



INDICATIESTELLING: OMSTREDEN TOEGANG TOT ZORG

Jelle van der Meer

RAAD VOOR MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING

Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg

Jelle van der Meer

Den Haag, juni 2010

De RMO is de adviesraad van de regering en het parlement op het terrein van participatie van burgers en stabiliteit van de samenleving. De RMO werkt aan nieuwe concepten voor de aanpak van sociale vraagstukken. De Raad bestaat uit negen onafhankelijke kroonleden: de heer mr. S. Harchaoui (voorzitter), mevrouw prof. dr. J. van Doorne-Huiskes, de heer prof. dr. P.H.A. Frissen, mevrouw drs. J.G. Manshanden MPA, de heer prof. dr. L.C.P.M. Meijs, mevrouw prof. dr. M.R.J.R.S. van San, mevrouw prof. dr. E.M. Sent en de heer prof. dr. M. de Winter.

De heer dr. R. Janssens is algemeen secretaris van de Raad.

Er is momenteel een vacature voor een raadslid.



Parnassusplein 5
Postbus 16139
2500 BC Den Haag
Tel. 070 340 52 94
Fax 070 340 54 46
rmo@adviesorgaan-rmo.nl
www.adviesorgaan-rmo.nl
Auteursrecht voorbehouden
Foto omslag Fotolia

© Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Den Haag, 2010

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RMO.

Voorwoord

De onafhankelijke indicatiestelling staat onder druk. De parlementaire werkgroep 'Toekomstverkenningen jeugdzorg' beval onlangs aan om de professional zelf weer te laten bepalen welke zorg een kind nodig heeft, zonder tussenkomst van een onafhankelijk indicatie. Binnen de AWBZ staat het CIZ al langer onder druk, onder meer vanwege de bureaucratie. Gemeenten zijn ondertussen druk bezig om hun beleid te 'kantelen': mensen ertoe bewegen om niet direct naar een geïndiceerde (individuele) voorziening te grijpen, maar eerst na te gaan wat ze zelf in hun omgeving aan hun problemen kunnen doen.

De kritiek op de indicatiestelling 'hangt dus boven de markt' en heeft ook de RMO bereikt. Tijdens een bijeenkomst van het ambtenarencafé Reuring eind 2009, georganiseerd naar aanleiding van het RMO advies *De ontkokering voorbij*, was er bij de aanwezigen vrij algemene overeenstemming dat de onafhankelijke indicatiestelling een belangrijke hindernis vormde om de problemen in de jeugdzorg aan te pakken. 'Kunnen jullie daar niet een advies over schrijven?', luidde de noodkreet.

We zijn met dit verzoek aan de slag gegaan, hebben met een aantal mensen gesproken en hebben onderzoeksjournalist Jelle van der Meer gevraagd het fenomeen van de onafhankelijke indicatiestelling nader te onderzoeken. Met welke reden is het destijds in het leven geroepen? Hoe heeft het, op de verschillende terreinen van AWBZ, jeugdzorg en speciaal onderwijs, vorm gekregen? Wat zijn de positieve en negatieve effecten geweest? En hoe zijn die te verklaren? Zijn er ook alternatieve methoden te bedenken om zorg aan een vraag toe te delen dan op basis van een formele indicatie?

Het onderzoek heeft in bepaald opzicht een verrassend resultaat opgeleverd. De verwachting was eigenlijk, mede gelet op de steeds luidere kritische geluiden rond de indicatie, dat we deze kritische lijn alleen maar hoefden te beargumenteren en te preciseren. En het is waar: veel negatieve effecten van de indicatiestelling zijn door het uitgezette onderzoek aan het licht gekomen: de objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling zoals die sinds midden

jaren negentig heeft vorm, gekregen, kan leiden tot een 'te zwaar aanbod' van voorzieningen en misschien wel tot 'claimgedrag'. Indicaties zijn gericht op voorzieningen die van te voren zijn bepaald en gerubriceerd, terwijl deze gerubriceerde voorzieningen niet altijd hoeven te passen bij de specifieke situatie van de cliënt. De vraag wat de omgeving van een hulpvrager kan betekenen komt via de indicatiestelling niet altijd voldoende in beeld. En inderdaad: de indicatiestelling levert veel bureaucratisch papierwerk op en is vanwege de extra instantie tussen hulpverlener en cliënt tamelijk star en inflexibel. De indicatie gaat immers uit van één moment, terwijl hulpvragen, mede in relatie tot een hulpverlener, voortdurend kunnen veranderen.

Maar om nu te concluderen dat de onafhankelijke indicatiestelling volledig heeft gefaald en liever vandaag dan morgen kan worden afgeschaft, gaat volgens het onderzoek veel te ver. Ten behoeve van een 'eerlijke' en efficiënte toedeling van zorg bij schaarse middelen is een vorm van onafhankelijke indicatiestelling misschien wel onmisbaar. De vraag is alleen hoe dat het beste kan gebeuren. Daar komt volgens het onderzoek bij dat veel van wat de afgelopen jaren is misgegaan (budgetoverschrijdingen, wachtlijsten, grove incidenten) al gauw in verband wordt gebracht met de onafhankelijke indicatiestelling, terwijl dat verband in de praktijk zeker niet eenduidig is. De indicatiestelling heeft inderdaad de toenemende zorgconsumptie niet weten te keren, maar dat is iets anders dan dat het daarvan ook de oorzaak is. De groei was er immers daarvoor ook al, en kan ook te maken hebben met algemene trends als toenemende medische kennis en groeiende welvaart.

Wat ook uit het onderzoek naar voren komt is dat de onafhankelijke indicatiestelling door de cliënten zeker niet altijd negatief wordt beoordeeld. Cliënten en cliëntenorganisaties zijn volgens tevredenheidsonderzoeken positief over onder meer de professionalisering van de diagnose en over een toenemende uniformiteit, transparantie en rechtsgelijkheid. Ze voelen zich minder 'overgeleverd' aan de willekeur van de zorgaanbieders en ervaren, zeker in vergelijking met de tijd vóór de indicatiestelling, een vorm van emancipatie. Veel kan weliswaar in hun ogen worden verbeterd (onder meer op terrein van bureaucratie en gebrek aan differentiatie van het indicatieadvies), maar echt geluiden om het af te schaffen zijn niet te horen. Het onderzoek maakt tevens duidelijk dat de discussie rondom de

onafhankelijke indicatiestelling te maken heeft met (tijdgebonden) ideologische modes. In de jaren negentig was het devies om van aanbodgestuurde zorgverlening naar vraaggestuurde zorgverlening te gaan. Niet het aanbod van de ggz-instellingen, kruisverenigingen, speciale scholen en jeugdhulpinstellingen moest leidend zijn, maar de vraag van de cliënt. De onafhankelijke indicatiestelling moest voorkomen dat het aanbod bepalend was voor de vraag in plaats van andersom. In de jaren nul dringt het besef door dat deze verandering als keerzijde papierwerk en inflexibiliteit heeft, en luidt het devies weer om de autonomie van professionals te vergroten. Nu kan die versterking van de professionele autonomie alleszins legitiem zijn (en ook in lijn met eerdere adviezen van de RMO), maar ook hier is alertheid op negatieve keerzijdes geboden, zowel ten aanzien van de kwaliteit van zorg (eigen belangen van professionals, gebrekkige samenwerking) als ten aanzien van de kwantiteit ervan (professionals die onnodig veel uitschrijven). Wat in elk geval voorkomen moet worden is het kind met het badwater weg te gooien en na mogelijke afschaffing van de onafhankelijke indicatiestelling de toegangbeslissing tot zorg weer volledig in handen te leggen van de zorgaanbieders. Dat zou de oorspronkelijke motivatie achter de onafhankelijke indicatiestelling volledig negeren.

De onafhankelijke indicatiestelling is jong en in ontwikkeling. Die ontwikkeling gaat mede vanwege diverse kritische punten door, en dat is terecht. Maar, zoals het onderzoek helder aangeeft: dé indicatiestelling bestaat niet. Er zijn enorme verschillen in sectoren (AWBZ, jeugdzorg en speciaal onderwijs) en ook binnen deze domeinen zijn in de loop van de tijd weer allerlei varianten ontstaan. Aanpassing aan de onafhankelijke indicatiestelling zal recht moeten doen aan deze verschillen, als ook tegemoet moeten komen aan de oorspronkelijke bedoelingen achter de indicatiestelling. De Raad zet met het onderzoek de verschillende varianten van mogelijke aanpassingen op een rij, variërend van indicatiestelling door professionals en zorginstellingen op basis van objectieve landelijke criteria tot het zogenaamde huisartsenmodel met eerstelijns professionals die zelf behandelen dan wel doorverwijzen. De Raad maakt hierin op dit moment geen keuze, iets wat gelet op de verschillen per sector ook niet mogelijk zou zijn.

Wat hij met de publicatie vooral wil stimuleren is een (historisch) besef van valkuilen en kansen in de inmiddels breed gestarte discussie rondom de onafhankelijke indicatiestelling, ofwel de discussie over de verdeling van zorg bij schaarste van middelen. Dat is bescheiden, maar niet minder wezenlijk.

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the left.

mr Sadik Harchaoui
voorzitter

A handwritten signature in black ink, featuring a stylized 'R' and 'J' followed by a long horizontal stroke extending to the right.

dr. Rienk Janssens
algemeen secretaris

Inhoudsopgave

1. Inleiding	9
2. De AWBZ	13
3. De jeugdzorg	21
4. Het speciaal onderwijs	27
5. Het fenomeen indicatiestelling	37
Geïnterviewden	52
Literatuurlijst	53
Afkortingenlijst	57
Overzicht van uitgebrachte publicaties	59

1 Inleiding

Volgens het Van Dale woordenboek is de eerste betekenis van *indicatie* een ‘aanwijzing’. In het dagelijkse spraakgebruik wordt *indicatie* vooral gebruikt als synoniem voor ‘schatting’. De betekenis die het woord in de beleidswereld heeft is ongeveer een combinatie daarvan: een beoordeling en een toewijzing. De indicatiestelling is een tweeklapper: het is de vaststelling van een gebrek of (hulp)behoefte én legitimeert de verstrekking van een (hulp)aanbod. De indicatiestelling is een ‘Sesam open u’ tot vele publieke voorzieningen; van uitkeringen en subsidies tot speciaal onderwijs en zorg.

Eind jaren tachtig, begin jaren negentig komt de toegang tot de overheidsvoorzieningen – en daarmee het fenomeen van de indicatiestelling – ter discussie te staan. Misbruik van de WAO en gulle zorgaanbieders zijn de aanleiding. Inzet van de discussie is wie de indicatiestelling doet en de controleerbaarheid van de handeling. Tot dat moment is het gebruikelijk dat de hulpverlener, zorgaanbieder dan wel uitkeringverstrekker de indicatie stelt op basis van een professionele inschatting en praktische overwegingen. Voor de aanvrager en alle andere buitenstaanders, ook de overheid als financier, is de beslisafweging een zwarte doos.

In 1994 komt de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) met een advies waarin het begrip ‘indicatiestelling’ opnieuw inhoud wordt gegeven. De Raad zet de hulpvraag van de cliënt centraal en stelt vervolgens drie eisen aan de beoordeling daarvan: die moet objectief, onafhankelijk en integraal zijn. ‘Objectief’ houdt in dat de indicatiestelling volgens een uniforme procedure loopt, aan de hand van vastgelegde, eenduidige criteria, zodat ze toetsbaar en controleerbaar wordt. ‘Onafhankelijk’ betekent dat de indicatiestelling gedaan moet worden vrij van belangen van zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars én van subjectieve belangen van de hulpvrager. ‘Integraal’ ten slotte veronderstelt dat er rekening wordt gehouden met de context van de hulpvraag en de omgevingsfactoren (NRV 1994).

De NRV introduceert daarmee een definitie die ook buiten de gezondheidszorg de standaard zal worden. Het kabinet Paars I neemt de formule datzelfde jaar al over in zijn beleidsplannen en spreekt over een onafhankelijke indicatiestelling die objectief en integraal moet zijn. Het betekent een fundamentele ommekeer. De machtspositie van de instellingen en professionals wordt aan banden gelegd.

De prikkel hiertoe komt van twee kanten. Aan de ene kant van de overheid die meer grip wil krijgen op de toegang tot dienstverlening vanwege kostenbeheersing en verdeling van schaarste, en die daarom de autonomie van de voorzieningenverstrekkers wil inperken. Daarvoor is brede politieke steun. Aan de andere kant is er sprake van emancipatie van cliënten. Zij stellen aan de orde dat er zonder hen, over hen wordt beslist.

Vanaf 1994 is de indicatiestelling in opbouw. De indicatiestelling wordt weggehaald bij de verstrekkers, in handen gelegd van meer of minder onafhankelijke instellingen en wordt regionaal of centraal aangestuurd. Overheden komen met wetten, maatregelen en richtlijnen. Deskundigen werken aan uniforme procedures, protocollen, criteria. Indicatiestelling wordt een vak, en daaromheen ontstaat een industrie. Elke sector zoekt naar de juiste invulling en vormgeving. De onafhankelijke indicatiestelling wordt een nieuwe beslis- en verdelingslaag tussen aanvrager en verstrekker en leidt onvermijdelijk tot verlenging van de aanvraag en voor meer papierwerk. Deze bureaucratie gaat, vooral in de zorg, steeds meer irritatie oproepen. Bovendien is er, dankzij of ondanks de onafhankelijke indicatiestelling, sprake van een snel oplopende vraag naar voorzieningen. Gevolg is dat de kritiek op het fenomeen van de indicatiestelling toeneemt, vooral van zorgverleners en politiek. Inmiddels is er beweging zichtbaar in de omgekeerde richting: van centralisatie naar decentralisatie van de onafhankelijke indicatiestelling, terug ook naar de professionals, of zelfs een afschaffing ervan.

Hoe moeten we die beweging beoordelen? Vijftien jaar geleden waren er argumenten voor aanpassingen van de toegang en was er brede steun voor een onafhankelijke indicatiestelling.

Wat is er veranderd? Is hier sprake van een terug naar af, of is dat schijn? Dit onderzoek probeert de volgende vragen te beantwoorden: *Waarom werd de onafhankelijke indicatiestelling ingevoerd? Welke vormen kreeg ze? Tot welk succes en tot welke nieuwe problemen leidde dat? En wat is de reden om de onafhankelijke indicatiestelling weer te willen afschaffen?*

Om die vragen te beantwoorden dalen we eerst af naar de praktijk van een aantal sectoren waar die onafhankelijke indicatie is ingevoerd en weer ter discussie is gekomen. Vervolgens stijgen we daar weer bovenuit om meer algemene conclusies te trekken. Gekozen is voor drie min of meer vergelijkbare sectoren in de hoek van de zorg, waar de discussie het hoogst oploopt. De indicatiestelling voor verstrekkingen of uitkering (zoals de WSW of Wajong), met een geheel eigen karakteristiek, blijft hier buiten beeld. De drie sectoren die hier achtereenvolgens tegen het licht gehouden worden zijn de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de jeugdzorg en het speciaal onderwijs. De bevindingen in die sectoren vormen de basis om in de afsluitende paragraaf conclusies op hoofdlijnen te trekken.

Ideologische context

De indicatiestelling is een manier om schaarse publieke voorzieningen te verdelen; daarom is het een ideologisch geladen thema. Ze is onderdeel van het algehele politieke debat over inrichting en functioneren van de overheid.

