrokken financiers over een deugdelijke financiële normering die inzicht biedt in:
 - de kosten van de uitvoering van de afzonderlijke functies van de Bureaus Jeugdzorg conform de landelijk afgesproken systeemeisen;
 - de relatie tussen de kosten en de omvang (volume) van het aantal cliënten voor wie de functies wordt vervuld;
- de ontwikkeling van een adequaat registratiesysteem voor de BJZ en inzicht in de implementatie en instandhoudingskosten;
- inzicht in de noodzakelijke inhoudelijke expertise ter ondersteuning van het implementatieproces;
- een regelmatige, krachtig en eenduidige communicatie van het doel en de achtergronden van de inrichting van een toegang tot de jeugdzorg met bijbehorende meerjarenafspraken.

Minimaal te bereiken tussenresultaten BJZ per jaar.

Met het oog op de voortgaande structurering van het implementatieproces in de jeugdzorg wordt voor de jaren 2000 t/m 2002 een overeenkomstig stramien voor de resultaatafspraken per jaar gehanteerd als beschreven voor het jaar 1999. Concreet houdt dat in dat via een trapsgewijze opbouw per jaar steeds één of meer functies conform de systeemeisen in de BJZ geïmplementeerd zullen worden met als eindperspectief een compleet afgeronde implementatie van de functies per 1 januari 2003. Analooq aan de afspraken voor 1999 geldt ook hierbij dat BJZ die verder in hun ontwikkeling zijn, jaarlijks ook andere dan de minimaal te realiseren functies, kunnen implementeren. Op basis van de implementatieplannen BJZ en de uitkomsten van de adviestrajecten zullen betrokken partijen voor de jaren na 1999 de per jaar minimaal te bereiken tussenresultaten door BJZ vaststellen. Voor het jaar 2000 en mogelijk de volgende jaren zal dit uiterlijk per 1 oktober 1999 plaatsvinden. Analooq aan de procedure voor het maken van meso-afspraken 1999 zal in de jaren 2000 – 2002 de volgende procedure worden gehanteerd:

- de BJZ stellen jaarlijks in december op basis van het ondernemingsplan en de bereikte resultaten in het afgelopen jaar een implementatieplan op voor het komende jaar;
- de provincies en de grootstedelijke regio's leggen in januari verantwoording af over de resultaten van het afgelopen jaar en komen ten behoeve van de meerjarenafspraken met een voorstel van de te bereiken resultaten in het komend jaar;
- rijk, provincies en grootstedelijke regio's maken in februari meso-afspraken voor het lopende jaar, op basis van de meso-afspraken stelt het rijk in april de eventuele intensiveringmiddelen beschikbaar.

2.3 Financiering van de jeugdhulpverlening.

De bewindslieden van VWS en Justitie kunnen over de aanwending van extra middelen die in 2000 en volgende jaren beschikbaar gesteld worden meerjaren afspraken maken met de provincies. Ook in de provincie Zuid-Holland zijn meerjarenafspraken gemaakt. De provincies overleggen op hun beurt met de directeurs van de Stichtingen Jeugdzorg over de toekenning van de budgetten. Wat betreft financiering van jeugd GGZ overlegt GGZ Nederland als koepelorganisatie met de zorgverzekeraars waarbij per jeugd GGZ productieafspraken worden gemaakt mede aan de hand van bevolkingsindicatoren en wordt via een sleutel per inwoner per verrichting afgerekend. Wat betreft de inbreng van de jeugd GGZ in Bureau Jeugdzorg Rijnland werd een aantal verrichtingen ingebracht. Maar zoals reeds gezegd is heeft de provincie echter géén mogelijkheden de jeugd GGZ en de jeugdbescherming te dwingen deel te nemen in het Bureau Jeugdzorg (van Montfoort 2000). Zoals hierboven is geschetst verloopt de financiering van de jeugd GGZ via de AWBZ, waarbij strenge "productieafspraken" zijn gemaakt. Deze productie afspraken zijn bij de jeugdhulpverlening nu pas in ontwikkeling. Hoewel er reeds concrete plannen zijn om de AWBZ aan te passen cq. te moderniseren zal dat proces waarschijnlijk nog vele jaren in beslag nemen terwijl de Bureaus Jeugdzorg al per 1 januari 2003 functioneel moeten zijn. Tussentijdse aanpassing van de AWBZ lijkt dan vereist (van Montfoort 2000). Twee belangrijke knelpunten spelen rond de financiering:

- de Provincies hanteren geen inzichtelijke indicatoren op grond waarvan zij afweging maken tussen toekenning van financieringsmiddelen tussen Bureaus Jeugdzorg, ambulante hulpverlening, preventie, en de veel duurdere residentiële zorg. De indruk kan niet worden weggenomen dat de residentiële hulpverlening relatief een te groot deel ontvangt terwijl het uitgangspunt van Paars 2 toch het zo-zo-zo-zo beleid is. De directeurs van de Stichtingen Jeugdzorg Den Haag/Zuid-Holland Noord en van de Stichting Jeugdzorg Rotterdam/Zuid-Holland Zuid hebben in februari 2000 aan de Provincie Zuid-Holland een voorstel gedaan om te komen tot een meerjaren convenant over de financiering van Bureaus Jeugdzorg (Bijlage G);
- de gemengde financiering voor dezelfde hulp uit het AWBZ en andere middelen. Zie hierboven.

3 Toetsing werkwijze Bureau Jeugdzorg Rijnland te Leiden aan het zo-zo-zo-zo beleid en aan de systeemeisen van Projectgroep Toegang

3.1 Inleiding

Eerst wordt hier kort nagegaan of jongeren met problemen en hun opvoeders de weg weten te vinden naar Bureau Jeugdzorg Rijnland. Met andere woorden: wat is het "bereik" van Bureau Jeugdzorg? Daarna zal de werkwijze van BJR worden getoetst aan het zo-zo-zo-zo beleid van de overheid en aan de systeemeisen van Projectgroep Toegang.

Volgens het landelijk onderzoek van TNO-PG naar psychosociale problemen had 6 - 9% van de 1 - 15 jarigen volgens hun ouders een verhoogde score op de Child Behaviour Check List (CBCL) dat in Nederland het best gevalideerd instrument is voor het opsporen van psychosociale problemen. 85% van deze kinderen met een verhoogde score was ten tijde van het onderzoek niet onder behandeling voor psychosociale problemen. Jeugdartsen en verpleegkundigen constateerden bij één op de vijf kinderen psychosociale problemen, variërend van 9% van de 1- 4 jarigen tot 25% van de 5 - 15 jarigen. In de meeste gevallen betrof het lichte of matige problemen en bij ten hoogste 3% was er volgens de JGZ sprake van zware problematiek (TNO-PG 1999).

Het Sociaal en Cultureel Planbureau geeft in de Rapportage Jeugd 1997 de volgende cijfers voor situaties die mogelijk een bijdrage leveren aan psychosociale problemen bij jongeren:

- 9% van de 0 - 18 jarigen groeit op in een eenoudergezin;
- van 5% van de leerlingen hebben de ouders vaak ernstige ruzie;
- 11 - 14% kan niet goed overweg met één van de ouders;
- 11% van de 0 - 16 jarigen maakt deel uit van een huishouden met een zeer laag inkomen, nog eens 7% behoort tot een huishouden met een laag inkomen;
- 20% van de leerlingen in het voortgezet onderwijs gebruikt softdrugs en bijna 4% heeft geëxperimenteerd met harddrugs;
- 30% van de leerlingen gaf aan zich het afgelopen jaar schuldig te hebben gemaakt aan delinquent gedrag.

In een steekproef van 200 ouders en kinderen boven de 12 jaar gaf 21,8% van de ouders aan dat er volgens hen een ernstige stoornis was bij hun kind. In dezelfde steekproef gaf 21,5% van de adolescenten aan dat bij henzelf sprake was van een ernstige stoornis. De overlap tussen beide groepen was echter slechts 4%, de meeste adolescenten met DSM-III-R diagnose geven weinig problemen met dagelijks functioneren. In hetzelfde epidemiologisch onderzoek gaf Verhulst aan dat ongeveer 7% van de jongeren aan een ernstig psychiatrische stoornis lijdt (Verhulst 1997).

Op grond van bovenvermeld onderzoek is het aannemelijk dat bij ongeveer 7% van kinderen van 0 - 19 jaar ernstige psychosociale problemen voorkomen waarbij hulp of ondersteuning gewenst is. In de 21 gemeenten die tezamen de regio Zuid-Holland Noord vormen wonen 123.477 personen tussen de 0 en 19 jaar (zie Bijlage A). Dit zou voor de regio Zuid-Holland Noord betekenen dat ongeveer 9.000 kinderen hulp of ondersteuning nodig hebben wegens ernstige psychosociale problemen. Het landelijk TNO-PG onderzoek gaf aan dat 85% van de kinderen die volgens hun ouders een verhoogde score op de CBCL hadden niet onder behandeling waren. Als wij dit vertalen naar de 9.000 kinderen in de regio Zuid-Holland Noord dan zullen ouders van 7.650 kinderen een verhoogde score op de CBCL hebben aangegeven. Een deel van deze kinderen zal door steun uit de directe omgeving en andere beschermende factoren geen hulp nodig hebben, maar waarschijnlijk is toch een grote groep van deze 7.650 kinderen wel op hulp aangewezen. Een deel van deze laatste groep zal hulp ontvangen via particulier gevestigde therapeuten, een deel zal reeds hulp ontvangen via andere kanalen dan Bureau Jeugdzorg en een deel zal geen hulp zoeken. In het korte tijdsbestek dat voor deze evaluatie beschikbaar was kon niet worden nagegaan in hoeverre een deel van deze jongeren inderdaad hulp ontving. Er zal een onderscheid gemaakt moeten worden tussen nieuwe aanmeldingen en reeds bekende cliënten, er zal rekening gehouden moeten worden met verhuizingen al dan niet binnen de regio en er zal een indeling gemaakt moeten worden naar soorten hulpverlening.

Ondanks deze slagen om de arm valt het op dat bij Bureau Jeugdzorg Rijnland als het enige Bureau Jeugdzorg in de regio Zuid-Holland Noord in een periode van één jaar slechts 1014 aanmeldingen binnen kwamen waarvan slechts 431 kinderen naar screening werden verwezen (zie Bijlage H). Opvallend is dat het vooral kinderen boven de 6 jaar naar BJR worden verwezen (84% is ouder dan 6 jaar). Het is niet ondenkbaar dat bij jongere kinderen problemen soms te laat worden (h)erkend. Hoe men ook tegen de bovenvermelde getallen over het voorkomen van psychosociale problemen ook aankijkt en wat men ook denkt over de plaats waar jongeren hulp vinden kan zich afvragen of niet te weinig jeugdigen en hun opvoeders gebruik maken van Bureau Jeugdzorg Rijnland in Leiden. Dit zal ook met name gelden voor die groepen die moeilijk bereikbaar en moeilijk te helpen zijn zoals zwakbegaafde jongeren, jongeren met zowel psychiatrische als gedragsproblemen, jongeren in de reclassering en tenslotte de jongeren "waarvoor we bang zijn": jongeren met ernstige gedragsproblemen. Ook wordt de maatschappij geconfronteerd met meisjes met ernstige problemen waarop wij geen antwoord hebben. Het is natuurlijk wrang te moeten constateren dat justitie steeds meer strafinrichtingen bouwt terwijl in de maatschappij te weinig hulp geboden kan worden aan jongeren met psychosociale problemen.

Zulke getallen zijn echter onvoldoende om een beleid op te baseren. Het is belangrijker om, zoals ook Ernst & Young Consulting aangeeft, te kijken naar het aantal jongeren in relatie met aanmeldingen en een aantal kerngegevens zoals sociaal-economische, sociaal-emotionele en demografische gegevens (Ernst & Young 1999). Op basis daarvan kan een bereik en een dekkingsgraad worden vastgesteld en kunnen budgetten aan de Bureaus Jeugdzorg worden verdeeld. Maar dan moeten de voorposten wijken in kaart brengen en de aanvragen daaraan relateren. Een andere benadering zou kunnen zijn om gemeenschappelijke problemen met een gemeenschappelijk kortdurende ambulante hulpaanbod te beantwoorden. Een gemeenschappelijk

hulpaanbod zou moeten bestaan uit zorgprogrammering. Een cliënt zou dan zorg krijgen via verschillende zorgmodulen. Als men bijvoorbeeld ervan uitgaat dat het bij ongeveer 80% van de problemen om gezagsproblematiek gaat dan kan via een groepsaanbod aan ouders doelmatig hulp geboden worden. Een andere hulpvorm zou via het vaststellen van risicogroepen kunnen lopen en het aanbieden van specifieke programma's aan deze groepen, zoals dat recent voorgesteld werd door de Raad van Kinderbescherming

Waarom worden die jongeren niet of nauwelijks bereikt? Dit wordt in de volgende paragrafen toegelicht.

3.2 Toetsing werkwijze bureau Jeugdzorg Rijnland in Leiden aan het zo-zo-zo-zo beleid

3.2.1 Zo dichtbij mogelijk

De interdepartementale commissie Jeugdonderzoek (CJO) stelde in 1999 in haar rapport "Zicht op jeugd: jeugd op weg naar de toekomst" zelfsturing door jongeren centraal. Een aansluitend doel van het preventiebeleid van de overheid is zoveel mogelijk gezinnen en personen uit de hulpverleningssfeer te houden. De voorpostenteams van Bureau Jeugdzorg lijken geknipt voor deze taken. Zij onderhouden immers waardevolle contacten met vele maatschappelijke instellingen heel dicht in het veld: onderwijs, de leerplichtambtenaar, gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en), algemeen maatschappelijk werk (AMW), buurthuizen, Jongeren Informatie Punten (JIP), politie. De voorposten zijn erin geslaagd op een aantal scholen bij te dragen tot effectieve multidisciplinaire Zorg Advies Teams (ZAT) waarin leerkrachten, leerplichtambtenaar, GGD, AMW en Bureau Jeugdzorg uitstekend samenwerken. De voorpostenteams hebben door hun intensieve voorlichtingscampagnes bijgedragen aan de naamsbekendheid van BJR. Via vaardigheidstrainingen dragen de voorpostenteams bij aan deskundigheidsbevordering. Met Voortgezet Onderwijs/Speciaal Voortgezet Onderwijs (VOSVO) is een project voorbereid dat ingediend is in het kader van de regiovisie. Verder participeert BJR in een netwerk van interne begeleiders in het samenwerkingsproject opgezet zoals "Weer samen naar school".

Ook wat betreft het toewijzen geldt het zo-zo-zo-zo beleid. Voor plaatsingen buiten de regio moet worden beargumenteerd waarom de geografische afstand nodig is.

In vergelijking met vroeger is deze voorhoede van BJR zo dicht bij de mensen een enorme stap vooruit. Er is veel bereikt en de verwachtingen zijn hoog gespannen. Maar het voorpostenteam heeft slechts 4 leden en heeft slechts de beschikking over 3 FTE's. Daarvan kan men geen wonderen verwachten. De volgende knelpunten worden signaleerd:

- er is nog geen eenduidig beleid en er zijn nog geen heldere prioriteiten gesteld voor het voorpostenteam;

- de aansluiting op het gemeentelijke jeugdbeleid, laat staan een eigen preventiebeleid voor het voorpostenteam, zijn nog niet gerealiseerd;
- door de wachtlijsten en door de wens basisinstellingen, zoals opvoedbureaus van Stichting Spel en Opvoedingsvoorlichting en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) snel in te schakelen is men geneigd potentiële klanten rechtstreeks naar andere organisaties te verwijzen;
- er wordt nog te weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om, eventueel samen met anderen, projecten te formuleren voor financiering met gelden van het Grote Steden Beleid (GSB);
- de positie van individuele teamleden ten aanzien van het geven van ambulante kortdurende hulpverlening is onzeker. Officieel kan men deze hulp alleen aanbieden indien een klant reeds geregistreerd is bij BJR. Maar door de wachtlijsten voor screening bij BJR zijn de medewerkers van het voorpostenteam geneigd om in een adviesgesprek al incidenteel de noodzakelijke hulp te geven;
- het winnen van vertrouwen van verwijzende instellingen en hen te ondersteunen hoe zij jeugdigen kunnen verwijzen is mede op grond van slechte ervaring van deze instellingen met de jeugdhulpverlening uit het verleden een langdurig maar noodzakelijk proces. Daar gaat veel energie en tijd in zitten;
- veel van de activiteiten in het onderwijs betreffen het middelbaar onderwijs. Er is nog weinig ontwikkeld voor de basisscholen en peuterspeelzalen;
- het zogenaamde "wachtlijstbegeleiding" traject is nog onvoldoende uitgewerkt. Hoewel dit geen reguliere taak van het voorpostenteam maar van het team ambulante hulp is, zou een goede invulling van dit "wachtlijstbegeleiding" traject een verbetering zijn.

3.2.2 Zo kort mogelijk

Hulp zou zo kort mogelijk moeten duren. Er is een algemene tendens om langdurige behandelingen zo veel mogelijk te vervangen door kortdurende, liefst ambulante therapieën. Aangezien Bureau Jeugdzorg via het Zorg Toewijzingsorgaan (ZTO) de niet-vrij toegankelijke zorg toedeelt aan instituties, heeft de wens van korte ambulante therapieën mogelijk geleid tot een verminderde bezettingsgraad van de residentiële instellingen zoals bijvoorbeeld van de Mare. Het bureau Jeugdzorg heeft op dit moment onvoldoende capaciteit en nu ook nog onvoldoende kennis in huis om op grote schaal verschillende soorten kortdurende ambulante hulp aan te bieden terwijl daar wel degelijk een groot behoefte aan bestaat. Het hele traject van de hulp duurt nu nog veel te lang. De wachtlijst voor de screening bedraagt nu ruim vier weken. De wachtlijst voor ambulante hulp is zes maanden en over de diagnostiek wordt gemiddeld 95 dagen gedaan. Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet niet aan het criterium zo kort mogelijk.

3.2.3 Zo licht mogelijk

In de Wet op de Jeugdhulpverlening wordt met "licht" bedoeld dat jongeren zo lang mogelijk buiten de langdurige residentiële setting gehouden moeten worden, dus hulp krijgen die niet zwaarder is dan strikt noodzakelijk voor de oplossing van het probleem. Ook wordt met "licht" bedoeld dat jongeren en hun opvoeders door zelfsturing zoveel mogelijk zelf hun problemen moeten oplossen zodat zij zo lang mogelijk buiten de hulpverleningscircuit blijven. Binnen het korte tijdsbestek van deze evaluatie kon niet worden vastgesteld of BJR voldoet aan deze eis.

Wel is er binnen BJR een experimenteel hulpaanbod ontwikkeld in samenwerking met Joep Choy. Het gaat daarbij om een oudercursus van 5 bijeenkomsten en geprotocolleerde systeemtherapie van 7 gesprekken. De laatste vorm wordt uitgevoerd door systeemtherapeuten. De aanleiding voor het ontwikkelen van deze cursussen was de wachtlijst voor ambulante hulpverlening terug te dringen en om cliënten die wachten op geïndiceerde zorg in de tussentijd hulp aan te bieden. Daarnaast wordt dit oudercursus als een differentiatie gezien binnen het ambulante hulpaanbod. Bij het ontwikkelen van verschillende vormen van ambulante hulp kan de situatie ontstaan dat de instellingen op dit gebied elkaar (gaan) beconcurreren. Zo is bijvoorbeeld de Mare mede door de lage bezetting gedwongen uit te zien naar alternatieve werkzaamheden zoals bijvoorbeeld kortdurende ambulante hulpverlening. Coördinatie en afstemming en vooral zorgvuldige onderzoek naar de soorten hulpvragen is hierbij essentieel.

3.2.4 Zo snel mogelijk

Hier moet worden vastgesteld dat niet alleen de daadwerkelijke hulptraject zo kort mogelijk moet zijn, maar ook de aanloopfase inclusief de diagnostiek. Met een wachttijd van ruim vier weken voor screening, een diagnostiek traject dat gemiddeld 95 dagen duurt en een wachttijd van ruim zes maanden voor ambulante hulpverlening kan men niet van zo kort mogelijk spreken. Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet dus niet aan de eis zo snel mogelijk.

3.3 Toetsing werkwijze Bureau Jeugdzorg Rijnland aan de systeemeisen van projectgroep Toegang

Dit hoofdstuk wordt ingeleid door een bespreking van de functie eisen. Hierna worden per functie de belangrijkste systeemeisen van projectgroep Toegang weergegeven waaraan de huidige werkwijze en resultaten van Bureau Jeugdzorg Rijnland worden getoetst.

3.3.1 Inleiding

De Projectgroep Toegang geeft in haar eindrapport 'Regie in de Jeugdzorg' als belangrijkste doel aan om voor jongeren en hun opvoeders duidelijk te maken waar de jeugdzorg te vinden is: in Bureau Jeugdzorg. Naast één toegang voor zorg is het andere kernelement uit 'Regie in de Jeugdzorg' dat jeugdigen niet afhankelijk mogen zijn van het toevallig bestaande aanbod. Niet de

jeugdige moet bij de zorg passen, maar de zorg bij de jeugdige. Zorg hoort een concreet aanbod te zijn op een concrete zorgvraag, bij voorkeur in de vorm van een zorgketen bestaande uit zorgprogramma's (Schuyt 1997). De hulpvraag is het uitgangspunt voor de noodzakelijke zorg, uitgedrukt in functionele termen, bijvoorbeeld behoefte aan intensieve, ambulante begeleiding. Projectgroep Toegang spreekt van functies en modules. Een functie is een antwoord op gegeneraliseerde hulpvragen, bestaande uit op hetzelfde doel gerichte taken en activiteiten. Een module is een eenheid van aanbod en bestaat uit een of meerdere nader gespecificeerde functies. Een programma kan bestaan uit verschillende modules.

De opdracht van deze evaluatie komt neer om antwoorden te vinden op de volgende vragen:

- doet Bureau Jeugdzorg wat het zou moeten doen?
- levert Bureau Jeugdzorg de diensten die het zou moeten leveren?
- en tenslotte: worden de beoogde doelstellingen van Bureau Jeugdzorg gehaald?

Om soortgelijke vragen goed te kunnen beantwoorden is inzicht nodig in het concept of theorie van een programma. In deze evaluatie zijn in verband met Bureau Jeugdzorg de volgende twee vragen gesteld:

1. Is het proces van werken van Bureau Jeugdzorg logisch van opbouw?
2. Is het aannemelijk dat het werk van Bureau Jeugdzorg effectief is, heeft Bureau Jeugdzorg impact?

Ad 1 Proces

De doelen voor Bureau Jeugdzorg voor de korte- en lange termijn zijn in het Ondernemingsplan 2000 voor BJR helder vastgelegd. Dankzij het werk van Projectgroep Toegang is er overeenstemming over de eisen die aan de functies gesteld kunnen worden. De functies zijn dus "evalueerbaar" omdat de systeemeisen voor de functies voldoen aan de eisen die voor evaluaties noodzakelijk zijn: ze zijn helder beschreven, de indicatoren zijn in meetbare termen uitgedrukt (tijd en getal) en er worden standaarden vermeld waaraan de functies moeten voldoen. Wat betreft de voorposten zou het proces helderder beschreven moeten zijn maar de doelen van de voorposten: voorlichting en preventie, zijn duidelijk. Een zwak punt bij Bureau Jeugdzorg is het ontbreken van een doelgroepenbeleid. Op grond van de huidige registratiesysteem is het niet na te gaan of de doelgroep wordt bereikt en of er voldaan wordt aan de vraag of jongeren die psychosociale hulp nodig hebben inderdaad terecht kunnen bij Bureau Jeugdzorg. Bureau Jeugdzorg heeft veel te kampen gehad met computerproblemen en met name met het JHVIS registratiesysteem. Dit heeft een rechtstreekse negatieve invloed gehad op de tijd die aan aanmeldingen en screening werd besteed en ook op de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens. Ook zijn er problemen geweest met de cliëntenadministratie. In januari en februari 2000 is tijdens een grootscheepse inhaalactie ontdekt dat in de administratie van 1999 veel fouten zaten. Ook bleek dat er een achterstand was met het verwerken van mutaties.

Een ander belangrijk knelpunt in het proces wordt gevormd door de geringe mate van ondersteuning dat aan Bureau Jeugdzorg Rijnland werd verstrekt door de ondersteunende diensten van Stichting Jeugdzorg te Voorburg, met door de afdeling systeembeheer. Dit is van belang voor het toekomstig goed functioneren van het intranet en het ontwikkelen van een Internetsite.

De criteria voor de verschillende vormen van zorg zijn nog te vaag. Zo is het onduidelijk wanneer de jeugd GGZ moet worden ingeschakeld. Er bestaan flow-diagrammen, in- en uitsluit-criteria, maar of deze stringent worden toegepast is niet bekend (Bijlage I).

Ad 2 Effectiviteit

Dit is wat betreft het functioneren van Bureau Jeugdzorg een veel problematischer evaluatie eis en valt buiten het bereik van deze evaluatie omdat cliënten langdurig gevolgd zouden moeten worden om de resultaten te kunne meten. In de naaste toekomst zal het echter wel degelijk noodzakelijk zijn om de werkwijze en instrumenten van Bureau Jeugdzorg wat betreft deze evaluatie eis nader te onderzoeken.

In de volgende paragrafen zal de werkwijze van Bureau Jeugdzorg worden getoetst aan de systeemeisen zoals die opgesteld zijn door de Projectgroep Toegang.

3.3.2 Functie Aanmelding

De aanmelding beoogt een gewogen oordeelsvorming over het signaal. De aanmelding is mogelijk zowel telefonisch als via het spreekuur de centrale locatie in Leiden (Albinusdreef 5). In Katwijk en Alphen aan den Rijn is geen aanmelding mogelijk. Er worden daar wel screenings uitgevoerd. Telefonische aanmeldingen worden doorgeschakeld naar de centrale locatie in Leiden. Verreweg het grootste gedeelte van de aanmeldingen komt binnen via de telefoon. In 1999 kwam het contact met BJR in 891 keer van de totaal 1014 aanmeldingen (88 %) via de telefoon tot stand. Daarom werd met vreugde vastgesteld dat van de 37 keer dat tijdens de evaluatie telefonisch contact werd gezocht met BJR de bel in 34 gevallen slechts twee keer overging voordat er werd opgenomen. De andere keren kwam een duidelijk en beleefd antwoordenbandje met de mededeling dat alle lijnen even bezet waren. Aan de centrale doorgegeven boodschappen werden elke keer goed afgehandeld. Na een verzoek om teruggebeld te worden gebeurde dat ook prompt nog dezelfde dag. Het is duidelijk dat BJR klantgerichtheid hoog in het vaandel heeft. De telefooncentrale is het 'gezicht' van BJR naar buiten: via de telefoon ontstaat de eerste indruk en daarom draagt dit eerste contact veel bij aan het vertrouwen, professionaliteit en betrouwbaarheid van Bureau Jeugdzorg.

In 1999 kwamen er in totaal 1014 aanmeldingen (zie Bijlage H). Ongeveer een kwart van de aanmeldingen kon met een éénmalige informatie en advies worden afgehandeld, terwijl ruim 40% werd doorverwezen naar de screening. 139 aanmelders werden doorverwezen.

De belangrijkste eis van de functie Aanmelding is om binnen 5 werkdagen na het eerste contact een screening te verrichten. Deze termijn wordt op dit moment bij lange na niet gehaald. In 1999 werd de screening pas binnen gemiddeld 3 maanden na de aanmelding verricht. De wachtlijst voor

screening ontstond in januari 1999. Door een enorme inzet van het voordeurteam en met het bijspringen van het voorpostenteam en van andere bureaumedewerkers is men erin geslaagd om deze wachtlijst weg te werken. Maar de wachtlijst voor screening is nu, maart 2000, weer toegenomen tot ruim vier weken. Gemiddeld over 1999 was de duur van de aanmelding 40 minuten waarvan ruim de helft nodig was voor registratie en verslaglegging. In januari 2000 is het "Handboek Voordeurteam Bureau Jeugdzorg Rijnland" uitgebracht. Dit handboek geeft in heldere taal en overzichtelijke schema's de taken, doelen, activiteiten, verantwoordelijkheden, duur, vervolg en registratie weer van de aanmelding. Voor zover bekend hanteert men geen vaste standaardprocedure voor het afhandelen van de aanmelding en varen de leden van het voordeurteam op eigen ervaring en subjectieve oordeel. Het is niet helder op grond van welke signalen men uitgenodigd wordt voor een nader gesprek. Ook is het nog geen gewoonte om systematisch een lijst bij te houden van de soort problemen en vragen zodat dit eventueel teruggekoppeld zou kunnen worden naar de voorposten. Evenmin is het duidelijk of tijdens het aanmeldingsgesprek informatie wordt verstrekt over privacyregelingen, het klachtrecht en de te volgen procedures, aangezien deze activiteiten in het handboek ontbreken. Er is in het handboek geen aparte plaats ingeruimd voor procedures waarbij de melder eventueel een tolk nodig heeft (multiculturele strategie).

Het Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet nog niet zoals dat voor de aanmelding volgens het eindrapport van de projectgroep Toegang vereist is in geval van een crisisinterventie aan de eis om 365 dagen per jaar gedurende 24 uur per dag bereikbaar te zijn. De telefoon maakt voor crisisinterventie buiten kantooruren het telefoonnummer van Spoedhulp te Den Haag bekend. Spoedhulp fungeert daarbij als filter en kan verwijzen naar de bereikbaarheids- en beschikbaarheidsdienst van Stichting jeugdzorg die uitgevoerd wordt door een maatschappelijk werker met een teamleider als achterwacht. De bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren is in principe alleen toegankelijk voor cliënten van Stichting Jeugdzorg. Dus niet voor nieuwe cliënten. Bovendien kan men in sommige plaatsen buiten kantooruren bij de politie en ziekenhuizen terecht in geval van een acute crisis.

De in het ondernemingsplan Bureau Jeugdzorg 2000 Rijnland geconstateerde knelpunten (Bijlage J) worden door deze evaluatie bevestigd. De doelstelling 2000 om te groeien naar een aantal van 1712 aanmeldingen lijkt op grond van het inkrimpen van de wachtlijst, de toegenomen naamsbekendheid van BJR en het gegroeide vertrouwen en de toename van meldingen reëel.

3.3.3 Functie Screening

Volgens Projectgroep Toegang is Screening de eerste analyse van de hulpvraag op een wijze die voldoet aan de eisen van de betrokken beroepsgroepen en/of besluitvorming tot crisisinterventie. Het beoogt een gewogen oordeel over het vervolg aanbod en/of een intersubjectief oordeel over de besluitvorming tot crisisinterventie. Het leidt tot verwijzing, enkelvoudige ambulante hulpverlening, aanwijzing en uitvoering van een diagnostisch (basis) arrangement, besluit tot crisisinterventie of geen vervolgactie. Het screenings/RED-verslag wordt ingebracht in het screeningsoverleg, waar men al of niet akkoord gaat met de bevindingen van de screener. In geval

men akkoord gaat kan de screener in een afsluitend gesprek met de cliënt de uitkomsten en het advies cq. aanbod bespreken. Gaat men niet akkoord dan zal de screener geadviseerd worden om via een vervolgesprek aanvullende informatie te verkrijgen en/of de indicatie bij te stellen.

Belangrijkste eisen zijn:

- eenvoudige / kortdurende ambulante hulp binnen 5 werkdagen na afronding van de screening.
- uitvoering van een diagnostisch (basis) arrangement binnen tien werkdagen na afronding van de screening.

Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet niet aan deze functie eisen. De screening wordt uitgevoerd door een monodisciplinaire team bestaande uit maatschappelijk werkers. Aan het screeningsteam is ook een gedragdeskundige verbonden die meedraait in het screeningsoverleg. Screeners kunnen daarbij haar consult vragen. Het Bureau Jeugdzorg Rijnland verkeert wel in de gelukkige positie dat drie leden van het screeningsteam tevens psycholoog zijn. Toch zal een multidisciplinair team grote voordelen bieden: snellere diagnose stelling, effectievere verwijzing, onderling uitwisselen van ervaring waardoor de hele groep leert, versterking van de samenwerking en solidariteit tussen GGZ en Jeugdhulpverlening. De wachtlijsten voor screening bedragen nu ruim vier weken. De wachtlijsten voor screening ontstonden begin 1999. Omdat de toegangsfunctie "het gezicht" bepaalt van Bureaus Jeugdzorg, zijn met behulp van veel kunst- en vliegwerk de wachtlijsten eind 1999 grotendeels weggewerkt tot ze opnieuw gegroeid zijn en nu 4 weken bedragen. De wachtlijst problematiek is de jojo van Bureau Jeugdzorg waarop sterk wordt ingezet. De screening is de spil waarom het bureau draait. Juist daarom is het essentieel om de functies aanmelding en screening kritisch onder de loep te nemen. Hierbij kunnen vier aspecten worden onderscheiden:

- qua proces;
- qua organisatie;
- inhoudelijk en
- personeelsmatig.

En bij elk aspect kan men binnen Bureau Jeugdzorg Rijnland een probleem vaststellen. Binnen de hele screeningsprocedure worden vier knelpunten gesignaleerd:

- de capaciteit om de screening binnen de voorgeschreven termijn uit te voeren is onvoldoende. Dit leidt onherroepelijk tot het ontstaan van wachtlijsten;
- het voordeurteam is monodisciplinair samengesteld. Met name wordt de inzet vanuit de jeugd GGZ node gemist;
- het bestaande instrumentarium voldoet maar ten dele. Het RED formulier is weliswaar niet meer dan een manier om gegevens te verzamelen en te ordenen, ondanks het feit dat het wel eens als een diagnostisch instrument wordt gepresenteerd. De wijze van afname is niet gestandaardiseerd en het geeft teveel ruimte voor eigen interpretaties. Er is geen sprake van normering en er kunnen dus ook geen scores worden vergeleken. Het is inderdaad meer een verzamellijst dan een uitgangspunt voor behandeling dat het zou

moeten zijn. Door de losse inlegvellen is het niet gebruiksvriendelijk. De invulling neemt veel tijd in beslag. Het belangrijkste bezwaar is echter dat het niet eindigt met een eindconclusie en géén aanknopingspunt biedt met een aanbeveling voor behandeling. Niet iedereen is even somber over het RED. Als voordelen worden de gestandaardiseerde norm van verslaglegging, waarop voortgebouwd kan worden genoemd en het feit dat zowel jeugd GGZ als Bureau Jeugdzorg Rijnland en de Mare zijn ermee vertrouwd zijn en de informatie onderling kunnen uitwisselen;

- in het screeningsoverleg en in het voordeurteam wordt de structurele inbreng vanuit de jeugd GGZ node gemist. Er is nu tijdelijk weliswaar een vertegenwoordigster van de jeugd GGZ nu aanwezig maar haar inbreng is slechts tijdelijk van aard. Bovendien geeft het medewerker van jeugd GGZ aan dat het screeningsoverleg multidisciplinaire samengesteld zou moeten zijn (Schreier 1999). Er wordt ook aanbevolen om ruimere mogelijkheden te creëren voor consultatie bij het GGZ circuit.

Het ontbreken van een goed screeningsinstrument en de monodisciplinaire samenstelling van het voordeurteam gekoppeld aan het steeds weer ontstaan van wachtlijsten maken de functie screening in Bureau Jeugdzorg Rijnland té kwetsbaar. Aangezien de functie screening de spil is van de gezamenlijke toegang zal op zeer korte termijn serieus voor de voornoemde problemen een oplossing gevonden moeten worden.

3.3.4 Functie Diagnostiek

Onder diagnostiek wordt verstaan: het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en het cliëntsysteem, waarin hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, zoals ook de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband zijn gebracht. De diagnostiek beoogt met professionele distantie een beeld te schappen dat een beargumenteerd oordeel over de benodigde hulpverlening mogelijk maakt. Diagnostiek moet binnen 30 werkdagen gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek. Voor zover de systeemeisen.

Bij Bureau Jeugdzorg Rijnland wordt slechts 7% van de aangemelde cliënten verwezen naar diagnostiek terwijl 43% van de aangemelde jeugdigen verwezen wordt naar screening. Het is onduidelijk waarom de aanvragen voor diagnostiek zo laag liggen. De Rijngeest Groep heeft ± 235 diagnostische arrangementen gereserveerd voor BJR. Hiervan is slechts $\pm 20\%$ van gebruikt. Gemiddeld is de uitvoeringduur van de diagnostische arrangementen ongeveer 95 dagen. Dit is duidelijk in afwijking van de vereiste 30 werkdagen.

