

## Rapport 18

### **Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium**

Onderzoeker: Tim Stroobants

Promotor: Johan Vanderfaellie

Copromotor: Chantal Van Audenhove

## **Samenvatting**

Vanaf 1 januari 2014 zal de intersectorale toegangspoort onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De toegangspoort moet er garant voor staan dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulp kan worden ingezet op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat ze prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. De toegangspoort moet ook de flexibele inzetbaarheid en combineerbaarheid van modules mogelijk maken vanuit een vraaggericht perspectief. Om het indicatiestellingsteam te ondersteunen in deze opdracht is er nood aan een instrument dat helpt bij een zo uniform mogelijke zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling van de benodigde hulp.

De centrale doelstelling van dit onderzoek is voorstellen te formuleren inzake een instrument (of instrumentarium) om in het kader van indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgintensiteit/zorgzwaarte te bepalen. Het instrument dient minstens toegepast te kunnen worden in de praktijk van alle betrokken sectoren.

Het onderzoek startte met een beperkte literatuurstudie naar de definiëring van verschillende begrippen (diagnostisch proces, diagnostiek, diagnose, indicatiestelling, zorgintensiteit/zorgzwaarte). Tevens is per begrip nagegaan hoe het zich verhoudt t.o.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ. Globaal gezien is het proces zoals het nu is uitgetekend (aanmelder die diagnostiek of vraagverheldering aanlevert → indicatiestelling op basis van diagnostiek of vraagverheldering → toewijzing van hulp) in overeenstemming met de processen zoals deze worden uitgetekend in de literatuur over systematische en rationeel-wetenschappelijke diagnostiek. Indicatiestelling en zorgtoewijzing worden er opgevat als een schakel tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. Het is een fase van reflectie waarin wordt getracht om de problematiek te linken aan hulpverlening. Indicatiestelling heeft twee functies. Deze functies hangen samen met het perspectief van waaruit (top-down of bottom-up) indicatiestelling wordt bekeken. In het eerste geval fungeert indicatiestelling als een beheersinstrument met als doel schaarse middelen rechtvaardig te verdelen. Vanuit het tweede perspectief

is indicatiestelling een middel om zorg op maat voor cliënten te realiseren. Het is duidelijk dat de toegangspoort beide functies als opdracht heeft. Een onafhankelijk team binnen de toegangspoort kan op deze manier bijdragen aan een betere toewijzing van hulp. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren, moet rekening worden gehouden met enkele aandachtspunten. Vooral de aansluiting bij de motivatie van de cliënt en het contact tussen cliënt en het indicatiestellingsteam noodzaken aandacht. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.

Uit het literatuuronderzoek bleek ook dat twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte te onderscheiden zijn. Enerzijds kan een dimensie gericht op tijdelijke zorg die resulteert in een nieuwe autonome balans (cure) worden herkend. Anderzijds kan een dimensie worden onderscheiden die betrekking heeft op (semi-)permanente zorg met als doel de bevordering van een zo adequaat mogelijk functioneren (care). Beide dimensies worden al dan niet samen teruggevonden in de zorgintensiteit/zorgzwaarteinstrumenten. Instrumenten focussen minimaal op één van bovenstaande dimensies (zie later).

Er is onderzocht welke instrumenten bestaan voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte, welke geschikt zijn voor gebruik in de toegangspoort en wat de kwaliteit is van deze instrumenten. Elektronische databases zijn doorzocht naar potentiële instrumenten (sneeuwbalmethode). De gevonden instrumenten zijn beschreven en geanalyseerd. Vervolgens zijn deze instrumenten in twee fasen geëvalueerd voor gebruik in de intersectorale toegangspoort NRTJ. In de eerste fase zijn de instrumenten beoordeeld op enkele cruciale domeinen (gebruiksdoel, uitkomstvariabele, ...) waaraan een instrument minstens moet voldoen. In een tweede fase zijn de 'geslaagde' instrumenten geëvalueerd op een aantal bijkomende criteria (betrouwbaarheid, validiteit, ...).

Deze evaluatie leidde tot volgende conclusies:

De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies (ondersteuning en behandeling) van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij nul- tot en met vijfjarigen.

De ECSII heeft als sterktes: het is gericht op beide zorgdimensies, het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (service intensity levels) bevat meerdere parameters, het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk en de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort. Daarnaast kan een aantal aandachtspunten worden geformuleerd bij de ECSII.

De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes- tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op de behandeling van gedrags- en emotionele problemen.

De IZIKA heeft een aantal sterktes. Het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (zeven zorgniveaus) wordt gekarakteriseerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen en geeft een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteed aan de hulpverlening, het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk, de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort en het instrument is reeds vertaald naar het Nederlands. Ook bij de IZIKA kunnen enkele aandachtspunten worden geformuleerd.

Er bestaat een belangrijke lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling van de ondersteunende zorgdimensie bij zes- tot achttienjarigen.