Bestuurskundige Mirko Noordegraaf karakteriseert dit debat en de wendingen daarin als volgt: de jaren tachtig staan in het teken van *economisering* (bedrijfsgeorganiseerde overheid), de jaren negentig in het teken van *gereguleerde individualisering* (vraagsturing) en de jaren nul van *vermaatschappelijking* (herontdekking samenleving). Meer specifiek voor de zorg geldt dat het denken in de jaren negentig gekenmerkt wordt door rationalisering, categorisering en een gevoeligheid voor afhankelijkheid en een afwijzing van ongelijkheid, terwijl in de jaren nul een herwaardering groeit voor de relatie en van de subjectiviteit.

Deze karakteriseringen zijn gemakkelijk te herkennen in de gebruikte sleutelwoorden in zowel AWBZ, jeugdzorg als speciaal onderwijs.

Dit zijn:

- *jaren negentig*: vraagsturing in plaats van aanbodsturing, keuzevrijheid, transparantie, objectivering, centralisatie, wantrouwen en inperken macht zorgaanbieder/professional, emancipatie en versterken positie klant/cliënt; (geïndividualiseerd) recht op zorg;
- *jaren nul*: kritiek op de bureaucratie, herwaardering professional, vertrouwen, decentralisatie, twijfel over vraagsturing, kanteekeningen bij recht op zorg.

De geschiedenis van de opkomst, de aanpassing en het verloop van de onafhankelijke indicatiestelling in drie zorgsectoren moet daarom gelezen worden in het licht van dit lopende, politieke debat over de overheid en de zorg (zie ook Van Montfoort 2004).

2 De AWBZ

De toelating tot verpleeg- en bejaardenhuizen, thuiszorg en lichtgehandicaptenzorg is begin jaren negentig flink versnipperd. Ze ligt in handen van zorginstellingen, professionals (wijkverpleging) of gemeentelijke commissies. In het hulpaanbod zit weinig verband. De besluiten zijn voor patiënten lastig te doorgronden en toe- of afwijzing op de ene plek heeft geen betekenis op de andere plek. Voor de overheid is het moeilijk inzicht te verkrijgen in omvang en karakter van aanbod en vraag, en daardoor ontbreekt grip op de zorgconsumptie. De AWBZ-zorg is onderdeel van een al langer lopende discussie over de betaalbaarheid van de zorg. Commissies onder leiding van grootheden als Dekker en Dunning spreken over 'keuzes in de zorg'. Aanbod en vraag stijgen als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen en vergrijzing. Steen des aanstoots is de organisatie van de zorg, met name de aanbodsturing die ondoelmatigheid in de hand werkt en onvoldoende keuzevrijheid laat voor de verzekerde. De zorgaanbieders verwijzen vooral naar zichzelf, zo constateert de ambtelijke Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking (TK 1994/1995).

Ook de afnemers van de zorg rammelen aan de poort. Vanaf de jaren tachtig wordt de beweging van gehandicapten en later ook ouderen en chronisch zieken sterker. Zij willen niet langer als onmondig behandeld worden en stellen eisen aan de zorg. Ze willen niet gezien worden als zieken, maar als individuen met een ziekte; geen patiënten, maar cliënten. Ze verlangen zorg op maat, en willen dat niet het aanbod maar de vraag voorop komt te staan. De cliëntenbeweging krijgt hiervoor politieke steun, mede omdat haar doelen samenvallen met die van de overheid: ombuiging richting vraagsturing en daarvoor het terugdringen van de machtspositie van professionals en hulpinstellingen.

Reorganisatie

In 1996 komt Paars I met een reorganisatie van de toegang tot de AWBZ, als onderdeel van een kostenbeheersingsoperatie (TK 1995/1996).

De indicatiestelling moet onafhankelijk, objectief en integraal worden. Daarmee bouwen de bewindslieden voort op een advies van de NRV van 1994 en op de bevindingen van de commissie-Welschen, die in datzelfde jaar één loket adviseert voor de AWBZ. Vanaf 1997 komt de indicatiestelling in handen van 85 Regionale Indicatie Organen (RIO's) onder verantwoordelijkheid van gemeenten, met betrokkenheid van verzekeraars, huisartsen, zorgaanbieders en cliënten. Eerst alleen voor ouderenzorg en thuiszorg, in de jaren daarna uitgebreid naar gehandicapenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

De expliciete verwachting van het ministerie is dat een integrale indicatie een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg zal stimuleren. De wens van cliënten om langer thuis te blijven wonen en zorg op maat te krijgen, valt samen met de wens van het Rijk om kosten te besparen. De verschuiving van zorgconsumptie vindt inderdaad plaats. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) merkt echter al in 1997 op dat de wensen van cliënten en het Rijk tegenstrijdig kunnen zijn, omdat zorg aan huis soms duurder is. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) erkent in een brief aan de Tweede Kamer dat doelen kunnen botsen en dat prioriteit gesteld moet worden: staat de keuzevrijheid van de cliënt voorop of de doelmatigheid? Het antwoord is klip en klaar: zolang er sprake is van beperkte collectieve middelen moet doelmatigheid in de afweging van alternatieven de doorslag geven (TK 1996/1997). De onafhankelijke indicatiestelling is dus in laatste instantie een instrument voor efficiënte schaarsteverdeling.

In dezelfde brief wijst de staatssecretaris de Tweede Kamer ook op de keerzijde van de onafhankelijke indicatiestelling. Juist de loskoppeling van zorgtoewijzing en zorgverlening – ten behoeve van een efficiënte verdeling – kan ook leiden tot langdurige, bureaucratische en daardoor inefficiënte procedures.

Met de vernieuwing van de toegang is in ieder geval op papier de positie van de cliënt versterkt: de hulpbehoefte staat centraal, het oordeel van de indicatiestelling is onafhankelijk en objectief en er is beroep mogelijk. Onderdeel van de operatie is de introductie van het persoonsgebonden budget (pgb), waarmee de keuzevrijheid van de cliënt wordt vergroot. Ten slotte, en niet het onbelangrijkste, geeft de onafhankelijke indicatiestelling de cliënt een recht op zorg in

handen. Dit staat niet in de wet, maar is het gevolg van een uitspraak in een rechtszaak, in 2000 aangespannen door een AWBZ-cliënt die na een indicatiestelling van de verzekeraar toch geen hulpaanbod vergoed krijgt. De rechter oordeelt dat een positieve indicatie leidt tot een individueel op te eisen claim op zorg. De zorgverzekeraar mag niet zeggen 'het geld is op'. Als dat het geval is, moet hij meer geld vragen van de overheid.

Kritiek

Van het begin af aan is er veel kritiek op de 85 RIO's. Ze zijn in hun oordeel niet onafhankelijk, mede doordat oude indicatiestellers meeverhuisd zijn. Ook de uniformiteit laat te wensen over (NIVEL 2007). Dat blijft zo na het opstellen van verplichte protocollen. De wachttijden worden langer, mede als gevolg van het groeiend aantal indicatieaanvragen: vanaf 1998 een groei van 12 tot 14 procent per jaar. Een mogelijke verklaring daarvoor: betere vindbaarheid (één loket), substitutie (ook met *cure*) en herindicaties. Een evaluatie in 2001 door de Universiteit Utrecht toont tevreden cliënten, maar ontevreden hulpverleners en zorgaanbieders vanwege bureaucratische rompslomp en onvoldoende kwaliteit van de indicatie (Schrijvers en Jedeloo 2007).

De bedoeling is dat met de indicatiestelling de wachtlijsten opgelost worden. De onafhankelijke indicatiestelling geeft inzicht in de vraag en maakt afstemming van het aanbod daarop mogelijk. Toch ontstaan er wachtlijsten in de thuiszorg, als gevolg van de (gewenste) substitutie van intramurale zorg naar extramuraal, en in de gehandicaptenzorg. Daarmee begint ook de politieke steun voor de onafhankelijke indicatiestelling te eroderen. In 2001 noemt een Eerste Kamerlid in een commissievergadering de onafhankelijke indicatiestelling 'een bureaucratisch systeem dat voor de prijs van tientallen miljoenen euro's vooral wachtlijsten veroorzaakt' (EK 2001).

De problemen worden toegeschreven aan de rol van de gemeenten en het gebrek aan sturingsmogelijkheden door het Rijk. In 2004 kiest de minister van VWS voor centralisatie. De RIO's worden omgebouwd naar een landelijk aangestuurd Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De uniformiteit wordt vergroot door bindende richtlijnen en proto-

collen en er wordt ingezet op vereenvoudiging door verdergaande standaardisering. De start is in 2005.

Tevredenheid

Vlak daarna treedt de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Het huishoudelijke deel van de thuiszorg wordt hierin ondergebracht. De Wmo wordt uitgevoerd door de gemeenten, die daarvoor een vast budget krijgen van het Rijk. Aangespoord door deze budgettering besluiten gemeenten tot herindicatie voor de huishoudelijke zorg. Dan blijkt dat er discussie mogelijk is over de objectieve indicatiecriteria. Het CIZ nam de ruimte om de huishoudelijke zorg ook een toezichtstaak te geven, waarmee een extra kwalificatie van de thuiszorger werd vereist. De gemeenten denken daar, uit zuinigheidsoverwegingen, anders over.

Een evaluatie van de indicatiestelling voor de AWBZ in 2006 laat zien dat cliënten en cliëntenorganisaties tevreden zijn (Schrijvers en Jedeloo 2007). 90 procent kan zich vinden in het indicatiebesluit en het daarin opgenomen zorgaanbod. Bij de zorgaanbieders is de waardering in vergelijking met de evaluatie van 2001 gestegen: de procedure is sneller, uniformer en objectiever. Het merendeel van de zorgaanbieders noemt de indicaties passend. Wel pleiten ze voor verdere vereenvoudiging en mandatering. De vereenvoudiging komt er, onder andere door digitalisering van de aanvraag. En de mandatering komt er ook: als proef krijgen zorgaanbieders en zorgverleners de ruimte zelf de indicering te doen, op basis van Standaard Indicatie Protocollen (SIP's), waarbij het CIZ achteraf steekproefsgewijs toetst. Dit is voor de kortdurende, enkelvoudige zorg.

Een evaluatie in 2007 sluit aan bij die van een jaar eerder: alle betrokkenen zijn positief (NIVEL 2007). De knelpunten voor cliënten zijn de bureaucratie en de afhandelingstijd. De indicatiestellers vinden dat verbetering mogelijk is in integraliteit en zien gebreken in de uniformiteit, door de mogelijkheid van 'gemotiveerd afwijken'. Zorgaanbieders en -verleners betreuren de bureaucratie, vinden het indicatiebesluit een 'momentopname' en zouden willen dat hun professionele deskundigheid wordt meegenomen in de beoordeling van de zorgvraag.

Enthousiasme bij alle partijen is er voor de SIP's – de gemandateerde indicatie door zorgaanbieders en -verleners – omdat het sneller, minder bureaucratisch en efficiënter is. Nadeel van deze decentralisatie van de indicatiestelling is dat zorgverleners onvoldoende aandacht hebben voor de totale zorgbehoefte van de patiënt, waardoor meer aanvullende herindicaties nodig zijn. Het CIZ moet blijven toetsen, benadrukt iedereen, om de onafhankelijkheid van de indicatiestelling te bewaken. Over uitbreiding van de mandatering naar langdurige zorg scheiden de geesten: de zorgverleners zijn vóór (doelmatig, klantvriendelijk), maar cliënten, indicatiestellers en verzekeraars zijn minder enthousiast, vanwege het gevaar van aanbodgericht indiceren.

Uit de NIVEL-evaluatie blijkt ook dat er op het CIZ druk ligt om bij indicering rekening te houden met financiële grenzen: 'Er bestaat een spanning tussen de totale behoefte aan zorg en wat er geleverd mag worden.' Gezien de ruimhartige interpretatie van de criteria voor huishoudelijke zorg (zie blz. 16) leidt die druk niet per se tot de zuinigste indicatiebesluiten.

De kosten van de AWBZ blijven van jaar op jaar stijgen. De staatssecretaris besluit tot een bezuiniging per 2009 via een pakketbeperking. De uitgaven voor de AWBZ bedragen in dat jaar 22 miljard euro, voor ongeveer 800.000 cliënten. Het aantal indicaties per jaar door het CIZ ligt op ruim 1 miljoen, waarvan een kwart nieuwe cliënten zijn en driekwart her- of vervolindicaties. De kosten daarvan: 150 miljoen euro.

Decentralisatie

Naar aanleiding van een *Netwerk*-uitzending in de zomer van 2009 over 'foute' indicatiebesluiten voor een specifieke groep patiënten pleiten de VVD, SP en PVV voor afschaffing van het CIZ, omdat deze 'te ver af staat van wat mensen nodig hebben'. Mede onder druk van dit soort mediaberichten en de reacties van Tweede Kamerleden hierop komt de staatsecretaris eind 2009 met een koerswijziging (interview VWS-ambtenaar). In haar brief aan de Tweede Kamer schrijft ze dat de indicatiestelling door alle betrokkenen als bureaucratisch wordt ervaren. Het systeem is gebaseerd op 'wantrouwen',

zij wil uitgaan van 'vertrouwen'. De zorgprofessionals moeten nu tijd besteden aan formulieren invullen, terwijl zij willen doen 'waarvoor zij ten diepste voor het zorgvak hebben gekozen: het zo goed mogelijk verplegen en verzorgen van mensen die aan hun zorg zijn toevertrouwd', zo schrijft de staatssecretaris (TK 2009/2010a). Concreet stelt ze verdere vereenvoudiging voor en uitbreiding van de mandatering van de indicatie naar de zorgaanbieders, huisartsen en wijkverplegers. De indicatiestelling wordt daarmee weer gedecentraliseerd. Het CIZ gaat achteraf toetsen en doet zelf alleen de complexe gevallen. Het CIZ blijft verantwoordelijk en bezwaar moet daar ingediend worden.

Hoe verloopt de indicatiestelling AWBZ anno 2010?

Het overgrote deel van AWBZ-aanvragen gebeurt door een zorgaanbieder, zoals de thuiszorg of het verpleegtehuis. Een aanvraag kan schriftelijk, telefonisch of digitaal ingediend worden. Zorgaanbieders kunnen terecht op een speciale website, met gereguleerde toegang, waar de gegevens van de bekende cliënten al ingevuld zijn. De meeste heraanvragen krijgen per ommekeer een indicatie; slechts een deel hiervan wordt door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) steekproefsgewijs getoetst.

Alle eerste aanvragen en complexe heraanvragen worden altijd door de CIZ beoordeeld. De indicatiestellers zijn hbo'ers. Hun onderzoek omvat het verzamelen van de medische en sociale informatie. In ruim de helft van de gevallen is er contact met de cliënt of zijn omgeving. Dit contact is in de loop der jaren afgenomen, ten behoeve van snelheid en kostenreductie. De indicatieprocedure en beslisriteria zijn sterk geprotocolleerd. Na invoering van alle informatie 'rolt' er vanzelf een zorgaanbod uit, al kan de indicatiesteller hier gemotiveerd van afwijken.

Het indicatiebesluit geeft een zorgaanbod, plus de omvang, de duur en eventueel de zorgaanbieder. In geval van extramurale zorg is dit vrij gespecificeerd (bv.: wondverzorging, tien minuten per dag, zeven dagen per week, drie maanden lang). Bij een opname is dit globaler. Dan wordt een zogenaamd 'zorgzwaartepakket' toegewezen, met de soort instelling én het aantal uren extra zorg. De invulling van die zorg is aan de instelling, in samenspraak met de cliënt.

Het indicatiebesluit gaat per post naar de cliënt, die bezwaar kan aantekenen. Twee derde van de 1 miljoen aanvragen heeft de indicatie binnen twee weken. Bij 6 procent lukt het niet de aanvraag binnen de wettelijke termijn van zes weken af te ronden.