Indien een plaatser bij het ZTO een aanmelding doet gaat dat vaak zonder specifieke diagnose. Ook wordt naar ambulante hulp in de vrij toegankelijke zorg zonder een diagnose cq. hypothese gewerkt. Het meest duidelijk is het diagnose traject indien een aanvraag voor specialistisch onderzoek door het Diagnose en Indicatie team worden ingediend bij het screeningsoverleg. Er is voor dit traject een redelijk helder procedure uitgewerkt. Het structureel opnemen van een jeugd GGZ medewerkers in het voordeurteam en meerdere jeugd GGZ medewerkers in het

screeningsoverleg zou een eerste stap kunnen zijn om het diagnose traject korter en meer efficiënt te maken. Maar dan moeten, zoals al eerder is aangegeven, de "producten"-doelen en leerdoelen duidelijk worden aangegeven:

- wat zijn de richtlijnen?
- welke instrumenten voldoen het best in welke situatie?
- duidelijker feed-back van elke door voordeurteam naar BJR verwezen cliënt terug naar het voordeurteam
- sneller werken
- op meerdere plakken mensen opleiding in bijvoorbeeld draagkracht/draaglast onderzoek.

3.3.5 Functie Indicatiestelling

Onder indicatiestelling wordt verstaan: het op basis van de verzamelde gegevens op onafhankelijke en geobjectiveerde wijze vaststellen welk hulpaanbod geëigend is naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie. De indicatiestelling beoogt tot een geobjectiveerd (op expliciete argumenten gebaseerd, navolgbaar, intersubjectief getoetst) oordeel te komen over de vraag of een hulpaanbod geëigend is en, zo ja, welk doel die hulp moet dienen en in welke vorm de hulp moet worden geboden. De indicatie moet binnen 30 dagen gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek mogelijk zijn.

Deze functie is bij Bureau Jeugdzorg Rijnland uiterst zwak ontwikkeld, zo niet geheel afwezig. Dankzij de enthousiaste inbreng van het medewerker die verantwoordelijk is voor de Zorg Toewijzing Orgaan (ZTO) is er een indicatieformulier ontwikkeld (Bijlage K) en is er enige structuur aangebracht in de indicatietraject vanuit de plaatsers naar geïndiceerde zorg. Volgens het medewerker van het Zorgtoewijzings Orgaan wordt nog steeds incidenteel naar het opnemend instituut "toe" geschreven en wordt niet, zoals dat vereist is volgens de systeemeisen, de geëigende norm(en) van hulpverlening met eventuele alternatieve vormen aangegeven, laat staan dat er modulaire en programmatische zorgvormen worden gedefinieerd. Ook krijgt ZTO van het Diagnostiek en Indicatie team van jeugd GGZ jeugd nog geregeld indicatieformulieren die vaag zijn, géén doelen aangeven die de vereiste hulp moet dienen, er geen termijnen en behandelingsalternatieven aangeven. Bij de zorgaanvraag ontbreekt veelal het indicatierapport⁶ en wordt volstaan met een RED verslag. Er zal een wezenlijk verandering moeten komen in het gehele indicatieproces. Er zal in plaats van het toeschrijven naar de instituties een vraaggericht en gespecificeerd indicatie gesteld moeten worden.

In de functie eisen van Projectgroep Toegang staat dat ZTO een procedurele toetsing van de indicatiestelling moet doen met steekproefgewijs toetsing of aan alle criteria voor een zorgvuldige indicatiestelling is voldaan. Nu toets ZTO alle indicaties ook inhoudelijk omdat dit nergens in het

⁶ Recent zijn indicatierapporten ingevoerd.

voortraject gebeurt met de kans dat als er niet getoetst wordt de opnemende instellingen kinderen gaan weigeren.

3.3.6 Functie Zorg Toewijzing: het Zorg Toewijzings Orgaan ZTO.

Onder toewijzing wordt verstaan het koppelen van de indicatiestelling aan een concreet te leveren zorgpakket. De toewijzing beoogt:

- voorafgaand aan het overleg met de uitvoerende voorzieningen te toetsen of het rapport van de indicatiestelling aan de systeemeisen voldoet en te bepalen wat de urgentie van de casus is ten opzichte van de andere casus waarvoor een aanbod moet worden gecreëerd;
- vervolgens in overleg/onderhandeling met uitvoerende voorzieningen en optimale koppeling tot stand te brengen tussen de geïndiceerde hulp en de uit te voeren hulp. Zuid-Holland Noord liep in de aanloopfase voorop met het Gemeenschappelijke Indicatie Commissie, die zowel indicaties stelde als de zorg toeweest.

Ondanks deze voorsprong werden er de volgende knelpunten vastgesteld:

- Plaatsingen moeten via ZTO lopen. Op papier is dit ook zo maar in werkelijkheid passeren plaatsers soms de ZTO en plaatsen dan rechtstreeks jeugdigen in de instituties. Een tweede knelpunt is het ontbreken van het indicatiestelling traject. Dit houdt in dat ZTO de aanvragen nu ook inhoudelijk toetst en niet alleen maar procedureel. Een derde opvallende gebruik is nog steeds het toeschrijven van de oplossing naar een bestaande voorziening waarbij niet wordt uitgegaan van het probleem en gewerkt wordt naar modules en zorgprogramma's, maar toegewerkt wordt naar hetgeen een instituut te bieden heeft. Dit laatste is vooral een probleem van de indicatiesteller die nog niet in staat is om vraaggericht te indiceren. Een bijkomend probleem is dat vele residentiële instellingen een nogal hiërarchisch structuur hebben met een top-down benadering. De nadelige gevolgen hiervan zijn dat vanuit de werkvloer ideeën en suggesties slechts langzaam doordringen tot de top, ondanks de veranderde omstandigheden. Dit vertraagt de veranderingen in de residentiële instituten zodat ZTO ook niet flexibel kan inspelen op een groter aanbod van dezelfde instituten. Tenslotte valt het op dat ZTO geïsoleerd is. Het ZTO zou moeten bestaan uit een onafhankelijk voorzitter, een of meer gekwalificeerde vaste medewerk(st)ers en een kleine groep deskundigen die de urgentiebepalingen en de doelmatigheidstoets verrichten. In feite wordt bij BJR de functie ZTO op een bewonderenswaardige wijze ingevuld door een zorgtoewijzer en een secretariaatsmedewerker. De laatste handelt zoveel mogelijk de herindicaties af. Het werk van de zorgtoewijzer wordt op zicht te weinig gemonitord en zij kan niet terugvallen op een multidisciplinair team met wie zij bij moeilijke plaatsingen kan overleggen. Haar positie is kwetsbaar;
- Er zal veel intensiever overleg moeten zijn met de Mare en met Rijnhoven over ombouw en ontwikkeling van een breder behandelingsaanbod conform de gewenste ontwikkeling van therapieën via modules en zorgprogramma's;

- Het is te overwegen om financiële sancties te koppelen aan het akkoord van ZTO;
- Zowel bij ZTO als bij plaatsingfunctie is een knelpunt dat voor het toewijzen van een plaatser momenteel een wachtlijst bestaat van 6 - 9 maanden. De zorgtoewijzing kan dus niet een verantwoordelijk aanspreekpunt voor het verder organiseren van de vervolghulp aanwijzen.

3.3.7 Functie Plaatsing

Onder plaatsing wordt verstaan: de aanmelding van een jeugdige bij een uitvoerder van geïndiceerde jeugdzorg. De plaatsing beoogt: levering aan de cliënten van de hem (of haar) toegewezen zorgvarianten of zorgprogramma's. Uitvoering van plaatsing zal moeten geschieden ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling. Een probleem bij plaatsing is dat voor de cliënt het hulpverleningstraject ondoorzichtig is. Ook hebben sommige medewerkers de indruk dat bij plaatsing al het probleem van de cliënt door Bureau jeugdzorg wordt "overgenomen" en dat er te weinig wordt gedaan om te zien of het ter plekke met steun van de plaatselijke organisaties het probleem opgelost zou kunnen worden. Soms komt plaatsing over als een technische handeling.

3.3.8 Functie Casemanagement.

Casemanagement of zorgcoördinatie wordt door sommigen als een functie opgevat dat ingevuld moet worden door een persoon. Anderen zien casemanagement meer als een methode, een concept, dat door velen tegelijkertijd waargemaakt en bewaakt dient te worden. Bij BJR wordt, althans op papier, aan elke cliënt die het screening traject ingaat een naam gegeven van een bureaumedewerker als casemanager. In de praktijk is dit echter lang niet altijd het geval. Vanaf januari 2000 is besloten dat aan elke cliënt een naam van een medewerker verbonden is. Dit is een goede zaak aangezien op deze manier Bureau Jeugdzorg hiermee ook een "persoonlijk" gezicht krijgt zodat cliënten te allen tijde bij iemand te rade kunnen gaan. Mogelijk zal dit het vroeg "afhaken" van cliënten gedeeltelijk kunnen opvangen. Een ander belangrijk voordeel van continue "voeling" met de cliënten en de opnemende instellingen via casemanagement is dat BJR op die manier een inzicht krijgt in de "prestaties" van de opnemende instellingen.

3.3.9 Functie Vrij Toegankelijke Hulpverlening.

Deze functie is duidelijk een voorbeeld van de onvolledige opzet en visie op een "brede" Bureau Jeugdzorg. De systeemeisen van Projectgroep Toegang hebben namelijk betrekking op de toeleiding tot de jeugdzorg, niet de uitvoering ervan. En zo moet elk Bureau Jeugdzorg experimenteren met een van de meest noodzakelijke en gewenste vormen van hulpverlening, namelijk de (kortdurende) ambulante hulp. Bij BJR wordt in het screeningsoverleg het besluit genomen tot het bieden van vrij toegankelijke hulp. De uitvoering wordt door het team vrijwillige Ambulante Hulpverlening (VAH) gedaan en, nu incidenteel indien de hulp beperkt kan worden tot ± 5 gesprekken, ook door het voordeurteam. De diagnose en indicatiestelling, waarop besluiten voor het geven van ambulante hulp genomen worden laten veel te wensen over. Ook is er géén systeem voor casemanagement voor deze hulpvormen.

4 Organisatievorm Bureau Jeugdzorg Rijnland

De ontwikkeling van Bureau Jeugdzorg heeft plaatsgevonden in een tijd zonder nieuwe wet- en regelgeving. Weliswaar is in 1992 de nieuwe Wet op de Jeugdhulpverlening van start gegaan en in oktober 1995 de nieuwe wet op de Onder Toezicht Stelling (OTS)⁷, maar de ontwikkeling van de Bureau Jeugdzorg, gestimuleerd door Regie in de Jeugdzorg, heeft plaats gevonden zonder recente herziening van bestaande wet- en regelgeving, moedwillig als een "experiment". Men heeft dan ook naar hartelust gepioneerd met verschillende organisatievormen. Een belangrijk hobbel die genomen moet worden is de samenwerking tussen de sectoren jeugdhulpverlening en jeugd GGZ. De verschillen in bestuurlijke en politieke aansturing tussen de Stichtingen Jeugdzorg en de jeugd GGZ worden nog versterkt door verschillen in inhoudelijke oriëntatie. Een ander knelpunt in deze "ontwikkelingsfase" is het gebrek aan inzicht in de financieringsmogelijkheden. Tenslotte was een belangrijke taak voor Bureau Jeugdzorg om zich aan maatschappelijke groeperingen en potentiële klanten voor te stellen en zich bekend te maken. Een andere belangrijke taak was om een vruchtbare samenwerking tot stand te brengen met personen en instellingen die potentiële klanten naar Bureau Jeugdzorg verwijzen en met instanties, waarnaar Bureau Jeugdzorg zelf kan verwijzen. En dat allemaal in een tijdperk zonder nieuwe wet- en regelgeving. Geen gemakkelijke taak.

Ondanks de bovengeschetste problemen is er in Leiden al veel bereikt:

- Gemeenschappelijke locatie jeugd GGZ en jeugdhulpverlening
In Bureau Jeugdzorg Rijnland op de nieuwe locatie aan de Albinusdreef zitten zowel Stichting Jeugdzorg als de jeugd GGZ. Één gezamenlijke locatie is een enorme pluspunt, want dan loop je makkelijker bij elkaar binnen. Deze gemeenschappelijke locatie is bereikt dankzij de inzet en volharding van het volledige Directieteam (bestaande uit de heren Groeneweg, Stelwagen en de twee bureaumanagers);
- Naamsbekendheid en public relations
Op het gebied van naamsbekendheid en public relations is ook het nodige afgewerkt: voorlichting aan VWS en justitie in 1999, voorlichting aan gedeputeerden, participatie in provinciale jeugdrapportage, workshops tijdens de Regiovisie, partneroverleg met onderwijs, algemeen maatschappelijk werk, gemeentelijke gezondheidsdiensten. Er wordt vanuit BJR geparticipeerd in de directeurenoverleg 0 - 7 met de Mare en er is regelmatig overleg met de gemeente Alphen aan den Rijn. Tussen de drie bureaus Jeugdzorg van Zuid-Holland is er regelmatig overleg. BJR overlegt ook regelmatig met de ambtenaren van de provincie. Leden van het voorpostenteam hebben in het afgelopen jaar een goede relatie opgebouwd met het onderwijs, vooral via de Zorg en Adviesteam

⁷ Daarnaast zijn nog van belang het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), de Europees Verdrag voor de Rechten van het Kind en het Internationale Verdrag voor de Rechten van het Kind.

(ZAT), met de gemeentelijke gezondheidsdiensten, buurthuizen, leerplichtambtenaren, het algemeen maatschappelijk werk en met de Jongeren Informatie Punten (JIP). Bureau Jeugdzorg Rijnland lijkt nu wel gepositioneerd te zijn in het veld;

- Samenwerking jeugdhulpverlening en jeugd GGZ
In het screeningsoverleg is de jeugd GGZ middels een medewerker, een maatschappelijk werkster, tijdelijk vertegenwoordigd. Voor verwijzing naar jeugd GGZ vanuit stichting jeugdzorg zijn er werkafspraken. Deze zijn nog niet formeel verankerd in een protocol. De coördinator van het diagnostiek- en indicatie team is makkelijk bereikbaar en geeft regelmatig adviezen aan medewerkers van stichting jeugdzorg;
- Kwaliteitsbeleid
Er zijn goede handboeken, protocollen en formulieren ontwikkeld voor het voordeurteam, voor verwijzing naar jeugd GGZ en voor het traject indicatiestelling;
- Relaties met het veld
Het voorpostenteam heeft waardevolle werkrelaties gelegd met instellingen die actief zijn in het veld zoals het onderwijs, jeugdhulpverlening en buurtnetwerken.

Ondanks de imposante lijst van wat er al bereikt is worden nog de onderstaande knelpunten gesignaleerd.

- Samenwerking jeugdhulpverlening en jeugd GGZ
Ondanks de goede stappen die gezet zijn voor deze samenwerking zoals de gezamenlijke locatie, heerst redelijk veel onbegrip en daarmee gepaard gaand wantrouwen tussen de sectoren jeugd GGZ en jeugdhulpverlening waardoor het gemeenschappelijke gezicht van Bureau Jeugdzorg Rijnland nog onvoldoende uit de verf komt. Deels kan het onbegrip worden verklaard omdat de medewerkers uit twee verschillende "werkculturen" komen en men nog niet eerder intensief heeft samengewerkt. Verder bestaat vanuit de stichting jeugdzorg onvrede over de inzet van jeugd GGZ in het voordeurteam en over de wat geïsoleerde positie van het diagnostiek en indicatie (D & I) team ondanks het feit dat jeugd GGZ al vóór de oprichting van BJR diagnostiek is gaan leveren en ondanks het feit dat de coördinator van het D & I team met succes een "open-deur" beleid hanteert. Leden van het voordeurteam krijgen weliswaar de uitslag en de samenvatting van het door D & I team verricht onderzoek maar zij krijgen niet het gedetailleerd onderzoeksverslag. Volgens het D & I team voegt een gedetailleerd verslag van alle testen en onderzoeken niets wezenlijks aan het verslag toe. Bovendien is voor een juiste interpretatie van de onderzoeksresultaten veel ervaring vereist zodat eventuele verschillen van inzicht over de interpretatie van afzonderlijke testen de procedure nodeloos lang zouden maken. Een ander probleem is de aanwezigheid van een medewerker van het voordeurteam of van het team ambulante hulp bij het eindgesprek met de cliënt. Het D & I team geeft er de voorkeur aan om bij dit eindgesprek geen leden van het voordeurteam of van het team ambulante hulp uit te nodigen ondanks het feit dat het de cliënt vrij staat om iemand mee

te nemen. Wel is men bereid aan medewerkers van het voordeurteam of van het team ambulante hulp in een aanvullend gesprek met de cliënt opening van zaken te geven indien daar behoefte aan is. Een van de belangrijkste redenen voor de moeizame samenwerking is het ontbreken van een helder beleid en koers voor BJR. Momenteel lijkt BJR niet meer te zijn dan de optelsom van afzonderlijke eenheden of zelfs personen: BJR is nog steeds een "virtuele" organisatie onder één dak maar nog niet onder één noemer en nog niet met een helder beleid over wat BJR minimaal aan cliënten zal moeten bieden, welke uitgangspunten gehanteerd worden en welke positie de jeugdzorg in het maatschappelijk leven moet innemen. Ook wordt nog té vaak gedacht in "of-of" termen tussen jeugd GGZ en jeugdhulpverlening terwijl het in de praktijk het vaak gaat om multi-probleem gezinnen waar van alles door elkaar speelt. De hulp lijkt in stukjes gehakt, er is te weinig continuïteit in de zorg, er is te weinig tussentijdse begeleiding van de ouders waardoor zowel cliënt als eventuele casemanagers het overzicht kwijtraken. Dit is een van de belangrijkste struikelblokken voor een doelmatig en doeltreffend functionerend Bureau Jeugdzorg;

- **Reactie management op betrokkenheid medewerkers**
Soms blijven initiatieven zoals voorstellen voor handboeken en formulieren te lang liggen voordat de bureaumanagers erop reageren. In het algemeen worden inhoudelijke gesprekken over het werk, de aanpak, de plaats van jeugdhulpverlening in de maatschappij, door sommige medewerkers node gemist. Er is te weinig tijd voor reflectie en vernieuwing. Er is naar het idee van enkele medewerkers teveel een "ad-hoc" beleid;
- **Kwaliteitsbeleid**
Er is geen duidelijk beleid voor kwaliteitsbevordering. Een van de hoekstenen van een kwaliteitsbeleid is het kunnen meten van knelpunten en van verbeteringen in het traject. Dat betekent een registratiesysteem dat afgestemd is op zowel de behoeften van de cliënt, maar ook van de subsidiegever ("productie" aantonen), management (waar staan we nu?) en medewerkers (doe ik het goed?). De scheiding tussen de registratiesystemen TRAJECT (voor diagnostiek en zorgtoewijzing) en JHVIS (voor aanmelding, screening, kortdurende hulpverlening) knipt het hele hulpverleningstraject kunstmatig in tweeën. Het instrument voor het meten van kwaliteit KWIS functioneert nog niet naar behoren. Verbetering van de registratiesystemen en van het instrument voor het meten van kwaliteit en meer aandacht en ondersteuning aan administratie en systeembeheer, met name meer structurele steun van systeembeheer vanuit Den Haag, wordt aanbevolen;
- **Relaties met het veld**
Het voorpostenteam is goed gepositioneerd in het veld. Er is echter te weinig wisselwerking tussen het voorpostenteam en BJR. Er is geen systematische uitwisseling van gegevens zodat men ook geen risicoprofielen van bepaalde buurten kan opstellen. Het voorpostenteam moet soms invallen om met de screening te helpen en de kerntaken van het voorpostenteam zijn nog onvoldoende ingericht. Er heerst nog ambivalentie ten opzichte van preventie hetgeen begrijpelijk is vanuit de visie dat eerst de wachtlijsten

voor screening en ambulante hulp moeten worden opgelost. Ook ten opzichte van de ambulante hulpverlening door leden van het voorpostenteam heerst ambivalentie. Aan de ene kant leeft waarschijnlijk terecht het idee dat met een korte reeks gesprekken jeugdigen en hun opvoeders geholpen zouden kunnen worden, aan de andere kant is er geen duidelijk beleid over de rol van de leden van het voorpostenteam over hun inzet in de ambulante, kortdurende hulpverlening. De relaties met de residentiële instellingen zijn naar de mening van deze instellingen onvoldoende frequent. Ook is er geen duidelijk beleid over de coördinatie en afstemming van acties die eventueel gezamenlijk opgezet zouden kunnen worden, zoals het versterken van de ambulante hulpverlening. Aansluiting op het gemeentelijk beleid is niet eenvoudig met 21 participerende gemeenten. Een aantal subsidieaanvragen van BJR is door gemeenten afgewezen. Er is echter nog onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheid om projecten op te zetten met financiering vanuit Grote Steden Beleid.

5 Enquête onder instanties die jeugdigen en hun opvoeders verwijzen naar BJR

Om de mening te peilen van instanties die jeugdigen en hun opvoeders naar Bureau Jeugdzorg Rijnland verwijzen is door middel van een vragenlijst een korte enquête gehouden onder de verwijzende instellingen. Hieronder volgt een korte samenvatting van de resultaten op de schriftelijke vragen die beantwoord zijn door instanties die jeugdigen en hun opvoeders verwijzen naar Bureau Jeugdzorg.

Het Bureau Jeugdzorg is bij de instellingen goed bekend. Door de recente verhuizing weet echter niet iedereen het juiste adres en telefoonnummer. De huisartsen kennen Bureau Jeugdzorg echter onvoldoende. Een recent nummer van Medisch Contact (no.10, 10 maart 2000) dat ná de enquête verstuurd is heeft daarin wellicht wijziging gebracht.

Ongeveer de helft van de respondenten is tevreden over Bureau Jeugdzorg, de andere helft niet of minder. Bijna iedereen is echter van mening dat Bureau Jeugdzorg een nuttige en noodzakelijke instelling is. Ook bijna iedereen beseft dat Bureau Jeugdzorg pas kort functioneert en verreweg de meerderheid ziet groei en hoopt op verdere verbetering.

Niet onverwacht is de algemene ontevredenheid over de wachttijden voor screening, ambulante hulp en het lange diagnose traject. De bereikbaarheid, kwaliteit van de geboden hulp en de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en andere instanties worden als sterkte punten gezien. Een enkele keer werd opgemerkt dat Bureau Jeugdzorg een teveel naar binnen gerichte organisatie is dat te weinig "onder de mensen" (en bij sommige instellingen) langs komt.

De voorpostfunctionarissen worden unaniem geprezen en worden soms bij name gen(r)oemd.

Bij vergelijking van (on)tevredenheid valt op dat meer mensen zich uiten over aspecten en functies waarover zij tevreden zijn: 44% spreekt zich uit over aspecten en functies waar zij ontevreden over zijn, tegenover uit 62% dat zich uitspreekt over aspecten en functies waar zij tevreden over zijn.

De gedetailleerde resultaten bevinden zich in Bijlage L.

6 Conclusie

Management en medewerkers van Bureau Jeugdzorg Rijnland hebben in het afgelopen jaar veel bereikt. En dat in een tijd zonder nieuwe wet- en regelgeving, zonder een duidelijke organisatievorm en zonder heldere financiële richtlijnen. Op één gezamenlijke locatie verenigd als Bureau Jeugdzorg Rijnland bieden jeugd GGZ en de Stichting Jeugdzorg één toegang tot de jeugdzorg. De voorpostenteams van Bureau Jeugdzorg zijn erin geslaagd goede werkrelaties aan te gaan met personen en instellingen dichtbij de doelgroep. Er zijn goede initiatieven ontwikkeld voor het begeleiden van cliënten tijdens het wachten (wachtlIJst-traject). Medewerkers van Bureau Jeugdzorg krijgen regelmatig trainingen voor deskundigheidsbevordering en hoe zij de wachtlijsten kunnen terugdringen. Er is een redelijk instrumentarium ontwikkeld voor sturing van vele functies zoals protocollen, standaarden, behandelplannen, formulieren en handboeken. De twee bureau managers hebben een goede werkrelatie en vechten hard voor "hun " Bureau, evenals vele andere medewerkers. Hoewel er nog steeds op een aantal punten geen complete overeenstemming is bereikt tussen alle leden van de Directieraad krijgt Bureau Jeugdzorg Rijnland veel steun van de twee Directeuren, de heren Groeneweg en Stelwagen.

Er blijft gelukkig nog veel te doen. Bureau Jeugdzorg Rijnland voldoet nog aan geen enkele systeemeis van de Projectgroep Toegang. Hieronder volgen de belangrijkste knelpunten:

- de doelgroep, jongeren en hun opvoeders met psychosociale problemen, wordt nog onvoldoende bereikt;
- in het algemeen is de uitgangshouding nog dat de cliënt naar Bureau Jeugdzorg moet komen en niet andersom;
- als er eenmaal vastgesteld is dat er zorg nodig is, dan blijft de daadwerkelijke hulpverlening achter;
- er kan nog niet gesproken worden van een werkelijk "brede" Bureau Jeugdzorg;
- het begeleidingstraject voor een cliënt vanaf aanmelding tot het ontvangen van de noodzakelijke zorg ontbreekt;
- er wordt nog te vaak gedacht in "of-of" termen tussen jeugd GGZ en jeugdhulpverlening terwijl het in de praktijk het vaak gaat om "en-en": multi-probleem gezinnen waar van alles door elkaar speelt. De hulp lijkt in stukjes gehakt, er is te weinig continuïteit in de zorg, er is te weinig continue tussentijdse begeleiding van de ouders waardoor zowel cliënt als eventuele casemanagers het overzicht kwijtraken. Dit is een van de belangrijkste struikelblokken voor een doelmatig en doeltreffend functionerend Bureau Jeugdzorg. Casemanagement ontbreekt veelal en vaak lijkt een eindverantwoordelijke voor de hulp te ontbreken;
- er zijn wachtlijsten voor screening en ambulante hulp;
- het diagnose traject duurt te lang;
- een structurele inzet van jeugd GGZ in het voordeurteam, dat nog monodisciplinair is samengesteld, wordt niet gemist. Er is behoefte aan meer consultatie vanuit de jeugd GGZ;

- voor de functies aanmelding en screening zijn betere instrumenten en methodes van aanpak nodig;
- het indicatietraject is nog onvoldoende ontwikkeld: veel diagnoses worden nog niet afgesloten met een werkhypothese en een beschrijving voor de minimaal benodigde hulpvormen. De meeste indicaties kunnen nog vaak alleen procedureel doch niet kwalitatief worden getoetst;
- nog steeds passeren plaatsers het Zorgtoewijzings Orgaan zodat dan het aanbod de zorg bepaalt en niet zoals het zou moeten de vraag de zorg bepaalt;
- veel energie van de voorpostenteams gaat (terecht) uit naar het opzetten en begeleiden van Zorg en Adviesteams op de middelbare scholen. Er is te weinig aandacht voor problematiek op de basisscholen en peuterspeelzalen;
- er is te weinig werkcoördinatie tussen Bureau Jeugdzorg en de Multi Functionele Organisaties (MFO's) voor het opzetten van ambulante hulptrajecten;
- een van de grootste knelpunten is het gebrek aan financiële middelen, waardoor de capaciteit niet uitgebreid kan worden. Bovendien gaan extra financiële middelen of naar de geïndiceerde zorg, of naar de toegangsfuncties, zodat voor ambulante hulp weinig of niets overblijft. Ook het extra versterken van de casemanagement functie, dat BJR in staat zou stellen om ten minste een overzicht te krijgen over de prestaties van de geïndiceerde zorg, kan door het gebrek aan financiële middelen niet worden verwezenlijkt.

7 Aanbevelingen

7.1 Samen door één deur

Bureau Jeugdzorg Rijnland zal zowel intern als extern nog meer herkenbaar moeten zijn als de instelling dat één toegang biedt voor jeugdigen met problemen. Dit houdt een intensivering in van de reeds begonnen samenwerking tussen de kinder- en Jeugd GGZ afdeling van de Rijngeest groep en de jeugdhulpverlening. Die toegang moet ook snel verlopen naar daadwerkelijke hulp. Dit houdt in dat nu prioriteit gegeven moet worden aan het zo snel mogelijk reduceren van de wachttijd voor screening. Klanten, overheid, andere instellingen op het gebied van de jeugdhulpverlening maar ook de eigen staf moeten er van overtuigd zijn dat verwijzing naar Bureau Jeugdzorg zin heeft, dat er snel gewerkt wordt en "productie" wordt geleverd. Dat betekent kritisch onderzoek naar alle randvoorwaarden die nodig zijn voor een kwalitatief goede, maar snelle screening: het meer gebruiksvriendelijk maken van de RED, voor invulling RED nog meer aanspraak maken op coöperatie van verwijzende instanties, snel overleg over een echte screenings instrument, meer actieve en structurele betrokkenheid van de jeugd GGZ in voordeurteam en screenings overleg, korte en intensieve nascholing van de staf die de screenings verricht, vereenvoudiging screening administratie met behoud van management- en statistische informatie, hechtere consultatie vanuit jeugd GGZ aan voordeurteam. Zo'n onderbouwde strategie waarin wordt aangetoond hoe het probleem van de screening structureel en met visie wordt aangepakt, is een absolute noodzaak om de zo hard nodige financiële ruimte uit te kunnen breiden. Maar dat kan alleen als aannemelijk wordt gemaakt hoe de zo hard nodige financiële middelen zullen worden ingezet en wat de resultaten zullen zijn. *Zonder extra financiële middelen zal het Bureau Jeugdzorg Rijnland niet de vereiste functies kunnen uitvoeren.* Een goede vorm voor overleg over en vorm waarin de aanvraag voor structureel extra financiële middelen geregeld kan worden zou bijvoorbeeld in de vorm van meerjarenafspraken kunnen geschieden zoals voorgesteld door de directeuren van Zuid Holland Zuid en Zuid Holland Noord (zie Bijlage G).

7.2 Naar een brede Bureau Jeugdzorg

Één toegang is mooi, maar er zal ook daadwerkelijke hulp verleend moeten worden. Een tweede prioriteit is om de visie en strategie voor de kortdurende ambulante hulpvormen te beschrijven. Dit houdt in dat zowel voorposten, als de MFO's als de jeugd GGZ om de tafel moeten gaan zitten om een gezamenlijke strategie voor dit probleem te bespreken, het werk en middelen te verdelen en trainingstrajecten te ontwikkelen voor de respectievelijke medewerkers om deze hulpvorm op zo'n kort mogelijk termijn te kunnen waarmaken. Er zal beslist moeten worden in hoeverre het zinnig is om anderen bij deze vorm van hulp te betrekken zoals bijvoorbeeld leerkrachten of sociaal verpleegkundigen. Ook hier zal voor de aanvraag van de zo hard nodige extra financiële middelen eerst moeten worden aangetoond hoe men met elkaar de kortdurende ambulante hulp wil verbeteren.

7.3 Verbetering van het traject Diagnostiek en Indicatiestelling

Dit traject is binnen Jeugdzorg Rijnland nog nauwelijks ontwikkeld. Binnen elke functie en op elk niveau zal door de betreffende medewerker moeten worden nagegaan of hun bijdrage "in de lijn" voldoende specifiek is, zodat de volgende stap daarop hun werk kan voortbouwen. Dit betreft bijvoorbeeld het aangeven van een minimum eis voor hulpverlening, bij voorkeur met het beschrijven van een zorgmodule of zorgprogramma, waaraan de voorgestelde hulp zou moeten voldoen. Het hoofd van de afdeling Diagnose en Indicatiestelling dringt al nu aan op een specifieke vraag voor het stellen van een diagnose en dit soort expliciet geformuleerde vragen en hulpverleningsvormen zijn noodzakelijk voor hulp van een voldoende hoge kwaliteit. Gerichte training zou hieraan in belangrijke mate kunnen bijdragen. De functie consultatie van leden van het D & I team en ook van anderen vanuit de Rijngeest Groep aan medewerkers van BJR en omgekeerd zou hiervoor kunnen worden versterkt en uitgewerkt. De bereidheid om de functie consultatie te versterken is bij alle partijen aanwezig. Het instellen van een (tijdelijke) multidisciplinaire indicatie commissie zal aan de verbetering van het indicatietraject ook bij kunnen dragen.

7.4 Gedetailleerde aanbevelingen

De gedetailleerde aanbevelingen zijn gegroepeerd in zes categorieën.

- Organisatievorm en management (7.4.1)
- Doelgroepenbeleid (7.4.2)
- Kwaliteitsbevordering (7.4.3)
- Registratie en monitoring (7.4.4)
- Intensivering samenwerking met MFO's (7.4.5)
- Diversiteitbeleid (7.4.6)

7.4.1 Organisatievorm en management

Bureau Jeugdzorg Rijnland is op dit moment nog een virtuele organisatie. Het bestaat dankzij de enorme inzet van de twee huidige bureaumanagers en van alle medewerkers. Maar het berust op een (te) smalle basis, namelijk op samenwerkingsovereenkomsten, meer niet. Het wordt aanbevolen om na te gaan of de voordelen van een andere organisatievorm waarbij Bureau Jeugdzorg een zelfstandig rechtspersoon wordt bijvoorbeeld in de vorm van een stichting, niet opwegen tegen de huidige nadelen. Er is nog onbegrip, zo niet wantrouwen tussen medewerkers van de sector jeugd GGZ en de Stichting Jeugdzorg. Een nieuwe Bureau Jeugdzorg als rechtspersoon richt alle "neuzen" in dezelfde richting, er is meer verbondenheid, mede door een nieuwe identiteit, zeker als dat ook een duidelijke vorm krijgt. Een ander mogelijk voordeel is de versterkte onderhandelingspositie van deze nieuwe Bureau Jeugdzorg ten opzichte van provincie, gemeenten en andere partijen omdat het nieuwe Bureau namens alle partijen onderhandelt. Ook zal een rechtspersoon wellicht makkelijker op grotere projecten kunnen inschrijven dan Bureau

Jeugdzorg Rijnland in zijn huidige vorm. Het nieuwe Bureau Jeugdzorg moet worden geleid door één directeur. Het huidige tweemanschap heeft op een bewonderenswaardige wijze het Bureau tot nu toe opgebouwd en geleid maar met één directeur zal een grotere slagkracht ontwikkeld kunnen worden.

7.4.2 Doelgroepenbeleid

Staf en management van Bureau Jeugdzorg zullen snel met elkaar een korte termijn en een lange termijn visie moeten ontwikkelen. Zij zullen prioriteiten moeten stellen en met elkaar afspreken wat in ieder geval in de komende twaalf maanden bereikt moet worden. Dat betekent het stellen van limieten aan wachttijden en het stellen van limieten aan duur voor de screening, het diagnostisch traject, enz. Het voorpostenteam zal ook prioriteiten moeten stellen waarbij ook zij kunnen komen tot productieafspraken. Zo zal bijvoorbeeld mogelijk zijn om de Zorg en Adviesteams op scholen uit te breiden, waarbij vastgesteld zal moeten worden wat de functie en systeemeisen van zo'n team inhouden. Overwogen zou kunnen worden om specifieke zorgloketten op te richten voor dyslexie, agressie, criminaliteit, etc. Op die manier kan men tot zogenaamde productieafspraken komen met het veld zodat preventie geen gevaar loopt door de stringente productieafspraken elders. Aan de andere kant zal Bureau Jeugdzorg aan moeten tonen hoe de 5% van het budget dat beschikbaar is voor preventie in werkelijkheid wordt besteed. Hier liggen goede kansen om samen met de Jeugdgezondheidszorg en schoolbegeleidingsdiensten samen te werken in preventieprojecten. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door projecten op te zetten samen met de instellingen in het veld, aansluitend op het gemeentelijk preventiebeleid, met duidelijke doelstellingen.