De ICAP komt hiervoor het meest in aanmerking. Het eist echter uitgebreid contact tussen cliënt en indicatiesteller wat als een cruciale beperking wordt beschouwd binnen het proces van de intersectorale toegangspoort.

De ICAP heeft enkele sterktes. Het instrument schaaft diagnostische gegevens in (probleemdomeinen en adaptieve vaardigheden), de uitkomstvariabele (servicescore) positioneert met kwantitatieve normen de cliënt t.o.v. de algemene bevolking, het is bedoeld voor gebruik bij drie maand oude kinderen tot en met achttienjarigen (en ouder), de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort, en de validiteit en de betrouwbaarheid lijken voldoende gekend. Opnieuw zijn er enkele aandachtspunten.

Ten slotte behandelden we enkele onderzoeksvragen over het gebruik van een zorgintensiteit/zorgzwaarteinstrument in de toegangspoort en de toekomstige werking van deze poort. Deze onderzoeksvragen betreffen vragen naar de huidige wijze waarop zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bepaald enerzijds en vragen naar de opvattingen en verwachtingen van de Vlaamse jeugdzorgsectoren omtrent de toekomstige werkwijze in de intersectorale toegangspoort NRTJ anderzijds.

Voor acht van de veertien organisaties is het idee van de toegangspoort acceptabel, al worden heel wat bedenkingen geformuleerd. Bij twee organisaties heerst verdeeldheid over de werkbaarheid van de uitgetekende procedures. Een minderheid van de organisaties (vier) en de gebruikers hebben fundamentele bezwaren.

Meerdere argumenten voor en tegen de toegangspoort zijn aangehaald. Vermelde argumenten voor zijn: tijdsbesparing, professionalisering en neutraliteit. Aangehaalde tegenargumenten zijn: verbod van het proces, statische opzet, onvoldoende participatief of vraaggericht, niet responsabiliserend, gebrek aan contact tussen cliënt, aanmelder en indicatiesteller, gebrek aan legitimiteit van het indicatiestellingsteam bij inhoudelijk betwisting van indicatievoorstellen, grote verschillen tussen de sectoren, de voorzieningen zijn onvoldoende klaar, en zal leiden tot een flessenhals.

Op grond van de bevindingen en de conclusies worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. *Contact cliënt – indicatiestellingsteam:* Er vindt best een gezamenlijke afweging plaats tussen wat volgens de indicatiesteller noodzakelijk is en wat ouders en jeugdigen willen. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren is contact tussen het indicatiestellingsteam en cliënt aangewezen. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.
2. *Overleg aanmelder – indicatiestellingsteam:* Wanneer een indicatiestellingsteam afwijkt van een indicatievoorstel wordt overleg met de aanmelder aanbevolen. Uit de intersectorale focusgroepen blijkt dat de meesten instemmen met de mogelijkheid van inhoudelijke uitspraken door het indicatiestellingsteam maar enkel wanneer dit resulteert uit en/of aanleiding geeft tot overleg. Belangrijk is dan wel dat de cliënt opnieuw wordt betrokken bij dit bijgestuurde indicatiestellingsproces.
3. *Instrumenten inzake zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling:* We raden drie instrumenten aan (mits enkele aandachtspunten) voor gebruik binnen de

intersectorale toegangspoort NRTJ. De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte (ondersteunende en behandelende zorg) bij nul tot en met vijfjarigen. De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Daarnaast wordt de ICAP aanbevolen als instrument dat het meest in aanmerking komt om de aanwezige lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling bij de ondersteunende dimensie bij zes tot achttienjarigen op te vullen. De ICAP kan niet worden ingevuld zonder contact tussen cliënt en indicatiesteller wat als een cruciale beperking wordt beschouwd binnen de intersectorale toegangspoort. Ten slotte moet worden opgemerkt dat de ECSII en ICAP uitsluitend in het Engels beschikbaar zijn.

4. *Randvoorwaarden van de instrumenten:* Er wordt bij voorkeur voldaan aan de randvoorwaarden van de instrumenten. De ECSII, IZIKA en ICAP bevatten een handleiding en formulieren die moeten worden ingevuld. Hiervoor moeten financiële middelen ter beschikking worden gesteld. We bevelen tevens aan om opleiding en training te voorzien alvorens gebruik te maken van de instrumenten. Ten slotte moet voldoende tijd worden voorzien voor de afname van de instrumenten.
5. *Communicatie met werkveld:* Uit de intersectorale focusgroepen kwam naar voren dat de procedures die voor de intersectorale toegangspoort NRTJ zijn uitgetekend weinig gekend zijn in het werkveld. Daarom raden wij aan om een positieve communicatie omtrent de werking van de toegangspoort op te starten met het werkveld.
6. *Evaluatie van de toegangspoort vanuit het gebruikersperspectief:* De gebruikers zijn van mening dat ze bij de ontwikkeling van de toegangspoort te weinig zijn gehoord. Het is alvast aangewezen dat kort na de start (1 jaar) van de toegangspoort een evaluatie wordt gehouden vanuit het gebruikersperspectief.