Daarmee komt voor de derde keer in tien jaar tijd een reorganisatie op gang. Het begon eind jaren negentig. De toenmalige minister zei in 2001 tegen de Kamer: 'Het opzetten van een sluitend netwerk van Regionale Indicatie Organen (RIO's) is een omvangrijke en ingewikkelde operatie geweest.'

Drie jaar later volgde de ombouw naar het CIZ. 'Sinds 2005 heeft het CIZ forse inspanning gepleegd om van bijna 80 RIO's tot één organisatie en een harmonisatie van de indicatiestelling te komen,' zegt de staatssecretaris in de brief van november 2009. Nu kondigt ze een nieuwe operatie aan, waarbij het CIZ omgebouwd wordt van een uitvoerder naar een toezichthouder. En dat is, zo zegt ze, 'geen kleine opgave'.

De AWBZ: conclusie

De onafhankelijke indicatiestelling kwam er ten behoeve van een betere verdeling van de zorg, door een omschakeling van aanbodsuring naar meer vraagsturing. Afgemeten aan de tevredenheid bij cliënten is de allocatie inderdaad verbeterd. De impliciete doelstelling van kostenbesparing is, gezien de groei van de zorgvraag, niet gerealiseerd. Meer vraagsturing blijkt niet per se tot kostenbeheersing te leiden. Onduidelijk is of de groei dankzij of ondanks de onafhankelijke indicatiestelling plaatsvindt. Waarschijnlijk is er ook sprake van groei van de zorgvraag om andere redenen, zoals meer welvaart, betere diagnosestelling, enzovoort. De onafhankelijke indicatiestelling realiseert een meer vraaggerichte verdeling van schaarse zorg, maar creëert ook een recht op zorg en maakt daarmee claimgedrag mogelijk. In hoeverre dit claimen werkelijk heeft plaatsgevonden is niet vastgesteld.

Het tweede doel, de positieversterking van de cliënt, is gerealiseerd. Dat geldt zeker voor de formele positieversterking: de procedure is transparanter, uniformer en objectiever en er is een beroepsmogelijkheid. De hulpvraag is het uitgangspunt. Cliënten zijn tevreden over het systeem en de uitvoering. Dat geldt, zo blijkt uit evaluaties, ook voor de andere betrokken partijen. Het minst tevreden zijn de professionals en de zorgaanbieders. Zij verloren invloed. Of de formele positieversterking van de cliënt ook leidt tot een beter zorgaanbod en uiteindelijk betere zorg is lastiger vast te stellen.

De Tweede Kamer verandert gedurende de rit van opvatting. Bij invoering is er steun voor de onafhankelijke indicering om de cliënt en zijn hulpvraag centraal te zetten, maar gaandeweg krijgt irritatie over wachtlijsten en bureaucratie de overhand. Papierwerk

wordt steen des aanstoots, zeker als het professionals treft. De rol van professionals in de zorgbeoordeling en -relatie ondergaat een herwaardering. 'Handen aan het bed' wordt een mantra.

De indicering is na een omzwerving van twaalf jaar straks (deels) weer terug bij de (huis)artsen, wijkverplegers en de zorgaanbieders. Dat is niet helemaal – of helemaal niet? – een terug naar af. De indicering door de hulpverlener gebeurt straks aan de hand van uniforme criteria, standaarden en protocollen, waardoor ze objectief en onafhankelijk is – althans, daar ziet het CIZ op toe. Het ciz en de cliënten(organisaties) wijzen op het gevaar dat het aanbod straks toch weer stuurt, aangezien de mandatering van de indicatiestelling de zorgaanbieders vrijheden biedt.

Met de decentralisatie van de indicatiestelling naar de individuele zorgverlener zal iets van de oude versplintering terugkeren en het leveren van een samenhangend, integraal aanbod lastiger worden, zowel binnen het eigen AWBZ-terrein als bij aanpalende sectoren (bv. bij kinderen: jeugdzorg en onderwijs).

3 De jeugdzorg

De jeugdzorg is in de jaren negentig een doolhof. De hulpinstellingen, zoals Jongeren Advies Centra (JAC's), Riaggs, vertrouwensartsen en jeugdinrichtingen, vormen samen een zeer onoverzichtelijk veld met regionaal sterk uiteenlopend aanbod. Niet alleen ouders weten niet wat er allemaal 'te koop' is, dat geldt ook voor de zorgverleners zelf. De doorverwijzing is daardoor zeer gebrekkig. Welke hulp men uiteindelijk krijgt is toeval, namelijk afhankelijk van bij wie men als eerste aanbelt. De formele toelating tot de zorg gebeurt via het zogenaamde 'intakegesprek', afgenomen door de betreffende instelling.

Halverwege de jaren negentig omarmt het kabinet een plan tot een complete herschikking. Het doel is een betere jeugdzorg en het middel is één toegang tot alle hulp. De naam van die toegang wordt, na ampel beraad, Bureau Jeugdzorg (BJZ). Er komt een BJZ voor elke provincie en de drie grote steden. Iedereen met een hulpvraag kan hier terecht. In die eerste opzet krijgen de BJZ's twee taken: lichte hulpverlening en indicatiestelling. Cliënten met eenvoudige problemen krijgen meteen ambulante hulp aangeboden, en alleen voor specialistische hulp is dan een indicatiestelling nodig. De redenen voor dit onderscheid zijn een snelle afhandeling en beperking van de kosten. In de plannen wordt uitgegaan van een verhouding 80 procent onmiddellijke hulp en 20 procent indicatiestelling (Van Yperen 2007).

Voor de inrichting van de indicatiestelling wordt afgekeken van de awbz. Ook in de jeugdzorg mag niet langer het aanbod sturend zijn, maar moeten de cliënt en zijn hulpvraag centraal komen te staan. Daarom wordt, net als in de AWBZ, aangestuurd op een indicatiestelling die onafhankelijk, objectief en integraal is (TK 2001/2002). De consequentie daarvan is dat de Tweede Kamer besluit dat de BJZ's hun hulptaak moet laten vallen, omdat ze anders niet onafhankelijk zouden kunnen indiceren (zie ook Van Montfoort 2007).

In de Wet op de jeugdzorg, in 2004 na lange discussie aangenomen en van kracht vanaf 2005, worden alleen globale eisen aan de

indicatiestelling gesteld, en dan met name aan de procedure (Van Yperen 2007). In de praktijk geven de indicatiebesluiten van de BJJ's een globale richting (hulp thuis, bij een instelling, verblijf, enz.) en bepalen verder de omvang, de locatie, de duur en het doel. Het is vervolgens aan de hulpverlenende instelling of professional die hulp preciezer in te vullen. De wet legt vast dat de cliënt met een positieve indicatie een recht op zorg heeft.

Problemen

Vanaf ongeveer 2000 zijn de BJJ's in opbouw, met de benodigde (aanloop)problemen. De onafhankelijke en integrale indicatiestelling moet gaandeweg uitgevonden worden. Dat gebeurt door mensen die tot voor kort hulpverlener waren en dachten dat ze dat konden blijven, maar nu ineens fulltime indicatiesteller zijn geworden. Evaluaties uit 2002 laten zien dat cliënten redelijk tevreden zijn, maar ook dat de kwaliteit van de indicatiestelling onvoldoende is. Een groot probleem is de lengte van de procedure (soms vele maanden), als gevolg van interne wachtlijsten bij de BJJ's. Er is in 'het veld' een lopend debat of de indicatiestelling niet specifieker moet. Veel zorgaanbieders en cliënten klagen dat na een lange procedure en een algemene verwijzing alsnog onderzocht moet worden welke hulp nodig is. Anderen vinden een globale verwijzing een juiste keuze, omdat het ruimte laat aan de professional voor het eigen oordeel, in samenspraak met de cliënt.

De Wet op de jeugdzorg beoogt met de BJJ's één toegang tot de jeugdzorg te creëren, maar de praktijk is weerbarstig. Als gevolg van gescheiden financiering loopt de toewijzing naar de lichtgehandicaptenzorg via het CIZ (want dat is AWBZ-geld) en naar de jeugdpsychiatrische zorg grotendeels via de huisartsen. Voor de samenhang van de hulp en de kostenbeheersing is dit een struikelblok. En voor cliënten ontbreekt het heldere overzicht van waar men terecht kan. Bovenal leidt het tot ongelijkheid in de zorgverlening naar klasse en etniciteit (BMC 2009).

Een evaluatie uit 2006 van de wet geeft aan dat de deskundigheid van de indicatiestellers verbetering behoeft en dat het ontbreekt aan goede indicatiemethodieken (BMC 2006). De onderzoekers pleiten niet voor een minder globaal indicatiebesluit, maar voor verbetering

en standaardisering van het indicatieproces. Dat gebeurt als er in 2007 – eindelijk – een *Handboek Indicatiestelling* (MOgroep Jeugdzorg 2007) ligt. Dit zorgt voor een professioneel handvat bij het proces van de indicatiestelling, waarmee ook differentiatie naar zwaarte van de problematiek mogelijk wordt gemaakt, zodat bij lichtere gevallen gekozen kan worden voor kortere procedures. Het handboek geeft slechts in beperkte mate uniforme inhoudelijke toetsingscriteria, waardoor het uiteindelijke indicatiebesluit grotendeels gebeurt op basis van de kennis en het inzicht van de BJZ-medewerkers. In die zin is de indicatiestelling niet objectief, zoals de wet beoogt (TK 2001/2002).

De jeugdzorg ligt vanaf het begin van het decennium onder vuur van media en politiek. Dat is het gevolg van incidenten, klachten over bureaucratie, niet-samenwerkende hulpverleners en wachtlijsten. De problemen zijn niet allemaal op het conto van de BJZ's te schrijven, maar zij zijn wel de kop van Jut. Ondertussen blijft de vraag naar jeugdzorg jaar na jaar stijgen. Om in de behoefte aan onmiddellijke, lichte hulp en preventie te voorzien ontstaan lokale Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's). De in 2007 aangetreden minister voor Jeugd en Gezin (Rouvoet) maakt van deze CJG's officieel beleid.

Evaluatie

Een nieuwe evaluatie van de Wet op de jeugdzorg komt eind 2009 met een uitgebreide analyse. De eerste conclusie is dat de wet, die één toegang en objectieve doorverwijzing regelt, een aantal knelpunten heeft opgelost en er daarmee aan bijdraagt 'dat jeugdigen, ouders en het gezin de zorg krijgen waar ze recht op hebben'. Tot zover het goede nieuws, want de evaluatie signaleert gebreken op drie hoofdpunten: 1. de gescheiden financieringssystemen staan samenhang, waaronder daadwerkelijke realisatie van de ene toegang, in de weg; 2. het recht op zorg legt de nadruk op het zware middel van de objectieve indicatiestelling en staat daarmee snelle en gepaste zorg in de weg; 3. de objectieve indicatiestelling is een beheersingsinstrument geworden: het mist de blik op het (gezins)systeem van de cliënt en is een momentopname met te weinig oog voor de ontwikkeling van het kind (BMC 2009). Al met al is het BJZ met het recht op zorg en de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling een fuik geworden naar te zware hulp, aldus de onderzoekers in een mondelinge toelichting.

In plaats van een opgetuigde indicatiestelling pleiten zij voor een op het professionele oordeel gebaseerde doorverwijzing naar hulp, met (steekproefsgewijze) toetsing achteraf.

De winst van de onafhankelijke toegang, zo constateert de evaluatie, is dat de cliënt en zijn hulpvraag centraal zijn komen te staan. Daardoor is er meer debat over wat goede zorg is, is er meer onderzoek naar *evidence based* methoden en aandacht voor professionalisering van de hulpverlener in de jeugdzorg. Voor dat laatste is er een actieplan, gericht op de versterking van competenties en kennis van de hulpverleners, en de instelling van beroepsverenigingen, verplichte registratie en tuchtrecht.

De onderzoekers veronderstellen dat de komst van de BJZ's als een herkenbare toegang een aanzuigende werking heeft gehad op de vraag naar hulp (op basis van de redenering: aanbod schept vraag). In het midden wordt gelaten of het hier gaat om het wegwerken van onderconsumptie of de uitlokking van overconsumptie – oftewel, of het gaat om een gewenst of ongewenst effect.

Jeugdzorg: conclusie

De komst van het Bureau Jeugdzorg en zijn rol als indicatiesteller (niet de enige rol van het BJZ) diende twee doelen. Als eerste: één toegang creëren om zo de aansluiting tussen vraag en aanbod te verbeteren. Als tweede: de cliënt en zijn hulpvraag meer centraal stellen. Het tweede is gelukt, aldus de evaluaties. Het eerste is deels gerealiseerd. Het achterliggende doel, betere jeugdzorg door betere allocatie, is hiermee op zijn minst ook voor een deel verwezenlijkt. Cliënten krijgen vaker de zorg waar ze recht op hebben, concludeert de BMC-evaluatie. De kritiek op de jeugdzorg vanuit media en politiek wijst er echter op dat de ambities hoger zijn. De invoering van de indicatiestelling in de jeugdzorg had vanaf de start te kampen met een aantal handicaps.

Het Bureau Jeugdzorg is in zijn oprichtingsjaren omgebouwd van een laagdrempelige hulpvoorziening en toegangspoort naar zwaardere zorg, tot een onafhankelijke en integrale indicatiesteller. Dit is mede gebeurd onder invloed van de introductie van de onafhankelijke

indicatiestelling op de aanverwante terreinen AWBZ en speciaal onderwijs. Deze switch heeft in de jaren nul een stempel op de jeugdzorg gedrukt. Er ontstond een gat in het jeugdzorgaanbod (geen snelle hulp), met als gevolg een groter dan bedoelde toeloop bij de indicatiestelling en vervolgens daarachter bij de 'zware' zorg. In combinatie met een autonome groei van de vraag naar jeugdzorg leidde dat tot wachtlijsten. De switch betekende ook dat een instituut dat daar niet op was ingesteld, werd opgezadeld met een taak die nog uitgevonden moest worden. Dat zorgde behalve voor traagheid ook voor kwalitatief matige indicatiestellingen.

Volgens orthopedagoog Tom van Yperen is die matige kwaliteit van de indicatiestelling niet alleen te wijten aan de BJZ's, maar aan de hele sector. De diagnostiek en verwijzing door professionals en instellingen in de jeugdzorg is niet op orde. Dat was tot eind jaren negentig verborgen, maar is door de komst van het BJZ en de onafhankelijke indicatiestelling boven tafel gekomen.

Hoe verloopt de indicatiestelling jeugdzorg anno 2010?

Als iemand vrijwillig aanklopt bij Bureau Jeugdzorg (BJZ) volgt eerst een telefonisch gesprek. Hierbij wordt een gestructureerde checklist afgewerkt. Dit leidt tot een eerste selectie: terugverwijzing naar voorliggende hulp, onmiddellijk doorverwijzing naar de Kinderbescherming of spoedhulp, of toelating tot de indicatieprocedure. In het laatste geval heeft een indiester van BJZ een of twee open gesprekken met de ouders/verzorgers (en het kind, afhankelijk van de leeftijd). Hieruit rolt een voorstel aan het multidisciplinair overleg (mdo, met een gedragskundige). Het indicatiebesluit omvat een zorgaanbod inclusief duur, omvang en aanbieder en wordt voorgelegd aan de ouders.