Het voordeurteam zal aan de voorpostenteam moeten rapporteren uit welke wijken de meeste aanvragen komen. In aansluiting aan de door de Raad voor Kinderbescherming voorgestelde risicoprofielen is het de moeite waard om na te gaan of aan bepaalde wijken niet meer aandacht gegeven kan worden. Met opvoedbureaus en Jongeren Informatie Punten (JIP) zal een structurele relatie ontwikkeld moeten worden, conform de plannen uit maart 1998 in het rapport "Samen door één deur, bladzijde 8: Met het over de hele regio dekkend inrichten van JIP's en opvoedbureau's ligt er voor het Bureau Jeugdzorg geen directe taak meer op het gebied van de functie informatie en advies. Voorstel is dan ook dat het Bureau Jeugdzorg zich middels het uitoefenen van de functies consultatie en deskundigheidsbevordering concentreert op het toerusten van de JIP's, opvoedbureau's en gelieerde werkvelden in de uitvoering van de functie informatie en advies". Het wordt in overweging gegeven om in het gebouw van Bureau Jeugdzorg Rijnland een JIP loket en een opvoedbureau te vestigen.

Intensief overleg met GGD, ZAT en opvoedbureau zou kunnen leiden tot een hulpvorm, waarbij zonder dat er meteen een intake plaatsvindt en zonder dossiers een eerste vorm van eenvoudig hulp aangeboden zou kunnen worden in de wijken. Een veelgehoorde klacht is over de hulpverlening dat men uit de hoogte praat: "Wij weten wel wat goed voor u is" waardoor cliënten zich onbegrepen en afgewezen voelen. Bij de laagdrempelige voorzieningen hoort ook het ontwikkelen van een brede school of vensterschool. Ook het ontwikkelen van naschoolse opvang in

jongerencentra zoals bijvoorbeeld het jongerencentrum Solution van Jacques Blenk in Hillegom en de opvoedwinkel in Haarlem zijn voorbeelden van laagdrempelige voorzieningen.

De samenwerking tussen jeugd GGZ en Stichting Jeugdzorg zal geïntensiveerd moeten worden door middel van consultaties over en weer: jeugd GGZ heeft specifieke kennis van de psychische problematiek, terwijl Stichting Jeugdzorg veel ervaring heeft met draagkracht- en draaglast onderzoek in gezinsituaties. Ook zal de samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg (JZ) geïntensiveerd moeten worden. De JGZ heeft een beeld van de ontwikkeling van het kind - longitudinale kennis en informatie over het kind in relatie tot haar/zijn omgeving.

Wat betreft verwijzing naar de jeugd- en kinderpsychiatrie zal moeten worden vastgesteld wat het hoofddoel is. Is het hoofddoel inderdaad genezing van psychiatrische ziektebeelden en het draaglijk maken van de ziekte zodat men redelijk kan functioneren? Zijn er mogelijkheden om in het werkgebied van kortdurende ambulante therapie met elkaar samen te werken? Hierover zal men overleg moeten plegen tussen BJR en de Rijngeest Groep. Ook bij psychiatrische behandeling kan door medewerkers van BJR op een waardevolle manier een bijdrage worden geleverd omdat zij door zorgvuldig onderzoek of er voldoende steunende factoren aanwezig zijn vanuit de omgeving een bij kunnen dragen aan het inschatten van veranderingsmogelijkheden.

7.4.3 Kwaliteitsbevordering

De systeemeisen van projectgroep Toegang leggen de nadruk op kwantitatieve normen. De systeemeisen zijn ook goed bruikbaar om als discussiemateriaal te dienen voor het ontwikkelen van kwaliteitsnormen. Dit begint al bij de aanmelding. Er zal voor de functie aanmelding een draaiboek gemaakt moeten worden met minimale eisen zodat de leden van het voordeurteam minder op hun eigen subjectieve gevoel hoeven te varen en meer ondersteund worden door resultaten van grondig onderzoek. Dit geldt ook zeker voor de andere functies. Bij screening zal het voordeurteam beslist uitgebreid moeten worden door een medewerker met ervaring vanuit de jeugd GGZ. Ook zal in het screeningsoverleg structureel een medewerker van jeugd GGZ aanwezig moeten zijn. Deze GGZ medewerker zou ook van een andere discipline moeten zijn dan de leden van het voordeurteam zodat er sprake is van een multidisciplinair screeningsoverleg. Het wordt aanbevolen om een nieuwe screeningsinstrument te ontwikkelen dat écht screent en dat afgesloten wordt met een hypothese en aanbeveling wat op z'n minst verder gebeuren moet. Daarna kan men met een vereenvoudigd en gebruikersvriendelijke RED verder gaan. Met inachtneming van eisen vanuit de jeugdzorg kan hier vermeld worden dat een screeningsinstrument of methodiek in ieder geval aansluit op het RED. Het protocol voor Diagnostiek en Indicatie traject is goed. Wel zal duidelijk moeten worden wat de insluit- en uitsluit criteria zijn voor doorverwijzing naar de jeugd GGZ. De jeugd GGZ zal ook haar prioriteiten moeten stellen. Gaat het alleen om kinderpsychiatrie en het genezen, of kan er sprake zijn van een substantiële bijdrage aan een "brede" Bureau Jeugdzorg", compleet met deelname in kortdurende ambulante therapieën. De jeugd GGZ zal structureel veel meer consultaties kunnen geven aan medewerkers van Bureau

Jeugdzorg en zodoende in belangrijke mate bijdragen aan deskundigheidsbevordering. Medewerkers van Bureau Jeugdzorg kunnen op hun beurt bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van de jeugd GGZ door hun ruime ervaring met draagkracht- en draaglastonderzoek in gezinssituaties en opvoedingsgerichte problematiek. Het wordt in overweging gegeven om goede instrumenten van andere Bureaus Jeugdzorg eens samen te bespreken, zoals bijvoorbeeld de screening formulieren van Kennemerland.

7.4.4 Registratie en monitoring

De registratie zal op alle niveaus sterk verbeterd moeten worden. De scheiding tussen TRAJECT (voor Diagnostiek en Zorgtoewijzing) en JHVIS (voor aanmelding, screening, kortdurende hulpverlening) zal zo snel mogelijk opgeheven moeten worden. De overheid en zorgverzekeraars willen steeds meer afspraken maken en contracten sluiten op grond van productie-indicatoren. Voor het opstellen van betrouwbare indicatoren zijn harde cijfers nodig. Indien iedereen beseft dat de financiering van het goede werk van Bureau Jeugdzorg van dergelijke cijfers afhangt, zal het makkelijker zijn om de (zelf)discipline op te brengen om deze cijfers continue te registreren. De cijfers moeten echter ook worden geanalyseerd. Tijdens het inspringen van het voorpostenteam nam opeens het aantal screenings toe. Dit kan wijzen op het succesvol "uit-de-handen-van-de-zorg" houden van jeugdigen door het voorpostenteam. In een registratiesysteem zal men gemakkelijk een "follow-me" bewaker kunnen inbouwen zoals nu al management assistenten in softwareprogramma's beschikbaar zijn die een signaal geven als een klant te lang op een wachtlijst staat of ergens in het systeem "verdwijnt". Intranet en een website op internet moeten snel ontwikkeld worden. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of er behoefte bestaat aan een gezamenlijke website voor alle Bureaus Jeugdzorg om cliënten basale informatie te geven over de mogelijkheden voor hulp bij bepaalde zorgbehoeften. Eventueel met vermelding van wachttijden.....

Het verdient aanbeveling om in alle KWIS tabellen niet alleen de percentages maar ook de absolute getallen te vermelden. De werkgroep registratie Bureaus Jeugdzorg nu ondergebracht bij de Vereniging Ondernemers in de Gezondheidszorg (VOG) zal haar eerste rapport snel moeten uitbrengen. Het KWIS zou als basis kunnen dienen voor interessante analyses op grond waarvan nader onderzoek uitgevoerd kan worden. Zo is het bijvoorbeeld opvallend dat 20% van de cliënten die aangemeld werden voor screening "afhaken". Het Project Proces Indicatoren zal aandacht moeten besteden aan het uitwerken van indicatoren voor een preventiebeleid, want anders bestaat het gevaar dat door productie eisen alle preventieactiviteiten bedreigd worden en op den duur verdwijnen.

Het rapport van de pilot aangepaste kwaliteitssysteem zal met de betrokken medewerkers besproken moeten worden, evenals het rapport van de Regionale Databank over het experiment rond diagnostiek met de jeugd GGZ. De resultaten van het overleg intersectorale informatiesysteem en de voorstellen van de regionale databank zullen ook onderling door de verschillende Bureaus Jeugdzorg besproken moeten worden.

Een overzichtelijke tabel zoals uitgebracht door Provincie Utrecht (zie tabel 1) wordt voor monitoring aanbevolen:

Tabel 1. Monitoring van functie screening (voorbeeld):

Systeemeisen voor de functie screening	Mate waarin voldaan is aan deze eisen per 1-1-2000
1 Onder screening wordt verstaan:	
Een eerste analyse van de hulpvraag op een wijze die voldoet aan de eisen van de betrokken beroepsgroepen	Ja
Besluitvorming tot crisisinterventie	Ja
2 De screening beoogt:	
Een gewogen oordeel over het vervolgaanbod	Neen
Een intersubjectief oordeel over de besluitvorming tot crisisinterventie	Neen
3 De screening leidt tot:	
Verwijzing naar vormen van hulp-, zorg- of dienstverlening buiten de geïndiceerde jeugdzorg	Ja
Eenvoudige/kortdurende ambulante hulp binnen vijf werkdagen na afronding van de screening	Neen
Aanwijzing van een diagnostisch instrument	Neen
Uitvoering van een diagnostisch (basis) arrangement binnen tien werkdagen na afronding van de screening	Neen
Besluit tot crisisinterventie	Ja
Geen verder activiteiten	Ja

7.4.5 Intensivering samenwerking met Multifunctionele Organisaties (MFO's)

Bureau Jeugdzorg zou in nauwe samenwerking met MFO's ambulante hulpverleningstrajecten kunnen ontwikkelen zodat de daadwerkelijke hulp sneller op gang komt. MFO's zijn bereid in te springen bij het wegwerken van de wachtlijsten voor screening. Dit zou een goede aanknopingspunt zijn om concreet intensiever te gaan samenwerken. Er zal met de MFO's meer vanuit een idee van bondgenootschap dan van concurrentie posities samengewerkt moeten worden.

7.4.6 Diversiteitsbeleid

Agadir, oorspronkelijk opgezet als steunpunt voor Marokkaanse jongeren die een delict gepleegd hebben. Er is daarbij een onderscheid tussen het sanctiebeleid, waarbij jongeren via een justitiemaatregel deelnemen en een vrijwillige deelname. In de praktijk was op de vorige locatie aan de Schipholweg een sterke inloofunctie ontwikkeld. Deze inloofunctie is op de Albinusdreef niet meer herkenbaar. Voor allochtone jongeren heeft Bureau Jeugdzorg Rijnland een veel te hoge drempel. Er zal zowel voor interne doeleinden, maar ook zeker voor externe activiteiten een diversiteitbeleid ontwikkeld moeten worden. Een voorbeeld voor een interculturalisatie beleid is aan dit rapport toegevoegd in Bijlage M. In het algemeen geldt voor een diversiteitbeleid nog sterker dan voor de andere activiteiten van Bureau Jeugdzorg dat men dichter naar de doelgroep moet gaan. Overleg met vensterscholen, met de Jeugdgezondheidszorg, vestiging van JIP in

buurthuizen, rechtstreeks contact met leerkrachten en deskundigheidsbevordering van medewerkers van opvoedbureaus en van JIP's zijn alle voorbeelden van hoe men dichterbij de doelgroep kan komen, laagdrempelig, zonder dat meteen een "intake" of screening volgt. Maar dat men eenvoudig even kan overleggen, iets kan vragen.

Literatuurlijst

Curium in beeld; Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Oegstgeest/Gouda; 1999

Netwerkorganisatie Jeugdzorg Zeeland Handboek; Provinciaal Samenwerkingsverband Jeugdhulpverlening; 1997; Middelburg, 1997

Meerjarenafspraken Jeugdzorg 2000-2002; GOJ 99-086, GOLO 99-086; 1999

Ondernemingsplan Bureau Jeugdzorg 2000 Rijnland; Leiden, 2000

Normen en resultaten 1999 Bureau Jeugdzorg Rijnland; Leiden, 2000

Bakker I, Bruyn N de.; Jeugd en samenwerking. Aansluiting tussen lokaal jeugdbeleid en jeugdzorgbeleid: acht voorbeelden uit de praktijk; Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn NIZW E-22803; Utrecht, 1999

Bellaart HB.; Transculturele toegang tot de jeugdzorg; NIZW Uitgeverij (bestelnr E 22342); Utrecht, 1997

Berg H van den, Verheij F.; Kinder- en jeugdpsychiatrie hoort achter Bureau Jeugdzorg (Het Rotterdamse voorbeeld); Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg; 1997; nr 2: 36-40

Bijstra JO, Kooi HP van der, Oostra L.; Interventies in de psychosociale ontwikkeling van adolescenten. In: Sanderman R, Heuvel WJA van den, Krol B (red.). Intervenieren in determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma.; Van Gorcum; Assen, 1995

Boer F.; Beleidsplan, Sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie; Sophia Kinderziekenhuis, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie; Rotterdam, 1996

Boer F.; Child and adolescent psychiatry in the Netherlands: patterns of practice; European Child & Adolescent Psychiatry; 1999; 8: 57-60

Bosma MWM, Hosman CMH, Vries WJ de, Veltman JE.; Ontwikkelen van preventie-programma's: praktijk als bron van kennis.; Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer; Nijmegen, 1994

Bureau Jeugdzorg Rijnland; Handboek Voordeurteam Bureau Jeugdzorg Rijnland; Bureau Jeugdzorg Rijnland; Leiden, 2000

Clarijs R.; Van antwoord naar vraag. Een nieuw zicht op jeugdzorg; Adviescommissie Wet op jeugdzorg; 1999

Clarke G, Hawkins W, Murphy M, Sheeber L.; School-based primary prevention of depressive symptomatology in adolescents: Findings from two studies.; Journal of Adolescent Research; 1995; 8: 183-204

Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnow JR, Markman HJ, Ramey SL, Shure MB, Long B.; The science of prevention; American Psychologist; 1993; 48: 1013-1022

Drunen P van.; Jeugd-ggz overhevelen naar Bureaus Jeugdzorg; De Psycholoog; 1999; 398-399.

Durlak JA.; School-based prevention programs for children and adolescents; Sage: Thousand Oaks; 1995.

Eijgenraam K; Voorstellen voor de toegang gerelateerd aan systeemeisen Projectgroep Toegang; Bureau Jeugdzorg; Leiden, 1999

GGZ Nederland; GGZ Nieuwsbrief; Utrecht, 1999: nr 4

GGZ Nederland; GGZ Nieuwsbrief; Utrecht, 1999: nr 3

GGZ Nederland; GGZ Nieuwsbrief; Utrecht, 2000: nr 1

Haarsma HMC, Montfoort AJ van.; Bureau Jeugdzorg onder de huidige wet- en regelgeving; Adviesbureau van Montfoort; Woerden, 2000

Hagen JWH, Dam S van, Verbeek M, Wagenaar TRAM; Bureaus Jeugdzorg & AMK's: een stand van zaken. Eindrapportage; Ernst & Young consulting; Utrecht, 1999

Hoefnagels C.; Over praten gesproken: effect-evaluatie van de landelijke campagne tegen kindermishandeling 'Over sommige geheimen moet je praten'; Amsterdam: VU Uitgeverij; 1994

Hosman CMH, Veltman JE.; Programmaontwikkeling en effectmanagement; Katholieke Universiteit Nijmegen. Vakgroep klinische psychologie en persoonlijkheidsleer; Nijmegen,

Jeugdhulpverlening Zuid Holland Noord.; Beleidsplan preventie voor de regio Zuid-Holland Noord; Jeugd Welzijnszorg Overleg; Leiden, 1992

Konijn C, Berben E, Verheij F, Donker M.; Het domein van de jeugd-GGZ: recht van overpad; Kind en Adolescent; 1999; 20: 276-291.

Lankhorst P.; Advies van de projectgroep toegang aan de provincie Noord-Brabant; PON Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord Brabant; Tilburg, 1998

Lankhorst P.; Met beide benen op de grond; Provincie Noord-Brabant; 1998;

Lieshout M van.; Vorming bureaus jeugdzorg stagneert; 1998.

Linde A van de.; Interculturalisatie van de Stichting Jeugdzorg. Een plan van aanpak; Voorburg, 1999

Ministerie Justitie en Ministerie VWS; brief aan voorzitter 2^e kamer. Voortgang uitwerking Regeerakkoord Jeugdzorg. DJB/JHV –991136; Ministerie Justitie en Ministerie VWS; Den Haag, 1999

Ministerie van Binnenlandse Zaken; Jeugdbeleid in Ba(la)ns. Afspraken van rijk, provincies en gemeenten over een gezamenlijk jeugdbeleid; Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; Den Haag, 1999

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Elske ter Veld; Plaats maken. Op weg naar goede jeugdzorg. Rapport Task Force Jeugdhulpverlening; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Jeugdbeleid; Den Haag, 1994

Ministerie VWS; Meerjarenaafspraken jeugdzorg persbericht nr.40; Internet www.minvws.nl; Den Haag, 1999

Ministerie VWS; brief aan voorzitter 2^e kamer. Ondersteuning lokaal jeugdbeleid. DJB/PJB 992086; Ministerie VWS; Den Haag, 1999

Ministerie VWS; Toegang verboden? Onderzoek naar kwaliteit en beschikbaarheid van de ouder- en kindzorg; Ministerie VWS, Inspectie voor de gezondheidszorg; Den Haag, 1999

Ministerie VWS en Minister van Justitie; Regie in de jeugdzorg. Standpunten van de ministers van welzijn, volksgezondheid en cultuur en justitie; Ministerie VWS, centrale directie voorlichting en documentatie en bibliotheek; Den Haag, 1994

Ministerie VWS, Ministerie Justitie, IPO, VNG, VOG, GGZ; Meerjarenaafspraken toegangsfuncties bureaus jeugdzorg; Notitie overeenstemming resultaatafpraak Ministerie VWS, Ministerie Justitie, IPO, VNG, VOG, GGZ; Gravenhage, 1999.

Monshouwer HJ, Veerman JW.; Evaluatieonderzoek Wachlijsproject. Tussentijdse rapportage. Conceptversie 18 januari 2000; PI Research, afd evaluatie-epidemiologisch onderzoek; Amsterdam, 2000

Napel M ten.; Jeugdbeleid, jong beleid; Ministerie VWS, OLPI, directie Jeugdbeleid; Rijswijk, 1998

National Mental Health Association; Getting Started: The NMHA Directory of Model Programs to Prevent Mental Disorders and Promote Mental Health.; NMHA; ;

Olweus D.; Bullying among schoolchildren: Intervention and prevention. In: Peters R deV, McMahon RJ, Quinsey VL. Aggression and violence throughout the life span.; Newbury Park: Sage; California, 1992

Öry F.; 'Zorgen moet je doen niet maken'. Concept evaluatierapport Bureau Jeugdzorg Rijnland; TNO/Bureau Jeugdzorg Rijnland; 2000; Leiden, 2000

Ouwerkerk E.; Één toegang? 'Ja, maar wel naar een wachtkamer'; 1998

Overduin P, Wakker A van de; Het domein van de jeugd-GGZ is de gehele jeugdzorg; Kind en Adolescent ; 1999; 20: 292-294

Overing TCG.; Rijngesest Groep Kinder- en Jeugd GGZ. beleid voor het nieuwe millennium (1^e concept); Bureau jeugdzorg Rijnland ; 2000; Leiden, 2000

Poppel J van, Maas J, Kamphuis P, Kroesbergen I.; Intervenieren in determinanten van gezondheid: resultaten van een onderzoeksprogramma. In: Sanderma R, Heuvel WJA van den, Krol B (red.); Van Gorcum; Assen, 1995.

Provincie Zuid Holland; Opvoedingsondersteuning. Bureau Maatschappelijke Zorg; 1993

Provincie Zuid Holland Noord; Stand van zaken regie in de jeugdzorg Zuid-Holland Noord; Leiden, 1998

Provincie Zuid Holland Zuid; Plan Jeugdhulpverlening 2000-2003; Provinciale Uitgeverij; Den Haag, 2000

Raad voor Gezondheidsonderzoek; Prioriteiten in preventieonderzoek; 's Gravenhage, 1996

Roes Th. Bieleman, B, Hoogeveen C, Laan R van der, Meijer G, Snippe J.; Jeugdrapportage 1999; Intraval; Groningen, 1999

Roosendaal H, Quak ABWM, Naborg R.; Wachtijden in de AGGZ; MGZ; 1999; 9: 892-900

Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW.; Evaluation. A systematic approach. six edition; Sage publications; California 1999

Schaft RA van der, Yperen TA van, Nota PA.; Casemanagement in de toegang tot de jeugdzorg; NIZW Uitgeverij (bestelnr. E 222341); Utrecht, 1999

Schrever GM.; Evaluatie deelname voordeurteam (VDT) en Bureau Jeugdzorg (BJZ); Riagg Zuid Holland Noord; 1999

Schuyt CJM.; Vulnerable youth and their future. A policy recommendation based on literature research.; Ministerie VWS, jeugdbeleid; Amsterdam, 1995

Schuyt CJM.; Kwetsbare jongeren en hun toekomst; Amsterdamse School voor Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek ; 1995 Amsterdam,

Tersprta E.; Toespraak ter gelegenheid van de in ontvangstname van het eindadvies van de werkgroep meldpunt kindermishandeling op donderdag 16 oktober 1997.; Ministerie VWS; Den Haag, 1997

Tilburg W van, Boer F.; Uitwerking regeerakkoord jeugdzorg; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie; Utrecht, 1998

Tilburg W van, Groot PA de, Boer F, Verheij F.; brief aan minister Borst betreffende protocol cliënten met vermoedelijk ernstige psychiatrische problematiek; Utrecht, 1998

Veltman JE, Ruiter M, Hosman CMH.; Stemming maken: versterken van weerbaarheid en verminderen van depressieve klachten bij jongeren; Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer; Nijmegen, 1996.

Vries WJ de, Hosman CMH, Engels MCLJ.; Visies of effectbepalende condities in de preventieve geestelijke gezondheidszorg; Katholieke Universiteit Nijmegen, vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer; Nijmegen, 1995

Wel-Markerink I van der.; Met het oog op jongeren; Provincie Zuid Holland; Den Haag, 1999

Wolf M, Pinxteren S, Schuring M, Landweer M.; Bureau Jeugdzorg Flevoland. Een analyse Bureau Jeugdzorg Flevoland; Utrecht, 1998

Yperen TA van, Nota PH, Schaft RA van der.; Zorgtoewijzing. Knooppunt vraag en aanbod jeugdzorg; NIZW Uitgeverij (bestelnr E222342); Utrecht, 1999

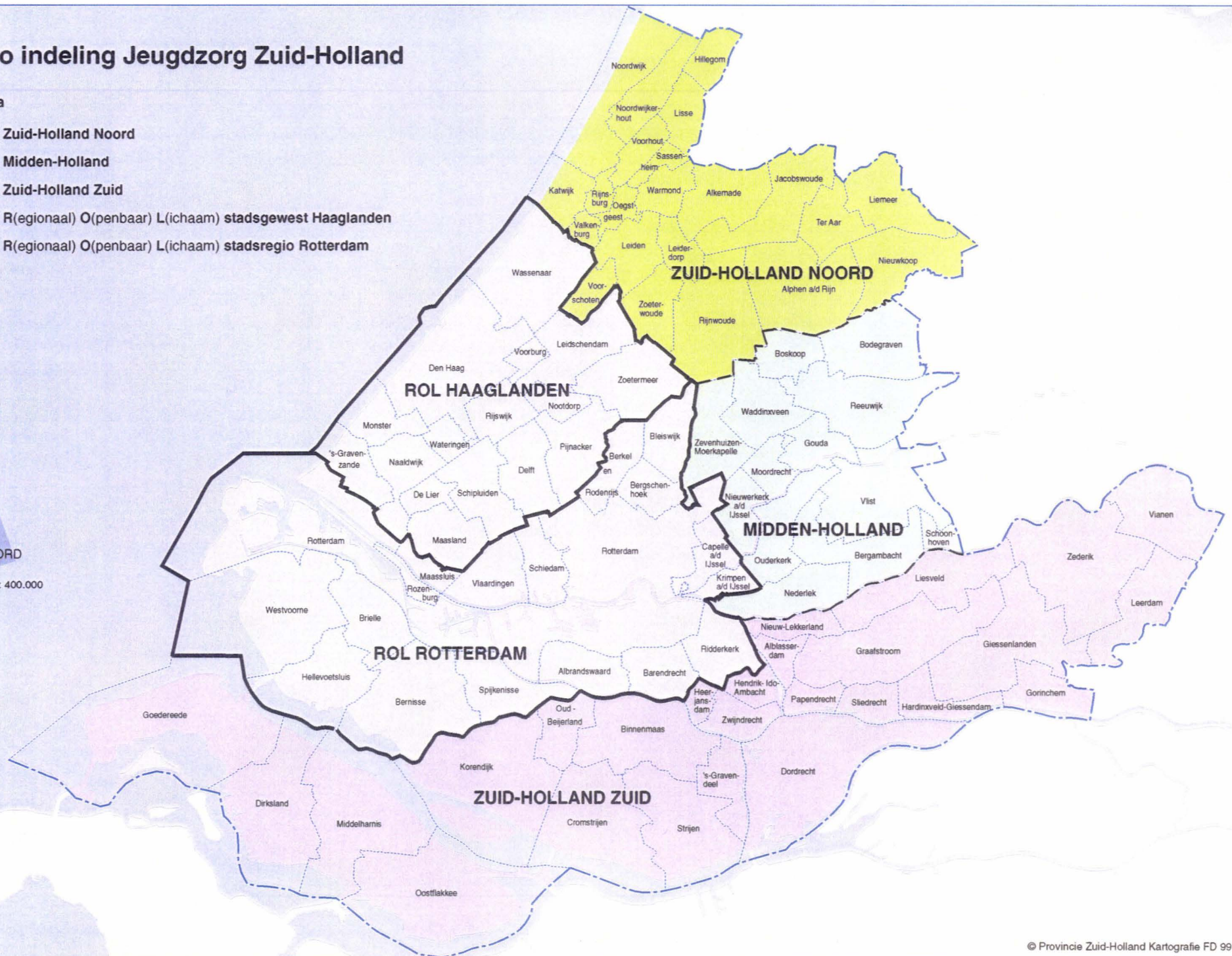
Bijlage A Regio indeling Jeugdzorg Zuid-Holland

Legenda

-  Zuid-Holland Noord
 Midden-Holland
 Zuid-Holland Zuid
 R(egionaal) O(penbaar) L(ichaam) **stadsgewest Haaglanden**
 R(egionaal) O(penbaar) L(ichaam) **stadsregio Rotterdam**

NOORD

Schaal 1 : 400.000



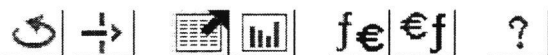


Statistisch bestand Ned. gemeenten 1999.2

	Bevolking	
	Totaal x 1	0-19 jaar
<u>Ter Aar</u>		
1999	9 130	2 658
<u>Alkemade</u>		
1999	14 466	3 978
<u>Alphen aan den Rijn</u>		
1999	69 322	18 353
<u>Hillegom</u>		
1999	20 674	5 084
<u>Jacobswoude</u>		
1999	10 762	2 847
<u>Katwijk</u>		
1999	40 585	11 684
<u>Leiden</u>		
1999	117 389	24 937
<u>Leiderdorp</u>		
1999	24 819	6 151
<u>Liemeer</u>		
1999	6 923	1 858
<u>Nieuwkoop</u>		
1999	11 067	2 991
<u>Noordwijk</u>		
1999	25 115	5 870
<u>Noordwijkerhout</u>		
1999	15 409	3 883
<u>Oegstgeest</u>		
1999	20 183	5 427
<u>Rijnsburg</u>		
1999	14 661	4 500
<u>Rijnwoude</u>		
1999	19 377	5 474
<u>Sassenheim</u>		
1999	14 591	3 750
<u>Valkenburg</u>		
1999	3 581	1 041
<u>Voorhout</u>		
1999	12 757	3 833
<u>Voorschoten</u>		
1999	22 801	5 605
<u>Warmond</u>		
1999	5 302	1 232
<u>Zoeterwoude</u>		
1999	8 601	2 321
	TOTAL	123.477

Statistisch bestand Ned. gemeenten 1999.2

fax - 070 337 5981 (ovv SBG)
e-mail - regstat@cbs.nl



Statistisch bestand Ned. gemeenten 1999.2

Bevolking				
Samenstelling				
Leeftijd				
Totaal				
	<u>0-4 jaar</u>	<u>5-9 jaar</u>	<u>10-14 jaar</u>	<u>15-19 jaar</u>
	x 1			
<u>Ter Aar</u>				
1999	629	680	717	632
<u>Alkemade</u>				
1999	954	1 113	953	958
<u>Alphen aan den Rijn</u>				
1999	4 740	4 632	4 460	4 521
<u>Hillegom</u>				
1999	1 224	1 318	1 330	1 212
<u>Jacobswoude</u>				
1999	675	755	719	698
<u>Katwijk</u>				
1999	2 713	3 052	2 967	2 952
<u>Leiden</u>				
1999	6 665	6 229	5 662	6 381
<u>Leiderdorp</u>				
1999	1 652	1 727	1 406	1 366
<u>Liemeer</u>				
1999	454	520	492	392
<u>Nieuwkoop</u>				
1999	772	801	693	725
<u>Noordwijk</u>				
1999	1 349	1 507	1 498	1 516
<u>Noordwijkerhout</u>				
1999	954	1 035	1 016	878
<u>Oegstgeest</u>				
1999	1 354	1 505	1 371	1 197
<u>Rijnsburg</u>				
1999	1 076	1 220	1 127	1 077
<u>Rijnwoude</u>				
1999	1 254	1 454	1 371	1 395
<u>Sassenheim</u>				
1999	858	986	1 020	886
<u>Valkenburg</u>				
1999	260	295	267	219
<u>Voorhout</u>				
1999	1 128	1 104	853	748
<u>Voorschoten</u>				
1999	1 421	1 483	1 381	1 320
<u>Warmond</u>				
1999	298	329	321	284
<u>Zoeterwoude</u>				
1999	568	663	583	507

Bijlage B Overeenkomst tot oprichten en instandhouden van Bureau Jeugdzorg Zuid Holland-Noord

CONCEPT

Overeenkomst tot oprichten en instandhouden van Bureau Jeugdzorg Zuid Holland-Noord

De ondergetekenden:

1. De Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid Holland Noord, gevestigd te Den Haag en kantoorhoudende te Voorburg, in dezen krachtens haar statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door de algemeen directeur, de heer dr. B.F. Groeneweg;
(verder te noemen: Stichting Jeugdzorg)
2. De Stichting Riagg Zuid Holland Noord, gevestigd en kantoorhoudende te Leiden,
..... ;
(verder te noemen: Riagg)
3. De Raad voor de Kinderbescherming, gevestigd en kantoorhoudende te Utrecht, in dezen krachtens haar statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door ?
4. De Stichting De Mare, gevestigd en kantoorhoudende te Leiden, in dezen
5. De Stichting Jeugdhulpverlening Delft, Westland, Zoetermeer e.o. gevestigd en kantoorhoudende te Delft, in dezen krachtens haar statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door
6. De Stichting Spel en Opvoedingsvoorlichting, gevestigd en kantoorhoudende te Gouda, in dezen krachtens haar statuten rechtsgeldig vertegenwoordigd door de directeur, mevrouw drs. M. Dutman,
7. De Stichting MKD Margriet, gevestigd en kantoorhoudende te Leiderdorp, in dezen
8. De Stichting Academisch Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium, gevestigd
9. De Stichting Rijnhove/Bergse Bos?, gevestigd en kantoorhoudende te
10. De stichting Centrum voor Pleegzorg Zuid Holland-Noord, gevestigd en kantoorhoudende te Leiden, in dezen

hierna te noemen partijen,

Bijlage C Doel en werkgebied

De inbreng wordt uitgedrukt in formatie uren voor het betreffende kalenderjaar op het voor de functie overeengekomen kwalificatieniveau met een opgave van de betreffende kosten. Vervolgens wordt aangegeven of de formatie in geldmiddelen danwel in de vorm van personele inzet geleverd zal worden.

3. Op het moment van toetreding tot de overeenkomst verbindt elke partij zich tot het leveren van de in de betreffende bijlage aangegeven inzet en wordt de personele en/of financiële inbreng vastgelegd.
De medewerkers blijven in dienst bij de eigen instelling. Zij worden inhoudelijk en operationeel aangestuurd door het bureaumanagement. Indien zij volledig werkzaam zijn voor het Bureau, zal ook de hiërarchische aansturing door het bureaumanagement plaatsvinden.
4. Inhoud en vormgeving van het Bureau Jeugdzorg zijn neergelegd in de volgende documenten:
 - Document "organisatorische vormgeving van het Bureau Jeugdzorg ZHN" dd.
 - * Andere, bijvoorbeeld:
 - Nota Het Bureau Jeugdzorg ZHN (een opvolger van de rapporten "Samen door één deur", "De functies Diagnostiek & Indicatiestelling in het kader van de Toegang tot de Jeugdzorgen", "Samenhang in het hulpaanbod" en de notitie Zorgtoewijzing voor wat betreft de inhoudelijke beschrijving der functies (tot en met zorgtoewijzing),
 - Handboek Bureau Jeugdzorg ZHN (waarin reglementen, procedures, systeemeisen, protocollen e.d.).
 - Jaarplan 1998 Bureau Jeugdzorg ZHN
 - Begroting 1998 Bureau Jeugdzorg ZHN
 -

Deze documenten zijn of worden als bijlagen aan deze overeenkomst gehecht.

Artikel 2

Doel en werkgebied

1. Het Bureau heeft ten doel het gecoördineerd bijeenbrengen en inzetten van Jeugdzorg-capaciteit van partijen in de regio Zuid Holland Noord met betrekking tot de functies advies en informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering, aanmelding, screening, nader te definiëren vormen van ambulante hulpverlening, diagnostiek, indicatiestelling, zorgtoewijzing, plaatsing en casemanagement.
2. Het Bureau zal een goede samenwerking tot stand brengen met voor de jeugdzorg relevante sectoren zoals genoemd bij de overwegingen; hiertoe zal ook samenwerking plaatsvinden met de betrokkenen bij de regiovisie Jeugdzorg, zoals die wordt ontwikkeld door de provincie Zuid Holland.
3. Het gebied Zuid Holland Noord wordt begrensd door de grenzen van de gemeenten:
.....
4. Het werkgebied wordt opgedeeld in subregio's, bestaande uit combinaties van gemeenten, zodanig dat de bereikbaarheid en toegankelijkheid bij de uitvoering van de lid 2 genoemde functies voor de cliënten optimaal is, in verhouding tot de voor de uitoefening van elke functie gewenste schaalgrootte.

Bijlage D Systeemeisen voor de functie Aanmelding

Systeemeisen voor de functie Aanmelding

Onder aanmelding wordt verstaan: ieder signaal van een minderjarige, diens opvoeders, de niet-professionele omgeving van jeugdige en opvoeders en beroepsbeoefenaren die bij de jeugdige en diens opvoeders zijn betrokken.

De aanmelding beoogt: een gewogen oordeelsvorming over het signaal.

De aanmelding leidt tot:

- het verrichten van een pre-diagnose/screening binnen 5 werkdagen na het eerste contact;
- terug- of doorverwijzing naar vormen van niet-geïndiceerde zorg binnen 24 uur waartoe advies en consultatie worden gerekend;
- crisis-interventie binnen 2 uur;
- beëindiging van het contact.

De aanmelding is mogelijk:

- telefonisch gedurende kantooruren (08.30 - 17.00 uur);
- in persoon gedurende kantooruren alsmede gedurende twee uren in een vooravond;
- op een locatie die binnen maximaal 45 minuten is te bereiken gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige of diens opvoeders;
- 365 dagen per jaar gedurende 24 uur per dag in geval van crisis-interventie.

Bij een aanmelding worden vastgelegd:

- de personalia van de jeugdige en/of opvoeders;
- de reden tot aanmelding;
- het advies of besluit dat de cliënt wordt gegeven;
- de afspraken met de verwijzer/jeugdige en/of opvoeders.

Bij een aanmelding wordt informatie verstrekt over:

- privacy-regelingen;
- klachtrecht;
- de te volgen procedures.

Systeemeisen voor de functie Screening (pre-diagnose)

Onder screening wordt verstaan: een eerste analyse van de hulpvraag op een wijze die voldoet aan de eisen van de betrokken beroepsgroepen.