Bij kinderen met een ondertoezichtstelling (ots) – de zogenaamde 'gedwongen' hulp – is de indicatiestelling iets intensiever. De toegewezen gezinsvoogd van BJZ heeft meerdere gesprekken met de ouders/verzorgers (en kind). Soms worden ook andere familieleden erbij betrokken. Meestal is er contact met de school en – als die in het spel zijn – hulpverleners. De voogd doet een voorstel aan het mdo, dat een beslissing neemt. Net als bij de vrijwillige hulp omvat het indicatiebesluit een zorgaanbod, met duur, omvang en aanbieder. Na instemming van de ouders met het zorgaanbod wordt ter plekke een afspraak gemaakt met de zorgaanbieder, uiterlijk binnen twee weken. Normaal gesproken zit het kind twee tot tweeënhalve maand na aanmelding of ots bij de zorg.

Aangezien er geen bindende uniforme protocollen zijn, kan de indicatieprocedure per BJZ verschillen. Vanwege het ontbreken van uniforme criteria is het indicatiebesluit grotendeels gebaseerd op het inzicht van de BJZ-medewerkers. De indiesteren zijn minimaal hbo'ers (zorg of maatschappelijk werk), de gedragsdeskundigen zijn academisch geschoolde pedagogen of psychologen.

Onder het mom van 'intuïtie' werd en wordt op irrationele gronden gediagnosticeerd, en zonder kennis over de effectiviteit van het zorgaanbod doorverwezen. Cliënten en belastingbetalers hebben recht op rationele en navolgbare indicatie, meent Van Yperen (die de begrippen 'onafhankelijk' en 'objectief' niet gebruikt). Kwaliteits-eisen aan die indicatie moeten wat hem betreft niet komen van beleidsmakers, maar van de betrokken beroepsgroepen. Zij moeten standaarden en systemen van toetsing ontwikkelen (Van Yperen 2007). Met het uitgeven van het *Handboek Indicatiestelling* heeft de MOgroep, de brancheorganisatie, daar inmiddels een begin mee gemaakt. De BMC-evaluatie stelt vast dat dankzij de onafhankelijke indicatiestelling het debat over methodiek en wat goede zorg is op gang is gekomen. Dat geldt ook voor de professionalisering van de hulpverlener.

In reactie op kritiek en evaluaties hebben demissionair minister Rouvoet en een werkgroep van de Tweede Kamer ieder een eigen voorstel voor herziening van het jeugdzorgstelsel gedaan (program-maministerie voor Jeugd en Gezin 2010; Parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg 2010). In beide voorstellen verdwijnen de Bureaus Jeugdzorg als centrale toegangspoort en indicatiesteller. Rouvoet wil die taken onderbrengen bij de gemeentelijke Centra voor Jeugd en Gezin. Die zijn straks in de eerste plaats een laagdrempelige eerstelijnsvoorziening, die lichte hulp aanbieden. Daarnaast verwijzen zij waar nodig door naar specialistische zorg. De onafhankelijke, objectieve indicatiestelling verdwijnt, en daarmee ook het daaraan gekoppelde recht op zorg. Rouvoet introduceert voor de rol van de CJG de term 'pedagogische huisarts'. De eventuele doorverwijzing is globaal, de invulling gebeurt door gespecialiseerde zorgverleners. De legitimiteit van de verwijzing en de werkzaamheid van de gegeven hulp wordt achteraf steekproefsgewijs getoetst.

Het probleem van de selectie en doorverwijzing – de poortwachtersfunctie – wordt hiermee verlegd naar de CJG's en de 'pedagogische huisarts'. Gezien de breedte van de jeugdhulpproblematiek vereist dat zeer breed geschoolde hulpverleners. Daartoe komt Rouvoet met voorstellen voor professionalisering en kwaliteitsverbetering van de beroepsgroep.

4 Het speciaal onderwijs

Tot ver in de jaren negentig beslissen de speciale scholen zelf over de toelating van leerlingen. Een aan de school verbonden commissie onderzoekt en oordeelt op basis van eigen criteria. Voor ouders die hun kinderen aanmelden is dat een ondoorzichtige situatie, die hen in een afhankelijke positie brengt. Het speciaal onderwijs is sterk gedifferentieerd over zeker twintig schoolsoorten, die ongelijk verdeeld zijn over het land. Bij het nut van de scheiding tussen 'speciaal' en 'gewoon' onderwijs worden steeds meer vraagtekens gezet (Smeets en Rispens 2008). Men pleit ervoor kinderen zo lang mogelijk op de reguliere school te houden.

In de tweede helft van de jaren negentig zijn de sterke groei van de speciale scholen en de daarmee stijgende kosten de aanleiding voor een complete herschikking van het onderwijs. Dat gebeurt onder het motto 'Weer Samen Naar School' (WSNS). Aan het doel van groei- en kostenbeheersing wordt een tweede, meer kwalitatieve doelstelling gekoppeld, namelijk die van integratie: reguliere scholen moeten 'onderwijs op maat' gaan bieden, zodat zorgkinderen niet doorverwezen hoeven te worden (Vermaas en Van der Pluijm, 2004). De herschikking komt erop neer dat het grootste deel van de speciale scholen nauw gaat samenwerken met en wettelijk ondergebracht wordt bij het reguliere onderwijs. Een restcategorie van 'zeer speciale' scholen blijft apart in de Wet op de expertisecentra (WEC). In het basisonderwijs, waartoe we ons hier beperken, ontstaan daarmee naast elkaar twee zorgregimes, ruwweg een voor 'lichte' en een voor 'zware' zorgkinderen, elk met een eigen toegang. Dat ziet er als volgt uit.

Eerste regime: speciaal basisonderwijs van Weer Samen Naar School (WSNS)

De oude lagere scholen voor lom en mlk heten vanaf 1998 'speciaal basisonderwijs' en gaan met reguliere basisscholen samenwerken in regionale WSNS-samenwerkingsverbanden. Elk verband (in totaal zijn er ongeveer 250) krijgt een Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL), die fungeert als het indicatieorgaan dat over doorverwijzing

beslist. De wet laat veel ruimte voor de samenstelling en werkwijze van de PCL en haar toetsingscriteria. De samenwerkingsverbanden mogen dat zelf bepalen. De indicatiestelling is daarmee niet onafhankelijk en niet objectief. Een vast zorgbudget is het van bovenaf opgelegde kader, waarmee een rem wordt gezet op doorverwijzing naar het duurdere speciaal basisonderwijs. Tot dan toe was er een open-eind-financiering. Onder dat regime was het afschuiven van zorgleerlingen door het reguliere onderwijs naar speciale scholen een win-winsituatie. De rol en zeggenschap van ouders in de doorverwijzing zijn beperkt.

2e regime: WEC-voorzieningen

Onder de Wet op de expertisecentra vallen vier clusters: de visueel gehandicapten, de gehoor- en spraakgehandicapten, de verstandelijk en lichamelijk gehandicapten en de langdurig zieken, en tot slot de categorie kinderen met gedragsproblemen en -stoornissen. De zmlk-scholen vallen onder het derde cluster, en het vierde cluster omvat de zmk-scholen. In het spraakgebruik wordt over de Wec-voorzieningen meestal gesproken als het 'speciaal onderwijs', niet te verwarren dus met het hiervoor genoemde 'speciaal basisonderwijs' van het WSNS. De speciale scholen werken samen in Regionale Expertise Centra (REC's, 35 stuks).

De reden voor een apart, tweede regime is dat deze groep om zwaardere zorg met specifieke expertise vraagt. In de beleidsstukken van de jaren negentig wordt over deze leerlingen gesproken als 'gehandicapten'. In navolging van de AWBZ moet de emancipatie en participatie van de gehandicapte kinderen worden bevorderd en de positie van de ouders versterkt; dat is de expliciete doelstelling van de WEC (TK 2001/2002). Daarom komt hier, in tegenstelling tot de WSNS-verbanden, wel een onafhankelijke indicatie die met uniforme, objectieve criteria werkt. Elk van de 35 regionale REC's krijgt daartoe een Commissie voor de Indicatiestelling (Cvl). Deze Cvl toetst de beperking van het kind. Bij een positieve indicatie mogen de ouders kiezen tussen een speciale school of een leerlinggebonden financiering voor extra zorg op een gewone school. Dit zogenaamd 'rugzakje' wordt niet aan de ouders gegeven, maar gaat naar de school, die daarmee de extra zorg kan inkopen. De school krijgt daarbij hulp van de REC. Let op: de mogelijkheid te kiezen voor een rugzak bestaat *niet* in het lichte (eerste) regime van het speciaal basisonderwijs.

De positie van de ouders is door de WEC flink versterkt en is ook sterker in vergelijking met het speciaal basisonderwijs (het eerste regime). De WEC garandeert een objectieve en transparante procedure en een beroepsmogelijkheid, er is de keuzemogelijkheid van de rugzak en ouderbetrokkenheid bij het opstellen van het behandelingsplan. Bovenal hebben de ouders bij een positieve indicatie een recht op een speciale voorziening (TK 2001/2002). Daarbij hoort een openeind-financiering.

Deelname: daling en stijging

De deelname aan het *speciaal basisonderwijs*, dus dat wat onder WSNS valt, daalt zoals beoogt, eerst vanaf 1995 tot 2000 en daarna vanaf 2003 tot heden (CPB 2009a). Deze daling is niet het gevolg van een strenge selectie door de PCL's (indicatiecommissies) – die komen bijna altijd tot een positieve indicatie (Vermaas en Van der Pluijm 2004) – maar van een dalende aanmelding door de reguliere scholen. De reguliere en speciale basisscholen zijn binnen hun samenwerkingsverbanden door de gebudgetteerde zorgmiddelen financieel tot elkaar veroordeeld en daardoor gedwongen afspraken te maken over een doorverwijzingsbeleid. Overigens blijkt uit onderzoek dat bij die doorverwijzing ook andere factoren dan alleen geld een rol spelen, zoals de nabijheid van een speciale basisschool (bij grote afstand zijn er minder verwijzingen). Gemiddeld verwijzen basisscholen minder dan één leerling per jaar door (Vermaas en Van der Pluijm 2004).

De deelname aan de WEC-voorzieningen stijgt juist. Het speciaal onderwijs groeit al sinds begin jaren negentig en de start van de Wec in 2003, met de onafhankelijke indicatiestelling, weet die trend niet te keren. De rugzak is erg populair, maar leidt niet, zoals de bedoeling is, tot afname van het aantal leerlingen op de speciale scholen. De groei zit vooral in cluster vier, de categorie kinderen met gedragsproblemen en -stoornissen, waaronder autisme en adhd vallen. 60 procent van de rugzakkers is (onder meer) geïndiceerd voor autisme. In totaal neemt de deelname aan de WEC-voorzieningen tussen 2002 en 2007 toe met ruim 30 procent (CPB 2009a). Door de open-eind-financiering stijgen de kosten mee. Beperking van de groei is bij de WEC, anders dan bij WSNS, geen expliciete doelstelling, maar de kostenstijging is wel degelijk een beleidsprobleem. Bovendien ontstaan er wachtlijsten.

Oorzaken groei speciaal onderwijs en de rol van de rugzak

De mogelijke verklaringen voor de groei van de WEC-voorzieningen (meestal aangeduid als 'speciaal onderwijs') liggen merendeels buiten de onafhankelijke indicatiestelling. Zo zijn er algemene maatschappelijke trends als een verbeterde diagnostiek en een toename van (ervaren) gedragsproblemen. Verder lijkt de introductie van de rugzak een latente zorgvraag aan te boren, met name voor de gedragsproblemen van het vierde cluster. Ouders hebben hun kind niet graag op een speciale school, maar willen wel zorg voor hun kind. In een kleine enquête onder rugzakouders geeft de helft aan dat ze geen indicatie zouden hebben aangevraagd als er geen rugzak was (LTCl 2006, De Greef en Van Rijswijk 2006, CPB 2009a). De aantrekkingskracht is zo groot dat de rugzak door ouders ook wordt gebruikt als alternatief voor het speciaal basisonderwijs (van wsns). Hierdoor vindt er, gebruikmakend van de vage grenzen tussen lichte en zware gedrags- en leerproblemen, ongewenste substitutie plaats van de lichtere (WSNS) naar de zwaardere en dus duurder zorg (WEC). Ten slotte is de rugzak weinig flexibel, aangezien omvang en duur (drie jaar) vaststaan, waardoor de aanspraak op zorg misschien groter is dan nodig.

Voor zover de groei van de WEC-voorzieningen wel verklaard kan worden uit de onafhankelijke indicatiestelling zou dat de aantrekkingskracht van een transparante en objectieve procedure kunnen zijn. Verder kunnen er vraagtekens gezet worden bij de selectiviteit van de onafhankelijke Commissies voor de Indiciestelling. In de praktijk wijzen ze bijna nooit een aanvraag af (96 procent wordt toegewezen). Uit evaluaties blijkt dat ze ruimhartig gebruikmaken van de mogelijkheid van een 'beredeneerde afwijking' van de objectieve toetsingscriteria (LTCl 2006, CPB 2009a). Ten slotte zou de openeindfinanciering in combinatie met de mogelijkheid rugzakgeld binnen te halen een financiële prikkel voor scholen zijn om een aanvraag te doen. Betrokkenen uit het veld spreken dit tegen: de baten van extra middelen wegen niet op tegen het gedoe van de aanvraag en inpassing van een rugzak (De Greef en Van Rijswijk 2006).

In het seizoen 2008/2009 zaten ruim 34.000 leerlingen op het speciaal onderwijs (WEC-voorzieningen). Het speciaal basisonderwijs had 44.000 leerlingen (CPB 2009b).

Kritiek

In de periode 2003-2006 verschijnen er stapels voortgangsrapportages, evaluaties en andersoortig onderzoek over de operatie Weer Samen Naar School. Twijfels zijn er over de kwaliteit van de zorg en het 'onderwijs op maat' in het reguliere basisonderwijs (Vermaas en Van der Pluijm 2004). Echt grote zorgen zijn er over de speciale basisscholen, waarvan volgens de Inspectie van het Onderwijs de helft onder de maat presteert (2007). Meer specifiek over de indicatiestelling zijn er twee kritische observaties. De eerste is dat de indicatiestelling door zowel PCL als Cvl alleen een 'ja' of een 'nee' geeft. De indicatiecommissies beoordelen of 'het gebrek' van het kind binnen de objectieve criteria valt en het kind daarmee toegang tot de voorziening krijgt.

Het is een echte slagboom: wel of niet naar binnen. Wat er moet gebeuren met het kind is dan nog niet bepaald, zelfs in het geheel nog niet aan de orde geweest. Het ontbreekt aan, zoals dat heet, handelingsperspectief. Als zo'n beperkte indicatiebeslissing weken of maanden duurt en veel papierwerk vraagt, ervaren ouders, leerkrachten en scholen dat als bureaucratie en tijdsverlies (Van Rijswijk en De Greef 2007, Vermaas en Van der Pluijm 2004, Hover 2007). In de Tweede Kamer is veel bezorgde aandacht voor klachten over de administratieve lasten van de onafhankelijke indicatiestelling, die overigens niet werkt als een barrière, gezien het aantal aanvragen.

Een tweede kritische vaststelling is dat de splitsing in twee soorten zorgleerlingen met twee zorgregimes en sterk uiteenlopende toegangssystemen nogal gekunsteld is. De veronderstelde harde grenzen zijn er niet en daardoor is de opdeling verwarrend voor ouders, leerkrachten en scholen, ze lokt ongewenst strategisch gedrag uit (substitutie) en ze leidt tot problemen in aansluiting met het voortgezet onderwijs (o.a. Meijer 2004). Het bemoeilijkt bovendien de toch al lastige samenwerking met aanliggende sectoren als de jeugdzorg en AWBZ, die ook weer hun eigen indicatieorganen en -systematiek hebben.