De screening beoogt:

- een gewogen oordeel over het vervolgaanbod,
- een intersubjectief oordeel over de besluitvorming tot crisisinterventie.

In het gewogen oordeel wordt specifiek omschreven of AWBZ-verstrekingen passen bij de hulpvraag. Het aanbod wordt daarmee getoetst op doelmatigheid.

De screening leidt tot:

- verwijzing naar vormen van hulp-, zorg- of dienstverlening buiten de geïndiceerde jeugdzorg;
- eenvoudige/kortdurende ambulante hulp binnen 5 werkdagen na afronding van de screening;
- aanwijzing van een diagnostisch arrangement;
- uitvoering van een diagnostisch (basis)arrangement binnen tien werkdagen na afronding van de screening;
- besluit tot crisisinterventie;
- geen verdere activiteiten.

De screening moet mogelijk zijn:

- binnen ten hoogste drie contacten in een periode van tien werkdagen;
- op een locatie die binnen 45 minuten met openbaar vervoer is te bereiken gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders;
- binnen tien dagen na aanvang van een crisisinterventie.

Het screeningsproces verloopt met betrokkenheid van de cliënt.

De resultaten van de screening worden met de cliënt besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

Bij een screening worden vastgelegd:

- het advies of besluit dat de cliënt wordt aangereikt op basis van het vastgelegde gewogen oordeel;
- afspraken over vervoltrajecten;
- de voorziening of persoon die verantwoordelijk is voor het contact met de jeugdige en/of diens opvoeders in het vervoltraject;
- het besluit tot crisisinterventie en melding daarvan bij het zorgtoewijzingsorgaan.

Systeemeisen voor de functie Diagnostiek

Onder diagnostiek wordt verstaan: het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en het cliëntsysteem, waarin de hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, alsook de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband zijn gebracht.

De diagnostiek beoogt met professionele distantie een beeld te scheppen dat een beargumenteerd oordeel over de benodigde hulpverlening mogelijk maakt.

De diagnostiek moet mogelijk zijn:

- op een locatie die goed is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders;
- voor alle hulpvragen van jeugdigen en hun opvoeders, op grond van adequaat aangeleverde gegevens;
- binnen 30 werkdagen, gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek.

Het proces verloopt voor de cliënt inzichtelijk. Vóór de aanvang van de diagnostiek wordt de cliënt:

- schriftelijke informatie verschaft over de procedure van de diagnostiek, de indicatiestelling en de toewijzing;
- uitleg gegeven van het (juridisch) kader waarbinnen het onderzoek verricht wordt;
- gewezen op het feit dat verslaglegging wordt gedaan in het cliëntdossier;
- gewezen op rechten zoals inzagerecht en recht op een second opinion.

Op onderdelen volgt een herhaling en/of uitbreiding van informatie.

Het diagnostisch proces verloopt voorts:

- met betrokkenheid van de cliënt;
- onafhankelijk en geobjectiveerd, ondersteund met volgens professionele maatstaven deugdelijke methoden en middelen;
- integratief: gericht op het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp en voor zover nodig multidisciplinair, multidimensioneel en vanuit verschillende referentiekaders.

De diagnostiek leidt tot een in een rapport vastgelegde *diagnose* die een professioneel onderbouwde

omschrijving bevat van het gevormde beeld en die de informatie aanreikt voor de besluitvorming over de al dan niet benodigde hulpverlening binnen alle vormen van jeugdzorg.

De resultaten worden met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de diagnose besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- de vraagstellingen die centraal staan;
- voor zover van toepassing: de samenstelling van en de taakverdeling binnen het diagnostisch team;
- de methoden en middelen die gehanteerd zijn;
- het verloop van het proces, inclusief een heldere datering van de activiteiten;
- de resultaten, inclusief de diagnose;
- de argumenten en contra-argumenten die tot de diagnose hebben geleid;
- de geldigheidsduur van de diagnose;
- het resultaat van de bespreking van de diagnose met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

Aan de plaatser wordt standaard op initiatief van de diagnosticus verslag gedaan van het onderzoek, de bevindingen en de geldigheidsduur daarvan.

In de omgang met de cliëntgegevens worden de wettelijke en eventuele instellingsspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzagerecht en het instemmingsrecht in acht genomen.

Systeemeisen voor de functie Indicatiestelling

Onder indicatiestelling wordt verstaan: het, op basis van de verzamelde en geïnterpreteerde diagnostische gegevens, op onafhankelijke en geobjectiveerde wijze vaststellen welk hulpaanbod geëigend is naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie.

De indicatiestelling beoogt tot een geobjectiveerd (op expliciete argumenten gebaseerd, navolgbaar, intersubjectief getoetst) oordeel te komen over de vraag of een hulpaanbod geëigend is en, zo ja, welk doel die hulp moet dienen en in welke vorm de hulp moet worden geboden.

De indicatiestelling moet mogelijk zijn:

- op een locatie die goed is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders, indien de cliënt bij de indicatiestelling in aanwezigheid gehoord wordt;
- voor alle hulpvragen, nadat de voor de indicatiestelling benodigde informatie verzameld is;
- voor alle vormen van jeugdzorg;
- binnen 30 werkdagen, gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek.

Het proces van indicatiestelling verloopt:

- met betrokkenheid van de cliënt;
- onafhankelijk en geobjectiveerd, ondersteund met volgens professionele maatstaven deugdelijke methoden en middelen en via een procedure van intercollegiale of multidisciplinaire toetsing;
- integratief: gericht op het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp en voor zover nodig multidisciplinair en vanuit verschillende referentiekaders.

De resultaten worden met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de indicatie

besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

De indicatiestelling leidt tot een rapport, waarin minstens zijn opgenomen:

- een rapport over het diagnostisch proces (met vermelding van de vraagstellingen, de samenstelling en taakverdeling van het diagnostisch team, de gehanteerde methoden en middelen, het verloop van het proces, en de diagnose waarop de indicatiestelling is gebaseerd);
- een uitspraak over de vraag of hulp al dan niet nodig is en, in het eerste geval,
 - welk(e) doel(en) die hulp globaal moet dienen;
 - welke geëigende vorm(en) van hulpverlening in het licht van dat doel of die doelen geboden zou(den) moeten worden;
 - welke alternatieve vorm(en) van hulpverlening aangewezen zijn, mocht(en) de vorm(en) die grotere voorkeur genieten niet voorhanden zijn, en welke hulp minimaal noodzakelijk wordt geacht;
- indien geen hulp van niet-vrij toegankelijke aard geboden is, uitspraken over het meest aangewezen vervolgtraject voor de cliënt en de alternatieven die in dat geval voorhanden zijn;
- uitspraken over de termijn(en) waarop de hulp beschikbaar moet zijn;
- het resultaat van de bespreking van de indicatiestelling met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- welke personen en disciplines bij de indicatiestelling zijn betrokken;
- wat het verloop is van het proces, met een heldere datering van de activiteiten;
- datgene wat in het rapport van de indicatiestelling is vermeld;
- welke argumenten en contra-argumenten er zijn in de overwegingen die tot de indicatie hebben geleid;
- de geldigheidsduur van de indicatiestelling, met een maximum van twee maanden.

Aan de plaatser wordt standaard op initiatief van de indicatiesteller verslag gedaan van de indicatiestelling, de bevindingen en de geldigheidsduur daarvan.

In de omgang met de cliëntgegevens worden de wettelijke en eventuele instellingsspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzage-recht en het instemmingsrecht in acht genomen.

Systeemeisen voor de functie Toewijzing

Onder toewijzing wordt verstaan het koppelen van de indicatiestelling aan een concreet te leveren zorgpakket.

De toewijzing beoogt

- voorafgaand aan het overleg met de uitvoerende voorzieningen te toetsen of het rapport van de indicatiestelling aan de systeemeisen voldoet en te bepalen wat de urgentie van de casus is ten opzichte van de andere casus waarvoor een aanbod moet worden gecreëerd;
- vervolgens in overleg/onderhandeling met uitvoerende voorzieningen een optimale koppeling tot stand te brengen tussen de geïndiceerde hulp en de uit te voeren hulp.

Bij de zorgtoewijzing van een AWBZ-verstrekking vindt de voor die verstrekking vereiste doelmatigheidstoets plaats.

De toewijzing moet mogelijk zijn:

- voor alle geïndiceerde hulpvragen, die volgens de systeemeisen van de indicatiestelling tot stand

zijn gekomen:

- centraal, voor alle vormen van jeugdzorg;
- binnen ten hoogste 30 werkdagen na het in werking treden van de functie diagnostiek.

De zorgtoewijzing verloopt:

- onafhankelijk en inzichtelijk, ondersteund met deugdelijke middelen;
- rekening houdend met het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp.

Ten aanzien van de positie van de patiënt geldt bij de zorgtoewijzing in het algemeen het volgende⁶:

- de voorkeur van de cliënt (of de wettelijk vertegenwoordiger) moet zijn gewogen in de indicatiestelling, en als zodanig onderdeel vormen van het dossier dat het zorgtoewijzingsorgaan ter besluitvorming krijgt voorgelegd;
- het zorgtoewijzingsorgaan dient uit te gaan van de rangorde in de alternatieven voor de indicatiestelling, die mede zijn bepaald op grond van voorkeur van de cliënt;
- indien men bij de toewijzing moet kiezen tussen gelijkwaardige alternatieven, is de stem van de cliënt (bij niet-vrijwillige hulpverlening: de gezagsdrager van de jeugdige) doorslaggevend.

Onder gelijkwaardige alternatieven worden in dit verband verstaan, alternatieven

- * die van een zelfde rangorde zijn in de prioritering van de alternatieven in de indicatiestelling of
- * die van een verschillende rangorde zijn, maar waarvan de cliënt zijn of haar positie op een eventuele wachtlijst van elk alternatief afzonderlijk accepteert.

De toewijzing leidt tot een samenhangend hulpaanbod:

- dat voor de cliënt naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie als geëigend geïndiceerd is of dat in het geval de geëigende zorg niet beschikbaar is, volgens de alternatieven en de rangorde van de indicatiesteller zo dicht mogelijk bij de geëigende optie ligt, doch niet minder omvat dan de in de indicatiestelling als minstens noodzakelijk aangegeven hulp;
- dat is vastgelegd in een schriftelijk rapport over de te verlenen hulp, gespecificeerd naar de aard (doelstelling), inhoud en de omvang van de hulp, met vermelding van de locatie, de geplande datum van plaatsing, de noodzakelijk geachte periode van uitvoering en de datum en procedure van herindicatie en/of evaluatie;
- voor een maximale periode van hulp voor zes maanden;
- dat zo goed als mogelijk geaccepteerd wordt door de cliënt en als werkbaar wordt geacht door de uitvoerende voorziening(en);
- waarvan de uitvoering in de voorziening(en) binnen ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling kan worden gerealiseerd.

Met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het vaststellen van het toewijzingsbesluit de resultaten doorgesproken.

Tegen het besluit van het zorgtoewijzingsorgaan kan de cliënt achteraf beroep aantekenen.

Bij de toewijzing wordt in het cliëntdossier vastgelegd:

- welk alternatief dat geformuleerd is in de indicatiestelling via de toewijzing is gerealiseerd;
- welke personen en disciplines bij de toewijzing zijn betrokken;
- wat het verloop is van het proces, inclusief een heldere datering van de activiteiten;
- hoe de toewijzing luidt;
- welke argumenten en contra-argumenten er zijn in de overwegingen die tot de toewijzing hebben geleid;
- het resultaat van de bespreking van de toewijzing met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten;
- de geldigheidsduur van de toewijzing;

⁶ Zie ook protocol cliënten met vermoedelijk ernstige psychiatrische problematiek.

- wie de verantwoordelijke aanbieder(s) is (zijn);
- wie de verantwoordelijke plaatsende instantie/casemanager is.

Aan de plaatser en de uitvoerende voorziening(en) wordt standaard op initiatief van het toewijzingsorgaan verslag gedaan van de toewijzing.

Systeemeisen voor de functie Plaatsing

Onder plaatsing wordt verstaan: de aanmelding van een jeugdige bij een uitvoerder van geïndiceerde jeugdzorg.

De plaatsing beoogt: levering aan de cliënt van de hem (of haar) toegewezen zorgvarianten of -programma's.

De plaatsing leidt tot:

- uitvoering van toegewezen zorgvarianten of -programma's.

Een plaatsing kan alleen dan plaatsvinden als voorzien is in:

- een vastgelegde acceptatie door aanbieder(s) van zorgvarianten of -programma's;
- uitvoering ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling;
- een rapportage waarin opgenomen de diagnostische bevindingen, de indicatiestelling, het oordeel van de cliënt hierover, een samenhangende beschrijving op hoofdlijnen van de doelen en de aard van de geïndiceerde zorg, en het besluit van de instantie belast met de toewijzing;
- aanwijzing van casemanager als (eind)verantwoordelijke voor de zorglevering;
- een vastgelegde instemming met de plaatsing van de jeugdige en/of diens opvoeders/gezagdragers.

Bij plaatsing worden (op gestandaardiseerde wijze) vastgelegd:

- datum aanvang zorglevering;
- afspraken met de jeugdige en/of diens opvoeders (c.q. degene die het gezag over de jeugdige uitoefent);
- afspraken met de betrokken aanbieder(s) van geïndiceerde zorgvarianten of zorgprogramma's over ten minste de wijze van tussentijdse evaluatie, wijziging of beëindiging van het hulpaanbod;
- afspraken met een case-manager, in ieder geval over diens specifieke taken en bevoegdheden.

Informatie wordt verstrekt over:

- profiel van de opnemende voorziening;
- procedures;
- ouderbijdrageregelingen;
- rechtspositie van de jeugdige en/of diens opvoeders (inclusief privacyvoorschriften en klachtenregeling).

Systeemeisen voor het Herindicatietraject

Onder het herindicatietraject wordt verstaan: de functies 'diagnostiek', 'indicatiestelling', 'toewijzing' en 'plaatsing' die worden ingezet in het kader van de vraag wat het resultaat is van de eerder ingezette vorm van hulp en of de hulp kan worden beëindigd of moet worden gecontinueerd en, in geval van continuering, met welk doel en in welke vorm dat moet gebeuren.

Het herindicatietraject beoogt: een kwaliteitsoordeel over de verleende hulp mogelijk te maken en een antwoord te geven op de vraag of de niet vrij toegankelijke hulp kan worden beëindigd of moet worden voortgezet.

Bij het toewijzingsbesluit is bepaald op welke wijze het herindicatietraject bij een casus dient te

verlopen. Op regionaal niveau worden afspraken gemaakt over de varianten die daarbij mogelijk zijn en welke systeemeisen daarvoor gelden. Minstens worden daarbij de volgende eisen gehanteerd.

Het herindicatietraject moet mogelijk zijn

- gedurende de uitvoering van de hulpverlening, of anders met een zo kort mogelijke onderbreking van de hulp;
- binnen een tijdsbestek van maximaal 30 werkdagen.

Minstens wordt een procedure gevolgd waarin de uitvoerende voorziening schriftelijk rapport uitbrengt over de verleende hulp en de resultaten en de casemanager/plaatser:

- op grond van het rapport van de uitvoerende voorziening een herindicatie stelt;
- de herindicatie aan een intersubjectieve toetsing onderwerpt;
- de verdere besluitvorming pleegt inzake de continuering van de hulp;
- de resultaten van het herindicatietraject verantwoordt aan de instantie die belast is met de zorgtoewijzing.

De resultaten worden met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het afronden van verschillende onderdelen besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

In het geval van een ondertoezichtstelling kan de gezinsvoogdij-instelling een verzoek indienen voor een second opinion, aanvullend onderzoek of een contra-expertise. Gezien de wettelijke verantwoordelijkheden van de gezinsvoogdij-instelling in het kader van een OTS - en omdat de gezinsvoogdij-instelling in de meeste gevallen tevens optreedt in de rol van plaatser/casemanager - dient aan dit verzoek te worden voldaan.

Bij voogdijen kan tevens de jongere van 16 jaar of ouder en de pleegouder(s) een verzoek indienen.

Het herindicatietraject leidt tot een rapport waarin minstens zijn opgenomen:

- een evaluatief oordeel over de kwaliteit van de hulpproces en het resultaat daarvan;
- een herindicatie, met daarin een antwoord op de vraag of de niet-vrij toegankelijke vorm van zorg niet of wel voortgezet moet worden en, in het laatste geval, of voortzetting van het reeds ingezette hulpverleningstraject geëigend is, dan wel welke bijstellingen of andere vorm(en) van hulpverlening geboden zijn;
- indien beëindiging van niet-vrij toegankelijke hulp is geïndiceerd, een advies over het vervolgtraject;
- indien voortzetting van de niet-vrij toegankelijke hulp is geïndiceerd, een toewijzingsbesluit;
- het resultaat van de bespreking(en) met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- een beschrijving van het gevolgde herindicatietraject;
- datgene wat in het rapport van het herindicatietraject is vermeldt.

Aan de plaatser, de wettelijke vertegenwoordigers en, voor zover mogelijk, de jeugdige, als ook aan de uitvoerende voorziening, wordt standaard op initiatief van de met het traject belaste instantie(s) verslag gedaan van de uitkomsten van het traject en de geldigheidsduur van de daaruit voortvloeiende conclusies.

Bijlage E Normen en resultaten 1999 Bureau Jeugdzorg Rijnland

Normen en resultaten 1999
Bureau Jeugdzorg Rijnland

Inleiding

Inleiding

Deze notitie bevat de eerste rapportage van gegevens (1^e kwartaal 1999) in het kader van het project 'KWIS in de toegang'. Naast deze beschrijving van resultaten zijn ook de normen opgenomen die het Bureau Jeugdzorg hanteert ten aanzien van de te behalen resultaten. Op deze manier zijn de resultaten op een bepaald gebied direct te relateren aan de beleidsintenties die op dit gebied geformuleerd zijn.

Zoals u bij het doorlezen van deze notitie zult merken zijn nog niet van alle gegevens resultaten te presenteren. Enerzijds is dit het gevolg van beperkingen van de rapportageinstrumenten, anderzijds is dit het gevolg van onvoldoende uniforme registratie. Voor beide aspecten is nog veel zorg en aandacht nodig. In een enkel geval kan ook nog geen norm beschreven worden. Een verklaring hiervoor is dat nog geen beleidsintenties op dit gebied voor handen waren.

Wat is KWIS nu ook al weer?

1. KWIS staat voor Kwaliteits Informatie Systeem. Het biedt dan ook informatie over de belangrijkste kwaliteitsaspecten van de zorgverlening.
2. Om het werken aan kwaliteit makkelijk te maken heeft KWIS onderscheid gemaakt tussen een aantal kwaliteitscriteria: snelheid, selectiviteit, klantgerichtheid, productiviteit en doelrealisatie. Elke kwaliteitscriterium kan in elke fase van de hulpverlening verder gespecificeerd of geoperationaliseerd worden. Deze exercitie is doorgevoerd voor Bureau Jeugdzorg Rijnland en beschreven in het 'raamwerk KWIS'. Hierin staat per fase van de hulpverlening beschreven welke gegevens relevant zijn om de kwaliteit van de hulpverlening te sturen. Binnen Bureau Jeugdzorg Rijnland is de keuze gemaakt om vooralsnog alleen de kwaliteitscriteria snelheid ('Hoe snel verlopen de verschillende onderdelen van de hulpverlening?') en selectiviteit ('Helpen we de juiste cliënten?') te operationaliseren. Dit wordt ook wel de basis-KWIS genoemd.
3. Om te kunnen sturen zijn gegevens nog over de resultaten die op de verschillende kwaliteitsaspecten behaald zijn. Hiervoor is het programma JHVis aangepast en heeft een aanpassing plaatsgevonden van de registratiesoftware van de RDB/PRIT (Diagnostiek, Indicatiestelling en Zorgtoewijzing). Vanaf 1 januari 1999 is de registratie van gegevens daadwerkelijk gestart. Als die gegevens verzameld zijn, moeten ze beoordeeld worden. Hiervoor zijn (concrete meetbare) kwaliteitsnormen nodig. Op basis van deze normen kan beoordeeld worden of we het 'goed of slecht' hebben gedaan.
4. KWIS verschaft deze normen niet. Deze dienen ontleend te worden aan bijvoorbeeld wetgeving of de systeemeisen van de projectgroep Toegang. Daarnaast worden ze ontleend aan het eigen beleid van de instelling.
5. Het ontwikkelen en vaststellen van de normen wordt 'inhoudelijk begroten' genoemd. Deze notitie bevat de normen die in het kader van KWIS relevant zijn. Daar waar mogelijk zijn ook de eerste resultaten weergegeven. Op basis van een vergelijking van norm en resultaat kan vervolgens gestuurd worden.

Het vervolg van het traject

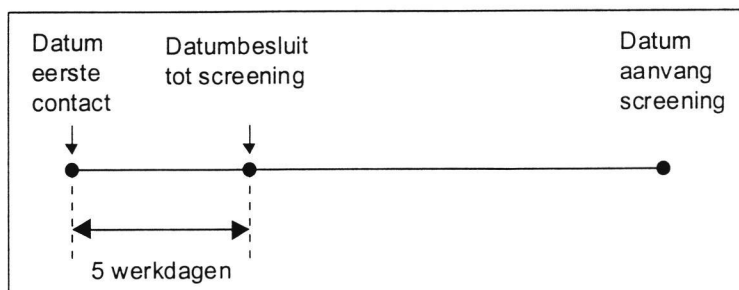
In het vervolg van het traject dienen nog een aantal stappen genomen te worden, te weten:

1. Verdere standaardisering en uniformering van de invoer van gegevens
2. Ontwikkelen en implementeren van een rapportagesystematiek ten behoeve van maatschappelijk werkers, middenmanagement, directie en andere betrokkenen

Beide aspecten behoeven nog de nodige zorg en aandacht.

1. Aanmelding bij Bureau Jeugdzorg: Bureaudienst

A. Snelheid



A.1 Tijd tussen datum eerste contact van cliënt en de datum besluit tot screening

In de regel wordt op dezelfde dag een besluit tot screening door Bureau Jeugdzorg genomen. In bepaalde gevallen is het mogelijk dat eerst met collega's (in formele setting) overlegd wordt over het te nemen besluit. In die gevallen kan sprake zijn dat meerdere dagen verlopen tussen het moment waarop het eerste contact plaatsvindt en wordt besloten over te gaan tot screening. Dit overleg vindt in het screeningsoverleg plaats, dat elke week gehouden worden. Er kan dus maximaal 5 werkdagen verlopen tussen datum eerste contact en datum aanmelding.

Norm	Resultaat
5 dagen	-

B. Selectiviteit

B.1 Aantal eerste contacten versus aantal

	Norm (%)	Resultaat (%)	Aantal
Screeningen	55	42,8	
Crisisinterventie	5	5,7	
(Terug)verwijzing	5	13,7	
Informatie en advies (zonder verwijzing)	10	27,6	
Afgewezen ¹	20	1	
Anders	5	9	
Totaal	100	100	

1 Reden afwijzing: reden afwijzing tabel KWIS (leeftijd, problematiek, capaciteit eigen voorziening, motivatie cliënt, anders, nvt, onbekend)

Opmerking: Geteld in de “Bureaudienst”-module

B.2 Kenmerken aangemelde jeugdigen

Leeftijd	%	Resultaat	Sekse	%	Resultaat
0-6 jaar	10		Meisje	50	
6-12 jaar	25		Jongen	50	
12-18 jaar	50				
18+	15				
Totaal	100		Totaal	100	

B.3 Woonplaats van jeugdige

Woonplaats	Aantal kinderen	%	Resultaat
Leiden e.o	43861	38 %	47,8
Alkemade	3625	3%	
Leiden	21709	19%	
Leiderdorp	5399	5%	
Oegstgeest	4933	4%	
Valkenburg	943	1%	
Voorschoten	5118	4%	
Zoeterwoude	2134	2%	
Rijnstreek	30890	27 %	20,0
Ter Aar	2411	2%	
Alphen	16472	14%	
Jacobswoude	2615	2%	
Liemeer	1717	1%	
Nieuwkoop	2701	2%	
Rijnwoude	4981	4%	
Duin en Bollenstreek	40984	35 %	20,5
Hillegom	4593	4%	
Katwijk	10688	9%	
Lisse	5034	4%	
Noordwijk	5241	5%	
N'wijkerhout	3507	3%	
Rijnsburg	4026	3%	
Sassenheim	3432	3%	
Voorhout	3340	3%	
Warmond	1123	1%	
Overig (Buitenregionaal)			11,7
Totaal	115.73	100 %	100%

Bovenstaande tabel bevat de verdeling van jongeren over de woonplaatsen binnen het werkgebied van Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland Noord. De eerste kolom bevat het aantal

jeugdigen van 0 tot 18 jaar. De tweede kolom bevat het percentage ten opzichte van het totale aantal jeugdigen. De derde kolom bevat de percentuele verdeling van de doelgroep die daadwerkelijk met Bureau Jeugdzorg in aanraking komt.

B.4 Aard van de problematiek bij het eerste contact

Aard van de problematiek	%	Resultaat
(Psychische) gezondheid	10	25,9
Relaties	65	42,3
Dagbesteding	5	2,8
Financiën	2	1,0
Huisvesting	7	7,0
Justitie	1	0,7
Informatie	10	11,53
Overig	-	8,8
Totaal	100	100

B.5 Eerder contact met hulpverlening van de instelling

Eerder contact met de instelling	%	Resultaat
Nee	90	34,7
Ja	5	31,6
Onbekend	5	20,9
n.v.t./ niet ingevuld		12,8
Totaal	100	100

B.6 Soort instelling waarnaar verwezen wordt

Soort instantie (SRJV tabel)	%	Resultaat
1. AMW	80	
2. JIP		
3. Opvoedbureau		
4. Verslavingszorg	10	
5. Overig	10	

Opmerking: Zie bijgevoegde overzichten

De gehanteerde SRJV-tabel is een zeer uitgebreide tabel. In de praktijk wordt veelal maar naar een beperkt aantal instellingen verwezen. De voornaamste zijn: AMW, JIP, Opvoedbureau en de verslavingszorg. De verwachting is dat de 80% van de verwijzingen naar de 3 eerste genoemde organisaties zal plaatsvinden, 10 % naar de verslavingszorg en 10 % naar andere instellingen.

B.7 Aantal eerste contacten naar soort contactnemer

Soort contactnemer	%	Resultaat
Jeugdige	15	
Ouders	56	
ouders en jeugdige	5	
Familie	-	
vrienden / kennissen / buren	2	
School	10	
Gezondheidszorg (excl. GGZ)	2	
Algemeen Maatschappelijk Werk	2	
verwijzer vanuit de jeugdzorg (incl. GGZ)	6	
Politie/jusitie	2	
Overige (met <txt> veld)	-	

Opmerking: Zie bijgevoegde lijsten

B.8 Instelling BJZ waar eerste contact heeft plaatsgevonden

Instelling	%	Resultaat
locatie Leiden	36	
locatie Alphen	22	
locatie Katwijk	22	
Voorpostenteam	10	
Crisisteam	2	
Jeugdbescherming	8	
Overige (<txt-veld>)	-	

Opmerking: Dit gegeven wordt niet geregistreerd in de Bureaudienst.

B.9 Bron bekendheid

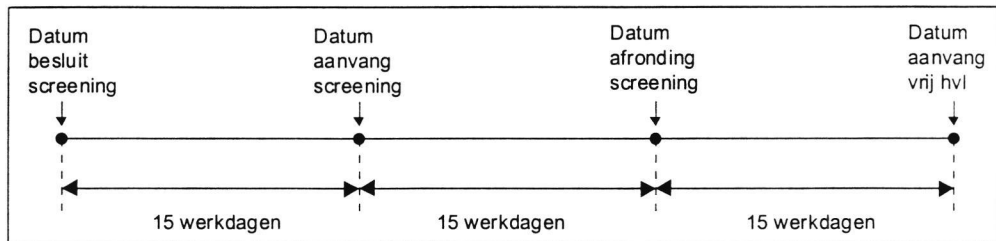
Bron bekendheid	%	Resultaat	Bron bekendheid	%	Resultaat
Ouders	9		Media (radio, TV, krant)	9	
Familie/vrienden /bekenden	9		Eerder contact	9	
School	9		Foldermateriaal	9	
Huisarts	9		Instelling binnen Jeugdzorg	9	
Buurthuis	9		Instelling buiten Jeugdzorg	10	
Politie	9		Overig	-	
			Totaal	100	

Opmerking: Zie bijgevoegde overzichten

Op welke wijze weet de contactnemer van het bestaan van Bureau Jeugdzorg?

2. Screening

A. SNELHEID



A.1 Tijd tussen datum besluit screening en datum aanvang screening

Volgens de systeemeisen van de projectgroep Toegang mogen 5 werkdagen verstrijken tussen datum eerste contact en datum aanvang screening. Binnen het huidige functioneren van het Bureau Jeugdzorg is deze termijn niet haalbaar. Gestreefd wordt naar een periode van 15 werkdagen tussen datum besluit screening en datum aanvang screening.

Norm	Resultaat
15 dagen	20 dagen

Opmerking: De wachttijd voor een screening wisselde het afgelopen jaar sterk. Halfverwege 1999 bedroeg de wachttijd 3 maanden. Eind oktober / begin november was de wachttijd gereduceerd tot minder dan 5 werkdagen. Het is in dit geval derhalve lastig om een gemiddelde wachttijd te bepalen.

A.2 Tijd tussen datum aanvang screening en datum afronding screening

Volgens de projectgroep Toegang mag de tijd tussen datum aanvang screening en datum afronding screening maximaal 10 werkdagen bedragen. Binnen het huidige functioneren van het Bureau Jeugdzorg is dit niet realiseerbaar. Dit is bijvoorbeeld het geval als er extern informatie moet worden aangevraagd. 15 werkdagen wordt een meer realistische norm bevonden.

Norm	Resultaat
15 dagen	44 dagen

Opmerking: De screenings nemen gemiddeld twee maanden in beslag. Er loopt op dit moment een "onderzoek" om oorzaken van de lange duur van de screenings te achterhalen.

A.3 Tijd tussen datum afronding screening en datum aanvang vrij toegankelijke hulp

Volgens de projectgroep Toegang mag de periode tussen datum afronding screening en de datum aanvang vrij toegankelijke hulp maximaal 5 werkdagen bedragen. Aangegeven wordt dat in de huidige situatie (onvoldoende formatie) dat niet haalbaar is. Voor eind van het jaar wordt de formatie uitgebreid. Een maximale periode van 15 werkdagen moet dan haalbaar zijn.

Norm	Resultaat
15 dagen	7 maanden

B. SELECTIVITEIT

Opmerking: Alle cijfers zijn geteld uitgaande van de afgesloten screenings in 1999

B.1 Kenmerken van de jeugdige

Leeftijd	%	Resultaat	Sekse	%	Resultaat
0 - 5 jaar	10		Meisje	50	
6 - 12 jaar	25		Jongen	50	
13 - 18 jaar	50				
18 +	15				
Totaal	100		Totaal	100	

B.2 Woonplaats jeugdige

Woonplaats	%
Leiden	48
Alphen / Rijnstreek	30,4
Katwijk / Duin- en Bollen	18
Overig	3,6

B.3 Aard van de problematiek

Aard van de problematiek	%	Resultaat
(Psychische) gezondheid	10	3,6
Relaties	65	9,6
Dagbesteding	5	1,6
Financiën	2	0
Huisvesting	7	1
Justitie	1	0
Informatie	10	0
Overig	-	14
Niet ingevuld		70,8
Totaal	100	

B.4 Culturele achtergrond

Culturele achtergrond	%	Resultaat
-----------------------	---	-----------

Culturele achtergrond	%	Resultaat
Nederlands	75	73,2
Marokkaans	10	2,4
Turks	5	2,4
Surinaams	5	2,4
Overig	5	
Niet ingevuld		10,8
Totaal	100	

B.5 Juridische maatregel

Juridische maatregel	%	Resultaat
Vrijwillig	99	
Maatregel	1	
n.v.t./geen		88
Niet ingevuld		12
Totaal	100	

Opmerking: “n.v.t./ geen” lijkt hetzelfde als “vrijwillig”.

B.6 Aantal cliënten in de screening in relatie tot verwijzer

Verwijzer (niet BJZ)	%	Resultaat

Er zijn onvoldoende gegevens om een begroting te kunnen maken.

B.7 Reden afwijzing of terugtrekking tijdens screening

Reden afwijzing	%	Resultaat	Reden Terugtrekking	%	Resultaat
Leeftijd	5		Elders hulp gevonden	20	
Problematiek	70		Ontevreden met aanbod	20	
Capaciteit	-		Situatie gewijzigd	20	
motivatie cliënt	20		Probleem opgelost	20	
Financiën	-		Anders	15	
Overig	-		Onbekend	2	
Onbekend	5		n.v.t.	3	
Totaal	100		Totaal	100	

Opmerking: Er is geteld op basis van het aantal “afgesloten screenings”. Telling op afwijzing of terugtrekking zal daardoor in een andere functie moeten gebeuren.

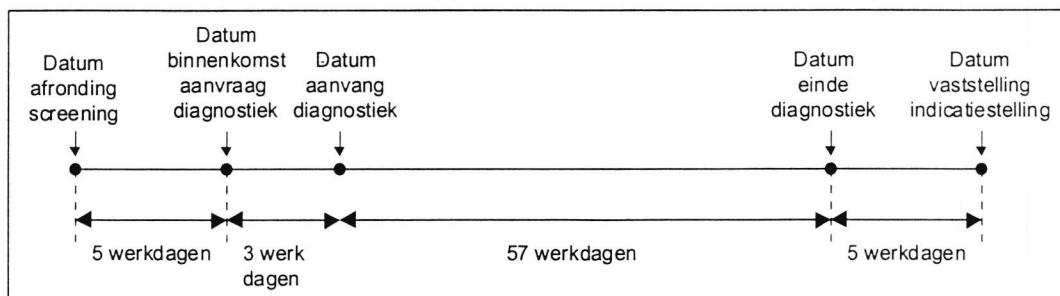
In totaal valt in de screening 15 à 20 % van de cliënten die voor een screening in aanmerkingen komen af.

B.8 Uitkomst Screening

Uitkomst screeningsfase	%	Resultaat
Ambulant procesmatige hulp	45	28
Crisisinterventie	10	0,4
Diagnostiek en indicatie	2	3,2
Plaatsing geïndiceerde zorg	33	27,6
Doorverwijzen naar instantie	4	11,6
Groepswork	-	0
Afsluiting zonder verwijzing	2	5,2
Afgewezen voor Bureau Jeugdzorg	2	0,4
Cliënt heeft zich teruggetrokken	2	0
Anders	-	2,8
Niet ingevuld / onbekend		19,2
Ambulant procesmatig & ext. Diagn.		
Totaal	10	100

3. Indicatie en plaatsing: Diagnostiek & Indicatiestelling

A. SNELHEID



A.1 Tijd tussen datum besluit tot screening en datum indicatiestelling.

De tijd tussen de datum besluit screening en datum indicatiestelling is afhankelijk van de vraag of er aanvullende diagnostiek gedaan is. Indien er geen aanvullende diagnostiek nodig is, komt de datum indicatiestelling overeen met de datum afronding screening.

Indicatiestelling is de afronding van de Screeningsfase. In de praktijk blijkt er geen onderscheid te bestaan tussen een screening- en een indicatiestellingsfase. De periode tussen datum aanmelding (= datum besluit screening) en datum indicatiestelling (= datum afronding screening) bedraagt maximaal 30 werkdagen: 15 dagen tussen datum aanmelding en datum aanvang screening, 15 werkdagen tussen datum aanvang screening en datum afronding screening (=datum vaststelling indicatiestelling). Deze norm gaat alleen maar op als er geen aanvullende diagnostiek dient plaats te vinden. In dat geval dienen er nog 70 werkdagen bijgeteld te worden.

Indien de indicatiestelling door derden – zogenaamde erkende verwijzers – plaatsvindt, dan geldt als datum indicatiestelling: 'De datum waarop de indicatiestelling goedgekeurd wordt door het zorgtoewijzingsorgaan'.

	Norm	Resultaat
Zonder Diagnostiek	30 dagen	3 maanden
Met Diagnostiek	100 dagen	6 maanden

Opmerking: Genoemde periode's zijn inclusief de wachttijd per 31-12-1999

A.2 Tijd tussen datum aanwijzing diagnostiek en datum binnenkomst onderzoeksvraag bij coördinator diagnostiek.