Passend Onderwijs

De kritiek en de adviezen leiden in juni 2007 tot een ingreep van de staatssecretaris. Het nieuwe motto is 'Passend Onderwijs'. Vier problemen van Weer Samen Naar School (WSNS) worden met name genoemd: de bureaucratie, de achterblijvende kwaliteit van het zorgonderwijs, de gebrekkige samenhang en de stijgende kosten (TK 2006/2007). De laatste twee punten lijken het zwaarst te wegen, aangezien de staatssecretaris voor centralisering en budgettering kiest. De bestaande WSNS- en voortgezetonderwijsverbanden worden regionaal bijeengevoegd in 80 netwerken, waarbij ook de ROC's en agrarische scholen aansluiten. Per netwerk komt er dan voor alle onderwijszorg één loket, met één indicatiestelling, door één indicatieorgaan. Het indicatiebesluit moet straks handelingsgericht en integraal zijn, dat wil zeggen ook afgestemd op de jeugdzorg en de AWBZ. En dat alles met zo min mogelijk formulieren. De positie van de ouders wordt geregeld via medezeggenschap in het

netwerk en participatie bij vaststellen van het passende zorgaanbod. De netwerken krijgen een vast budget voor alle zorg. Binnen deze budgettering krijgen netwerken de ruimte hun eigen keuzes te maken over hoe de zorg in te richten. De wetswijziging moet in 2011 klaar zijn; met vorming van de netwerken kan al worden begonnen.

Passend Onderwijs 2

Anderhalf jaar later, in juni 2009, last de staatsecretaris een pauze in, en nog een halfjaar later blaast ze het hele plan op. Kritische rapporten van de Onderwijsinspectie (2009) en van de Evaluatie- en Adviescommissie Passend Onderwijs (ECPO 2009) en weerstand in het veld zorgen voor voortschrijdend inzicht. Het bezwaar is dat de nadruk ligt op grootschalige structuren op verre afstand van klas en school. Terwijl juist in die scholen de problemen zitten, namelijk: steeds meer zorgleerlingen en scholen die er niet in slagen hun passend onderwijs te bieden (TK 2009/2010b). Het aantal rugzakjes is tussen 2006 en 2008 verdubbeld. De staatssecretaris schrijft in een brief aan de Tweede Kamer dat de indicatiestelling een vorm van labeling is geworden en als een stigma werkt. Ze noemt de indicatie een glijbaan naar een levenslange uitkering: van speciaal onderwijs naar praktijkonderwijs naar Wajong (TK 2009/2010b). Van een deel van de oplossing is de indicatiestelling nu deel van het probleem geworden.

De nieuwe koers voor Passend Onderwijs zet het vorige plan op zijn kop. In plaats van centralisatie kiest de staatssecretaris nu voor decentralisatie: weg met het netwerk, leve de school; weg met de indicatiecommissie, leve de leerkrachten; weg met de standaard, leve het maatwerk. Kinderen moeten zoveel mogelijk uit gelabelde voorzieningen gehouden worden. De rugzak zal worden afgeschaft. De budgetten gaan straks naar de bestaande, veel kleinere samenwerkingsverbanden, die de middelen verdelen over de aangesloten scholen op basis van hun 'zorgprofiel' en de zorgbehoeften van hun leerlingen. De onafhankelijke indicatiestelling vervalt, want die is te veel alleen een slagboom en te bureaucratisch, aldus de staatssecretaris in de brief. In plaats daarvan komen handelingsgerichte diagnostiek en hulp op maat. De rol van de leerkracht en van de school worden groter. De uiteindelijke vaststelling van de extra zorg-

behoefden van individuele leerlingen komt in handen van een boven-schoolse, aan het samenwerkingsverband gekoppelde commissie. Dat kan de bestaande PCL zijn of 'een vergelijkbaar overleg'. De term 'indicatiestelling' wordt vermeden en heet nu 'professionele doorverwijzing'. Leerlingen blijven zo lang mogelijk in het reguliere onderwijs, en als dat echt niet langer kan is (deeltijd)plaatsing in een speciale omgeving mogelijk (en dat kan ook een speciale klas op de gewone school zijn). De financiering van alle zorg wordt geheel gebonden aan budgetten.

De samenwerkingsverbanden krijgen een zorgplicht, ouders een recht op passend onderwijsaanbod. Dat neemt niet weg dat ouders veel verliezen met het verdwijnen van de rugzak, de onafhankelijke, geobjectiveerde indicatie en het daaraan gekoppelde recht op zorg. De oorspronkelijke doelstellingen van de wet uit 2003, emancipatie en positieversterking ouders door keuzevrijheid, zijn uit beeld verdwenen.

Nostalgie

Eind 2007 vindt een kwalitatief onderzoek plaats onder veldwerkers naar hun ervaringen met de onafhankelijke indicatiestelling sinds de invoering ervan in 2003. Er blijkt een zekere nostalgie te bestaan naar het verleden van vóór de indicatiestelling, toen er ruimte was om te beslissen op basis van professionele intuïtie en snel hulp te bieden en die werkende weg aan te passen. Tegelijk bestaat er onder de betrokkenen eensgezindheid over de nadelen van die professionele vrijheid: het was weliswaar kindgericht, maar alleen voor kinderen die pasten bij de school, de toegankelijkheid was niet zeker, van transparantie en rechtsgelijkheid was geen sprake en ouders hadden niet veel te vertellen. 'Het is een terugblik op een verloren paradijs van deskundigheid en aanbodmonopolie', zo schrijven de onderzoekers (Hover 2007).

De betrokkenen stellen vervolgens vast dat de winst van de landelijke indicatiestelling zit in de toegenomen uniformiteit, objectiviteit, rechtsgelijkheid, transparantie en versterkte rechtspositie van de ouders. Bovendien is er professionalisering van de signalering en rapportering van problemen. De kritiek die ze hebben betreft de

bureaucratie ('de deels onvermijdelijke keerzijde van transparantie, uniformiteit en rechtsbescherming'), geen ruimte voor preventie en differentiatie, het consumentisme bij ouders (recht claimen) en het individuele karakter dat botst met het collectieve karakter van onderwijs. De veldwerkers willen geen afschaffing, maar verbetering van de zwakke punten.

Het speciaal onderwijs: samenvatting en conclusie

De zorg in het basisonderwijs wordt in de jaren negentig opgesplitst in twee categorieën: een voor de lichtere zorg van het speciaal basisonderwijs en een voor de zwaardere zorg van het speciaal onderwijs, elk met een eigen toegangssysteem. De achterliggende bedoeling is integratie en kostenbeheersing.

De toegang voor de lichte zorg wordt ingekaderd door een vastgesteld budget. De indicatiestelling is niet onafhankelijk, niet objectief en niet transparant. Het doel van groei- en kostenbeheersing wordt gerealiseerd.

De toegang tot de zwaardere zorg staat vooral in dienst van beperking van de groei van speciale scholen, emancipatie van gehandicapten en rechtspositieversterking van de ouders. Ten behoeve daarvan komt er een onafhankelijke en objectieve indicatiestelling, die leidt tot een recht op zorg. Bovendien komt er keuzevrijheid (de rugzak). Wat volgt is een flinke toename van de vraag naar zorg. Uiteindelijk gaan de onafhankelijke indicatie en de rugzak aan de groei ten onder. De doelstellingen van emancipatie en keuzevrijheid leggen het af tegen de gewenste kostenbeheersing. De onafhankelijke indicatiestelling en de rugzak worden geschrapt, het recht op zorg wordt ingeruild voor een zorgplicht. De ouders zijn de verliezers. Erg luide protesten hebben echter nog niet geklonken.

De korte geschiedenis van de onafhankelijke indicatiestelling voor het speciaal onderwijs is getekend door een partiële invoering – niet voor de lichte zorg, wel voor de zware – waardoor er ongewenste substitutie-effecten optraden. Dit is versterkt door de introductie van de rugzak. Evaluaties stellen bovendien aanloopproblemen vast. In plaats van afschaffing, middels Passend Onderwijs 2, had ook

Hoe verloopt de indicatiestelling speciaal onderwijs anno 2010?

De aanvraag voor een indicatie voor het speciaal onderwijs kent een lange aanloop. Het begint met de signalering door een leerkracht. Bij blijvende problemen volgt succesievelijk inschakeling van de interne begeleider, opstelling van handelingsplannen, onderzoeken, nieuwe handelingsplannen en externe experts. Dit alles gebeurt in overleg met de ouders. Als de school niets meer kan bieden, zal besloten worden tot aanvraag van een indicatie voor het speciale onderwijs. Dat is meestal één of twee jaar na de eerste signalering.

De indicatieaanvraag omvat een flinke stapel papier. De ouders moeten een formulier invullen met behalve praktische gegevens een beschrijving van het probleem en van de hulpvraag. Daarnaast geven ze toestemming om het hulpverleden op te vragen. De ouders leveren ook de medisch-diagnostische rapporten. De school zorgt voor een onderwijskundig rapport over het kind: de sociaal-emotionele ontwikkeling, de leerontwikkeling, de werkhouding, enzovoort. Verder moet er een beschrijving komen van de hulp die de school geboden heeft. Daaruit dient de handelingsverlegenheid te blijken. Dit vereist van scholen dat ze altijd aan verslaglegging en dossiervorming doen.

De informatie gaat naar de Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL), die beslist over de toegang tot het speciaal basisonderwijs, of naar de Commissie voor de Indiciestelling (CvI) die gaat over het speciaal onderwijs (waaronder ook het 'rugzakje' valt). Anders dan bij de AWBZ en de jeugdzorg is er nooit contact tussen de indicatiesteller en de cliënt. Dat verklaart de hoeveelheid gegevens die verplaatst moet worden. Beide commissies hebben acht weken de tijd voor een beslissing: een 'ja' of 'nee'. Het vervolg is aan de scholen in samenspraak met de ouders.

gekozen kunnen worden voor uitbreiding en verbetering. De vraag is of het systeem alle kans heeft gekregen. Het zou kunnen dat de zoektocht naar de juiste vorm – de snelheid, minder slagboom en meer handelingsperspectief, geen rugzak? – voortijdig wordt afgebroken.

Niet onbelangrijk hierin is de koerswending van de Tweede Kamer. De volksvertegenwoordigers omarmen eind jaren negentig de doelstelling van emancipatie en versterking van de rechtspositie. Na invoering blijkt echter de daarbij behorende bureaucratie zwaar op de maag te liggen. In het ageren tegen die bureaucratie raken de oorspronkelijke doelen uit beeld.

Overigens is in de discussie een principiële complicatie met praktische consequenties onderbelicht gebleven. In tegenstelling tot jeugdzorg en AWBZ-zorg kan zorg in het onderwijs niet – of minder makkelijk – individueel aangeboden en geconsumeerd worden, ondanks 'onderwijs op maat'. Dat is precies de reden dat het onderwijsrug-

zakje uitgekeerd wordt aan de school, terwijl de AWBZ-rugzak (het pgb) rechtstreeks naar de cliënt gaat. Vanwege dit collectieve karakter is een individueel recht op onderwijszorg lastig inhoud te geven. Toebedeling van middelen op basis van zorgprofielen van de klas of de school ligt daarom meer voor de hand. Het individuele recht wordt nu afgeschaft, maar sinds augustus 2009 is in het onderwijs de Wet op de gelijke behandeling van gehandicapten en chronisch zieken van kracht geworden. Onduidelijk is wat daar de gevolgen van zullen zijn.

Met de keuze voor decentralisatie – waarbij leerkrachten, scholen en verbanden hun eigen inschattingen doen – wordt een ander doel, namelijk dat van integraal werken (met het voortgezet onderwijs, de jeugdzorg en de AWBZ), een stuk lastiger. Zonder gedeelde procedures en criteria leidt decentralisatie tot aansluitingsproblemen.

De kortstondige flirt met onafhankelijkheid, objectiviteit en transparantie bij indicatie in het onderwijs is straks voorbij. De via onderzoek en praktijk opgedane kennis over procedures, protocollen en criteria ('toelatingsdiagnostiek') gaat dan overboord. De toegang tot onderwijszorg komt in handen van leerkrachten, scholen en vooral samenwerkingsverbanden van scholen. Dat is niet helemaal terug naar af. Vergeleken met vijftien jaar geleden, de start van alle reorganisaties, is de signalering en interventie door scholen verbeterd.

5 Het fenomeen indicatiestelling

De drie besproken sectoren verschillen in de zorg die ze bieden en hebben een afwijkende inrichting. Logischerwijs verschilt daardoor ook de toegang tot die zorg. Tegelijk zijn er grote overeenkomsten. Hier volgt een poging om, op basis van het voorafgaande, een sectoroverstijgend beeld van de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling te schetsen. Eerst stellen we vast waartoe zij er moest komen, vervolgens beschrijven we de vormgeving, daarna de resultaten en tot slot geven we een reflectie op het fenomeen indicatiestelling.

Waarvoor? De doelen van de onafhankelijke toegang

De aanleiding voor de onafhankelijke indicatiestelling is in de drie sectoren dezelfde. Twintig jaar geleden lag de toegang tot de zorg en de bepaling van omvang en inhoud daarvan in handen van de zorgaanbieders. Het zijn de bejaardenhuizen, kruisverenigingen, speciale scholen, jeugdhulpinstellingen enzovoort die op basis van eigen afwegingen beslissen. In de taal van de jaren negentig heet dat 'aanbodgestuurd'; in de taal van de jaren nul zou dat zijn 'in handen van professionals'. Deze structuur wordt in de loop van de jaren tachtig en negentig van twee kanten als een probleem ervaren. Voor de overheid is het gebrek aan kostenbeheersing en efficiëntie een probleem. Immers: als zorgaanbieders de toegang bepalen werkt dat een te groot en een niet-passend aanbod in de hand. Voor cliënten is het probleem dat zij er niet van op aan kunnen dat ze de zorg krijgen die bij hun hulpvraag past. Een sovjetmodel, zo luidt de kritiek. Aangezien een marktmodel niet mogelijk is vanwege de financiële structuur van de zorg (vrager en aanbieder voelen maar in beperkte mate de financiële consequenties van hun handelen), is de zoektocht er een naar een alternatief mechanisme voor de verdeling van schaarse zorg. De puzzel is: hoe zorg je voor kwaliteit op microniveau bij schaarste op macroniveau? Anders gezegd: hoe lever je goede zorg aan iedere cliënt bij beperkte collectieve middelen?

De onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling waar de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (zie inleiding) meekomt, wordt omarmd als panacee. Niet het aanbod moet leidend zijn, maar de hulpvraag. Daartoe wordt een beslisser tussen zorgverlener en cliënt geplaatst, die op basis van kennis van vraag en aanbod en vrij van belangen de 'onjuiste' hulpvraag afwijst en de 'terechte' hulpvraag een passend hulpaanbod toewijst, daarbij rekening houdend met de context van de vraag, dus met oog de 'hele' mens in zijn omgeving. En dit alles op basis van objectieve – dus toetsbare – criteria, waartegen beroep mogelijk is (NRV 1994). Het hoofddoel is een betere verdeling; de hoop bij de betrokken departementen is dat dit alles leidt tot kostenbeperking. Dit laatste wordt nergens expliciet als doel genoemd, maar blijkt uiteindelijk een keiharde randvoorwaarde.