De aanwijzing van de diagnostiek vindt plaats in het screeningsoverleg. Voordat de diagnostiekvraag bij het diagnostiekteam terecht komt wordt door de maatschappelijk werker overleg gevoerd met de gedragsdeskundige over het formuleren van de diagnostische vraagstelling. Daarna wordt de diagnostiekaanvraag toegestuurd aan de coördinator diagnostiek. De systeemeisen bepalen dat de diagnostiek binnen 10 werkdagen na afronding van de screening dient plaats te vinden. Na de besluitvorming in het screeningsoverleg wordt de onderzoeksvraag binnen 5 werkdagen naar de coördinator diagnostiek opgestuurd. Deze verdeelt de binnenkomende zaken binnen 3 werkdagen. De diagnostiek begint dus 8 werkdagen na besluitvorming in het screeningsoverleg.

Norm	Resultaat
8 dagen	7 dagen

A.3 Tijd tussen datum aanvang Diagnostiek en datum afronding Diagnostiek.

De systeemeisen bepalen dat Diagnostiek, Indicatiestelling en Zorgtoewijzing maximaal 30 werkdagen mag duren. Men maakt geen onderscheid naar D, I & Z. In de praktijk blijkt dat de Diagnostiek in een periode van 60 werkdagen haalbaar is

Norm	Resultaat
60 dagen	90 dagen

A.4 Tijd tussen datum afronding diagnostiek en datum vaststelling Indicatiestelling.

Wanneer de diagnostiek is afgerond, wordt het resultaat dezelfde dag aan de maatschappelijk werker toegezonden. De maatschappelijk werker stelt vervolgens de indicatiestelling op die in het screeningsoverleg besproken wordt. Deze periode beslaat maximaal 5 werkdagen.

Norm	Resultaat
5 dagen	5 dagen

B.SELECTIVITEIT

B.1 Aard Indicatiestelling.

	%	Resultaat	% afgewezen	Resultaat
Pleegzorg		15,3		3
Dagbehandeling		21,7		16
Residentieel		28,6		12
Zorgprogramma's		8,9		5,6
Intensief Ambulant		21,7		0
Flexgelden		0,9		100

Opmerking:

De tabel heeft een iets andere samenstelling gekregen. Oorzaak hiervan is de iets gewijzigde indeling van de diverse zorgsoorten door het ZTO.

Voor de tellingen is gebruik gemaakt van de registratie van het ZTO. Hierbij zijn alle indicatiestellingen die via het Voordeurteam, Crisisteam of Adviesbureau zijn binnengekomen als uitgangspunt genomen. De percentages bij de "Afwijzingen" zijn de percentages van de betreffende zorgsoort, dus niet van het totaal.

B.2 Aantal besluiten tot screening versus aantal aangewezen diagnostische arrangementen (DA).

	Norm %	Resultaat %
Besluiten tot screening		
Toewijzingen DA		
Verhouding		14,6

B.3 Soort diagnostisch arrangement in relatie tot de aard van de later gestelde indicatie.

	Totaal			Thuis		Dagbehand.		Resident.	
	Norm	Aantal	Result. %	Norm	Result.	Norm	Result.	Norm	Result
Anamnestic			34						
Psychiatrisch			13						
Psychologisch			31						
Intelligentie			2						
Gezin			18						
Pediatriesch			2						
School									
Logopedisch									
Orthodidactisch									
Afgewezen			0						
Voort. gestopt			3						
Totaal			100						
Clienten									

4. Indicatie en Plaatsing: Zorgtoewijzing

A.SNELHEID

A.1 Tijd tussen datum aanvang diagnostiek en datum zorgtoewijzingsbesluit.

De systeemeisen bepalen dat Diagnostiek, Indicatiestelling en Zorgtoewijzing maximaal 30 werkdagen mag duren. In de praktijk blijkt dit niet realiseerbaar. Het diagnostiektraject duurt maximaal 60 werkdagen (inclusief 3 werkdagen toedelen diagnostiek aan medewerker, indicatiestelling maximaal 5 werkdagen en zorgtoewijzing duurt maximaal 10 werkdagen. In totaal neemt het traject Diagnostiek, Indicatiestelling en Zorgtoewijzing maximaal 75 werkdagen in beslag.

Norm	Resultaat
75 dagen	100

A.2 Tijd tussen datum vaststelling indicatiestelling en datum aanvraag zorgtoewijzing.

Als datum vaststelling indicatiestelling geldt de datum waarop de indicatiestelling in het screeningsoverleg wordt vastgesteld. Datum aanvraag zorgtoewijzing is de datum waarop de aanvraag bij de secretaris zorgtoewijzing binnenkomt.

Norm	Resultaat
5 dagen	5

A.3 Tijd tussen datum aanvraag zorgtoewijzing en datum zorgtoewijzingsbesluit.

De systeemeisen bepalen dat Diagnostiek, Indicatiestelling en Zorgtoewijzing maximaal 30 werkdagen mag duren. In de praktijk blijkt dat de periode tussen de aanvraag zorgtoewijzing en de datum zorgtoewijzingsbesluit maximaal 10 werkdagen in beslag neemt.

Norm	Resultaat
10 dagen	8

A.4 Tijd tussen datum zorgtoewijzingsbesluit en geplande datum aanvang zorg.

De geplande datum voor de aanvang van de zorg is afhankelijk van de wachttijd die er voor de betreffende zorgsoort geldt. Hieronder staat de geplande wachttijd van de verschillende zorgsoorten. Deze geplande wachttijd wordt door de opnemende voorzieningen zelf opgegeven. Per maand wordt deze planning opnieuw bijgesteld.

Opmerking: Op dit moment, 31-12-1999, zijn er geen wachttijden bij de instellingen, behalve bij de voorziening "Boddaert" in Leiden en bij het zorgprogramma "Lang Verblijf".

B. SELECTIVITEIT

B.1 Aantal toewijzingen dat afwijkt van de meest wenselijke hulp.

Zorgsoort	Norm	Afwijking van indicatie	Geheel afge-wezen aanvraag	Onb.
Intensief Ambulant		0	3	3
Dagbehandeling		12,2	4	10,8
Residentieel		12,7	3,2	4,8
Pleegzorg		12,5	1	0
Zorgprogramma's		13	0	0
Flexgeld		66,7	0	0

Opmerking: Ook deze tabel is aangepast in navolging van de tabel bij de Indicatiestellingen. In de kolom "Onbekend" staan de zaken die op meoment van telling bij het ZTO in behandeling waren.

B.2 Reden afwijking van de meest wenselijke en minimaal noodzakelijke hulp.

	Omschrijving reden	Norm	Resultaat
Reden 1	Onjuiste procedure		
Reden 2	Onvolledige of verkeerde indicatie		
Reden 3	-		

B.3 Aantal toewijzingen naar aanbieder van zorg.

Opnemende Instelling	Aantal %
Stichting De Mare	41

Stichting Rijnhove	13,5
Stichting Jeugdzorg	20

B.8 Aantal plaatsingen in relatie tot cliëntkenmerken.

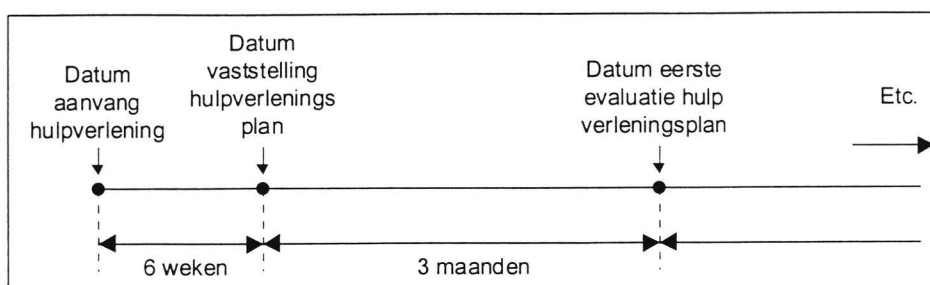
Cliëntkenmerken zoals geregistreerd bij de aanmelding.

B.9 Aantal toetsingen van plaatsingen achteraf.

Bij het ZTO wordt alleen achteraf getoetst in geval van crisisopname. Aantal crisisopnames wordt al geregistreerd.

5. Zorgverlening: Vrij toegankelijke hulpverlening

A. SNELHEID



A.1 Verschil gerealiseerde behandelduur en de geplande behandelduur

De geplande en gerealiseerde behandelduur wordt uitgedrukt in het aantal Face-to-Face contacten. Daar er nog geen sprake is van vastgestelde modules binnen procesmatige hulpverlening (bijvoorbeeld: 5-gespreken model, kortdurend ambulant, etc.) kan nog geen onderscheid gemaakt worden tussen geplande behandelduur en de gerealiseerde behandelduur per module.

Gemiddeld is sprake van zo'n 7 à 8 hulpverleningscontacten. In dit gemiddelde aantal is tevens opgenomen activiteiten in het kader van advies en consultatie, in geval van Bureau Jeugdzorg de activiteiten in het kader van de bureaudienst! Per cliënt geldt een maximum van 15 FtF-contacten.

Daarnaast wordt de geplande behandelduur uitgedrukt in een tijdsperiode. Immers een aantal van 15 FtF-contacten kan binnen 4 maanden maar ook binnen 1 jaar bereikt zijn.

Geplande duur ambulante hulpverlening	%	Resultaat
0-6 weken	20	
6 weken – 3 maanden	30	
3 maanden – 6 maanden	30	
6 maanden – 1 jaar	10	
1 jaar of meer	10	

A.2 Tijd tussen datum aanvang hulpverlening en datum afsluiting hulpverlening

Tijd tussen aanvang en sluiting zorgsoort	%	Resultaat
0-6 weken	20	
6 weken – 3 maanden	30	
3 maanden – 6 maanden	30	
6 maanden – 1 jaar	10	
1 jaar of meer	10	

A.3 Tijd tussen datum aanvang hulpverlening en de datum vaststelling hulpverleningsplan

In de wet op de jeugdhulpverlening staat vermeld: 'Het hulpverleningsplan wordt voorafgaand aan de hulpverlening, of indien dit niet mogelijk is, zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 6 weken na het begin van de hulpverlening vastgesteld.' In VOG 6 weken na aanmelding.

Binnen Bureau Jeugdzorg Leiden wordt het hulpverleningsplan binnen 6 weken na het eerste hulpverleningscontact vastgesteld. De aanmelding & screening worden dan ook niet als het begin van de hulpverlening beschouwd.

Norm	Resultaat
30 dagen	

A.4 Tijd tussen datum aanvang zorgsoort en datum evaluatie hulpverleningsplan

Volgens de wet: elk half jaar. Binnen Bureau Jeugdzorg Leiden vindt elke 3 maanden een evaluatie van de procesmatige hulpverlening plaats

Norm	Resultaat
3 mndn	

B. SELECTIVITEIT

B.1 Problematiekscore * reden beëindiging

Geen begroting voor gemaakt. Nog onvoldoende ervaringsgegevens voor verdere invulling.

B.2 Cliëntkenmerken * reden beëindiging

Geen begroting voor gemaakt. Nog onvoldoende ervaringsgegevens voor verdere invulling.

C. PRODUCTIVITEIT

C.1 Aantal crisiscontacten binnen/buiten kantooruren

	Crisiscontact	Resultaat
Binnen kantooruren	80	
Buiten kantooruren	20	
Totaal	100	

C.2 Aantal hulpverleningscontacten binnen/buiten instelling

	Hulpverlenings contact	Resultaat
Binnen instelling	80	
Buiten instelling	20	
Totaal	100	

C.3 Aantal groepscontacten binnen/buiten instelling

Er is nog geen groepsaanbod in Zuid Holland Noord. In toekomst kan het aantal cliënten dat van dit aanbod gebruik gaat maken geregistreerd worden door in 'uitkomst screening' een extra item op te nemen.

6. Zorgverlening: Casemanagement

A. SNELHEID



A.1 Tijd tussen datum afsluiting (procesmatige) hulpverlening en datum aanvang (geïndiceerde) hulpverlening

Hier is geen begroting voor gemaakt. Er is vooralsnog onvoldoende inzicht in dit aspect. Zo is er geen inzicht in de wachttijden voor geïndiceerde zorg, etc.

A.2 Tijd tussen datum aanvang (geïndiceerde) hulpverlening en datum afsluiting (geïndiceerde) hulpverlening

Tijd tussen aanvang en afsluiting geïndiceerde zorgsoort	%	Resultaat
0-6 weken	5	
6 weken – 3 maanden	5	
3 maanden – 6 maanden	10	
6 maanden – 1 jaar	30	
1 jaar of meer	50	
Totaal	100	

A.3 Tijd tussen datum aanvang (geïndiceerde) hulpverlening en datum vaststelling hulpverleningsplan

Volgens de wet: 6 weken.

Norm	Resultaat
30 dagen	

A.4 Tijd tussen datum aanvang (geïndiceerde) hulpverlening en datum eerste evaluatie hulpverleningsplan

Volgens de wet: 6 maanden. Binnen Bureau Jeugdzorg Leiden vindt elke 6 maanden een evaluatie van de hulpverlening plaats.

Norm	Resultaat
------	-----------

6 mndn	
--------	--

A.5 Tijde tussen datum aanvang (geïndiceerde) hulpverlening en datum tweede evaluatie hulpverleningsplan)

Volgens de wet: 6 maanden. Binnen Bureau Jeugdzorg Leiden vindt elke 3 maanden een evaluatie van de hulpverlening plaats.

Norm	Resultaat
6 mndn	

B. **SELECTIVITEIT**

B.1 Aantal ongeplande beëindigingen

30 % van de beëindigingen is ongepland.

B.2 Reden ongeplande beëindigingen

PM

C. **PRODUCTIVITEIT**

C.1 Aantal toegewezen casemanagers in relatie tot het totaal aantal aanmeldingen

PM

C.2 Aantal begeleidingscontacten binnen/buiten de instelling

	Begeleidingco ntacten	Resultaat
Binnen instelling	80	
Buiten instelling	20	
Totaal	100	

C.3 Aantal begeleidingscontacten voor/tijdens/na plaatsing

	Hulpverlenings contacten	Resultaat
Voor plaatsing	30	
Tijdens plaatsing	65	
Na plaatsing	5	
Totaal	100	

Prestatie-Indicatoren Zorgtoewijzing

Zorgtoewijzing bij Bureau Jeugdzorg										
Aspect	Prestatie-indicator		Critaria	Type cijfer	Software	Getal	Norm	Praktijk	Verschil	Opm.
Beschikbaarheid	Capaciteit	Aantal	beschikbaar FTE	abs.						
			Zto-aanvragen	abs.	Traject			380		
			Zto- besluiten	abs.	Traject			363		
Toegankelijkheid	Wachttijd	Datum	resultaat screening	gem.	JHVIS					
			aanvang zorgtoewijzing	gem.	Traject		<10	<8		
	Doorlooptijd	Datum	aanvang zorgtoewijzing	gem.	Traject					
			resultaat zorgtoewijzing	gem.	Traject		<10	<8		
	Selectiviteit	Aantal	eerste contacten	abs.	JHVIS			1015		
			zorgtoewijzingen	abs.	Traject			203		
			afwijzingen	abs.	Traject					
		Reden	afwijzing	abs.	Traject					KWIS
		Soort	indicatiestelling	abs.	Traject	zie bijlage				KWIS
		resultaat zorgtoewijzing	abs.	Traject	id.				KWIS	
	Productiviteit	Aantal	telefonische contacten	abs.			?			
		eerste contacten	abs.	JHVIS		?			1015	
		zorgtoewijzingen	abs.	Traject					363	
*N.G.= Niet Geregistreerd										
*N.B.= Niet Bekend										
*Bek.= Bekend in andere vorm										

Aanmelding bij Bureau Jeugdzorg								
Apect	Prestatie-indicator		Criteria	Type cijfer	Software	Norm	Praktijk	Verschil Opm.
Beschikbaarheid	Capaciteit	Aantal	beschikbaar FTE	abs.				
			aanmeldingscontacten	abs.	JHVIS		1015	Bek.
Toegankelijkheid	Selectiviteit	Aantal	aanmeldingen voor screening	abs.	JHVIS		435	KWIS
			afwijzingen (*aanmeldingen)	abs.	JHVIS		102	KWIS
		Soort	hulpvraag	abs.	JHVIS		zie bijlage	KWIS
			resultaat aanmelding	abs.	JHVIS		id.	KWIS
	Productiviteit	Aantal	telefonische contacten binnen kantooruren	abs.			891	
			face to face contacten binnen kantooruren	abs.			42	
			eerste contacten	abs.	JHVIS		1015	
			advies/consultatiecontacten	abs.	JHVIS		281	
crisiscontacten			abs.	JHVIS		58		
aanmeldingen voor screening			abs.	JHVIS		438		
* N.G.= Niet Geregistreerd								
* N.B.= Niet Beschikbaar								
* Bek.= Bekend in andere vorm								

Prestatie-Indicatoren Diagnostiek

Diagnostiek bij Bureau Jeugdzorg									
Aspect	Prestatie-indicator		Criteria	Type cijfer	Software	Norm	Praktijk	Verschil	Opm.
Beschikbaarheid	Capaciteit	Aantal	beschikbaar FTE	abs.					
			diagnostiekonderzoeken	abs.	Traject		64		
Toegankelijkheid	Wachttijd	Datum	resultaat screening	gem.	JHVIS				
			aanvang diagnostiek	gem.	Traject		<5		
	Doorlooptijd	Datum	aanvang diagnostiek	gem.	Traject				
			afronding diagnostiek	gem.	Traject		90		
	Selectiviteit	Aantal	eerste contacten	abs.	JHVIS		1015		
			diagnostiekonderzoeken	abs.	Traject		64		
			afwijzingen (*diagnostiek)	abs.	Traject		12		
		Datum	afwijzing	gem.	Traject				
		Reden	afwijzing	abs.	Traject				
		Aantal	terugtrekking	abs.	Traject				
		Datum	terugtrekking	gem.	Traject				
		Reden	terugtrekking	abs.	Traject				
	Productiviteit	Soort	hulpvraag	abs.	Traject				
			resultaat diagnostiek	abs.	Traject				
		Aantal	telefonische contacten binnen kantooruren	abs.	Riagg?				
telefonische contacten buiten kantooruren			abs.	id.					
face to face contacten binnen kantooruren			abs.	id.					
face to face contacten buiten kantooruren			abs.	id.					
face tot face groepscontacten binnen kantooruren			abs.	id.					
face to face groepscontacten buiten kantooruren			abs.	id.					
eerste contacten	abs.		JHVIS		1015				
diagnostieken	abs.	Traject		64					
*N.G.= Niet Geregistreerd									
*N.B.= Niet Bekend									
*Bek.= Bekend in andere vorm									

Prestatie-Indicatoren Screening

Screening bij Bureau Jeugdzorg									
Aspect	Prestatie-indicator		Criteria	Type cijfer	Software	Norm	Praktijk	Verschil	Opm.
Beschikbaarheid	Capaciteit	Aantal	beschikbaar FTE screeningscontacten	abs. abs.	JHVIS		??		
Toegankelijkheid	Wachttijd	Datum	resultaat aanmelding aanvang screening	gem. gem.	JHVIS JHVIS	<15	20		
	Doorlooptijd	Datum	aanvang screening resultaat screening	gem. gem.	JHVIS JHVIS	<15	44		
	Selectiviteit	Aantal	screeningen afwijzingen	abs. abs.	JHVIS JHVIS				
	Productiviteit	Soort	hulpvraag resultaat screening	abs. abs.	JHVIS JHVIS		zie tabel id.		KWIS KWIS
Aantal		telefonische contacten	abs.			??			
		face to face contacten	abs.			??			
	eerste contacten	abs.	JHVIS		??				
*N.G.= Niet Geregistreerd									
*N.B.= Niet Bekend									
*Bek.= Bekend in andere vorm									
* Geldt voor 90% van de gevallen									

Bijlage F Voortgang vernieuwing jeugdzorg

Den Haag, 6 maart 2000

Onderwerp
Voortgang vernieuwing jeugdzorg

In verband met het Algemeen Overleg over de jeugdzorg van 15 maart a.s. doe ik u hierbij, mede namens de Minister van Justitie, verslag van een aantal ontwikkelingen sinds het opstellen van de Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2000-2003 (Kamerstukken II, 1999-2000, 26 816, nrs. 1 en 2).

De door de vaste commissie gestelde vragen naar aanleiding van onze brief van 16 december 1999 ter aanbieding van het eindrapport van de Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg (VWS-99-1968) zijn niet meegenomen in deze brief. De antwoorden op deze vragen worden separaat aan u toegezonden.

Meerjarenafspraken 2000-2002

Voor de verdere doorvoering van het vernieuwingsproces en regie in de jeugdzorg hebben de Minister van Justitie en ik de voortgang willen garanderen door invoering van de systematiek van de Meerjarenafspraken (MJA). De eerste stap in april 1999 heeft, wat dit betreft, een vervolg gekregen in de Meerjarenafspraken 2000-2002 die op 21 december 1999 in het Gestructureerd Overleg Jeugdbeleid (GOJ) zijn vastgesteld. Het is immers van belang dat er geen hapering ontstaat in dat verdere ontwikkelingsproces door de discussies over de Wet op de jeugdzorg. De tekst van de MJA is bijgevoegd.

In de Meerjarenafspraken 2000-2002 zijn op vier thema's afspraken gemaakt over de resultaten die per 1 januari 2003 gehaald moeten zijn:

- de afronding van de implementatie van de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's);
- de afronding van de implementatie van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) en de verdere kwantitatieve en kwalitatieve invulling daarvan;
- de aanpak van de problemen met betrekking tot de capaciteit van het aanbod via versterking van de ambulante hulpverlening en het werken met flexbudgetten;
- de aansluiting van de jeugdzorg met lokale/regionale jeugdvoorzieningen.

In de Meerjarenafspraken 2000-2002 zijn geen bedragen geormerkt voor de inzet van de extra middelen op de afzonderlijke doelen. Deze middelen worden - afhankelijk van de fase van ontwikkeling en de specifieke situatie in de provincie/regio - hiervoor ingezet. De provincies en grootstedelijke regio's hebben de nodige beleidsruimte bij de inzet van de intensiveringsmiddelen.

De concrete voornemens van provincies en grootstedelijke regio's worden uitgewerkt in zogenoemde jaarlijkse, voortschrijdende implementatieplannen. Daarnaast dient jaarlijks te worden gerapporteerd over de gepleegde inzet van middelen en de uitvoering van beleid.

Afgesproken is om hierbij zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande planning- & controlcyclus voor de jeugdhulpverlening.

In de Meerjarenaafspraken 2000-2002 is aangegeven dat niet mag worden uitgesloten dat voortschrijdend inzicht, onder meer op basis van ontwikkelingen in het wetgevingstraject, in de komende jaren bijstelling nodig maakt. De Meerjarenaafspraken worden jaarlijks geactualiseerd op grond van de ontwikkelingen in het wetgevingstraject, de monitoring van het Landelijk Programmamanagement Jeugdzorg (LPJ) en de provinciale en grootstedelijke rapportages.

In het kader van de Meerjarenaafspraken 2000-2002 is in het GOJ van 21 december jl. eveneens de verdeling van de extra middelen 2000-2002 vastgesteld. Daarbij is aangegeven dat er wellicht aanleiding kan zijn om de verdeling in de komende jaren aan te passen, onder meer in verband met de standpuntbepaling naar aanleiding van het eindadvies van de Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg en de rapportages van provincies en grootstedelijke regio's.

In het GOJ van 21 december jl. is ook overeenstemming bereikt over de uitgangspunten en randvoorwaarden waaronder het Landelijk Programmamanagement Jeugdzorg (LPJ) gaat functioneren. Momenteel bereidt het LPJ in overleg met de bestuurlijke partners, waaronder het IPO, een monitor voor inzake de voortgang van de Meerjarenaafspraken en de ontwikkelingstrajecten. Het LPJ heeft hierbij een signalerende taak ten aanzien van geconstateerde knelpunten. Door provincies en grootstedelijke regio's aan te leveren informatie zal mede de basis vormen voor deze monitor.

Vooruitlopend op de nieuwe Wet op de jeugdzorg wordt ook gewerkt aan concrete afspraken tussen GGZ-Nederland, IPO en het Ministerie van VWS over de bijdrage van de Jeugd-GGZ aan de vorming van de BJZ. Op dit moment levert de Jeugd-GGZ in ruim de helft van de Bureaus Jeugdzorg een bijdrage (zie het bijgevoegde onderzoeksrapport van Trimbos-instituut en NIZW). De Jeugd-GGZ wordt daarbij met name ingezet voor de functies aanmelding, screening en diagnostiek. Om de deelname van de Jeugd-GGZ aan het BJZ verder te stimuleren heeft GGZ-Nederland een plan uitgewerkt. GGZ-Nederland stelt voor om harde afspraken te maken zodat in alle regio's tenminste driekwart van het budget voor indicatiestelling en diagnostiek van Riagg-jeugdafdelingen in het Bureau Jeugdzorg wordt ingezet. Het voorstel van GGZ-Nederland wordt nu in overleg met IPO verder uitgewerkt.

Advies- en Meldpunten Kindermishandeling

Ter ondersteuning van het implementatietraject voor de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's) is de Landelijke Implementatiegroep AMK-vorming ingesteld (LIG). Doelen voor de LIG zijn een landelijk dekkend netwerk van AMK's per 1 januari 2000, die hun werkwijze baseren op een functioneel model, en de realisatie van (landelijke) randvoorwaarden daarvoor. Voor de LIG is monitoring van de voortgang één van de instrumenten om de AMK-vorming te beoordelen en te stimuleren. De Najaarsmonitor 1999 is gereed en bij deze brief gevoegd. In deze monitor is de link gelegd naar de Meerjarenaafspraken jeugdzorg. Gekeken is ook naar het provinciale beleid met betrekking tot de AMK-functie en naar het omleggen van (een deel van) de intake van de Raad voor de Kinderbescherming naar de AMK's.

De uitkomsten van de monitor vinden de Minister van Justitie en ik kritisch positief. Het landelijk netwerk van AMK's is er. De AMK's zijn als voorziening gerealiseerd. Ook aan de

overdracht van de intakefunctie is per 1 januari 2000 wat de formatie en de budgetten betreft uitvoering gegeven. Bijna alle noodzakelijk geachte randvoorwaarden zijn gerealiseerd. Sommige zijn echter onderling afhankelijk van elkaar. Zo is de wijziging van Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de AMK's het toetsingskader voor de op te stellen systeemeisen, die op hun beurt weer voorwaarde zijn voor de opzet van het normeringsonderzoek en aanpassingen in de registratie. Deze randvoorwaarden hebben de aandacht van de LIG. De systeemeisen gaan de basis vormen van het AMK-werk. Het thema voor de verdere implementatie van de AMK-vorming in de komende jaren zal zijn het verhogen van de kwaliteit van werken. De monitoring van dit deel van de Meerjarenafspraken is een taak van het Landelijk Programmamanagement Jeugdzorg.

De wijziging van de Wet op de jeugdhulpverlening in verband met de AMK's is inmiddels zover gevorderd dat de Minister van Justitie en ik formeel reactie gaan vragen aan de diverse betrokken instanties. Informeel heeft bijvoorbeeld de LIG er al over kunnen discussiëren. De uitkomsten daarvan stemmen ons hoopvol. De minister en ik streven ernaar het wetsvoorstel voor het zomerreces in het kabinet te bespreken, alvorens het voor advies naar de Raad van State te zenden.

Eind 1999 hebben de Minister van Justitie en ik een opdracht gegeven aan het Adviesbureau Van Montfoort voor het uitvoeren van een onderzoek naar de wijze waarop in de praktijk in ons land wordt omgegaan met vermoede gevallen van niet-natuurlijke dood van minderjarigen. Eind 2000 worden de eerste resultaten verwacht.

Relatie Onderwijs & Jeugdzorg

Ik beschouw de aansluiting tussen onderwijs en jeugdzorg als een speerpunt van het beleid van de Ministeries van VWS en van OCenW. De bestuurlijke partners van het Gestructureerd Overleg Jeugdbeleid hebben daar 24 februari jl. positief op gereageerd. Ik zal de samenwerking tussen jeugdzorg en onderwijs intensiveren en toewerken naar structurele samenwerking. Voor dit moment ligt het accent op de 'voorkant' van de samenwerking, de vroegtijdige onderkenning en aanpak van problematiek bij schoolgaande jeugd met kortdurende hulp in de reguliere setting, dus thuis en op de eigen school. Dit gebeurt bijvoorbeeld in jeugdzorgadviesteams.

Er wordt gewerkt aan:

- een effectief en efficiënt systeem van probleemsignalering op scholen;
- aansluiting van de jeugdzorg op de leerlingenzorg in het onderwijs (complementaire taken en verantwoordelijkheden);
- voldoende aanbod van vrij-toegankelijke ambulante hulp in en om de (samenwerkingsverbanden van) scholen;
- ondersteuning van initiatieven met flankerend beleid.

Bij wijze van flankerend beleid zullen de Ministeries van VWS en van OCenW gedurende enkele jaren het Landelijk Expertisecentrum Onderwijs Jeugdzorg van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) medefinancieren, dat de samenwerking in het veld zal stimuleren en aan de ontwikkelingen richting zal geven.

Het centrum richt zich op:

- opzetten en instandhouden van de infrastructuur van en rond het expertisecentrum (waaronder relatie onderhouden met het Landelijk Platform Onderwijs Jeugdzorg, organisatie van landelijke en regionale conferenties);

- verzamelen en beschikbaar stellen van informatie (waaronder documentatiesysteem, nieuwsbrief en Web-site);
- werk- en methodieontwikkeling;
- onderzoek (waaronder onderzoek naar samenwerking van Bureaus Jeugdzorg en onderwijs en time-outprojecten);
- deskundigheidsbevordering (waaronder expertmeetings en ontwikkeling van trainingen en modules).

Meer mogelijkheden voor structurele samenwerking dan aan de voorkant, liggen in het verschiep. Bijvoorbeeld in het kader van het traject zorgprogrammering. Voor de jeugdigen met ernstige en complexe gedragsproblematiek zal hulp nodig blijven in de vorm van intensief ambulante hulp, pleegzorg of residentiële hulpverlening, al dan niet in combinatie met speciaal onderwijs (waaronder ZMOK-scholen) waar intensieve begeleiding wordt geboden. In de praktijk is er tussen deze instellingen en voorzieningen wel samenwerking, maar die verloopt niet altijd zonder problemen. De Ministeries van VWS en van OCenW laten dit jaar hiernaar een verkenning uitvoeren. Het gaat om het inventariseren van goede praktijkvoorbeelden door het Landelijk Expertisecentrum. Ook moet duidelijk worden waar divergerende regelgeving en capaciteitsvraagstukken goede samenwerking in de weg staan. Zo mogelijk en nodig zal ook regelgeving beter op elkaar afgestemd moeten worden.

In het GOJ van 24 februari jl. is de gezamenlijke notitie van de Ministeries van VWS en van OCenW over de relatie Jeugdzorg en Onderwijs bijzonder positief ontvangen. Een exemplaar van die notitie is bij deze brief gevoegd.

Wat betreft de Wet op de Jeugdzorg kan ik u meedelen dat de werkzaamheden van de Taskforce op schema liggen.

Overige onderwerpen

Zwerfjongeren

In de Voortgangsrapportage Beleidskader Jeugdzorg 2000-2003 is melding gedaan van het onderzoek naar 'de omvang van het aantal zwerfjongeren in Nederland'. In 1995 is al eerder een onderzoek gedaan naar het aantal zwerfjongeren in ons land. Om een antwoord te kunnen geven op de vraag of er gesproken kan worden over een toename, afname of stabilisatie is in het zojuist afgeronde onderzoeksrapport 'Het volgende station' daarom een vergelijking gemaakt met het onderzoek uit 1995. Tevens is bezien welke kwantitatieve ontwikkelingen zich sindsdien hebben voorgedaan.

Bij deze doe ik u het rapport toekomen. De belangrijkste conclusie van het rapport is dat het aantal zwerfjongeren 'ten opzichte van 1995 stabiel is gebleven'. Uit het rapport blijkt tevens dat de samenstelling van de populatie zwerfjongeren de afgelopen jaren niet wezenlijk is veranderd. Zo zijn de meeste zwerfjongeren (nog steeds) ouder dan 18 jaar. Het aandeel meisjes blijft ongeveer 20%-30%. Het aantal allochtone zwerfjongeren houdt gelijke tred met de groei van de allochtone bevolking. Jonge asielzoekers worden nauwelijks aangetroffen onder de zwerfjongeren.

Sinds 1995 hebben zich geen grote wijzigingen voorgedaan in de omvang en achtergronden van de zwerfjongeren in Nederland. De uitkomsten van het rapport geven mij géén aanleiding om het beleid aan te passen. Op donderdag 30 maart 2000 wordt samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een conferentie gehouden waarin de

onderzoekresultaten zullen worden bekend gemaakt. Gemeenten, instellingen en organisaties die regelmatig contact hebben met jongeren zijn hiervoor uitgenodigd.

Evaluatie Cliëntenplatform

Bij de brief van de Minister van Justitie en mij van 28 februari jl., waarin u bent geïnformeerd over de stand van zaken ten aanzien van klachtrecht en medezeggenschap in de jeugdzorg, is u tevens het evaluatierapport toegezonden inzake de "Evaluatie van werkzaamheden van het Platform van Samenwerkende Cliëntenorganisaties in de Jeugdzorg en het Familierecht". De bevindingen in het rapport zijn besproken met het bestuur van het Platform. In het rapport worden twee belangrijke aanbevelingen gedaan.

De eerste aanbeveling heeft betrekking op het Platform. De onderzoekers bevelen aan 'het Platform in de gelegenheid te stellen reguliere beheertaken uit te voeren'. De Minister van Justitie en ik zijn voornemens te bezien op welke wijze deze professionalisering met ingang van het volgende jaar verder gestalte kan krijgen. Met het bestuur van het platform is overeengekomen dat daartoe in nader overleg wordt getreden met het Platform.

De tweede aanbeveling in het rapport heeft betrekking op het ontbreken van de vertegenwoordiging van jeugdige cliënten in het Platform, op landelijk niveau. Ter zake wordt aanbevolen: 'een kwartiermaker de praktische mogelijkheden te laten onderzoeken van een forum van jeugdige cliënten op landelijk niveau'. Daarbij is het van belang dat jongeren zelf aangeven wat zij belangrijk vinden. De Minister van Justitie en ik zullen nog dit jaar de mogelijkheden bezien om tot zo'n onderzoek te komen, waarbij ook het IPO wordt betrokken. Bij het Beleidskader Jeugdzorg 2001-2004 wordt u nader bericht over de stand van zaken.

BANS-Visie op jeugdbeleid

Met de brief van 3 december 1999 (kenmerk DJB/APJB-2025138) heb ik u de gezamenlijke visie van de overheden op jeugdbeleid, getiteld "Jeugdbeleid in Ba(la)ns", aangeboden. Deze gezamenlijke visie, die in het kader van het Bestuursakkoord nieuwe stijl is geformuleerd en is vastgesteld in het Overhedenoverleg van 1 december jl., is richtinggevend voor het beleid van de overheden.

In "Jeugdbeleid in Ba(la)ns" zijn vijf criteria voor het jeugdbeleid vastgesteld en is aangegeven welke bijdragen de overheden zullen leveren ter versterking van de samenhang in het beleid voor de jongste leeftijdsgroep, de 0-6 jarigen. Op dit moment wordt gewerkt aan nadere uitwerking van voorstellen om de gezamenlijke visie op grote schaal ingang te doen vinden en wordt onderzocht hoe de afspraken over de inzet van de overheden betreffende het 0-6 jarigen beleid en de te verwachten resultaten kunnen worden gepreciseerd. Tevens wordt in gezamenlijk overleg bezien welke aanvullende interbestuurlijke afspraken in dit BANS-kader zinvol zijn om meer samenhang te brengen in het beleid gericht op de oudere leeftijdsgroepen. De voorstellen worden medio mei 2000 in het Overhedenoverleg besproken.

Tot slot doe ik u ter kennisneming de gedrukte versie toekomen van het advies van de Coördinatiecommissie Kwaliteitsbeleid Jeugdzorg. Verder is u onlangs de brief met betrekking tot Jeugdparticipatie aangeboden. Daarbij was het werkdocument gevoegd voor de commissie Jeugdparticipatie (DJB/APJB-2021970).