Terwijl wetgeving in de maak is, wordt er een tweede hoofddoel aan de indicatiestelling gekoppeld. De verschuiving van aanbod- naar vraagsturing moet ook de emancipatie van de zorggebruiker gaan dienen. Een dergelijke gedachte past in een tijd van achtereenvolgende emancipatiebewegingen (werknemers, vrouwen, homoseksuelen), en past in de ideologische discussie over zorg à la Illich en Achterhuis. De patiënt heet voortaan een cliënt. Ging onafhankelijke indicatiestelling in eerste instantie om schaarsteverdeling, nu wordt ook machtsverdeling geïntroduceerd. De nota's spreken over 'positieversterking van de cliënt'. Deze positieversterking mondt uiteindelijk uit in een recht op zorg. Voor de jeugdzorg en het speciaal onderwijs wordt dit opgenomen in de wet, voor de AWBZ is er jurisprudentie. Dit recht geldt *na* een positieve onafhankelijke en objectieve indicatiestelling, en vindt haar basis *in* die onafhankelijkheid en objectiviteit.

Naast de twee hoofddoelen duiken er nevensdoelen op, zoals het creëren van één toegang (in jargon: één loket) en zorg op maat. Beiden dragen bij aan een verbetering van de allocatie en zijn eigenlijk geen doel op zich.

Ook een wens is keuzevrijheid voor de cliënt creëren. Die vrijheid wordt ingevoerd in de AWBZ en het speciaal onderwijs in de vorm van het persoonsgebonden budget (pgb) en het rugzakje. Ook keuzevrijheid is geen doel op zich, maar dient een verbeterde allocatie en de positieversterking van de cliënt. De onafhankelijke indicatiestelling

is een voorwaarde voor het creëren keuzevrijheid, maar de enorme vraag naar het pgb en het rugzakje kan niet aan die indicatiestelling worden toegeschreven.

Een toegevoegd doel bij de AWBZ-zorg en de jeugdzorg is het verwerven van inzicht in de vraag naar zorg. De onafhankelijke indicatiestelling zorgt voor registratie van alle hulpvragen en met die kennis – zoveel procent van de jeugd heeft autisme, een lichte verstandelijke beperking of ambulante jeugdzorg nodig – is het mogelijk op regionaal en nationaal niveau een sluitend aanbod te organiseren. De registratie levert ook de kennis voor andersoortige beleidsinterventies, bijvoorbeeld preventie. Het is echter de vraag of men deze kennisverwerving een doel kan noemen van de onafhankelijke indicatiestelling, het is eerder een (nuttig) bijproduct.

‘Onafhankelijkheid’ en ‘objectiviteit’ zijn geen doelen. Het zijn eisen die gesteld worden aan de indicatiestelling. In alternatieve verdelingsystemen zouden ze waarschijnlijk niet terugkomen. Dat ligt anders voor ‘integraliteit’, de derde eis aan de indicatiestelling. Integraliteit wordt sinds de jaren negentig altijd en overal als doel op zich geformuleerd. De wens daarbij is dat de zorgvragen van een cliënt niet per stuk worden bekeken, maar altijd in combinatie. Dat moet om te beginnen binnen een sector, bijvoorbeeld de AWBZ, maar vervolgens liefst ook voor alle andere zorgsectoren gezamenlijk. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid streeft met haar definitie van de onafhankelijke indicatiestelling uit 1994 die totale integraliteit na.

Samengevat: de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling wordt ingesteld omdat ze moet bijdragen aan twee hoofddoelen:

- een betere verdeling van de zorg, door een omslag van aanbodssturing naar meer vraagsturing;
- een positieversterking van de cliënt.

Met als nevendoelen:

- één toegang
- zorg op maat
- kennisverwerving van de vraag
- integraliteit.

De onafhankelijke indicatiestelling moet in de eerste plaats beoordeeld worden op realisatie van deze doelen. Bij die beoordeling dient uiteraard ook gekeken te worden naar eventuele (ongewenste) bij-effecten. Voor een finaal oordeel – wel of niet doorgaan met de onafhankelijke indicatiestelling? – kunnen uiteraard de doelen weer ter discussie gesteld worden.

Een complicatie is dat de onafhankelijke indicatiestelling in de praktijk uiteenlopende vormgevingen krijgt, die ook weer verschillend presenteren.

Hoe? De vormgeving van de indicatiestelling

In den beginne is de onafhankelijke indicatiestelling alleen een definitie op papier. Ze moet in de praktijk vanuit het niets opgebouwd worden. Vanaf midden jaren negentig worden in de drie sectoren verschillende indicatiesystemen ingevoerd en in hoog tempo ook steeds weer aangepast, met per sector weer andere variaties, afhankelijk van de omstandigheden. In een periode van tien jaar is met heel wat varianten ervaring opgedaan. De hoofdmodellen zijn hier op een rijtje gezet, gerangschikt op aflopende mate van onafhankelijkheid.

A – Een onafhankelijke commissie die toetst op basis van uniforme, objectieve landelijk vastgestelde criteria en procedures. Dit is het model zoals bedoeld in 1994 door de NRV. Het is gebruikt, in uiteenlopende variaties van perfectie, voor de AWBZ (periode 2005-2009, uitvoerder ClZ) en het speciaal onderwijs (vanaf 2003, uitvoerder Cvl). Bureau Jeugdzorg toetst wel onafhankelijk, maar niet op basis van uniforme, landelijk vastgestelde criteria. De indicatiebeslissing varieert van een eenvoudig ja/nee tot meer handelingsgericht. De informatie over de cliënt en zijn hulpvraag moet aangeleverd worden en zorgt dus voor papierwerk. Dat kan slim worden ingeperkt, maar een restant bureaucratie is de onvermijdelijke keerzijde van onafhankelijkheid, objectiviteit en transparantie.

B – Een onafhankelijke commissie die de indicatiestelling overlaat aan professionals en zorginstellingen, maar wel op basis van uniforme, objectieve landelijk vastgestelde criteria, en met controle op die indicatie achteraf door de commissie. In de AWBZ is sinds 2006 een

begin gemaakt met deze mandatering; een forse uitbreiding is aangekondigd door de staatssecretaris (TK 2009/2010a). Ruwweg wordt de eenvoudige zorg gemandateerd en blijft de complexe zorg bij het CIZ. Er is tevredenheid over lopende experimenten. Twee denkwijzen worden hier gecombineerd: die van het professionele oordeel op basis van een zorgrelatie met een cliënt, en die van onafhankelijkheid en objectiviteit. In hoeverre hier het onmogelijke gecombineerd wordt is de vraag. Een deel van de bureaucratie blijft, om controle achteraf mogelijk te maken.

C – Een onafhankelijke commissie die toetst op basis van uniforme, objectieve landelijk vastgestelde criteria en procedures, maar met gebudgetteerde zorgverlening. Dat was de startfase van de AWBZ, totdat in 2000 een rechter vonniste dat een positieve indicatie een recht op zorg oplevert. Dat betekent dat een onafhankelijke indicatiestelling altijd samengaat met een open-eind-financiering en dat kostenbeheersing alleen kan via pakketverkleining (zoals in 2009 gebeurd is in de AWBZ).

D – Zorgbudgettering in combinatie met een afhankelijke indicatiecommissie die alle vrijheid heeft, dus beslist op basis van eigen criteria. Dit model is in gebruik in het speciaal basisonderwijs (vanaf 1998 tot heden; uitvoering WSNS-PCL). Hier is ruimte voor het professionele oordeel, in dit geval clusters van scholen, maar dan ingekaderd door een zorgplicht en eigen financiële verantwoordelijkheid. Dat laatste is belangrijk: de consequentie van de indicatiebeslissing (wel of geen zorg, en welke zorg) wordt zelf gedragen. In dit model is het mogelijk minimale eisen te stellen aan werkwijze en criteria.

E – Het huisartsenmodel: een eerstelijnsprofessional met een directe relatie tot de cliënt, die op basis van een professioneel oordeel hulp aanbiedt dan wel doorverwijst. Dit model bestaat niet, maar wordt inmiddels veel bepleit, onder andere in de jeugdzorg (demissionair minister Rouvoet en een parlementaire werkgroep). Daar zou het een nieuwe functie zijn: een (*general*) *practitioner* als hulpverlener en toegangsverlener tot vervolgzorg à la de huisarts. Enkele hbo's werken aan de oprichting van een dergelijke nieuwe opleiding. In eerstelijnszorgcentra kunnen toegangverleners voor meerdere sectoren bij elkaar zitten. Dit model is te combineren met meer of minder standaardisering van de indicatie, zoals ook huisartsen op

basis van protocollen en richtlijnen werken. Dit kan oplopen tot volledige standaardisering inclusief toezicht door een onafhankelijke commissie.

F – Een combinatiemodel: de zorgvragers met lichtere problemen worden geïndiceerd door en krijgen direct hulp van eerstelijnszorgverleners (al dan niet de nieuwe *practitioners*), en de zware gevallen worden doorverwezen voor indicatie door een onafhankelijke commissie op basis van landelijk vastgestelde criteria. Dit model komt dicht in de buurt van model B. Voor het speciaal onderwijs is dit model wel gepropageerd (Van Rijswijk en De Greef 2007).

Resultaten

Een eerlijke beoordeling op resultaten is niet eenvoudig. De verschillende varianten hebben niet lang gedraaid. Bovendien werden ze gehinderd door invoeringsgebreken. Dat laatste geldt met name voor de onderwijszorg. Daar werd de onafhankelijke indicatiestelling partieel ingevoerd, terwijl er geen duidelijke grenslijn was. Bovendien leidde hier de introductie van keuzevrijheid, in de vorm van de rugzak, tot een run op de geïndiceerde zorg. In de jeugdzorg werden hulpverleners opeens indicatiestellers. In alle drie de sectoren ontbraken bij de start de juiste criteria, protocollen en standaarden en dat heeft voor veel ellende gezorgd, met name veel papierwerk en lange doorlooptijden. Gaandeweg wonnen de procedures aan scherpte en snelheid. Verdere vereenvoudiging is nog steeds gaande.

Dat als kanttekening. Hoe doet de onafhankelijke indicatiestelling het op haar hoofddoelen: meer vraagsturing en een sterkere positie voor de cliënt, en leidt dat tot betere zorg tegen aanvaardbare kosten?

Een eerste maat daarvoor zijn de tevredenheidsonderzoeken onder cliënten, zorgverleners en zorgaanbieders.

- Over de indicatiestelling voor de AWBZ en de geïndiceerde zorg zijn cliënten en cliëntenorganisaties tevreden (rapportcijfer 7,5), zo bleek uit een groot onderzoek uit 2006 (Jedelloo en Schrijvers 2007; Bellemakers et al. 2007). De voornaamste kritiek is dat het niet eenvoudig is de weg te vinden in de procedure, met name voor ouderen en niet-Nederlandse zorgaanvragers. Klachten moeten echter niet geïnterpreteerd worden als een pleidooi voor afschaffing van de indicatiestelling. Ook de zorgaanbieders zijn

positief. Ze vinden de indicatiestelling onmisbaar, maar pleiten wel voor verdere vereenvoudiging en mandatering (Van Rijswijk en Jedeloo 2007, verwijzend naar NIVEL).

- Een kwalitatieve evaluatie van de indicatiestelling voor het *speciaal onderwijs* onder deskundige betrokkenen levert een lange lijst plus- en minpunten op (Hover 2007). Aan de positieve kant staat de professionalisering van de signalering en diagnose, toename van de uniformiteit, rechtsgelijkheid, transparantie en toegankelijkheid, en een sterke positie van ouders. De minpunten zijn tijdskosten, bureaucratie, labeling, gebrek aan differentiatie van het indicatieadvies, claimgedrag en het individuele karakter van de indicatie dat slecht past bij het collectieve onderwijs. De betrokkenen zeggen dat het onverstandig zou zijn de indicatiestelling af te schaffen. Verbetering is mogelijk en wenselijk. Terugkeer naar het oude monopolie van het professionele oordeel is onwenselijk.
- Voor de *jeugdzorg* is er geen onderzoek naar de waardering van de indicatiestelling alleen, wel naar Bureau Jeugdzorg als geheel. Cliënten (jongeren en ouders) zijn redelijk tot matig tevreden (beiden geven in 2007 als rapportcijfer een 7,0 en in 2008 respectievelijk een 6,7 en 6,5) (BMC 2009). Over de indicatiestelling is wel bekend dat cliënten (en professionals) die als bureaucratisch ervaren. Onderzoekers zijn kritischer over de indicatiestelling, zoals samengevat in de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (bmc 2009). Door de vormgeving is de indicatiestelling altijd een momentopname en dat past niet bij de fluctuerende problematiek van opgroeiende jeugdigen. Het gevaar is dat er te snel gekozen wordt voor een zwaar zorgtraject en dat de kracht van het netwerk wordt onderschat. De hulp is bovendien te veel gericht op het individu en op kortetermijnoplossingen in plaats van op proces en perspectief. Overigens blijkt uit enquêtes door zorgaanbieders dat jeugdigen en ouders positief zijn over de toegewezen zorg; in 2008 was de waardering respectievelijk een 7,5 en een 7,7 (BMC 2009).

Over de hele linie is er dus redelijke tevredenheid over de onafhankelijke indicatiestelling, het meest voor de AWBZ, iets minder voor de onderwijszorg en de jeugdzorg. De tevredenheid geldt zeker voor de cliënten, die echter wel kanttekeningen maken bij de bureaucratische nadelen. Zorgverleners, zorgaanbieders en wetenschappers hebben meer kritiek, en die betreft behalve de administratieve last vooral de kwaliteit van de geïndiceerde zorg.

In alle drie de sectoren is dankzij of ondanks de onafhankelijke indicatiestelling het gebruik van zorg toegenomen. Dit zou men kunnen beschouwen als een succes, namelijk het gevolg van betere vindbaarheid (één toegang) en het boven water halen van onderconsumptie (dankzij vraagsturing). De groei zou echter ook een falen van de onafhankelijke indicatiestelling kunnen zijn als die een gevolg is van overconsumptie, op gang gebracht door de kenbaarheid en de objectieve criteria (claimedrag).

De beoordeling door de betrokken departementen is niet heel positief, omdat de groei van het gebruik voor kostenstijging zorgt. Zoals gezegd is het niet zeker of die groei (deels) is toe te schrijven aan de indicatiestelling. De groei was er voor de invoering ook al, en zou wel eens meer te maken kunnen hebben met algemene trends als toeneemende welvaart, individualisering en toename van medische kennis (diagnose en behandeling). De indicatiestelling heeft de groei niet kunnen stoppen. Die verwachting was ook niet echt onderbouwd.

De Tweede Kamer is na aanvankelijk enthousiasme kritisch vanwege de neveneffecten, met name de bureaucratie. Daarmee reageert de Kamer op signalen van professionals en cliëntenverenigingen.

Het antwoord op de vraag of de onafhankelijke indicatiestelling haar hoofddoelen dient – namelijk de cliënt en zijn hulpvraag centraal stellen en daardoor betere zorg tegen aanvaardbare kosten leveren – kan na dit alles niet eenduidig zijn. Zeker is dat de vraag meer centraal is komen te staan; dat verklaart de redelijke tevredenheid bij cliënten over het indicatiebesluit en de geïndiceerde zorg. De zorgverleners zijn iets minder tevreden, vooral vanwege twijfel over de kwaliteit van de zorg. Over de AWBZ is men positiever dan over de jeugdzorg, er zijn *trade-off's* in de vorm van administratieve lasten, en vraagsturing via indicatie is net zomin als aanbodsturing een garantie voor kostenbeheersing.

De positie van de cliënt is verbeterd door transparantie (objectieve en uniforme procedures), juridische versterking (beroepsmogelijkheden, recht op zorg) en geformaliseerde betrokkenheid. In machtstermen staat de cliënt daarmee sterker (hoewel inmiddels weer verworvenheden worden geschrapt). Of dit bijdraagt aan betere zorg is lastig meetbaar.

Opmerkelijk genoeg heeft de onafhankelijke indicatiestelling niet altijd de zorg op maat geleverd die verwacht zou worden van een verschuiving naar vraagsturing. Dat heeft deels te maken met de gekozen vormgeving, namelijk van een slagboomindicatie (alleen ja of nee). Dat kan ook anders. Het indicatiebesluit van het CIZ voor de AWBZ is een vrij gespecificeerd, op de persoon toegesneden hulpaanbod. Niettemin houdt de onafhankelijke indicatiestelling altijd enige starheid, omdat het besluit op 'afstand' genomen wordt. Ze zorgt uiteindelijk ook niet voor echte vraagsturing. De vraag wordt beoordeeld en vastgesteld door derden, onafhankelijk van aanbieder én vrager.

Integraliteit wordt slechts deels gerealiseerd. Het doel hiervan is hulp te verlenen in samenhang en te voorkomen dat de cliënt van meerdere kanten losse brokjes zorg aangereikt krijgt. Voor zover onafhankelijke indicatiestelling tot centralisatie leidt, is er overzicht over de 'gehele' cliënt en is dus afstemming mogelijk. Dit betreft dan wel altijd een papieren of digitale werkelijkheid, waarbij de context verloren dreigt te raken. Daar waar meer dan één toegang is, zoals in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs, is geen sprake van integraliteit. Van integraliteit die de sectorgrenzen van AWBZ, jeugdzorg en onderwijszorg overschrijdt is helemaal weinig sprake. Dat was wel onderdeel van de oorspronkelijke NRV-definitie van indicatiestelling (zie blz. 9). Het al enige jaren lopende interdepartementale initiatief 'Integraal Indiceren', dat toewerkt naar één toegang en één indicatiestelling (in één 'taal') voor deze drie sectoren, komt niet verder dan proefprojecten. Nu in alle drie de sectoren gekozen is voor decentralisatie of zelfs afschaffing van de onafhankelijke indicatie, raakt integraliteit verder uit zicht.

Reflectie

Deze zoektocht begon in de inleiding met het formuleren van vier vragen. De eerste drie, die naar het waarom, het hoe en de resultaten van de indicatiestelling, zijn nu beantwoord. De vierde vraag – waarom staat de onafhankelijke indicatiestelling nu ter discussie? – is een vraag naar een beoordeling. Daarom volgt nu een reflectie, waarbij wederom de doelen, de vormgeving en de resultaten langskomen.

De doelen

De onafhankelijke indicatiestelling werd opgezaaid met meerdere doelen. Het eerste doel was en is een betere allocatie door een verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing. Dit centraal stellen van de vraag werd vervolgens gecombineerd met een tweede doel, namelijk het centraal stellen van de vrager. Er moest een 'positieversterking' komen van de cliënt ten opzichte van de zorgverlener. Daarbij hoorden beroepsmogelijkheden en vervolgens ook het recht op zorg. Het is waar dat de verhouding zorgverlener/cliënt is veranderd en dat er andere omgangsvormen en -regels gelden, maar de vraag is of de invalshoek van een 'positieversterking' wel bij de zorg past. Het suggereert macht en tegenmacht. In de zorg gaat het echter idealiter niet om een gevecht, maar om een relatie. Die relatie is bijna per definitie ongelijk (bv. het verschil in kennis), en die ongelijkheid moet niet worden opgeheven maar erkend en werkbaar worden gemaakt. Vertrouwen is daarbij de basis, meer dan juridische garanties (zei o.a. Van Montfoort 2004).

Recht op zorg is ook om andere redenen problematisch. Het lokt namelijk claimgedrag uit: 'Ik voldoe aan de criteria, dus ik ga het ophalen.' Tegelijkertijd is het logisch dat iemand die positief geïndiceerd wordt op objectieve criteria door een onafhankelijk orgaan ook passende zorg mag verwachten. En dat als die niet komt, iemand die kan opeisen. Bij onafhankelijke, objectieve indicatiestelling hoort een recht op verzilvering. Uit het oogpunt van kostenbeheersing is dat riskant. Dat impliceert dat het, in ieder geval om deze reden, verstandig lijkt de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling te beperken tot de 'zware' zorg. Daarbij moet bedacht worden dat (gedeeltelijke) afschaffing van het recht op zorg als risico heeft dat er wachtlijsten ontstaan.

Als onderdeel van een politiek debat over de inrichting en kwaliteit van de publieke dienstverlening was in de jaren negentig de keuze voor vraagsturing en positieversterking van de cliënt ook een ideologische. Dat is niet verkeerd, maar het maakt die keuze wel kwetsbaar voor kritiek; daarover straks meer. Impliciet bleef dat de wijziging van de toegang ook moest zorgen voor beheersing van de kosten, door een rem te zijn op de groei. Op deze informele doelstelling wordt de onafhankelijke indicatiestelling wel voortdurend afgerekend.

De vormgeving

De systematiek van de onafhankelijke indicatiestelling is gebaseerd op uitgangspunten als 'rationaliteit', 'controle' en 'wantrouwen'. Het zijn begrippen die in het politieke klimaat van de jaren negentig passen (*'public management'*) en minder in die van de jaren nul, waar juist termen als 'vertrouwen' en 'professioneel oordeel' populairder zijn. Ook hier geldt dat ideologische keuzes gevoelig zijn voor veranderende politieke modes.

De onafhankelijke indicatiestelling is vanaf het begin een zoektocht naar de juiste vorm. Wat zich wreekt is dat iets nieuws niet eerst in een proef is uitgetoet, maar meteen is uitgerold over het hele land. Dat is duur, minder flexibel en risicovoller. Uiteindelijk keert zich dat tegen de vernieuwing zelf. De problemen van de aanlooperperiode hebben een sterk stempel op de acceptatie gedrukt.

De indicatiestelling voor zowel de AWBZ, de jeugdzorg als het speciaal onderwijs is gemodelleerd naar de definitie van de NRV (zie blz. 9). Bij de start is te weinig rekening gehouden met de verschillen tussen de sectoren. Zo is het zeer de vraag of het collectieve karakter van onderwijs zich wel leent voor het op het individu gerichte systeem van de onafhankelijke, objectieve indicatiestelling. Een beslissing over de zorg zou immers rekening moeten houden met 'de kwaliteit' van de klas en de school. Ook tussen AWBZ en jeugdzorg bestaan grote verschillen. Na tien jaar experimenteren en aanpassen zie je die verschillen nu terug in de toegangssystemen: decentralisatie en mandatering voor de AWBZ, een (mogelijke) knip tussen eerste- en tweedelijns hulp voor de jeugdzorg, en afschaffing voor het speciaal onderwijs.

De verwachtingen van de onafhankelijkheid, objectiviteit en integraliteit van de gedroomde indicatiestelling blijken te hoog. *Onafhankelijkheid* zou de kwaliteit van het aanbod verbeteren. Dat blijkt echter niet zonder 'kosten' te gaan. Onafhankelijkheid vraagt om afstand, en afstand leidt tot verlies aan kennis over de cliënt en flexibiliteit in aanbod. Op dit moment is in de drie sectoren weer een beweging zichtbaar naar nabijheid, onder andere door mandatering. De indicatiestelling voor de awbz wordt deels in handen gelegd van zorgaanbieders en -verleners, die natuurlijk helemaal niet onafhankelijk zijn. Hetzelfde gebeurt bij jeugdzorg en speciaal onderwijs. Zo wordt

kwaliteitswinst op het ene punt ingeruild tegen verlies op het andere, en weer terug.

Dat geldt ook voor de *objectiviteit*. Objectieve criteria zijn een ongevoelbare puzzel waar veel onderzoekers een goede boterham aan verdienen. Het is een poging de weerbarstige werkelijkheid te categoriseren. Door toegenomen kennis van 'ziekten' en diagnoseverbetering komt men een heel eind. De handboeken indicatiestelling zijn na tien jaar enorm verfijnd en de formulieren heel precies, maar uiteindelijk blijft er ruimte nodig voor een afwijkend oordeel van de indicatiesteller. Bij een slechthorend kind kan men een harde grens stellen – zoveel dB aan gehoorverlies betekent wel of geen zorg – maar een intelligent kind of een kind met actieve ouders kan meer met minder gehoor dan een kind dat niet in zulke omstandigheden verkeert. Volledige objectiviteit is dus niet wenselijk. Tegelijkertijd is er met de geobjectiveerde kennis, en de dwang daar notie van te nemen, door de komst van de objectieve indicatiestelling kwaliteit toegevoegd aan de professionele signalering en diagnose. Dat is althans in het onderwijs het geval (Hover 2007), terwijl in de jeugdzorg juist aan het licht is gekomen dat die kwaliteit ontbreekt (Van Yperen 2007; zie ook het rapport van de Parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg 2010).

Integraliteit is een enorm hindernissenparcours gebleken, zowel binnen sectoren als tussen sectoren. Ook hier is veel onderzoekstijd in geïnvesteerd. Het verlangen naar integraliteit is begrijpelijk, zowel vanuit het oogpunt van bureaucratie (cliënten die van de ene naar de andere indicatiesteller moeten hoppen) als vanuit kwaliteitsoogpunt (in deeltjes opgeknipt zorgaanbod kan niet wenselijk zijn). Maar niet alleen de praktijk is weerbarstig, ook andere beleidswensen zitten in de weg. Sinds de trend is ingezet van centraal naar decentraal indiceren, verschuift de integraliteit weer achter de horizon. Tenzij het mogelijk is van alle professionals – of in ieder geval van de eerste-lijnsprofessionals – generalisten te maken. De opleidingen kunnen wellicht hun voordeel doen met de opgedane kennis over indiceren in samenhang. Het zou goed zijn professionals te leren over de randen van hun vakgebied heen te kijken en hun vakgebied te relativiseren. Dat is misschien een betere weg om tot meer integraliteit te komen dan wanneer die van bovenaf opgelegd is. Nog afgezien van de vraag in welke mate integraliteit een wenselijk doel is (RMO 2008).

Zeer bepalend voor het imago van de onafhankelijke indicatiestelling is het onvermijdelijke papierwerk. Uit een serie onderzoeken in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken blijkt dat de administratieve last voor professionals in praktijk meevalt en het aandeel van indicatiestelling daarbinnen beperkt is. Het gaat vooral om een ervaringsprobleem. Als dat leidt tot frustratie, ziekte en leegloop is er echter wel degelijk ook een reëel probleem. De verklaring voor de beleving van bureaucratie bij de indicatiestelling zou kunnen liggen bij het verlies aan eigenaarschap en betekenis van het werk (Noordegraaf en Sterrenburg 2009a en 2009b). Interessant is de vraag of de mandatering naar de hulpverleners in de AWBZ hier iets aan kan verbeteren.

De kritiek op de indicatiestelling door zorgverleners heeft soms het karakter van 'het is niet goed of het deugt niet'. Bijvoorbeeld: als het indicatiebesluit heel precies de hulp voorschrijft, is het bezwaar dat hij star is; als het indicatiebesluit alle ruimte laat en alleen een 'ja' of 'nee' geeft, is de verzuchting dat het besluit geen handelingsperspectief biedt.

De resultaten

De impliciete veronderstelling bij veel kritiek op de onafhankelijke indicatiestelling is dat de professionals en instellingen het sowieso beter doen. Daarmee wordt voorbijgegaan aan de resultaten van de onafhankelijke indicatiestelling, die helemaal niet zo slecht zijn, zeker als ze beoordeeld wordt op haar hoofddoel (zie blz. 39). Maar ook wordt vergeten waarom begin jaren negentig alom de noodzaak werd gezien de toegangsbeslissing weg te halen bij de zorgverleners. De professionele autonomie leidde tot verkeerd en te veel aanbod. Zoals een ambtelijke taskforce vaststelde: men verwees vooral naar zichzelf (TK 1994/1995). De ideologie van de jaren negentig stootte vervolgens de zorgverlener van zijn voetstuk, in de verzakelijking van die tijd werd hij als kostenpost gezien die geketend moest worden. In de jaren nul echter werd hij weer de kern van de zorg, die bevrijd moest worden. Iedere hulpverlener heet nu een 'professional', welke term geldt als een kwaliteitskeurmerk. Inmiddels dient zich weer een nieuwe wending aan. Nu wordt de zorg als zodanig gerelativeerd. De cliënt is weliswaar hulpvragend maar niet hulpeloos, en moet aangesproken worden op zijn 'eigen kracht', waar ook de omgeving bij hoort (RMO en RVZ 2008; het is de filosofie van de Wmo; zie ook

Rouvoet in zijn visie op de reorganisatie van de jeugdzorg, waarin de term 'eigen kracht' 30 keer voorkomt (programmaministerie voor Jeugd en Gezin 2010). Deze nieuwe visie heeft de wind in de rug van de groeiende zorgvraag en de stijgende kosten. De 'professionaliteit' van de zorgverlener zit niet in het toelaten tot de zorg, maar juist in het weren: de cliënt moet op eigen benen (leren) staan. Dit betekent niet dat 'de zorg' zich terugtrekt, integendeel: ze moet juist overal en veel eerder aanwezig zijn om te voorkomen dat kleine problemen uitgroeien tot grote problemen. Preventie is het sleutelwoord, en de verwachting is dat de stijging van de zorgvraag hierdoor – eindelijk – gekeerd kan worden. Die verwachting is echter, net als in de jaren negentig bij de switch van aanbod- naar vraagsturing, op weinig meer gebaseerd dan hoop. Preventie is onvermijdelijk massaal en ongericht en daardoor kostbaar, ze zuigt velen het systeem in en kan door de signaleringsfunctie – elk 'pijntje' is nu het mogelijke begin van meer – een glijbaan zijn naar meer en duurdere zorg.

Voor de laatste twee, meer fundamentele kanttekeningen moeten we terug naar het begin. Het is de vraag of de allesbepalende definitie van de NRV uit 1994 niet een grote bezweringsformule was. Ten behoeve van een ideaal verdelingssysteem werden in woorden de problemen bezworen en de wensen vervuld. In de definitie klopte alles en de werkelijkheid moest daar naar worden omgebogen: 'Gij zult onafhankelijk, objectief en integraal zijn.' Dat is utopisch denken. Het ene sovjetmodel werd door het andere vervangen. Vervolgens is een op organisatiekunde, technologie en zorgwetenschap gebaseerde constructie van enorme omvang en ingewikkeldheid over de sectoren gelegd – zie alleen al de AWBZ met 1 miljoen indicaties per jaar. Des te opmerkelijker is het dat het systeem eigenlijk behoorlijk goed werkt. Dat is het gevolg van vele en snelle aanpassingen van het model aan de praktijk. De werkelijkheid bleek sterker. Natuurlijk wordt er gemopperd en geklaagd. Maar elk verdelingsmechanisme is gehouden tot het onmogelijke. Dus zijn klachten onvermijdelijk.

Niettemin is de vraag die hierop volgt: zijn er andere manieren mogelijk om de gewenste doelen – met als belangrijkste: goede zorg tegen redelijke kosten – te realiseren? Het antwoord valt buiten de opdracht van deze zoektocht, maar het stellen van de vraag is nodig ter relativering van de nu gebruikte indicatiesystemen.

Slot

Als hulp bij beantwoording van die laatste vraag tot slot een paar handvatten.