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Bijlage G Brief financiering Bureau Jeugdzorg

CENTRAAL BUREAU



DUPLICAAT

Calandstraat 58
3016 CD Rotterdam
Telefoon: (010) 478 16 00
Telefax (algemeen): (010) 478 20 07
Telefax (directie): (010) 478 27 22
ABN/AMRO: 45 87 59 082

Provincie Zuid-Holland
Afdeling Strategie, Zorg en Cultuur
t.a.v. de heer L.A. van Swol
Postbus 90602
2509 LP DEN HAAG

Betreft: financiering Bureau Jeugdzorg
Ref.: 01120/PP/CvdT

Rotterdam, 14 februari 2000

Geachte heer Van Swol

Recentelijk heeft u ons geïnformeerd over de beschikbare middelen in 2000 ten behoeve van de financiering van het Bureau Jeugdzorg in brede zin. Daarnaast zijn door beide Stichtingen Jeugdzorg bij u werkplannen / begrotingen 2000 ingediend, waaruit moge blijken dat beide organisaties zich in de onderscheiden regio's willen inzetten voor het vormgeven van het Bureau Jeugdzorg c.q. de systeemeisen.

Het door u voorgestane beleid met betrekking tot het Bureau jeugdzorg – dat door beide stichtingen wordt onderschreven – leidt tot zodanige aanpassingen in de bedrijfsvoering, dat ons inziens zonder meerjaren afspraken hieraan niet op een verantwoorde wijze uitvoering gegeven kan worden. Met name onderwerpen als organisatiestructuurontwikkeling, personeelsbeleid, methodiekontwikkeling en huisvesting zijn thema's die vanuit een bedrijfsmatig oogpunt om een langere termijn strategie vragen.

In dit kader zouden wij met u willen komen tot een meerjaren convenant over de financiering van Bureau Jeugdzorg.

Een tweede thema waarvoor wij gezamenlijk uw aandacht vragen betreft de financiering van de Bureau Jeugdzorg functies in het lopende begrotingsjaar. Uit de KPMG studie blijkt dat er sprake is van een substantieel tekort in financieringsmiddelen, om ten volle aan de systeemeisen van het Bureau Jeugdzorg in 2000 uitvoering te geven. Dat baart ons grote zorgen, temeer daar er in het veld en bij lokale overheden hoge verwachtingen zijn ten aanzien van het Bureau Jeugdzorg.

Hoewel wij ons realiseren dat de additioneel beschikbare middelen niet voldoende zijn om alle tekorten – waaronder de wachtlijst problematiek – te compenseren, zijn we van mening dat versterking van de ambulante functies in de jeugdhulpverlening thans de eerste en hoogste prioriteit zou moeten hebben. Het Bureau Jeugdzorg omvat immers een aantal essentiële functies, zoals diagnostiek, casemanagement en vroegtijdige hulpverlening, die niet in voldoende en kwalitatief verantwoorde mate aanwezig zijn om bij te dragen aan b.v. terugdringing van de wachtlijstproblematiek. Het KPMG rapport illustreert dat hieraan bij lange na nog niet in is voorzien.

De Stichting Jeugdzorg Rotterdam / Zuid-Holland Zuid bestaat uit:



In dit kader bepleiten wij dat van de additioneel beschikbare middelen minimaal 4,2 miljoen gulden beschikbaar komen in 2000 voor de Bureau Jeugdzorg functies.

Gaarne zien wij uw reactie op korte termijn tegemoet.

met vriendelijke groet,
mede namens Stichting Jeugdzorg Den Haag / Zuid-Holland Noord,

P.P.J. Pauli
Algemeen Directeur Stichting Jeugdzorg Rotterdam/ Zuid-Holland Zuid

Bijlage H Overzicht belangrijkste cijfers VDT 1999

Overzicht belangrijkste cijfers VDT 1999 (voorlopige cijfers)

Bureaudienst/Aanmelding:

Aantal: 1014

Verdeling sexe:

Jongetjes: 60%
Meissies: 40%

Leeftijd:

0 tot 6 jaar: 112
6 tot 12 jaar: 253
12 tot 19 jaar: 289
18 plus: 24
niet/fout ingevuld: 155

Waarvan Screening: 431
 Eenmalig I&A: 282
 Verwezen: 139
 Crisisinterventie: 58
 Overigen: 104

Contact via: Telefoon: 891
 Post: 68
 Balie: 42
 Overig: 13

Regio: Leiden: 456
 Katwijk: 180
 Alphen: 195
 Niet ingevuld: 108
 Overig (buitenregionaal): 51

Aanmeldingen per kwartaal:

1e kwartaal: 157
2^e kwartaal: 286
3^e kwartaal: 225
4^e kwartaal: 346

Screeningen

Afgesloten in 1999: 287
In behandeling per 01-01-2000: 148
Op Wachtlijst per 01-01-2000: 47
Wachttijd per 01-01-2000: 4 weken

Controleoverzicht Hulpstatus/Screeningen:

	Dossierstatus	Hulpstatus	Normtraject
Hulpverlening	267	270	274
Screening	156	149	145
Afgesloten	231	236	236
Niet ing	6		
Totaal	660	655	655

Wachtlijsten Hulpverlening:

Wachtlijst Ambulant: 60
Wachtlijst Plaatsing: 71
Lopende Hulpverlening: 270

Overzicht ZTO 1999 (voorlopige cijfers)

Aantal aanvragen: 364

Verdeling Jongens vs. Meisjes: 217:147 (60%:40%)

Leeftijd

0 tot 6 jaar	41
6 tot 12 jaar	118
12 tot 19 jaar	203
18 plus	2

Indicatie:

Boby-groep	1
Dagbehandeling	74
Flexgeld	6
Intensief Ambulant	69
Pleegzorg	80
Residentiele voorziening	112
Zorgprogramma's	21
Onbekend/Niet ingevuld	1

Toewijzingen:

Afgewezen:	10
In behandeling per 31-12-1999	15

Boby-groep	1
Dagbehandeling	58
Flexgeld	1
Intensief Ambulant	75
Pleegzorg	69
Residentiele voorziening	105
Zorgprogramma's	30
Onbekend/Niet ingevuld	0

Belangrijkste Plaatsers:

Raad v.d. Kinderbescherming	11	
RIAGG ZHN		8
St. De Opbouw	10	
St. Jeugdzorg Adviesbureau/Voordeurteam		180
St. Jeugdzorg Crisisteam		21
St. Jeugdzorg Jeugdbescherming		96

Belangrijkste Opnemende Voorzieningen

St. De Mare	151
St. Rijnhove	48
St. Jeugdzorg Pleegzorg	38
St. Jeugdzorg Intensief Ambulant	14
LWRVA (Hoenderlo-groep)	7

Aanvullende Diagnostiek:

Voltooid in 1999	32
Lopend per 31-1-2-1999	19
Afgewezen/Voortijdig gestaakt	13

Bijlage I Overzicht intake-criteria

Overzicht intake-criteria

Het **AMW** richt zich op hulpvragen die gekenmerkt worden door:

- pedagogische onzekerheid van de ouders/verzorgers;
- enkelvoudige (fase)problematiek bij kinderen/jeugdigen waarbij al dan niet een tijdelijke ontlasting van het zorgsysteem nodig is.

De stichting **Jeugdhulpverlening** (vrijwillige hulpverlening) richt zich op de multidisciplinaire aanpak van hulpvragen die gekenmerkt worden door:

- pedagogische onmacht van ouders/verzorgers;
- problematiek van ouders/verzorgers en hun kinderen waarvan door derden/instellingen wordt gesignaleerd, dan wel vastgesteld, dat de ouders/verzorgers en/of de minderjarige(n) ambivalent staan t.o.v. hulpverlening/zorg en mogelijk justitieel ingrijpen dreigt;
- meervoudige problematiek bij kinderen/jeugdigen (d.w.z. op meerdere terreinen, ontsporingengevaar, situaties met diffuse gezagsrelaties, (zowel relationeel als positioneel);
- opvoedingsproblematiek bij minderjarigen van 0 tot 18 jaar die mogelijk aanleiding is tot een langduriger, dan wel definitieve, ontlasting en/of behandeling van de minderjarige en/of het zorgsysteem.

Bij **lthaka** gaat het om jeugdigen van 0-18 jaar met een complexe psycho-sociale problematiek; hierbij is sprake van:

- een moeilijke prioriteitsstelling binnen het scala van mogelijke etiologische factoren;
- onzekerheid over het (ontwikkelings)aandeel van het kind in de pathologie;
- negatieve ontwikkelingsinterferenties op alle belangrijke levenssterreinen, c.q. ontwikkelingsachterstand hierbij.

De overgang naar kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek wordt gekenmerkt door:

- het overschrijden van kritische grenzen in de symptomatologie van het kind, bijv.: suicidaliteit, heftige dwang, psychose, ernstige depressie, ernstige impulsiviteit;
- het vermoeden van een sterke bio-psycho-sociale samenhang.

De **Raad voor de Kinderbescherming** weegt bij haar overweging een zaak in behandeling te nemen de volgende combinatie van criteria af:

- is er sprake van bedreiging in de situatie van het kind;
- wordt het kind in zijn/haar ontwikkeling bedreigd;
- wat zijn de mogelijkheden van de ouders/verzorgers;
- is er sprake van een gezags vacuüm;
- is er sprake van een acute risicovolle situatie (fysieke, seksuele, emotionele en/of sociale bedreiging);
- welke mogelijkheden van hulpverlening zijn er nog in het vrijwillig kader; wat is de meerwaarde van een raadsonderzoek.

BESLISSINGSCRITEIA bij verwijzing psychosociale/kinderpsychiatrische problematiek

Problematiekparameters:			Verwijzen naar:
ERNST VAN HET SYMPTOOM	kritiek	→	Jeugd GGZ
← niet kritiek			
SOMATIEK	primair	→	kinderteam streekziekenhuis
	secundair	→	Jeugd GGZ
← geen rol			
IMPACT	pervasief	→	Jeugd GGZ
← situatief			
CONTEXT	kindeigen factoren	→	Jeugd GGZ
← reactief			
DUUR	langdurig problematisch	→	bureau Jeugdzorg brede toegang
← kort			
DRAAGKRACHT	niet toereikend	→	bureau Jeugdzorg
← toereikend			
SYSTEEM	complex	→	bureau Jeugdzorg
← eenduidig			
			→ bureau Jeugdzorg (of huisarts)

Toelichting

Binnen het bureau jeugdzorg zijn twee toegangswegen herkenbaar (op grond van parameters 1): de GGZ jeugd op geïndiceerde verwijzing en de laagdrempeliger toegang.

11-03-1999, R. Eijsberg, sectordirecteur

Oudshoorn (1985) geeft een handig lijstje (van Rutter) om te helpen ggz-problematiek te signaleren:

- 1 .In hoeverre past het symptoom of probleemgedrag bij leeftijd en sekse?
- 2 .Is het symptoom of probleemgedrag hardnekkig?
- 3 .Wat is de ernst en frequentie?
- 4 .Hoe specifiek is het symptoom?
- 5 .Is het symptoom of probleemgedrag aan een enkele situatie gebonden?
- 6 .Heeft het kind (de adolescent) dit symptoom al langdurig of is er sprake van een recent psychotrauma?
- 7 .Gaat het om een enkelvoudig symptoom, of gaat het met andere symptomen of probleemgedragingen gepaard?
- 8 .Nadelen - voor kind en gezin
 - verdere omgeving
 - sociale beperkingen
 - verstoring van de ontwikkeling
- 9 .Psychosociale stress (ingrijpende gebeurtenissen of gezinszorgen)
- 10.socio-culturele achtergrond.

Bijlage J Ondernemingsplan Bureau Jeugdzorg 2000 Rijnland

3. Activiteiten per functie:

3.1 Het voordeurteam

3.1.1 Aanmelding

Systeemeisen

Voor de aanmelding gelden de volgende systeem- of kwaliteitseisen:

- Aan melding is mogelijk:
 1. telefonisch gedurende kantooruren (8.30-17.00)
 2. In persoon gedurende kantooruren
 3. In persoon gedurende twee uren in de vooravond
 4. Op een locatie die binnen maximaal 45 minuten is te bereiken gerekend van de woonplaats van de jeugdige of diens opvoeders
 5. 365 dagen per jaar gedurende 24 uur per dag in geval van crisisinterventie
- De screening wordt binnen 5 dagen na aanmelding verricht
- Terug- of doorverwijzen naar vormen van niet geïndiceerde zorg binnen 24 uur
- Crisisinterventie binnen 2 uur
- Norm kostenmodel KPMG:
 - a. Kosten per cliënt: □ 29
 - b. Inzet uren per cliënt: 0,25 u.

Huidige stand van zaken

Op de centrale vestiging van het BJR in Leiden kan men zich telefonisch en in persoon aanmelden op werkdagen tussen 9.00 en 17.00 uur. Aanmeldingen komen hoofdzakelijk telefonisch binnen. De Leidse vestiging is voor wie zich in persoon wil aanmelden vanuit de hele regio in 3 kwartier bereikbaar.

In de eerste drie kwartalen van 1999 werd de screening pas binnen gemiddeld 3 maanden na de aanmelding verricht. Gedurende het laatste kwartaal was dit teruggebracht naar 10 werkdagen. De inzet van de crisisinterventie voldeed gedurende het gehele jaar aan de systeemeis.

Gebleken knelpunten:

1. door formatiegebrek ontstond in 1999 een onverantwoord lange wachttijd voor het uitvoeren van de screening, deze kon in het laatste kwartaal dankzij inzet van tijdelijke extra middelen van de provincie worden gereduceerd.
2. bij een in 1999 gerealiseerde productie van plus-minus 900 aanmeldingen is gemeten volgens het kostenmodel toegang voor de aanmelding op jaarbasis beschikbaar $900 \times 0,25$ uur = 225 uur. Op weekbasis is hiermee ongeveer 4u. beschikbaar voor de aanmelding, ofwel 0,5 uur. per dag. In 1999 was de telefonische aanmelding gedurende $5 \times 8 = 40$ uur per week bereikbaar. In 2000 lijkt een bemensing van de aanmelding middels een maatschappelijk werker van het voordeurteam gedurende 8uur per dag niet haalbaar.
3. Gemiddeld over 1999 was de duur van de aanmelding 40 minuten. Hiervan ging 20 minuten in registratie en verslaggeving zitten.
4. In de in 1999 te financieren toegangsfuncties is de functie van informatie en advies niet opgenomen. Deze vragen komen achter wel bij het voordeurteam terecht. Financiering zal moeten komen uit de middelen "vrijwillig ambulant". Een probleem hierbij is dat het in de registratie lastig is een scherp onderscheid te maken tussen de functie aanmelding en de functie informatie & advies.
5. Afhankelijk van de dienstdoende maatschappelijk werker is er een groot verschil in de inhoudelijke uitvoering van de functie. De ene mw-er vraagt tijdens het telefoongesprek door, en komt b.v. In een groot aantal gevallen tot advies zonder verwijzing, dan wel een doorverwijzing naar andere vormen van vrij toegankelijke zorg. De andere mw-er concludeert dat er een screening nodig is.

3.1.2 Screening

Systeemeisen

- Zie 'eindadvies Toegang tot de Jeugdzorg'.
- Normen Kostenmodel KPMG:
 - a. Kosten per cliënt: f701,-
 - b. Inzet uren per cliënt: 6 uur en 5 minuten (5uur screener, 45 minuten teamleider, 20 minuten staflid)

Huidige stand van zaken

De screening wordt uitgevoerd door 7 (part-time) maatschappelijk werkers, die onder leiding staan van een teamleider, en over 12 uur stafondersteuning beschikken. De screening wordt zoveel mogelijk uitgevoerd in de buurt van de woonplaats van de cliënt. Hiervoor zijn momenteel spreekruimtes in Leiden, Katwijk, Lisse en Alphen beschikbaar. Afgezien van de lange wachttijd voor de screening nam de uitvoering van de screening aanzienlijk meer tijd in beslag dan waarin de systeemeisen voorzien: de duur van de screening was gemiddeld over 1999 45 werkdagen.

Gebleken Knelpunten:

1. de efficiency in de uitvoering van de screening liet sterk te wensen over: dit geldt zowel t.a.v. de duur van screening als de geleverde formatieuren.
2. Een van de oorzaken moet gezocht worden in de grote hoeveelheid tijd die in de registratie en verslaglegging zijn gaan zitten: volgens betrouwbare schattingen gemiddeld 50% van het totaal. Tal van kinderziekten bij de automatisering hebben een aanzienlijk beslag gelegd op de productiecapaciteit. In het invullen van de RED (gebruikt als instrument voor de verslaglegging) ging naar verhouding teveel tijd van de medewerkers zitten.
3. Doordat een aantal toegangsfuncties, met name indicatiestelling en casemanagement, door ontbrekende financiering nog niet zijn ingericht, zijn een aantal oneigenlijke taken op dit gebied bij de leden van het voordeurteam terecht gekomen, hetgeen een negatieve invloed gehad heeft op de productie.
4. Naast de vermelde kinderziekten in de automatisering is een groot probleem voor het management dat het informatiesysteem (nog) niet is ingericht op het sturen op "prestaties" of "verrichtingen". Het is voor het management vaak gissen waar de tijd van uitvoerend medewerkers aan besteed wordt.
5. Door de als gevolg van de wachttijsten grote druk op de productie is in 1999 minimaal geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering van de screeners.
6. Wil het voordeurteam de haar toegedachte functie waarmaken, dan zullen andere disciplines dan alleen dat van maatschappelijk werker aan dit team moeten worden toegevoegd.

Bereikte volume en ingezette formatie 1999

Over 1999 werden naar schatting op de peildatum 01-12-1999 600 screenings verricht. In totaal werd over het jaar gemiddeld 3,5 fte ingezet. Volgens de (niet geheel betrouwbare) registratie kostte de screening in tijd gemiddeld 12 uur.

Doelstellingen 2000

1. Volume. Onder verwijzing naar de hierboven vermelde overwegingen wordt voor 2000 uitgegaan van een stijging van het aantal screenings naar 1327 (excl. aanmeldingen RIAGG);
 - 6,2 fte maatschappelijk werker (f930.000,-)
 - 13 uur gedragswetenschapper (f38.00,-)
2. Kwaliteitsniveau.
 - Door het management zal zwaar worden ingezet op het bijsturen van de snelheid efficiency van de screening in formatie- en uitvoeringstijd, met als doelstelling deze binnen de door de systeemeisen en kostenmodel gestelde termijnen en bedragen te brengen. Hiervoor zal tijdelijk extra stafcapaciteit moeten worden ingezet.

100.000 voor extra investering in de kwaliteitsontwikkeling van de toegangsfuncties en de vrij toegankelijke hulpverlening.

3.3 Diagnostiek & Indicatiestelling

3.3.1 Diagnostiek

Systeemeisen

- Zie 'eindadvies Toegang tot de Jeugdzorg'.
- Normen KPMG Kostenmodel. Bedrag per cliënt f2.000,-

Huidige stand van zaken

De functie diagnostiek wordt voor het BJZ door de RIAGG als dienstverlening aan derden uitgevoerd volgens een in 1999 vastgesteld protocol.

Gebleken knelpunten

- De uitvoeringsduur van de diagnostische arrangementen lag in 1999 in afwijking van de systeemeisen op gemiddeld 95 dagen.
- De door diverse partners toegezegde bijdrage in de formatie van het BJZ is niet gerealiseerd m.u.v. de GGZ-partners RIAGG en Curium.
- De aanvragen voor diagnostiek lagen op plus-minus 50% van de prognose. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid voor een gedeelte te maken met het nog niet optimaal via de toegang c.q. zorgtoewijzing verlopen van de toewijzing van geïndiceerde Jeugdhulpverlening, inclusief MKD. Een andere reden zou wel eens kunnen zijn dat de inschatting landelijk van noodzakelijke diagnostiek wat aan de hoge kant is.
- Binnen de huidige constructie kunnen cliënten van de jeugdbescherming gebruik maken van diagnostische arrangementen voor die vragen die niet direct forensische diagnostiek betreffen. Deze grens blijkt in de praktijk nog menigmaal tot het misverstand te leiden dat er helemaal geen gebruik kan worden gemaakt van de diagnostiekfunctie.

Bereikte volume en ingezette formatie

De ingezette formatie was conform de KPMG normering. Over 1999 zijn 134 onderzoeken uitgevoerd.

Doelstellingen 2000

1. Volume. Er zijn 200 onderzoeken begroot, waarvan 235 (d.w.z. 140 'gewoon', 20 autisme en 75 uit wachtlijstgelden) door de RIAGG gedekt worden. Als gevolg van recente inzichten wordt verwacht dat er meer onderzoeken uitgevoerd zullen worden dan aanvankelijk begroot. De Riagg heeft dan ook 235 onderzoeken begroot.

Benodigde structurele middelen

Voor de uitvoering van niet door de GGZ geleverde onderzoeken: $1/3 \times 200 \times 2000 = f133.333,-$

Eenmalige investeringen

Mogelijk organisatieadvieskosten voor de herinrichting van de functies D&I. Voor 2000 wordt rekening gehouden met een budget van f100.000,- voor extra investering in de kwaliteitsontwikkeling van de toegangsfuncties en de vrij toegankelijke hulpverlening.

Samenvattende tabel

Omschrijving	Resultaat 1999		Begroot/voornemens 2000	
Aantal diagnostische arrangementen	budget BJZ	budget RIAGG	budget BJZ	budget RIAGG
	0	134	67 (*)	133 (*)
Ingezette fte	Nvt		Nvt	
Kosten (in f,-)	-	f256.476,-	f133.333,-	f266.667,-

3.5 Zorgtoewijzing

Systeemeisen

- Zie 'eindadvies Toegang tot de Jeugdzorg'.
- Norm KPMG: f510,- per zorgtoewijzing.

Huidige stand van zaken

In 1999 zijn $\pm$ 450 nieuwe aanmeldingen voor geïndiceerde zorg binnengekomen en in behandeling genomen. Het grootste deel van deze aanmeldingen kwam van Bureau Jeugdzorg, vanuit het voordeurteam, het adviesbureau of de jeugdbescherming. Daarnaast kwamen er veel aanmeldingen binnen via het RIAGG (jeugdzorg), Curium (jeugdpsychiatrie) en het LUMC-kinderafdeling. De overige aanmeldingen kwamen van landelijk werkende voorzieningen met een afdeling in deze regio, zoals Stichting De Opbouw, de William Schrikkerstichting en de Stichting Gereformeerde Jeugdzorg. Slechts een enkele aanmelding kwam van buiten de regio. Inmiddels is gebleken dat veel plaatsingen (helaas) nog buiten de zorgtoewijzing om gebeuren. Vooral crisisplaatsingen worden vaak niet door de plaatser (achteraf) aangevraagd bij het ZTO (alleen al bij de residentiële crisisopvang betreft het $\pm$ 250 plaatsingen!). Daarnaast betreft het 180 aanmeldingen bij Families First en plus-minus 35 bij het zorgprogramma "Centrale Opvang". Ook landelijk werkende residentiële voorzieningen blijken regelmatig zonder zorgtoewijzingsbesluit cliënten uit de Jeugdbescherming op te nemen, overigens tegen de afspraken in. Het MKD (capaciteit: 100) heeft nog een eigen "loket".

Omdat de functie indicatiestelling binnen het BJZ nog niet conform de systeemeisen is ingericht, komen veel aanmeldingen rechtstreeks van de verwijzer bij de afdeling zorgtoewijzing terecht. Daarom wordt door de coördinator zorgtoewijzing of een ZTO-lid in de regio Zuid-Holland Noord elke aanvraag ook inhoudelijk getoetst. Dat is een tijdrovende bezigheid. Desondanks is voor deze constructie gekozen, zodat de kwaliteit van de inhoud van de aanmelding in elk geval voldoet aan de eisen van de opnemende voorzieningen. Zij kunnen zo aan hun opnameplicht voldoen.

Zowel plaatsers als opnemers ontvangen na behandeling van de aanvraag in het ZTO een eindrapport, waarin een (gemotiveerd) besluit, een specificatie van het besluit, de doelen die beoogd worden, de verantwoordelijke opnemende en plaatsende voorzieningen en (indien bekend) de personen die deze voorzieningen vertegenwoordigen, de geplande plaatsingsdatum, de data voor her-indicatie, hertoewijzing, de geldigheidsduur van het toewijzingsbesluit en de prognose voor de duur van de uit te voeren hulp. Plaatsers worden geacht dit "eindrapport zorgtoewijzing" met de cliënten te bespreken. Dat blijkt niet altijd te gebeuren. In vrijwel alle gevallen is de procedure voor zorgtoewijzing vanaf de datum van binnenkomst bij de afdeling zorgtoewijzing binnen tien werkdagen afgehandeld.

In januari 1999 is de afdeling zorgtoewijzing begonnen met de controle op de uitvoering van de toewijzingsbesluiten. Drie maanden na de toewijzing wordt gecontroleerd, of de plaatsing daadwerkelijk is geëffectueerd, en zoniet, om welke reden dat niet is gebeurd. Deze gegevens worden in de registratie opgenomen.

Vanaf juli 1999 is gestart met het registreren van de her-indicaties en met het uitvoeren van de hertoewijzingen. Over het algemeen functioneert dit systeem naar tevredenheid en reageren de plaatsers voldoende. Na behandeling door de afdeling zorgtoewijzing ontvangen de plaatsers c.q. de opnemende voorzieningen een eindrapport her-toewijzing. Bijkomend voordeel is dat tussentijds de wachtlijsten voor diverse voorzieningen geschoond worden, omdat bij de zorgtoewijzing bekend is welke aanvragen vervallen.

Gebleken knelpunten

- Capaciteitsproblemen bij de plaatsersfunctie leiden ertoe, dat vaak wel zorg toegewezen kan worden, de geïndiceerde zorg ook beschikbaar is, maar door het ontbreken van een plaatser een kind niet geplaatst kan worden. Om de cliënt dan niet onnodig lang te laten wachten op hulp werd de hulp in deze gevallen toch toegewezen. Deze gang van zaken is problematisch, omdat er vervolgens geen aanspreekbare verantwoordelijke persoon is voor

de betreffende plaatsing. Vooral als de plaatsing problemen oplevert ontstaat er een zeer onwenselijke situatie.

- De hierboven vermelde problematiek van de "eigen loketten".
- Door het ontbreken van een naar behoren ingerichte functie indicatiestelling moet het ZTO aanvragen niet alleen procedureel, maar ook inhoudelijk toetsen.
- Voor veel plaatsers blijkt het moeilijk om zich te beperken tot de hulpvraag van de cliënt. Plaatsers geven een beschrijving van de problematiek vanuit hun eigen optiek, en stellen daarbij passende hulp voor.
- Plaatsers zijn nog erg gewend om de indicatiestelling toe te schrijven naar een bestaande voorziening; overigens is daarbij duidelijk dat plaatsers niet altijd goed op de hoogte zijn van het bestaande aanbod. Deze gang van zaken wordt in de hand gewerkt doordat opnemende voorzieningen hun lege plaatsen stevast rechtstreeks aanbieden aan de plaatsers.
- Het ZTO constateert nog te vaak dat aanmeldingen plaatsvinden, waarvan de strekking of de consequenties niet met de ouders en de jeugdige >12 jaar zijn besproken en waarbij hun visie op de problematiek en op de aangeboden hulp niet is vermeld. Vaak blijken deze ouders/jeugdigen het achteraf oneens te zijn met het hulpaanbod.
- Alternatieven voor het meest geëigende aanbod worden vaak niet gegeven, ook de vraag naar de minimaal noodzakelijke hulp blijft meestal onbeantwoord. Voor een deel heeft dat waarschijnlijk te maken met het hierboven gesignaleerde gegeven, dat men een concrete voorziening op het oog heeft waarvan men weet dat er plaats is.
- Een inschatting van de duur van de gevraagde zorg wordt zelden gegeven; kennelijk vinden de meeste plaatsers dat erg moeilijk.
- Ook de onderbouwing van de gevraagde hulp laat nogal eens te wensen over. Diagnostiek ontbreekt regelmatig, het gebruikte RED-formulier wordt soms erg summier ingevuld.
- In afwijking van de systeemeisen zijn aanmeldingen voor een AWBZ-voorziening door het ZTO verwezen naar de indicatiecommissie die speciaal voor deze sector in Zuid-Holland functioneert. Over deze zaken is vooraf telefonisch overleg geweest

Bereikte volume 1999

In 1999 werden 405 aanvragen voor zorgtoewijzing gedaan, waarvan 390 werden toegewezen. In 1999 zijn ± 85 hertoewijzingen geregistreerd. Aan formatie werd 2 x 32 uur ingezet; 32 uur voor de coördinatie van de zorgtoewijzing, 32 uur secretariaatswerkzaamheden.

Doelstellingen 2000

1. Volume. Begroot voor 2000 zijn 737 zorgtoewijzingen.
2. Kwaliteit.
 - Problematiek eigen loketten. Met de inspectie zal worden overlegd hoe naleving van de systeemeisen kan worden bevorderd. Daarnaast is in de laatste maanden van 1999 is een sluitend systeem bedacht om de registratie van crisisplaatsingen en Family First te waarborgen. In 2000 moet dat systeem vruchten af gaan werpen en zal het aantal geregistreerde toewijzingen aanzienlijk toe gaan nemen. Met de landelijk opnemende residentiële voorzieningen moeten de bestaande afspraken nog eens bekrachtigd en op papier vastgelegd worden. In de loop van 2000 zullen ook plaatsingen in de MKD's via de zorgtoewijzing moeten gaan verlopen. Het betreft hier ± 90 plaatsingen per jaar.
 - Aan plaatsers is duidelijk gemaakt wat de effecten op lange termijn zullen zijn van het niet via de zorgtoewijzing aanvragen van geïndiceerde zorg: op basis van de registratie wordt de overheid geadviseerd m.b.t. tot inkrimping, uitbreiding en ombouw van voorzieningen. Wanneer de cijfers geen reële afspiegeling zijn van de werkelijke vraag zal er nooit een juist aanbod in de regio gerealiseerd kunnen worden.
 - In 2000 zal worden voortgegaan met werken aan verbetering van de kwaliteit van de indicatiestellingen.
Dringend noodzakelijk voor het goed verlopen van zorgtoewijzing (en uitvoering van de hulp) wordt een toename van de capaciteit voor de plaatsersfunctie...
 - Voorts zal in 2000 het registratiesysteem verder worden aangepast en geperfectioneerd. Er wordt naar gestreefd om kwartaalrapportages te leveren aan de betrokken voorzieningen, zodat zij op grond van actuele informatie hun beleid zonodig kunnen aanpassen.

Bijlage K Indicatieformulier zorgtoewijzing

INDICATIEFORMULIER ZORGTOEWIJZING

Invuldatum :

Naam jeugdige :

Geboortedatum jeugdige :

Woonplaats jeugdige :

Woonplaats ouder (met gezag) :

Naam invuller :

Werkzaam bij :

Adres / tel. nr. :

INDICATIEFORMULIER ZORGTOEWIJZING

I. HET DIAGNOSTISCH PROCES

1. Wilt u globaal aangeven welke hulpverlening – in chronologische volgorde – in het verleden heeft plaatsgevonden en met welk resultaat?
2. Wat is de huidige problematiek, gezien vanuit de cliënt en/of het cliëntsysteem?
3. a) Wat heeft u als casemanager/zorgvrager aan onderzoek gedaan?
b) Is er aanvullend onderzoek geweest (bijv. psychologisch, psychiatrisch, didactisch, medisch, gezinsdiagnostiek)?
4. a) Wat is uw conclusie m.b.t. de diagnostiek, gelet op het onder pnt 3 vermelde onderzoek?
b) Welke disciplines (beroepsgroepen) waren betrokken bij het stellen van deze diagnose?
5. a) Is de onder 4 genoemde conclusie besproken met de cliënt en/of met de ouders, ev. degene die belast is met het ouderlijk gezag?
b) Zo nee, wat is daarvan (in algemene termen) de reden?
Zo ja, wat was het resultaat van de bespreking?

II. DE INDICATIESTELLING

1. Welke disciplines (beroepsgroepen) waren bij de indicatiestelling betrokken?
2. Welke doelen moeten met de inzet van de geïndiceerde hulpvorm(en) bereikt worden?
3. a) Welke geïndiceerde hulpvorm moet volgens u worden toegewezen?
b) Welke alternatieve geïndiceerde hulpvorm(en) is/zijn aangewezen, mocht de onder 3a) genoemde optie niet beschikbaar zijn?
c) Welke hulp acht u minimaal noodzakelijk?
d) Wordt naast de gevraagde hulp nog andere hulp geboden/gecontinueerd?

INDICATIEFORMULIER ZORGTOEWIJZING

4. Binnen welke termijn (indien bekend: vóór welke datum) moet de hulp beschikbaar komen?
5. Wat is uw prognose voor de duur van de hulp?
6.
 - a) Is de indicatiestelling besproken met de cliënt en/of de ouders, ev. degene die belast is met het ouderlijk gezag?
 - b) Zo nee, wat is daarvan (in algemene termen) de reden?
Zo ja, wat was het resultaat van de bespreking?

III. BUITENREGIONALE PLAATSINGEN

(alleen invullen indien de aanvraag een hulpaanbod betreft buiten de regio waar de cliënt woonachtig is.)

1. Cliënt woonachtig in Zuid-Holland Noord:
Waarom vraagt u toewijzing voor een hulpaanbod buiten de regio Zuid-Holland Noord?
2. Cliënt niet woonachtig in Zuid-Holland Noord:
 - a. Waarom vraagt u toewijzing voor een hulpaanbod buiten de eigen regio?
 - b. Waarom kiest u hierbij specifiek voor de regio Zuid-Holland Noord?

(Hulp dient zo dicht mogelijk bij huis geboden te worden, zo is wettelijk bepaald. U zult dus goed moeten motiveren, waarom u de hulp in een andere regio indiceert.)

IV. ALGEMEEN

1. Is er overleg geweest met de opnemende voorziening die het beoogde geïndiceerde hulpaanbod heeft en zo ja, wat was daarvan de inhoud en het resultaat?
2. Is aan de cliënt informatie verstrekt over de te volgen procedure en over zijn/haar rechten (privacy-regelingen, klachtrecht, inzagerecht en recht op een second opinion of contra-expertise)?
3. Hebt u nog iets toe te voegen, waarvoor bovenstaande vragen niet de ruimte boden maar dat u niettemin van belang acht voor het toewijzingsbesluit?

Bijlage L Resultaten van een schriftelijke enquête

Resultaten van een schriftelijke enquête onder personen en instellingen die jeugdigen en hun opvoeders naar Bureau Jeugdzorg Rijnland in Leiden verwijzen. Het onderzoek peilde de kennis ten aanzien van het bestaan en functies van Bureau Jeugdzorg en de mening over het functioneren van het Bureau.

1. Methodiek

Van Bureau Jeugdzorg Rijnland (BJR) werd een adreslijst ontvangen met 72 adressen van instellingen die jeugdigen en hun opvoeders naar BJR verwijzen. Daarnaast werden 26 huisartsen aangeschreven.

Van de 72 instellingen was van 5 het adres verkeerd en werd de vragenlijst door de postbrieven geretourneerd. Van twee huisartsen was het adres eveneens verkeerd.

In totaal reageerden 6 van de 25 aangeschreven huisartsen, 24%. Van de instellingen reageerden 44 van de 67, dus 66%⁸. Van de totale aangeschreven populatie reageerden 51 van de 92 instellingen hetgeen neerkomt op 55%. Van de instellingen is dit een alleszins redelijk respons. Een lijst van functies van personen en een overzicht van de instellingen die de vragenlijst hebben beantwoord volgt hieronder.

⁸ Vier vragenlijsten werden te laat ingestuurd voor bewerking.

Functies

Adjunct directeur	2x
Afdelings coördinator	
Behandelend coördinator	
Brugklascoördinator	
Buurtwerker	
Coördinator stadsdeel	
Coördinator counseling lyceum	
Coördinator jeugd in district Duin en Bollenstreek	
Coördinator/jurist	
Directeur	3x
Docent Duits/counsellor	
Docent lagere school	
Hoofd Jeugd Gezondheidszorg	
Hoofd Kindercentrum	
Huisarts – eigen praktijk	6x
Intern begeleider basisonderwijs	
Jeugdarts	
Leerplicht ambtenaar	
Maatschappelijk Werker	4x
Manager	
Orthopedagoog	2x
Preventie- en veiligheidsadviseur	
Projectmedewerker	
opvoedingsondersteuning	
Psycholoog	
Regiomanager kindercentra	
School maatschappelijk werk /opname coördinatie	2x
Staffunctionaris	
Medewerker Daghulpcentrum Mare	
Team coördinator	
Teamcoördinator GGZ team Noord	
Teammanager	
Unit directeur	
ZAT coördinator	

Instellingen

AMK Zuid Holland
AOC Groene Delta College
Basisschool de Dolfijn
Basisschool
Centrale Organisatie Kinderopvang Leiden
Da Vinci college sector beroepsonderwijs Leiden
Diaconessehuis Leiden
Emilie Knappert Scholengemeenschap Leiden
FIOM (Hulp voor Ongehuwde Meisjes)
Gemeente
GGD Duin & Bollenstreek Katwijk
GGD Zuid Holland Noord
Groene Delta College Oegstgeest
Groene Hart Lyceum Alphen a/d Rijn
Kind & jongeren rechtswinkel
Leidse Welzijnsorganisatie LWO
Medisch Kleuter Dagverblijf MKD Margriet
Politie Hollands Midden
Prof. Vliegenthart school
Parkschool SB/VSO
Rijngeest Groep
Rijnhoven
SBO- Op Maas
School van praktijkonderwijs
Speciaal Onderwijs
Stedelijk Gymnasium Leiden
Stichting de Mare
Stichting Maatschappelijk Werk Leiden
SVO
Vlietland College

2 Kennis cq. mening van respondenten over Bureau Jeugdzorg

Tabel 1. Kennis over aanwezigheid en taken van Bureau Jeugdzorg

	Ja*	Neen**	Geen antwoord
Wist u dat er in Leiden een Bureau Jeugdzorg bestaat?	41 (88%)	3 (6%)	3 (6%)
Kunt u het telefoonnummer geven van Bureau Jeugdzorg?	25 (53%)	9 (19%)	13 (28%)
Kunt u het adres geven van Bureau Jeugdzorg?	24 (51%)	7 (15%)	16 (34%)
Kunt u een of twee taken opnoemen van Bureau Jeugdzorg?	38 (81%)	9 (19%)	-

* Ja of het juiste antwoord

** Neen of een foutief antwoord

Tabel 2. Tevredenheid over functioneren van Bureau Jeugdzorg

	Ja	Neen	Twijfel	Weet niet	Wisselend	Geen antwoord
Bent u in het algemeen tevreden met het functioneren van Bureau Jeugdzorg?	16 (34%)	16 (34%)	2 (4%)	-	-	13 (28%)
Vindt u dat het Bureau Jeugdzorg "werkt"?	7 (15%)	3 (6%)	1 (2%)	-	-	36 (77%)
Vindt u dat kinderen nu minder vaak dan vroeger voor dezelfde klacht steeds opnieuw worden onderzocht?	1 (2%)	6 (13%)	-	4 (8%)	-	36 (77%)
Worden kinderen en opvoeders door het toedoen van Bureau Jeugdzorg nu sneller dan voorheen geholpen?	5 (11%)	7 (15%)	-	-	-	35 (74%)
Wordt u voldoende geïnformeerd door BJ over wat er met de door u verwezen kind gebeurt?	3 (6%)	7 (15%)	-	-	2 (4%)	35 (74%)

Tabel 3. Over welke aspecten bent u het minst tevreden? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

Deze vraag werd door 21 respondenten beantwoord.

Snelheid van geboden hulp	14 (67%)
Feed back: wat u terugkrijgt aan informatie van BJ wat er met door u doorverwezen kind gebeurt	9 (43%)
Wachtlijst ambulante hulpverlening	9 (43%)
Duur van totale traject	9 (43%)
De definitieve plaatsing van het kind	7 (33%)
Wachtlijsten screening	7 (33%)
Bereikbaarheid	5 (24%)
Samenwerking tussen BJ en andere instanties	4 (19%)
Duur diagnose traject	4 (19%)
Samenwerking tussen RIAGG en BJ	3 (14%)
Doorverwijzing	3 (14%)
De kwaliteit van de geboden hulp	3 (14%)
Verslaglegging door BJ	3 (14%)

Tabel 4. Welke functies geeft/geven volgens u de meeste problemen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Deze vraag werd door 20 respondenten beantwoord.

Daadwerkelijke hulp	12 (60%)
Indicatiestelling	8 (40%)
Zorgtoewijzing	8 (40%)
Diagnostiek	7 (35%)
Screening	6 (30%)
Case-management	6 (30%)
Aanmelding	2 (10%)

Tabel 5. Over welke aspecten bent u het meest tevreden? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Deze vraag werd door 27 respondenten beantwoord.

Bereikbaarheid Bureau Jeugdzorg	19 (70%)
De kwaliteit van de geboden hulp	12 (44%)
Samenwerking Bureau Jeugdzorg en andere instanties	9 (33%)
Feed back: wat u terugkrijgt aan informatie van BJ wat er met door u doorverwezen kind gebeurt	8 (30%)
Snelheid van de geboden hulp	5 (19%)
Samenwerking tussen RIAGG en Bureau Jeugdzorg	2 (7%)
Doorverwijzing	2 (7%)
Verslaglegging door BJ	1 (4%)
De definitieve plaatsing van het kind	1 (4%)

Tabel 6. Welke functies geeft/geven volgens u de minste problemen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Deze vraag werd door 25 respondenten beantwoord.

Aanmelding	18 (72%)
Screening	8 (32%)
Daadwerkelijke hulp	7 (28%)
Zorgtoewijzing	6 (24%)
Diagnostiek	4 (16%)
Case-management	3 (12%)
Indicatiestelling	3 (12%)

Tabel 7. Vindt u dat Bureau Jeugdzorg een taak heeft op één of meerdere van de volgende gebieden. Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Deze vraag werd door 35 respondenten beantwoord.

Één toegang voor jeugdigen voor alle problemen	28 (80%)
Preventie	26 (74%)
Ambulante behandeling op velerlei gebieden	26 (74%)
Aansluiting met gemeentelijke beleid wat betreft jeugdigen	22 (63%)
Registratie en rapportage van problemen van de jeugd	20 (57%)
Diagnostiek	19 (54%)
Doorverwijzing naar niet-toegankelijke zorg	19 (54%)
Pleitbezorger voor problemen van jeugdigen waarvoor te weinig aandacht is ("advocacy")	17 (49%)
Opvang en verwijzing ernstige psychiatrische problemen	13 (37%)

Conclusie.

Het Bureau Jeugdzorg is bij de instellingen goed bekend. Door de recente verhuizing weet echter niet iedereen het juiste adres en telefoonnummer. De huisartsen kennen Bureau Jeugdzorg echter onvoldoende. Een recent nummer van Medisch Contact (no.10, 10 maart 2000) dat na de enquête verstuurd is heeft daarin wellicht wijziging gebracht.

Ongeveer de helft van de respondenten is tevreden over Bureau Jeugdzorg, de andere helft niet of minder. Bijna iedereen is echter van mening dat Bureau Jeugdzorg een nuttige en noodzakelijke instelling is. Ook bijna iedereen beseft dat Bureau Jeugdzorg pas kort functioneert en verreweg de meerderheid ziet groei en hoopt op verdere verbetering.

Niet onverwacht is de algemene ontevredenheid over de wachttijden voor screening, ambulante hulp en het lange diagnose traject. De bereikbaarheid, kwaliteit van de geboden hulp en de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en andere instanties worden als sterke punten gezien. Een enkele keer werd opgemerkt dat Bureau Jeugdzorg een teveel naar binnen gerichte organisatie is dat te weinig "onder de mensen" (en bij sommige instellingen) langs komt. De voorpostfunctionarissen worden unaniem geprezen en worden soms bij name gen(r)oemd.

Bij vergelijking van (on)tevredenheid valt op dat meer mensen zich uiten over aspecten en functies waarover zij tevreden zijn: 44% spreekt zich uit over aspecten en functies waar zij ontevreden over zijn, tegenover uit 62% dat zich uitspreekt over aspecten en functies waar zij tevreden over zijn.

Hieronder volgt een samenvatting van de opmerkingen van de respondenten.

Welke taken ziet u voor Bureau Jeugdzorg?

Taken 1

Centraal loket
Problematiekbegeleider
Preventie
Intake jeugdhulpverlening
Sluisfunctie plaatsing
Kind- en gezinsbegeleiding
Coördinatie
Jeugdbescherming
Adviezen
Crisisinterventie
Jeugdhulpverlening
Voorposten

Taken 2

Informatievoorziening
Zorgtoewijzing
Screening
Plaatsing Jeugdhulpverlening
Ambulante jeugdzorg
Geïndiceerde jeugdzorg
Toezicht door jongeren
Indicatie
Pleegzorg

Waarom bent u tevreden over Bureau Jeugdzorg?

Tevreden over voorpost functionaris;
Over inbreng en deskundigheid;
Een luisterend voor alle problemen;
Buurtnetwerken, waarin jeugdzorg deelneemt, via ronde tafel bespreking, via voorpost functionaris.

Waarom bent u ontevreden over Bureau Jeugdzorg?

Te weinig budget;
Te weinig preventie;
Na verwijzing geen antwoord meer;
Herhaling van onderzoek
Langdurige procedures
Lange tijd – rapporten raken “zoek”, of lopen over te veel schijven of blijven liggen
Te weinig terugkoppeling
Te weinig zichtbaar

Vindt u dat kinderen nu minder vaak dan vroeger voor dezelfde klacht steeds opnieuw worden onderzocht? Ja/Neen.

- 2x per week komt een maatschappelijk werkster spreekuur houden in schoolgebouw. Dat werkt prima en zorgt voor snelle hulpverlening
- sterk wisselend; hangt ook nauw samen met indiv. medewerker 't lijkt wel beter te worden.

Over welk aspect(en) van het Bureau Jeugdzorg bent u het minst tevreden? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- ☐ bereikbaarheid BJ
- ☐ feed back: wat u terugkrijgt aan informatie van BJ wat er met de door u doorverwezen kind cq. opvoeders gebeurt
- ☐ de duur van het totale traject
- ☐ de snelheid van de geboden hulp
- ☐ de kwaliteit van de geboden hulp
- ☐ verslaglegging door BJ
- ☐ doorverwijzing
- ☐ samenwerking tussen RIAGG en BJ
- ☐ samenwerking van BJ en andere instanties
- ☐ de definitieve plaatsing van het kind
- ☐ wachtlijsten screening
- ☐ wachtlijst ambulante hulpverlening
- ☐ duur diagnose traject

- ☐ anders, namelijk:
 - Na screening duurt het te lang voordat daadwerkelijke hulp geboden wordt – motivatie scholier en ouders zakt dan dramatisch;
 - Beleid/ uitvoering te weinig slagvaardig;
 - Duurt lang;
 - Ondersteuning thuissituatie laat te wensen over;
 - Via voorposten goede informatie voorziening, buiten hen verder niet;
 - We hebben geprobeerd BJ te betrekken bij ontwikkelingen op stadsdeelniveau. Opeens werden functionarissen enige tijd alleen t.b.v. hulpverlening ingezet;
 - Gebrek aan overleg, te weinig gebruik bestaande expertise;
 - Bereikbaarheid hulpverlening via 'outreach' werk bij moeilijk te bereiken jongeren noodzakelijk;
 - Onvoldoende communicatie met cliënt – niet helder voor cliënt wat er gebeurt. Onvoldoende op de hoogte van sociale kaart. Diagnostiek langdurig;
 - Traject duurt lang. Dringend behoefte aan plaatsers, hoge drempel voor ouders. "We horen niets van ze, nadat we een paar weken geleden er waren. Dan hoeft het niet meer".
 - Onduidelijkheid over aanbod en structuur BJZ.

Welke functie(s) geeft/geven volgens u de meeste problemen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- ☐ aanmelding
- ☐ screening
- ☐ diagnostiek
- ☐ indicatiestelling
- ☐ zorgtoewijzing
- ☐ daadwerkelijke hulp
- ☐ case-management
- ☐ anders, namelijk
 - Indicatiestelling duurt lang, problemen duren voort;
 - Daadwerkelijke hulp: wachtlijst te lang;
 - Case management: overlegsituaties met "leveranciers"; teveel case-load per medewerker;
 - Nog niet één positieve ervaring dus géén genuanceerd antwoord;
 - Het lijkt wel of ergens de pijplijn verstopt zit, een vernauwing in de 'ader';
 - Lange wachtlijsten. Kinderopvang geconfronteerd met kinderen die in hulpverlening thuishoren;
 - Trajecten duren eindeloos;
 - Het ontbreekt aan samenwerking met verwijzers, waardoor ouders hulpverlening kunnen ontwijken;

- Er wordt regelmatig slordig omgegaan met gegevens (dossier kwijt, aanmeldingsgegevens zoek);
- Hulpverlening loopt over veel schijven, regio-overstijgende samenwerking vaak formeel en onduidelijk;
- Gebrek aan financiële middelen;
- Samenwerking overbelasting medewerkers BJ; wachttijd is lang. Case managers geen tijd → weinig afstemming, géén hulpverleningsplan. Screening zorgvuldig doch te lang, mensen haken af;
- Cliënten klagen dat ze hun verhaal zo vaak kwijt moeten aan verschillende mensen: verwijzer, aanmelding, screening, instelling;
- Daadwerkelijke hulp, bijv. Boddaert komt niet op gang vanwege lange wachtlijsten. Bottleneck in beginfase (voorkeurteam) waardoor er geen doorstroming is;
- Nauwelijks overleg over diverse projecten welke hulpvraag, te weinig wederzijds overleg over vraag en aanbod;
- Zeer uitvoerig diagnostiek niet altijd noodzakelijk. Diagnostiek kan tijdens behandeling ook verricht worden, zeker bij jonge kind. Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van het RDT team tbv kortdurende diagnostiek voor het jonge kind;
- Wachten tot daadwerkelijke hulp start nodigt extra inzet uit van BJ voor mensen die moeite hebben met hulpverlening;
- Bereikbaarheid hulpverlener beperkt vaak de slagvaardigheid → kost veel tijd, stagnatie van doorverwijzing door lange wachtlijsten / afbreken van de hulpverlening.

Zijn er andere redenen dat u niet tevreden bent met BJ? Graag zo volledig mogelijk beschrijven

- Contact met medewerkers wel positief, ze doen hun best, maar het is nog niet echt van de grond gekomen;
- Klinkt goed: centrale intake voor alle soorten kindproblemen. Ik heb dus hooggespannen verwachtingen;
- Van verwijzer wordt uitgebreid informatie verwacht, maar verwijzer krijgt géén feedback, te lang traject;
- Veel wisselingen van case managers, weinig doortastend & duidelijk beleid;
- Voorposten veel promotie gemaakt voor BJ, doch te weinig financiële middelen;
- Te weinig communicatie op management nivo, verder redelijk tevreden;
- Te weinig samenwerking. Onvoldoende communicatie over doorverwijzing RET formulier enerzijds uitvoering anderzijds geeft het onvoldoende de samenhang van problematiek weer. Bovendien veel extra werk – is het mogelijk meer aan te sluiten bij de wijze van rapporteren van verwijzende instanties?

Over welk aspect(en) bent u het meest tevreden? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ bereikbaarheid BJ
- ☐ feed back: wat u terugkrijgt aan informatie van BJ wat er met de door u doorverwezen kind cq. ouders/verzorgers gebeurt
- ☐ de duur van het totale traject
- ☐ de snelheid van de geboden hulp
- ☐ de kwaliteit van de geboden hulp
- ☐ verslaglegging door BJ
- ☐ doorverwijzing
- ☐ samenwerking tussen RIAGG en BJ
- ☐ samenwerking van BJ en andere instanties
- ☐ de definitieve plaatsing van het kind
- ☐ anders, namelijk:
 - BJ moet meer naar buiten, meer naar de wijk toe;
Goede telefonische bereikbaarheid medewerkers. Ook bereid over cliënten cq. leerlingen te praten; Wel bestaat het gevoel dat initiatief voor overleg van school moet komen. Er zou meer structurele samenwerking moeten komen tussen BJ en SVO;
 - Beleidsmatige afstemming met andere organisaties. Contacten met voorposten erg positief;
 - Goede heen en weer verwijzing;
 - Bereidheid nieuwe initiatieven aan te gaan;
 - Zorgtoewijzer: prima;
 - Wachtijd bij screening is een probleem. Als ze echt starten, kan een heleboel gedaan worden; Informatie nodig over instanties in jeugdhulpverlening, bijv. AMK/Raad/Voogdij;
 - Goede ervaring met correctie door BJ bij één cliënt;
 - Met Alfred v/d Stam goede samenwerking met regelmatig overleg;
 - Vooral tevreden over snelheid van reageren. Tevreden over voorpostfunctionaris die informatie geeft over jeugdhulpverlening, "een enkele keer een ingebracht kind meeneemt" naar BJ en daarna terugkoppelt. Als het eenmaal stroomt is de hulp goed. Nog te weinig contact met scholen vanuit BJ. Er zou meer samenwerking moeten zijn met SO/VSO maatschappelijk werk.

Welke functies geeft/geven volgens u de minste problemen? Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

- ☐ aanmelding
- ☐ screening
- ☐ diagnostiek
- ☐ indicatiestelling
- ☐ zorgtoewijzing
- ☐ daadwerkelijke hulp
- ☐ case-management
- ☐ anders, namelijk:
 - Soms duurt het lang voordat daadwerkelijk hulp gestart is;
 - Goede case manager, doortastend;
 - Goede ervaring met voorposten functionaris;
 - Tevreden over coördinerende rol bij gezinnen met veel hulpverlening. Ook signalerende rol wordt gewaardeerd + toch in eventuele verwijzing naar Raad voor de Kinderbescherming. Overleg loopt goed;
 - Case management bij zeer problematische gezin en coördinatie verschillende instanties;
 - Voorposten functionarissen zijn een enorme verbetering. Beschikbaarheid van cliëntgegevens bij bureaudienst maakt dat je snel de weg weet. De procedure is aan klanten veel gemakkelijker uit te leggen.

Zijn er andere redenen dat u tevreden bent met BJ? Graag zo volledig mogelijk beschrijven

- Gemak om slechts met één instelling te maken te hebben;
- Zelf diagnose stellen is niet meer nodig, ik ben vooral tevreden over het meer naar de wijken toegaan. Fijn dat er één centrale instelling is voor alle soorten hulpverlening;
- Methodiek BJ uitstekend, doch: geldgebrek;
- Tevreden over BJ? Neen, en dat is zorgelijk. Wij hebben grote zorgpopulatie (SVO-LOM) en slechts in een enkel geval hebben we goede afspraken kunnen maken;
- Uitstekend samenwerking met Rob Klein als coördinator TOJ;
- Goed overleg met voorpost functionaris. Consultatie van voorpost functionaris;
- Samenwerking counselingteam + BJ goed lopende contacten;
- Erg prettige, efficiënte werkwijze;
- Het is belangrijk dat voor jongeren en hun ouders een laagdrempelige instelling is, dat zonder verwijzing te bereiken is, plus dat zo'n instelling landelijke bekendheid geniet, oftewel voldoet aan de 'brede voordeur' waar men voor hulp terecht kan;
- Bereikbaarheid is goed. Functionarissen zijn bereikbaar en kunnen voldoende informatie verstrekken als dat gevraagd wordt. In netwerken is BJR een belangrijke partner.

Vindt u dat BJ een taak heeft op één of meerder van de volgende gebieden.

- ☐ Één toegang voor jeugdigen voor alle problemen
- ☐ Preventie
- ☐ Aansluiting met gemeentelijke beleid wat betreft jeugdigen
- ☐ Diagnostiek
- ☐ Opvang en verwijzing ernstige psychiatrische problemen
- ☐ Doorverwijzing naar niet-toegankelijke zorg
- ☐ Ambulante behandeling op velerlei gebieden
- ☐ Registratie en rapportage van problemen van de jeugd
- ☐ Pleitbezorger voor problemen van jeugdigen waarvoor te weinig aandacht is ("advocacy")
- ☐ Andere, namelijk:
 - Heeft Bureau Jeugdzorg een taak op gebied van preventie? Ja, maar eerst fatsoenlijk aanpakken van probleem en dus géén wachttijd voor diagnostiek van 9 maanden;
 - Vergeet de ouders niet, daar begint de ellende en dús ook de oplossing;
 - Aansluiten bij het maken van beleid;
 - Een open, toegankelijk loket om snel hulp te realiseren op gebieden van jeugdhulpverlening;
 - Er dient aansluiting gezocht te worden met het cliëntvolgsysteem van justitie/politie/Raad van Kinderbescherming. Versnippering van registratie wordt daardoor voorkomen. Privacy moet meer ondergeschikt gemaakt worden aan de werkbaarheid van de diverse partners. Langs elkaar heen werken is doodzonde van de energie;
 - Taken in samenwerking met andere partners in de regio;
 - Nauwe samenwerking met onderwijs speciaal aan 'zorg'-leerlingen;
 - Aub géén dubbel werk. Laat het aan jongeren duidelijk zijn waar ze terecht kunnen;
 - Taken zijn duidelijk. Behoeft aan snellere procedures, duidelijke aanspreekpunten, overleg en samenwerking;
 - Samenwerking met onderwijs. Als eerste de zorg gemakkelijk toegankelijk maken;
 - Consultatiefunctie naar andere hulpverleners, bijvoorbeeld Algemeen Maatschappelijk Werk AMW;
Centrum met coördinatie / kennis van alle hulpverleningsmogelijkheden in de regio. Vraagbaak. Signalering van lacunes in hulp. In BJ zouden alle activiteiten mbt jeugd/jongeren op elkaar afgestemd/gecoördineerd kunnen worden, althans mbt hulpverlening. Is indeling naar leeftijd mogelijk?
 - Toegang, diagnostiek, preventie, verwijzing lijkt op één lijn te liggen. Andere genoemde gebieden liggen ook/vooral bij andere instanties. BJ ook signalerende taak. BJ zou zich moeten specialiseren en niet een brede organisatie worden.

Heeft u nog andere suggesties voor het verbeteren van Bureau Jeugdzorg en/of voor de samenwerking tussen uw instelling en BJ?

- Altijd rapport naar huisarts;
- Gezamenlijke strategiebespreking school - BJ zou goede zaak zijn;
- Afstemmen school - hulpverlening - opvoedingssituatie is belangrijk;
- Verbetering van relatie tussen jeugdreclassering en BJ. Justitie/politie klanten zijn veelal oude bekenden van BJ en zo niet dan wordt het vaak wel tijd om zorg te gaan verlenen aan betreffende jongeren en zijn/haar gezinsleden;
- In het algemeen zeer tevreden over bereikbaarheid en behandeling van consultatieve vragen;
- Direct intake; zelfs open spreekuur à la algemeen maatschappelijk werk en een soort EHBO advies en dan in 2e instantie wachtlijsten, want statistieken tonen aan dat groot % toch therapie etc. niet afmaakt, genoeg hulp aan 2 à 3 adviserende gesprekken;
- Inzet middelen kinderopvang;
- Juridisch overleg. Soms hoge drempel;
- Al vele gesprekken gevoerd. Doch BJR teveel naar binnen gericht. Weinig gericht handelen;
- Zitting in regio-beleidsgroep en in zorgadvies teams op scholen;
- Weinig bekendheid met aanbod;
- Kinderopvang ontvangt niets extras;
- BJ zou meer gebruik moeten maken van hier aanwezige praktische /medische kennis;
- Prima samenwerking. Aanmelding & screening te lang traject. Meer politieke invloed op besluitvorming bij toewijzing financiële middelen ten gunste van BJ met name op niet geïndiceerde zorg is nodig;
- Schoolmaatschappelijk werk uitnodigen op bespreking van door hen verwezen kinderen bespaart onderzoek;
- Nog nauwere samenwerking tussen BJ en JGZ. Vooral voor kinderen op basisonderwijs en VO scholen ZAT;
- 1x per jaar overleg tussen screeningsteam & opnemende instelling over verandering in vraag en aanbod;
- Schoenmaker blijft bij je leest bijvoorbeeld SOVA training maar voor andere doelgroep;
- Beveiligd computersysteem waarop zowel BJ als opnemende instanties zijn aangesloten voor snelle uitwisseling info;
- Werkdrukverlaging voor de medewerkers screening/adviesburo;
- Drempelvrees voor ouders moet lager. Ouders moeten het gevoel hebben begrepen en geholpen te worden;
- Meer aan voorlichting doen om zodoende preventief te kunnen werken;
- Uitbreiding RDT team: capaciteitsvergroting, korte screening uitbreiden met verlengde maar ook nog kortdurende diagnostiek;
- Samenwerking met onderwijs - jonge risico kind. Mogelijkheid creëren tot uitgebreidere 'procesdiagnostiek' bij jonge kinderen. Observatief plaats;

- Samenwerking met integrale vroeghulp: mogelijk in combinatie met RDT team één centrum voor diagnostiek en behandelingsadviezen voor 0-4 (of tot 6) jarigen. Daarmee brug slaan naar geestelijke gehandicaptenzorg.

Bijlage M Interculturalisatie van de Stichting Jeugdzorg. Een plan van aanpak

**Interculturalisatie van de Stichting Jeugdzorg
Een plan van aanpak**

**Voorburg, 29 november 1999
Werkgroep interculturalisatie**

Inhoud

Inleiding	3
1. Interculturalisatie van de Jeugdzorg	4
1.1 Uitgangspunt	4
2. Beleidsgebieden interculturalisatie	6
2.1 Intercultureel personeelsbestand	6
2.2 Werving gericht op allochtone medewerkers	6
2.3 Selectieprocedure	7
2.4 Introductie	7
2.5 Intercultureel personeelsbeleid	7
3. Beleid op verbetering van het imago van de instelling	8
3.1 Beleid rond (methodiek) interculturele hulpverlening	9
4. Flankerend beleid	10
5. Plan van aanpak	11
Bijlage 1	13

Inleiding

Door de directie is aan de werkgroep interculturalisatie de opdracht gegeven om met concrete voorstellen c.q. een plan van aanpak te komen voor het opstarten van het proces van interculturalisatie binnen de Stichting Jeugdzorg. Aanleiding hiervan is de notitie 'Interculturalisatie van de Jeugdzorg' (1998) waarin aandachtspunten zijn geformuleerd om te komen tot interculturalisatie binnen de instelling.

In deze notitie vindt een concretisering van deze aandachtspunten plaats.

Alvorens hierop in te gaan staan we eerst stil bij het begrip interculturalisatie. Wat houdt het in? Vervolgens komen de verschillende terreinen van het interculturalisatieproces aan de orde met daarbij concrete voorstellen voor de organisatie.

In hoofdstuk drie staat de beeldvorming van de allochtone groepen t.a.v. Stichting Jeugdzorg centraal. En de wijze waarop verandering hierin aangebracht kan worden.

Tenslotte wordt een plan van aanpak gepresenteerd.

1. Interculturalisatie van de Jeugdzorg

De Nederlandse samenleving krijgt meer en meer een multicultureel karakter. Een en ander maakt het noodzakelijk dat bedrijven, instellingen en organisaties zich daaraan aanpassen. In dat verband wordt het begrip 'interculturalisatie' steeds vaker gebruikt. Zo ook binnen Stichting Jeugdzorg Zuid-Holland/Noord.

Als werkgroep omschrijven wij interculturalisatie als een proces gericht op de totstandkoming van een geheel van maatregelen op het gebied van personeel, organisatie en werkinhoud waarbij adequaat gebruik wordt gemaakt van de **diversiteit** in de instelling. Met het begrip diversiteit bedoelen wij een gedifferentieerd personeelsbestand op cultureel-, sociaal- en etnisch gebied waarbij op efficiënte wijze gebruik wordt gemaakt van de kwaliteiten van de mensen ongeacht hun afkomst en etniciteit. Adequaat wil in dit verband zeggen: afgestemd op de specifieke behoeften van specifieke doelgroepen. Hulp op maat derhalve. Om dit te realiseren is het belangrijk te kunnen beschikken over een multicultureel personeelsbestand. Dit is tevens een essentiële voorwaarde om de diversiteit tussen personen te kunnen benutten.

Interculturalisatie is voorts een integratieproces, gericht op gelijkwaardige participatie van alle betrokkenen. Dit betekent voor ons niet het inpassen of invoegen in bestaande kaders maar het vinden van een balans tussen door allen gedeelde waarden en normen en meer specifieke normen en waarden van de betrokken groeperingen. Interculturalisatie veronderstelt derhalve tegelijkertijd het debat over gehanteerde en te hanteren normen en waarden van een organisatie.

Interculturalisatie omvat eveneens een organisatorisch vraagstuk. Op diverse niveaus in de organisatie en met betrekking tot diverse thema's dient er aandacht te zijn voor interculturalisatie. Dit vereist overigens eerst een draagvlak binnen de organisatie.

1.1. Uitgangspunt

Diversiteit beschouwen we als een belangrijk concept binnen het interculturalisatieproces. Het waarden van diversiteit zou dan ook als norm ontwikkeld dienen te worden. Daarbij dient het volgende in acht te worden genomen.

1. Wederzijdse aanpassing in plaats van eenzijdige aanpassing

Eenzijdige aanpassing veronderstelt het in een groter geheel inpassen van mensen die in een minderheidspositie verkeren. Mensen uit een culturele minderheidspositie leren de regels van de meerderheid kennen en nemen die over. Acceptatie vindt plaats door aanpassing van stijl, normen en waarden. In plaats van iets nieuws toe te voegen aan de organisatie wordt het perspectief van de minderheid niet op haar waarde erkend.

In plaats van eenzijdige aanpassing dient gekozen te worden voor wederzijdse aanpassing. Het streven dient te zijn om te komen tot een cultuurverandering die recht doet aan de diversiteit onder cliënten en medewerkers. Er is ruimte om kritisch te kijken naar bestaande normen en waarden en structuren.

Het belang van het creëren van gemeenschappelijke doelen blijft overeind. Gemeenschappelijkheid kan immers alleen worden bereikt door erkenning van en respect voor wezenlijke verschillen.

2. Waarden van diversiteit in plaats van tolerantie

Toename van diversiteit kan gezien worden als iets onvermijdelijks en derhalve als iets

dat om tolerantie vraagt. Diversiteit dient vooral opgevat te worden als aangrijpingspunt voor groei, als een bron van innovatie. Diversiteit verdient een actieve stimulans en staat in dienst van het maximaliseren van het positieve effect in termen van samenwerking, wederzijds respect en de kwaliteit van het product.

In het kader van interculturalisatie van de instelling dient derhalve gewerkt te worden aan:

- het kritisch voeren van een personeelsbeleid met vanuit de interculturalisatiegedachte geformuleerde doelen;
- een organisatie waarin de cultuur wordt ingekleurd door alle medewerkers en niet slechts door 'een meerderheid';
- het (leren) waarderen en legitimeren van diversiteit, waarmee wordt gewaarborgd dat mensen hun individuele capaciteiten kunnen gebruiken of ontwikkelen;
- een dienstverlening gericht op een multiculturele cliëntenbestand;
- het creëren van een breed draagvlak in de organisatie voor interculturalisatie;
- het betrekken van leden van etnische groepen bij realisering van een en ander.

Met het voorgaande willen wij aangeven dat het proces van interculturalisatie zich op diverse terreinen afspeelt waarbij het ene terrein niet los gezien kan worden van het andere. Er vindt een onderlinge wisselwerking plaats. In dit opzicht spreken we, indien planmatig en consciëntieus uitgevoerd, van een **zichzelf versterkend** proces. Dat wil zeggen dat positieve resultaten op het ene terrein een positief effect heeft op andere terreinen. Concreet houdt dit in dat als meer allochtone medewerkers binnen de organisatie worden gehaald en ook binnen blijven dit een versterking van het interculturalisatieproces betekent. Zij bezitten immers specifieke vaardigheden, kwaliteiten en soms ook verrassende gezichtspunten die de kwaliteit van het werk ten goede komen.

Momenteel stokt de werving van potentiële allochtone medewerkers. Het binnenhalen van meer allochtone medewerkers heeft ook een positieve uitstraling naar buiten waardoor cliënten zich meer herkennen in de organisatie en het werk van Stichting Jeugdzorg meer bekendheid krijgt. Dit maakt de kans op het binnen halen van potentiële allochtone medewerkers groter.

De uitwerking van bovengenoemde punten vindt in het hiernavolgende plaats.

2. Beleidsgebieden interculturalisatie

2.1 Intercultureel personeelsbestand

Een belangrijke voorwaarde voor het realiseren van een interculturele organisatie is het bestaan van een intercultureel personeelsbestand. De directe interactie tussen autochtone en allochtone collega's vormt een basis voor de wijze waarop met mensen van andere culturen kan worden omgegaan. De collegiale interactie geeft de mogelijkheid om andere culturen te onderzoeken, te experimenteren met eigen gedrag en hierop feedback te krijgen, waar dat in interactie met derden vaak niet mogelijk is.

Een intercultureel personeelsbestand houdt primair in dat verschillende culturen in ruime mate zijn vertegenwoordigd binnen een organisatie. De noodzaak van interculturalisatie komt voor en groot gedeelte voort uit de wens om een betere hulpverlening aan cliënten te kunnen bieden. Daarom zal de vertegenwoordiging van verschillende culturen vooral in die delen van de organisatie waar het primair proces wordt uitgevoerd moeten worden gerealiseerd. Om iedere maatschappelijk werker in staat te stellen op intensieve wijze met collega's te kunnen werken zullen de basisteams intercultureel samengesteld moeten zijn; in ieder basisteam moet tenminste een allochtone medewerker aanwezig zijn. Het personeelsbeleid moet erop gericht zijn dit doel te bereiken. De eerste stap hierbij is om meer allochtone medewerkers aan te stellen binnen de instelling.

Dit dient als volgt plaats te vinden.

2.2 Werving gericht op allochtone medewerkers

In het verleden is gebleken dat binnen de instelling toegepaste reguliere wervingsmethodes (waarbij geen speciale inspanning wordt gedaan ten aanzien van het aantrekken van kandidaten uit allochtone doelgroepen) al snel leidt tot een vrij constant aanbod van allochtone kandidaten. Dit aanbod is echter onvoldoende om de hierboven geformuleerde doelstelling te kunnen behalen. Er zullen daarom extra maatregelen moeten worden getroffen om een voldoende groot aanbod te kunnen creëren.

Deze maatregelen zijn:

1. Wervingsuiting (advertentie) meer expliciet richten op allochtone doelgroep. In de advertentie het beleid rond interculturalisering benoemen. Potentiële allochtone kandidaten persoonlijk aanspreken.
2. Media selecteren voor wervingsuitingen waardoor allochtone doelgroepen gerichter worden benaderd. Bijvoorbeeld specifieke migrantenkranten etc.
3. Gebruik maken van arbeidsbemiddelingsbureau's die gespecialiseerd zijn in het bemiddelen van allochtoon personeel.
4. Het gebruik maken van het netwerk van in dienst zijnde medewerkers van allochtone afkomst.
5. Het zoeken van aansluiting bij allochtone (belangen)organisaties, verenigingen etc.
6. Deelnemen aan regionale projecten voor plaatsing en scholing van langdurig werkloze allochtonen, zoals BIM en PIAM.
7. Informatiebijeenkomsten organiseren op HBO-opleidingen. Ten aanzien hiervan is het wenselijk een zogeheten 'outreaching' beleid te voeren om leerlingen/studenten te informeren en te stimuleren in een (beroeps)keuze voor ons werkveld. Hierin past een actief voorlichtingsbeleid (bijvoorbeeld gastlessen op bovenbouw HAVO en op HBO-opleidingen). Het doel is tweeledig: niet alleen kan gewerkt worden aan
8. Imago verbetering van de jeugdhulpverlening, tevens kunnen allochtone studenten gemotiveerd worden om zich op ons werkveld te oriënteren en te specialiseren.

Het is op dit moment onbekend wat het potentieel is aan allochtone kandidaten binnen de regio waarin de instelling opereert. Het is ook niet bekend in hoeverre dit potentieel al wordt aangesproken door de reguliere wervingsuitingen van de instelling. Door gebruik te maken van kennis van andere instanties (gemeente, arbeidsbureau's, RSJ, etc.) en zelf een goede registratie bij te houden van de effecten van diverse wervingsmethoden kan een beter beeld worden verkregen, zodat de wervingsmethoden zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingezet.

2.3 Selectieprocedure

De selectieprocedure zal zodanig ingericht moeten zijn dat het risico dat een allochtone kandidaat ten onrechte wordt afgewezen op grond van ongeschiktheid voor de functie is geminimaliseerd. Dit vereist een andere instelling van de selectiecommissie, die nu nog vaak op zoek is naar 'de beste' kandidaat. Veel aandacht tijdens de procedure dient uit te gaan naar de formulering van de minimale eisen waar een kandidaat aan moet voldoen en de wijze waarop dit kan worden vastgesteld. Daarnaast moet ook worden onderzocht aan welke functie-eisen eventueel in een later stadium kan worden voldaan, bijvoorbeeld door scholing van de kandidaat.

Een andere instelling van de selectiecommissie zal niet zonder meer ontstaan. Ondersteuning middels een handleiding voor sollicitatiecommissies, opleiding voor voorzitters van sollicitatiecommissies (veelal teamleiders) kan helpen om een andere wijze van selecteren te bewerkstelligen.

2.4 Introductie

Als allochtone medewerkers eenmaal binnen de organisatie zijn gehaald is het belangrijk ze ook binnen te houden. De **introductie** en het **inwerken** van de allochtone medewerker vormen hierbij belangrijke onderdelen. Zo zal rekening gehouden moeten worden met de keuzes die tijdens het selectieproces zijn gemaakt. Eventueel noodzakelijke aanvullende opleidingen dienen zo spoedig mogelijk aangevangen te worden.

Daarnaast verdient het kennismaken met en het aanleren van de werkmethodek(en) bijzondere aandacht. Vooral in de introductiefase is de wijze waarop de nieuwe medewerker aankijkt tegen de bestaande methodek zeer belangrijk. Nog niet besmet met routine en ingeslepen gewoontes kan elke observatie en eventuele kritiek van een nieuwe medewerker gezien worden als een gratis advies. Hier moet dan ook expliciet aandacht aan worden gegeven, bijvoorbeeld in basisteamvergaderingen of intervisiebijeenkomsten. Dit vereist zowel een sfeer waarin uitgenodigd wordt tot het geven van afwijkende meningen alsmede het geven van een structurele plaats aan beschouwingen ten aanzien van methodek.

2.5 Intercultureel personeelsbeleid

Naast de speciale aandacht voor werving, selectie en introductie zal tevens aandacht moeten worden besteed aan alle andere elementen van personeelsbeleid zoals arbeidsvoorwaarden, loopbaanplanning, beoordeling etc.

Deze aandacht zal enerzijds specifiek gericht moeten zijn op het inzetten van deze instrumenten om verloop van allochtoon personeel te voorkomen. Anderzijds zal het gericht inzetten van deze instrumenten voor alle medewerkers een werkomgeving moeten creëren waarin het proces van interculturalisering kan worden ondersteund. Kernbegrippen hierbij zijn: **aandacht voor leren en ontwikkeling en verhoging van de eigen kwaliteit én de kwaliteit van het werk.**

3. Beleid op verbetering van het imago van de instelling

In het voorgaande zijn we vooral ingegaan op zaken die met het extern beleid van de organisatie ten aanzien van interculturalisering te maken heeft. Door het dienstverlenend karakter van Stichting Jeugdzorg is het erg belangrijk ook te weten welk beeld de klanten van de instelling hebben. Dit vormt tevens een basis om een gerichte werving te beginnen onder potentiële allochtone medewerkers.

Belangrijke vragen die de organisatie zich dient te stellen zijn:

- a. Wat is de beeldvorming van de diverse allochtone groepen ten aanzien Stichting Jeugdzorg; met andere woorden welk imago heeft Stichting Jeugdzorg binnen de allochtone gemeenschap?
- b. Op welke wijze kan gewerkt worden aan verbetering van dit imago?

Om deze vragen beantwoord te krijgen zal het contact met allochtone organisaties, verenigingen etc. opgepakt moeten worden. Door middel van hetzij speciaal georganiseerde bijeenkomsten of door aansluiting te zoeken bij speciale activiteiten kan een antwoord verkregen worden op deze vragen. Het benaderen en betrekken van sleutelfiguren binnen deze groeperingen is ook van belang om achter de beeldvorming van deze groepen over Stichting Jeugdzorg te komen.

De huidige ontwikkelingen rondom de bureaus jeugdzorg maakt het eveneens noodzakelijk de mensen te informeren over de werkwijze van Stichting Jeugdzorg. Op dit punt zal de instelling het nodige moeten investeren.

Naast bovengenoemde ontwikkelingen dient intern ook de nodige inspanning geleverd te worden om processen parallel te laten verlopen. Zo zullen binnen alle geledingen in de organisatie vertrouwd gemaakt moeten worden met het interculturalisatieproces. Een heterogene groep bestaande uit; de directie, het middenkader, het administratief kader, de uitvoerende werkers en de ondernemingsraad. Het uiteindelijk doel zal moeten zijn dat interculturalisatie als een vanzelfsprekendheid binnen de organisatie beschouwd wordt.

Alvorens dit echter gebeurd dient, zoals eerder is aangegeven, intern een draagvlak te zijn om met het interculturalisatieproces verder te gaan.

Om een breed draagvlak te creëren is het in de praktijk van essentieel belang gebleken dat de directie zich voor honderd procent achter de doelstellingen van het interculturalisatieproces schaart. De directie dient zich ook uit te spreken over beschikbare of beschikbaar te stellen (financiële) middelen om dit proces aan te gaan.

Het voorstel in dezen is om de directie, middenkader en stafmedewerkers een cursus aan te bieden met als doel beter geïnformeerd te worden over de diverse aspecten van interculturalisatie. Tijdens deze cursus komen houdingsaspecten en de relevantie van interculturalisatie aan de orde.

Middelen voor het creëren van een breed draagvlak zijn onder meer informatie verstrekken via de diverse communicatiekanalen, waarover de organisatie beschikt. Te denken valt aan; Per Expres, Inzicht, Orakel etc.

Zoals reeds aangegeven dienen wij binnen de organisatie een debat aan te gaan over gedeelde waarden en normen en meer specifieke normen en waarden van de betrokken groeperingen.

De wijze waarop dit debat kan worden aangegaan is:

- Instellen van een werkgroep, bestaande uit medewerkers (allochtone en autochtone), een teamleider en een stafmedewerker, die dit debat voorbereidt.
- In de basisteams bespreken van dit onderwerp.
- Het aanstellen van iemand van buiten of het vrijstellen van iemand uit de organisatie, teneinde de voorstellen in deze notitie uit te voeren. Zo iemand dient een voortrekkersrol

te vervullen en het proces van interculturalisatie in de gaten te houden.

3.1. Beleid rond (methodiek) interculturele hulpverlening

Scholing van uitvoerend personeel in interculturele hulpverlening. Behalve feitenkennis over diverse culturen en de positie van allochtone groepen, gaat het met name ook om vaardigheden in interculturele communicatie en de bereidheid de eigen beroepshouding te onderzoeken. Een proces derhalve van bewustwording van de eigen waarden en normen en openstaan voor andere visies.

Scholing is hier in een breder perspectief geplaatst dan alleen het volgen van gerichte cursussen. Hier wordt veeleer bedoeld op een permanent debat, dat gevoerd wordt op alle niveaus van de instelling.

Voor wat de hulpverlening betreft zal aandacht moeten zijn voor het scholen in methodieken die aansluiten bij het verlenen van hulp aan de diverse allochtone groepen.

Het beoordelen en herijken van traditioneel gebruikelijke, maar ook kortelings nog geïntroduceerde methodieken op hun relevantie voor toepassing op nieuwe doelgroepen is noodzakelijk. Hierin kan het stafbureau, in samenspraak met een deskundige organisatie, een rol toebedeeld krijgen.

4. Flankerend beleid

Voorwaarden

In de voorwaardenscheppende sfeer wordt training van staf en management noodzaak als men verandering in de organisatiecultuur en -structuur wil brengen (te denken valt aan vergaderstijlen, overlegvormen, intakeprocedures, methodieken, intervisie etc.

Voorts met betrekking tot de randvoorwaarden:

- ontwikkeling loopbaanbegeleiding
- structureel scholingsbeleid
- ontwikkeling selectie-instrumenten
- voorkomen verloop personeel

Deskundigheidsbevordering

Doelen van deskundigheidsbevordering in het kader van interculturalisatie:

- aanbrengen van kennis over de culturele context van collega's en cliënten;
- verwerven van inzicht in de rol van etniciteit in de samenleving
- ontwikkeling van gezamenlijk gedachtengoed inzake professioneel gedrag in de context van de multi-etnische samenleving.

Implementatie

Het eerder genoemde noodzakelijk bevonden debat over waarden en normen dient aan de basis te worden gevoerd. Het centraal startpunt voor het debat moet nog een vorm vinden, maar dient niet alleen een gelijktijdigheid, maar ook een zekere mate van eenduidigheid over te hanteren begrippen en onderwerpen te creëren. Het op kleinschalig niveau- op het niveau van de (basis)teams- voeren van een debat met de focus op een concreet resultaat voor de dagelijkse uitvoering van de werkzaamheden wordt als meest succesvol ingeschat.

Het gaat kortom om het creëren van een draagvlak voor interculturalisatie binnen de instelling.

Gedragscode

Zie code met betrekking tot bejegening en handelingsprotocol

Werkplannen per sector

De sector-directeur is verantwoordelijk voor het opnemen van een paragraaf over interculturalisatie in zijn/haar beleidsplan. Een en ander dient periodiek in het directieoverleg te worden besproken en gerapporteerd naar het middenkader en uitvoerende medewerkers.

5. Plan van aanpak

Fase 1: Commitment van de directie

De directie begint met het uitspreken van een commitment ten aanzien van interculturalisatie. Dit houdt concreet in dat zij zich tot het uiterste zullen inspannen om meer allochtonen in dienst te nemen en interculturalisatie binnen de instelling als een van de speerpunten nu prioriteit geven. Deze voornemens worden eensluidend en duidelijk binnen de organisatie bekend gemaakt. Verder is helder welke (financiële) middelen ter beschikking zijn om dit proces op te starten.

Het openlijk uitspreken van de directie over het interculturalisatieproces is belangrijk omdat de praktijk heeft uitgewezen dat de (onvoorwaardelijke) steun van de directie hierin van cruciaal belang is.

Het openlijk uitspreken kan via de interne communicatiekanalen geschieden te weten: management overleg, Per Expres, Inzicht, etc.

Fase 2: Verbetering imago Jeugdzorg en werving allochtonen

Deze fase is gericht op het leggen van contact met belangrijke sleutelfiguren uit de diverse migranten groeperingen. Via deze mensen in het belangrijk het volgende na te gaan:

- de beeldvorming van de migranten ten aanzien van de jeugdhulpverlening;
- de wijze waarop de beeldvorming verbeterd kan worden;
- de wijze waarop kan worden aangesloten bij de ideeën die heersen binnen de diverse groeperingen omtrent de jeugdhulpverlening.
- de wijze waarop potentiële allochtone medewerkers benaderd kunnen worden.

In de praktijk is gebleken dat de meeste resultaten geboekt worden wanneer belangrijke sleutelinformanten betrokken worden bij dit proces. Het begint ook door deze mensen uitvoerig te informeren over de verschillende werksoorten binnen de jeugdhulpverlening. Belangrijk hierbij is ook de ontwikkelingen op het gebied van de bureaus jeugdzorg mee te nemen.

Daarnaast worden de HBO-opleidingen benaderd om voorlichtingsbijeenkomsten op de scholen te geven, gericht op het informeren en stimuleren van studenten in een (beroeps)keuze voor ons werkveld.

Om dit allemaal uit te kunnen voeren wordt iemand voor een periode van een jaar voor twaalf uur aangesteld. Dit kan iemand van binnen- of buiten de organisatie zijn. Deze tijd is nodig omdat het heel intensief werk is. Vooral de beginfase, het leggen van contacten, vereist vrij veel tijd.

Fase 3: Interne veranderingen

In deze fase vinden interne ontwikkelingen plaats op het gebied van:

- het creëren van een draagvlak onder alle geledingen; directie, middenkader, uitvoerende werkers, administratief kader, ondernemingsraad.
- opstarten van een debat over gedeelde normen en waarden en meer specifieke waarden en normen van de diverse groeperingen;
- de selectieprocedure van potentiële kandidaten
- de introductie van medewerkers
- scholing/deskundigheidsbevordering omtrent interculturalisatie voor alle geledingen
- methodische vernieuwingen introduceren en/of herijken van traditioneel gebruikelijke

methoden.

Om dit uit te voeren wordt eveneens iemand hiervoor aangesteld. Dit gebeurt voor de periode van een jaar voor twaalf uur. Ook hier betreft het iemand van binnen- of buiten de organisatie. De aan te stellen medewerker dient eerst een cursus omtrent het opstarten van het interculturalisatieproces binnen de organisatie te volgen, alvorens aan de slag te gaan. Dit kan o.a. via de VOG gebeuren.

Tenslotte

Voordat het project van start gaat dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden over de ondersteuning van de aangestelde medewerkers.

Het traject moet helder zijn en ook de beschikbare middelen.

Bijlage 1

De werkgroep interculturalisatie bestond uit de volgende personen;

Henna Josias (stafmedewerker)

Erik Smid (Hoofd Personeel & Organisatie)

Karel Kanits (Teamleider)

El Houssine Mouttahid (Maatschappelijk werker)

Lia Veenman (Teamleider)

Project waarden en normen

Uitgangspunten binnen de hulpverlening: waarden en normen

“Binnen de organisatie worden randvoorwaarden geschapen waarin een debat kan plaatsvinden over de normen en waarden die men in de hulpverlening hanteert. De randvoorwaarden betreffen zowel de vorm als de inhoud. Onderdeel hiervan is de uitwerking van de pedagogische visie, en het organiseren van een (continue) debat over normen en waarden in de (basis)teams.”

In oktober 1998 is er binnen de Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid Holland Noord een beleidsnota verschenen waarin speerpunten werden geformuleerd met betrekking tot het strategisch beleid van de organisatie. Het bovengenoemde zesde speerpunt heeft betrekking op normen en waarden.

In het project ‘waarden en normen’ willen we ons bezig gaan houden met het stimuleren van een instellingsbrede discussie over waarden en normen. Het is daarbij belangrijk dat we in het beginstadium van het project begripsverwarring proberen te voorkomen door heel duidelijk te definiëren wat wij onder waarden en normen willen verstaan. De begrippen ‘waarden’ en ‘normen’ worden in veel verschillende betekenissen gebruikt, en soms beschouwt men de beide begrippen als synoniem, terwijl er ook soms een duidelijk verschil wordt gemaakt tussen enerzijds de normen en anderzijds de waarden.

Binnen dit project willen we waarden en normen zien als onderscheiden begrippen. Waarden kunnen we zien als materiële of immateriële zaken die belangrijk zijn voor een persoon. Hierbij gaat het niet alleen om verheven waarden als goedheid, liefde, waarheid etc., maar ook om meer alledaagse of platvloerse zaken als geld, lekker eten, verliefd zijn. Bij normen gaat het om de regels die we hanteren om de bijbehorende waarden tot hun recht te laten komen.

Jeugdzorg is een sector waarbinnen vragen rondom waarden en normen een doorslaggevende rol spelen. Kinderen en jongeren zijn vaak bezig met vragen rondom waarden en de bijpassende (?) normen. Wat vinden je ouders belangrijk en wat vind jij belangrijk? Wat vind je goede regels, en wat vind je verkeerde regels in jouw opvoeding? Niet alle kinderen stellen deze vragen heel expliciet aan de orde, maar impliciet spelen deze vragen vaak een grote rol in het leven van kinderen en jongeren. Dit dwingt ook hun ouders ertoe om na te denken over hun normen en over de vraag of het nog wel van waarde is wat er achter de regel steekt. Opvoeden heeft veel te maken met het overdragen van waarden en normen aan een volgende generatie. Ouders maken bewust of onbewust keuzes in wat zij over willen dragen aan hun kinderen en wat niet. De vraagstukken rondom waarden en normen komen steeds terug in de opvoedingsrelatie tussen ouders en kinderen, en daarom komen deze vraagstukken ook steeds weer terug in de jeugdzorg.

In onze samenleving maken migranten een groot deel uit van de bevolking. Een groot deel van de cliëntenpopulatie van de jeugdzorg wordt ook gevormd door cliënten die afkomstig zijn uit een andere cultuur. Voor migranten is het onontkoombaar zich met vragen rondom waarden en normen bezig te houden. De waarden en normen van de oorspronkelijke cultuur kunnen aanmerkelijk verschillen van de waarden en normen van de dominante Nederlandse

cultuur. De confrontatie tussen twee culturen kan ingrijpend zijn voor alle migranten, maar zeker ook voor ouders en kinderen. De hulpverlener zal zich bij het werken met gezinnen met een andere culturele achtergrond extra bewust moeten zijn van het belang van het expliciteren van deze vragen rondom waarden en normen.

De hulpverlener krijgt dus vaak te maken met ouders en kinderen die vragen hebben rondom hun waarden en normen. Dit zet de hulpverlener er ook toe aan zichzelf af te vragen wat de eigen waarden en normen zijn. Wat vind ik als hulpverlener van waarde in mijn persoonlijke leven? Wat houd ik voor aan cliënten?

De vragen rondom de waarden en normen die worden gehanteerd komen wel heel nadrukkelijk aan de orde wanneer er binnen de Jeugdbescherming ingrijpende beslissingen moeten worden genomen, bijvoorbeeld over de wenselijkheid van een uithuisplaatsing wanneer cliënten zich ertegen verzetten. Welke waarden en normen hanteert een gezinsvoogd dan, en wat geeft de gezinsvoogd het recht om zijn of haar eigen waarden en normen te stellen boven die van een cliëntensysteem? De gezinsvoogd krijgt dan te maken met ingrijpende vragen rondom de legitimatie van het eigen handelen.

Een praktische discussie over een abstract onderwerp

Een van de eerste knelpunten bij het ontwikkelen van beleid naar aanleiding van dit speerpunt is, dat het onderwerp 'waarden en normen' voor veel mensen een vrij abstract onderwerp is. Toch gaat het bij dit speerpunt om het geven van leiding aan een (continue) debat over normen en waarden binnen de basisteams. Om dit te kunnen realiseren is het noodzakelijk om botsende waarden en normen binnen de hulpverlening heel concreet en praktisch te maken. De thematiek moet voor medewerkers uit diverse werkvelden herkenbaar zijn.

Verder krijgen we in de hulpverlening vaak te maken met allerlei problemen, en daardoor is de neiging aanwezig om snel de problematische kant van een thema of vraagstuk te zien. We willen ons in dit project niet alleen gaan bezighouden met de problemen rondom waardenvraagstukken, maar juist met de interessante en leuke kanten van het bezig zijn met verschillen in opvattingen en achtergronden van onszelf en anderen. Bezig zijn met waarden en normen is vooral leuk! Het project moet zo mogelijk een bepaald enthousiasme overdragen!

Doelen van het project Waarden en Normen

- 1 Leren kennen en respecteren van normen en waarden van cliënten
- 2 Bewustzijn van de grenzen aan de zelfbeschikking van cliënten, normen vanuit de maatschappij, of normen vanuit Stichting Jeugdzorg
- 3 Bewustzijn van de individuele waarden en normen van de medewerker
- 4 Expliciteren van de pedagogische visie van Stichting Jeugdzorg op basis van de missie

Interne communicatie over het project

Gedurende het gehele project zal door middel van berichten in de Per Expresse en artikelen in de Inzicht gecommuniceerd worden over de opzet en de voortgang van het project. Vooral bij

de start van het project is het belangrijk iedereen te bereiken met informatie over de manier waarop het project is opgezet, en om een zo groot mogelijke groep te enthousiasmeren.

We zullen bij de start van het project in ieder geval een bericht in de Per Expresse plaatsen. Verder kunnen we denken aan een interview met bijvoorbeeld een van de sprekers die we uitnodigen voor een lezing, of een achtergrondartikel in de Inzicht.

De teamleiders zullen gedurende het hele project op de hoogte gehouden worden van alle activiteiten die worden georganiseerd, zodat zij de informatie kunnen doorgeven aan hun teams. Verder zullen van de te organiseren activiteiten ook pamfletten en posters gemaakt worden, die worden opgehangen op de diverse locaties of worden verspreid via de postvakjes. Op deze manier hopen wij alle medewerkers te bereiken met informatie over het project.

Het zou leuk kunnen zijn om tijdens het project een 'Waarde van de Week' te introduceren. Iedere medewerker kan een waarde van de week verzinnen, en die met een toelichting waarom dit voor hem of haar een belangrijke waarde is opsturen aan een 'commissie'. De commissie kiest de meest mooiste, leukste, interessantste Waarde van de Week, en de inzender krijgt een klein prijsje. De Waarde van de Week komt op iedere locatie te hangen op een vaste plaats. Op deze ludieke manier kan het project onder de aandacht van iedereen blijven.

Projectonderdeel 1: een aantal gelijktijdige startbijeenkomsten

Het project start met een aantal gelijktijdige bijeenkomsten waarin we het doel en de opzet van het project uitleggen aan de medewerkers. De definitie van 'waarden en normen' zal hierbij nadrukkelijk aan de orde komen. Daarnaast willen we in deze bijeenkomsten de medewerkers na laten denken over het belang van het onderwerp 'waarden en normen'. De startbijeenkomst zal hopelijk de medewerkers kunnen enthousiasmeren.

Er kunnen ongeveer vier bijeenkomsten worden gepland, bijvoorbeeld op vier locaties, of twee bijeenkomsten voor Jeugdbescherming en Jeugdreclassering, een voor Pleegzorg en een voor het Adviesbureau. Het programma in de vier bijeenkomsten zal ongeveer gelijk kunnen zijn. We zouden twee sprekers uit kunnen nodigen: Leo Folgering, die de vraag aan de orde stelt wat waarden en normen nu eigenlijk zijn, en hoe ze een rol spelen in het werken binnen Jeugdzorg, en Indra Boedjarath, voormalig hoofd van de afdeling Transculturele hulpverlening van de RIAGG in Rotterdam, die een boeiend verhaal kan houden over de invloed van de eigen persoonlijke achtergrond en eventuele stereotype rolopvattingen op de manier waarop wij anderen waarnemen en beoordelen. Beide sprekers hebben ervaring in het werken met praktische oefeningen, die gericht zijn op bewustwording van eigen normen en waarden. Per themabijeenkomst kunnen we ons richten op ongeveer 30 deelnemers. Bij voorkeur dienen alle teamleiders aan een van de bijeenkomsten deel te nemen, daarnaast zou het mooi zijn als er in ieder geval vanuit elk basisteam een afgevaardigde zou kunnen zijn. De 'afgevaardigden' vanuit de basisteams en de teamleiders kunnen tijdens het project de rol van 'interne sleutelfiguren' vervullen (zie projectonderdeel 3). De teamleiders moeten goed op de hoogte te zijn van de opzet van het project, waardoor zij als direct leidinggevende een belangrijke rol kunnen vervullen in het motiveren van medewerkers. De afgevaardigden van de basisteams zullen door hun aanwezigheid op de startbijeenkomst hopelijk in staat zijn een stimulerende rol te spelen in het op gang komen van gesprekken rondom waarden en normen in hun basisteams.

Projectonderdeel 2: Lezingen, gesprekken, excursies etc. rondom waarden en normen van cliënten met een allochtone achtergrond

Medewerkers krijgen in praktijksituaties vaak te maken met normen en waarden van cliënten met een andere culturele achtergrond. Deze cliënten zijn zelf soms heel bewust bezig met vragen rondom de waarden en normen van de Nederlandse samenleving en waarden en normen vanuit hun oorspronkelijke cultuur. Soms leiden verschillen in opvattingen en in taalgebruik tussen de allochtone cliënt en de hulpverlener ook tot botsingen en misverstanden. In deze situaties wordt het onderwerp 'waarden en normen' opeens heel actueel en concreet. De medewerker wordt door de confrontatie met een andere moraal geconfronteerd met de eigen moraal.

Bij de vormgeving van de discussie over waarden en normen van allochtone cliënten lijkt het zinvol om ongeveer 5 **lezingen/workshops** te organiseren. De lezingen kunnen gehouden worden door een deskundige uit een bepaalde allochtone bevolkingsgroep, bijvoorbeeld een lezing over Antilliaanse cultuur, Surinaams/Hindostaanse cultuur, Turkse cultuur, Marokkaanse cultuur. In de lezingen moet expliciet aandacht worden besteed aan de rol van religie/levensbeschouwing binnen de desbetreffende cultuur. Eventueel kunnen hierover ook afzonderlijke lezingen worden georganiseerd, bijvoorbeeld een lezing door een imam over

(stromingen binnen de) islam. Verder dient er in de lezingen veel aandacht te worden besteed aan moraal en waarden en normen ten aanzien van het gezin en de opvoeding.

Direct op de lezing volgt een **geleide discussie**. Naar aanleiding van praktijksituaties vanuit de desbetreffende culturele achtergrond wordt doorgepraat over ethische en etnische kwesties in de hulpverlening. Daarbij komt hopelijk ook bewustwording op gang ten aanzien van de waarden en normen die voor de medewerker zelf belangrijk zijn.

Aan de sprekers die de lezingen houden zal gevraagd worden hun verhaal op papier te zetten, zodat wij bij de afsluiting van het project 'waarden en normen' een **informatieve bundel** hebben over waarden en normen vanuit verschillende culturele en levensbeschouwelijke achtergronden. Een dergelijk naslagwerk kan van groot praktisch nut zijn voor de medewerkers.

De lezingen kunnen instellingsbreed worden georganiseerd, en ze hebben geen 'verplicht' karakter. Iedereen die is geïnteresseerd kan zich inschrijven.

Naast de lezingen kunnen ook andere activiteiten worden georganiseerd binnen dit projectonderdeel. We kunnen bijvoorbeeld een excursie organiseren naar een tempel of naar een moskee. Ook kunnen we door middel van bijvoorbeeld een fototentoonstelling, het gezamenlijk bekijken van een videoband, het bezoeken van een cabaretvoorstelling aandacht besteden aan waarden en normen van allochtone cliënten.

Projectonderdeel 3 – Basisteamdiscussie rondom waarden en normen

In de basisteams kan aandacht besteed worden aan het onderwerp 'waarden en normen' door de basisteams aan de slag te laten gaan met een aantal concrete opdrachten of vragen. De leiding over de discussie zou kunnen liggen bij het basisteamlid dat de eerste bijeenkomst rondom waarden en normen heeft bijgewoond (deze persoon geven we de rol van 'sleutelfiguur', degene die binnen het basisteam de discussie op gang brengt en leidt). Het basisteam is een kleine en relatief veilige groep, waarin het praten over waarden en normen laagdrempelig kan zijn, en waarin ook goed met praktische opdrachten en eventueel met rollenspelen gewerkt kan worden. Eventueel kan er per werksoort een iets ander accent gelegd worden, waarbij de casussen, opdrachten en rollenspelen voor de Pleegzorg een ander karakter hebben dan die voor bijvoorbeeld de Jeugdbescherming.

Dit projectonderdeel moet nog verder worden uitgewerkt. Er zal nog nagedacht moeten worden over de opzet van de discussie in de basisteams, en ook over de noodzakelijke terugkoppeling van deze discussie naar een 'centraal aanspreekpunt'.

Projectonderdeel 4: lezingen over methoden om om te gaan met botsende waarden en normen in de opvoeding

Dit projectonderdeel volgt op het voorgaande 'cultuurspecifieke' projectonderdeel. We kunnen sprekers uitnodigen die een lezing houden over opvoeding als een proces van overdracht van waarden en normen, en over de botsingen die er op dit gebied kunnen zijn tussen ouders en kinderen of tussen ouders onderling. De lezingen kunnen net zoals de lezingen in het vorige projectonderdeel gevolgd worden door geleide discussie.

De concrete onderwerpen voor de lezingen kunnen nog in een later stadium van het project worden vastgesteld. Binnen dit projectonderdeel zou bijvoorbeeld een lezing kunnen vallen over contextuele hulpverlening en het begrip 'meerzijdige partijdigheid'. Het bewust hanteren van een dergelijke methodiek van meerzijdige partijdigheid kan met name heel zinvol zijn bij botsende waarden en normen tussen ouders onderling of tussen ouder en kind. Ook kunnen we een lezing/workshop organiseren over bijvoorbeeld de methoden voor de omgang met onvrijwillige cliënten van Ronald Rooney. Deze methoden geven een jeugdbeschermer een 'ethische basis' voor de omgang met onvrijwillige cliënten.

De lezingen binnen dit projectonderdeel worden georganiseerd per werksoort, omdat de accenten voor wat betreft de positie van de hulpverlener en de te hanteren methodieken per werksoort toch verschillend zijn. Als een lezing voor een bepaalde werksoort wordt georganiseerd, kunnen we alle medewerkers binnen die werksoort een persoonlijke uitnodiging sturen, terwijl we medewerkers van andere werksoorten uitnodigen via een algemene aankondiging in de Per Expresse of via bijvoorbeeld posters die op de afdelingen worden opgehangen.

Projectonderdeel 5 Nota 'waarden en normen'

De nota 'waarden en normen' zal een overzicht moeten geven van de manier waarop we het project 'waarden en normen' hebben vormgegeven. Leo Folgering en Indra Boedjarath zouden hun lezingen, zoals zij die gehouden hebben op de startbijeenkomsten voor het project, om kunnen zetten in een artikel voor deze nota. Verder kunnen we in deze nota een impressie geven van de manier waarop er door middel van opdrachten, casussen en rollenspelen gewerkt is in de basisteams. De nota kan ingaan op praktische vragen rondom het omgaan met waarden en normen, bijvoorbeeld op de manier waarop een jeugdhulpverlener gevoelige onderwerpen rondom waarden en normen bespreekbaar kan maken bij cliënten. Verder kan worden ingegaan op de grenzen van de tolerantie en de verdraagzaamheid. De nota zal op deze manier een aanzet kunnen geven tot de ontwikkeling van een pedagogische visie, die in een later stadium van het project daadwerkelijk gestalte zal krijgen.

Projectonderdeel 6 - Themadag

De themadag over waarden en normen wordt instellingsbreed georganiseerd, en vormt een 'mijlpaal' in het project. We verwachten voor deze themadag alle medewerkers van Jeugdzorg. De themadag heeft een informatief karakter. De nota 'waarden en normen' zal worden gepresenteerd, en er zullen ook lezingen en workshops zijn over het thema. Maar daarnaast moet er op de themadag ook veel te lachen zijn. Omdat dit onderwerp zich zo leent voor een ludieke aanpak kunnen we een of meer cabaretiers uitnodigen. Een maaltijd en een feest 's avonds zouden ook in het kader van het thema 'waarden en normen' een cultuurspecifiek thema kunnen hebben.

Projectonderdeel 7 – Pedagogische visie

Een belangrijk onderdeel bij de ontwikkeling van het speerpunt 'waarden en normen' wordt gevormd door het formuleren van een pedagogische visie. Enerzijds is het van groot belang de

waarden en normen vanuit Stichting Jeugdzorg te expliciteren. Anderzijds moeten we voorkomen dat we 'dubbel werk doen': er is de laatste tijd zowel binnen de Stichting Jeugdzorg als daarbuiten al enorm veel werk verzet in het beschrijven van de rol en de functie van de gezinsvoogd, de positionering van de maatschappelijk werker als hulpverlener ten opzichte van de cliënt en het al dan niet cliënt- of vraaggericht werken. De medewerkers dreigen overspoeld te worden door meerdere projecten en initiatieven op het gebied van visieontwikkeling, en hoewel dit allemaal bijzonder zinvol is moeten we voorkomen dat de medewerkers straks door de bomen het bos niet meer zien. Daarom moet het onderdeel 'pedagogische visie' beknopt worden gehouden, en moet er een afstemming plaatsvinden met de andere nota's en projecten op het gebied van de visieontwikkeling.

Een extra voordeel van het beknopt houden van de pedagogische visie is, dat een korte en kernachtige visie veel krachtiger werkt dan een lange nota rondom dit onderwerp. Tenslotte is het de bedoeling dat het een visie wordt die leeft in de hoofden van de mensen in plaats van alleen maar op papier.

We kunnen een aanpak formuleren waarbij we het onderdeel 'pedagogische visie' opdelen in verschillende 'lagen'. De eerste laag wordt gevormd door een 'mission statement': de formulering van de missie van de Stichting Jeugdzorg in een kernachtige zin. Uit 'marketingoogpunt' zou zo'n kernachtige samenvatting van onze missie zowel intern als extern een belangrijke rol kunnen vervullen. Voorbeelden zijn Albert Heyn ("letten op de kleintjes"), of de NS ("we gaan ervoor").

Een tweede laag kan worden gevormd door een kernachtig geformuleerde missie, bijvoorbeeld de missie zoals die al eerder is geformuleerd in de speerpuntennota uit oktober 1998. Deze missie is niet voldoende geïmplementeerd binnen de organisatie, er zou veel meer aandacht aan besteed kunnen worden, bijvoorbeeld door onze missie op te hangen in de keukens, op de werkkamers en in de wachtkamers binnen onze instelling. De missie moet overal terugkomen, en op den duur moet iedere medewerker weten wat onze missie inhoudt. Ook 'klanten' moeten ons aan kunnen spreken op onze missie.

De derde laag kan worden gevormd door een nota die ingaat op de pedagogische visie. De pedagogische visie vormt een uitwerking van de missie van de organisatie. De nota met betrekking tot de pedagogische visie zal ingaan op de visie die binnen onze instelling wordt gehanteerd ten aanzien van de ontwikkeling van het kind, de benadering van het gezin etc. Er zal daarbij een keus moeten worden gemaakt uit vele interessante benaderingen met betrekking tot de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen, de manier waarop opvoeding vormgegeven dient te worden en de rol die de medewerker van jeugdzorg kan hebben in de gezinnen en ten opzichte van de cliënten. Per werksoort zal er ook specifiek ingegaan moeten worden op de rol en de functie van de hulpverlener. De positionering van de medewerker van de Pleegzorg verschilt aanmerkelijk van de positionering van de gezinsvoogd, en de legitimering van de professionele rol van de gezinsvoogd.

Op basis van de missie en de pedagogische visie dienen de doelen voor de organisatie te worden geformuleerd. Op deze manier geven we de missie en de pedagogische visie 'handen en voeten' binnen de organisatie.

Voor het schrijven van de pedagogische visie kan de staf worden ingeschakeld. De gedragswetenschappers van de staf zijn het meest deskundig op dit gebied, en zij zijn door

hun contact met de basisteams ook goed in staat een visie te formuleren die voldoende draagvlak heeft binnen de organisatie.

Concrete eindproducten

Uiteindelijk zal er als eindresultaat van het project 'waarden en normen' dus sprake zijn van drie concrete eindproducten:

- 1 Een informatiebundel over cultuur en levensbeschouwing van verschillende allochtone bevolkingsgroepen
- 2 Een algemene nota 'waarden en normen binnen de Stichting Jeugdzorg Den Haag/Zuid Holland Noord'
- 3 Een pedagogische visie

Tijdsplanning

- Artikelen en mededelingen in Per Expresse en Inzicht gedurende het hele project
- Waarde van de Week gedurende het hele project
- Projectonderdeel 1 januari 2000
- Projectonderdeel 2 februari tot en met juni 2000
- Projectonderdeel 3 mei en juni 2000
- Projectonderdeel 4 juli, augustus, september 2000
- Projectonderdeel 5 augustus, september, oktober 2000
- Projectonderdeel 6 november 2000
- Projectonderdeel 7 december 2000, januari tot en met maart 2001
- Implementatie projectonderdeel 7 en afsluiting project maart en april 2001

Personele inzet

Sharita Rambhadjan, gezinsvoogd in Voorburg, zou vanuit haar kennis en ervaring op het gebied van allochtonenbeleid met name betrokken kunnen zijn bij projectonderdeel 2, en eventueel ook bij projectonderdeel 3. Verder is Leo Folgering gedurende het gehele project bereid om een adviserende rol op zich te nemen. Tijdens mijn zwangerschapsverlof (februari tot en met mei 2000) zullen er afspraken moeten worden gemaakt over de uitvoering van de coördinerende werkzaamheden met betrekking tot het project.

Anita van de Linde
3 december 1999