- De zoektocht naar het ideale toelatingssysteem heeft een aantal modellen opgeleverd – zie blz. 40 e.v. – die van nut kunnen zijn bij het nadenken over alternatieven. Van allereerste belang is het om rekening te houden met verschillen tussen sectoren. Vervolgens is het verstandig om bewust te zijn van de ideologische mode.
- De toelating weer geheel in handen leggen van professionals is een terugkeer naar de aanbodssturing van twintig jaar geleden en gezien de problemen van toen niet verstandig; het is bovendien ook niet realistisch, gezien de veranderde verhouding tussen professionals en cliënten.
- De winst van de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling is dat de hulpvraag het uitgangspunt is; daar liggen ook de nadelen.
- Een mogelijke uitweg ligt in het midden. Een onafhankelijke indicatie voor alles is een te zwaar middel; daarom is een splitsing wenselijk tussen 'lichte' en 'zware' zorg, waarbij alleen de laatste onafhankelijk en objectief wordt geïndiceerd. Dat vereist selectie in de eerste lijn. Daarmee wordt een deel van de problemen verplaatst, want wie doet die selectie en hoe en op basis van welke criteria? Het geïdealiseerde model is dat van de gezondheidszorg met de huisarts in de eerste lijn. Dat vereist hoogopgeleide *practitioners*. Die zijn er nu niet in de *care-sector*. Daarom ligt voorlopig het antwoord bij mandatering onder toezicht van een onafhankelijke commissie.
- En dit alles, het zij nogmaals gezegd, rekening houdend met sectorale verschillen. Het is misschien niet verstandig om diensten die collectief worden geconsumeerd – zoals onderwijs – via onafhankelijke, objectieve indicatiestelling te verdelen.
- De term 'professional' wordt tegenwoordig gebruikt voor bijna elke hulpverlener. Dat is misschien terecht, gezien wat er van hem of haar verlangd wordt, maar de term stelt wel eisen, aan de opleiding en aan de beroepsgroepen. Die laatste moeten kwaliteitsstandaarden opstellen, inclusief toetsing en tuchtrecht.
- Bij alles gaat het om de combinatie van goede zorg en beheersing van de kosten. Niet het een of het ander, maar de combinatie – zonder dat heeft geen enkel systeem overlevingskansen.

Geïnterviewden

Jos Baecke en Caroline Mobach, adviseurs Bureau BMC, Amersfoort; auteurs van het *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg (2009)*.

Rinske Gonggrijp, secretaris Evaluatie- en Adviescommissie Passend Onderwijs (ECPO); secretaris van de in 2008 opgeheven Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LTCl), de toezichthouder op de indicatiestelling in het speciaal onderwijs.

Robbert Huijsman, directeur Kenniscentrum Centrum Indicatiestelling Zorg (ClZ) en hoogleraar integraal zorgmanagement, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Annemarie Juli, oud-beleidsmedewerker van het ministerie van Onderwijs; eind jaren negentig en begin 2000 wegbereider van Weer Samen Naar School (WSNS); algemeen directeur OSG Schoonoord, Zeist.

Adri van Montfoort, adviseur en onderzoeker jeugdzorg bij Bureau van Montfoort; lector jeugdzorg en jeugdbeleid aan de Hogeschool Leiden.

Mirko Noordegraaf, hoogleraar publiek management, Departement Bestuurs- en Organisatiewetenschap (USBO), Universiteit Utrecht.

Guus Schrijvers, hoogleraar Public Health Universiteit Utrecht, onderzoeker en adviseur indicatiestelling AWBZ

Bauk van Wijk, intern begeleider Openbare basisschool Leonardo da Vinci, Amsterdam

Medewerkers Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam.

Literatuurlijst

Bellemakers C. et al. (2007). *Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ*. Utrecht: Julius Centrum UMC.

BMC (2006). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*. Leusden: BMC.

BMC (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. Amersfoort: BMC.

CPB (2009a). *Zorg om leerlingen. Een blik op beleid, aantal en kosten jonge zorgleerlingen*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB-document 192).

CPB (2009b). *Jaarboek onderwijs in cijfers 2009*. Den Haag: Centraal Planbureau.

ECPO (2009). *Advies. Op weg naar passend onderwijs*. Den Haag: Evaluatie- en Adviescommissie Passend Onderwijs.

EK (2001). *Beantwoording vragen vaste commissie voor VWS d.d. 20-4-2001, Lijst A, vragen over de inhoud van beleid*. Eerste Kamer.

Greef, E.E.M., de en C.M. van Rijswijk (2006). *De groei van de deelname aan cluster 4. Opvattingen over oorzaken en groeibeperkende maatregelen*. Den Haag: Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI).

Hover, C. (2007). *Indicatiestelling revisited*. Den Haag: Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI).

Inspectie van het Onderwijs (2009). *De kwaliteit van het speciaal basisonderwijs*.

Jedeloo, S. en A.J.P. Schrijvers (2007). *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgaanvragers*. Utrecht: Julius Centrum UMC.

LCTI (2006). *Mogelijkheden voor de beheersing van de groeiende deelname aan het speciaal onderwijs/leerlinggebonden financiering, in het bijzonder in cluster 4*. Den Haag: Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI).

Landelijke cliëntenorganisaties(2009) *Kwaliteitsdocument Indicatiestelling*. CG-Raad, LOC, CSO, Platform VG, Mezzo, landelijk Platform GGz, PerSaldo, NPCF.

Meijer, C.J.W. (red.) (2004). *WSNS welbeschouwd*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

MOgroep Jeugdzorg (2007). *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht.

Montfoort, A. J. van (2004). Vraaggericht werken? Drie modellen voor de relatie hulpverlener-cliënt. In: *Sociale Interventie*, jg. 13 nr. 1.

Montfoort, A.J. van (2007). Specifiek jeugdbeleid en jeugdzorg. In: P.A. H. van Lieshout e.a. (red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugd-beleid*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR).

NRV (1994). *Indicatiestelling en zorg op maat*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

NIVEL (2007). *Indicatiestelling voor AWBZ-zorg, sector verpleging, verzorging en thuiszorg*. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Noordegraaf, M. en J. Sterrenburg (2009a). Administratieve lasten voor publieke professionals: ficties en feiten. In: T. Jansen e.a. (red.), *Beroepstrots. Een ongekende kracht*. Amsterdam: Boom.

Noordegraaf, M. en J. Sterrenburg (2009b). Publieke professionals en verantwoordingsdruk. In: M. Bovens en T. Schillemans (red.). *Handboek Publieke Verantwoording*. Den Haag: Lemma.

Parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag.

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2010). *Perspectief voor jeugd en gezin*.

Rijswijk, C.M. van en E.E.M. de Greef (2007). De toegang tot speciale onderwijszorg. In: C.M. Rijswijk en I.A. van Berckelaer-Onnes (red.), *Indicatiestelling in onderwijs en zorg. Hoeksteen of obstakel?* Amsterdam: Boom.

RMO (2008). *De ontkokering voorbij*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

RMO en RVZ (2008). *Versterking voor gezinnen*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Schrijvers, A.J.P. en S. Jedeloo (2007). Indicatiestelling in de awbz-zorg voor jongeren. In: C.M. Rijswijk en I.A. van Berckelaer-Onnes (red.), *Indicatiestelling in onderwijs en zorg. Hoeksteen of obstakel?* Amsterdam: Boom.

Smeets, E.F.L. en J. Rispens (2008). *Op zoek naar passend onderwijs. Overzichtstudie van de samenhang tussen regulier en speciaal (basis) onderwijs*. Nijmegen: its.

TK (1994/1995). *Gehandicaptenbeleid. Meerjarenprogramma 1995-1998*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24170, nr. 2.

TK (1995/1996). *Indicatiestelling in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24608, nr. 1.

TK (1996/1997). *Indicatiestelling in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 24608, nr. 3.

TK (2001/2002). *Wet op de jeugdzorg*. Memorie van Toelichting. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001/2002, 28168, nr. 3.

TK (2006/2007). *Wijziging van de wet op de expertisecentra (etc)*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006/2007, 27728, nr. 98.

TK (2009/2010a). *Toekomst AWBZ*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 30597, nr. 116.

TK (2009/2010b). *Passend Onderwijs*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 31497, nr. 17.

Yperen, T.A. van (2007). Indicatiestelling in de jeugdzorg. In: C.M. Rijswijk en I.A. van Berckelaer-Onnes (red.), *Indicatiestelling in onderwijs en zorg. Hoeksteen of obstakel?* Amsterdam: Boom.

Vermaas, J. en J. van der Pluijm (2004). *Brede evaluatie WSNS, LGF en AOB. Samenvattend overzicht van de onderzoeksrapporten en reviews*. In opdracht van het ministerie van OCW.

Lijst van afkortingen

AWBZ	–	Algemene wet bijzondere ziektekosten
BJZ	–	Bureau Jeugdzorg
CIZ	–	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	–	Centra voor Jeugd en Gezin
Cvl	–	Commissie voor de Indicatiestelling
EK	–	Eerste Kamer
lom (scholen)	–	leer- en opvoedingsmoeilijkheden
mlk (scholen)	–	moeilijk lerende kinderen
MvT	–	Memorie van toelichting
NRV	–	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
ots	–	ondertoezichtstelling
PCL	–	Permanente commissie leerlingenzorg
pgb	–	persoonsgebondenbudget
REC	–	Regionale Expertise Centra
RIO	–	Regionale indicatieorganen
SIP	–	Standaard Indicatie Protocol
TK	–	Tweede Kamer
VWS	–	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	–	Wet op de arbeidsongeschiktheid
Wajong	–	Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten
WEC	–	Wet op de expertisecentra
Wmo	–	Wet maatschappelijke ondersteuning
WSNS	–	Weer Samen Naar School
WSW	–	Wet sociale werkvoorziening
zmlk (scholen)	–	zeer moeilijk lerende kinderen
zmok (scholen)	–	zeer moeilijk opvoedbare kinderen

Overzicht van uitgebrachte publicaties

Adviezen

Vierde raadsperiode 2009-2012

- 46 Polariseren binnen onze grenzen. (2009)
- 45 De wijk nemen. Een subtiel samenspel van burgers, maatschappelijke organisaties en de overheid. (2009)

In samenwerking met de RVZ. Investeren rondom kinderen. (2009)

Derde raadsperiode 2005-2008

- 44 De ontkokering voorbij. Slim organiseren voor meer regelruimte. (2008)
- 43 Tussen flaneren en schofferen. Een constructieve aanpak van het fenomeen hangjongeren. (2008)
- 42 Vormen van democratie. Een advies over democratische gezindheid. (2007)
- 41 Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen. (2007)
- 40 Inhoud stuurt de beweging. Drie scenario's voor het lokale debat over de WMO. (2006)
- 39 Ontsnappen aan medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming. (2006)
- 38 Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat. (2005)
- 37 Niet langer met de ruggen naar elkaar. Een advies over verbinden. (2005)
- 36 Lokalisering van maatschappelijke ondersteuning. Voorwaarden van maatschappelijke ondersteuning. (2005)

In samenwerking met de RVZ. Versterking voor gezinnen. (2008)

Tweede Raadsperiode 2001-2004

- 35 Eenheid, verscheidenheid en binding. Over concentratie en integratie van minderheden in Nederland. (2005)
- 34 Ouderen tellen mee. Advies aan de Themacommissie Ouderenbeleid van de Tweede Kamer. (2004)
- 33 Mogen ouderen ook meedoen. (2004)
- 32 Toegang tot recht. (2004)
- 31 Sociale veiligheid organiseren. Naar herkenbaarheid in de publieke ruimte. (2004)
- 30 Verschil in de verzorgingsstaat. Over schaarste in de publieke sector. (2004)
- 29 Humane genetica en samenleving. Bouwstenen voor een ander debat. (2004)
- 28 Europa als sociale ruimte. Open coördinatie van sociaal beleid in de Europese Unie. (2004)
- 27 Hart voor Europa. De rol van de Nederlandse overheid. (2003)
- 26 Medialogica. Over het krachtenveld tussen burgers, media en politiek. (2003)
- 25 De handicap van de samenleving. Over mogelijkheden en beperkingen van community care. (2002)
- 24 Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid. (2002)
- 23 Geen woorden maar daden. Bijdrage aan het normen- en waardendebat. (2002)
- 22 Werken aan balans. Een remedie tegen burn-out. (2002)
- 21 Educatief centrum voor ouder en kind. Advies over voor- en vroegschoolse opvang. (2002)
- 20 Levensloop als perspectief. Kanttekeningen bij de Verkenning Levensloop. Beleidsopties voor leren, werken, zorgen en wonen. (2002)
- 19 Van uitzondering naar regel. Maatwerk in het grotestedenbeleid. (2001)
- 18 Aansprekend opvoeden. Balanceren tussen steun en toezicht. (2001)
- 17 Instituties in lijn met het moderne individu. De Sociale Agenda 2002-2006. (2001)
- 16 Kwetsbaar in kwadraat. Krachtige steun aan kwetsbare mensen. (2001)

In samenwerking met ACVZ. Inburgering. (2003)
In samenwerking met ROB. Etniciteit, binding en burgerschap. (2001)
In samenwerking met de Onderwijsraad. Samen naar de taalschool.
(2001)

Eerste raadsperiode 1997-2000

- 15 Ver weg en dichtbij. Over hoe ICT de samenleving kan verbeteren.
(2000)
- 14 Van discriminatie naar diversiteit. Kanttekeningen bij de
Meerjarennota Emancipatiebeleid 'Van vrouwenstrijd naar
vanzelfsprekendheid'. (2000)
- 13 Wonen in de 21^e eeuw. (2000)
- 12 Alert op vrijwilligers. (2000)
- 11 Ongekende aanknopingspunten. Strategieën voor de aanpassing
van de sociale infrastructuur. (2000)
- 10 Aansprekend burgerschap. De relatie tussen organisatie van het
publieke domein en de verantwoordelijkheid van burgers. (2000)
- 9 Nationale identiteit in Nederland. (1999)
- 8 Arbeid en zorg. Reactie op de kabinetsnota 'Op weg naar een
nieuw evenwicht tussen arbeid en zorg'. (1999)
- 7 Integratie in perspectief. Advies over integratie van bijzondere
groepen en van personen uit etnische groeperingen in het
bijzonder. (1998)
- 6 Verantwoordelijkheid en perspectief. Geweld in relatie tot waarden
en normen. (1998)
- 5 Uitsluitend vrijwillig!? Maatschappelijk actief in het
vrijwilligerswerk. (1997)
- 4 Kwaliteit in de buurt. (1997)
- 3 Werkloos toezien. Activering van langdurig werklozen. (1997)
- 2 Stedelijke vernieuwing. (1997)
- 1 Vereenzaming in de samenleving. (1997)

In samenwerking met de RVZ. Gezond zonder zorg. (2000)
In samenwerking met de RVZ. Verslavingszorg herijkt. (1999)
In samenwerking met de RVZ. Zorgarbeid in de toekomst. (1999)
In samenwerking met de Onderwijsraad. Voorschools en buiten-
schools. (1998)

Onderzoeken

- Indiciestelling: Omstreden toegang tot zorg. J. van der Meer (2010)
- Uit de koker van. Praktijken van verkokering en ontkokering. RMO/VOM (red.)(2010)
- Stem geven aan verankering. RMO(red.). (2009)
- Beperkt maar niet begrensd. RMO (red.). (2009) Webpublicatie.
- Bericht van de werkvloer. J.van der Meer. (2009) Webpublicatie.
- Polarisatie. Bedreigend en verrijkend. RMO (red.). (2009)
- Verkenning participatie: Arbeid, vrijwillige inzet en mantelzorg in perspectief. RMO (red.). (2008)
- Levensvraagstukken: de sociale context van ongewenste zwangerschappen en van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. (2008)
- 30 Plannen voor een beter Nederland. De sociale agenda. K. van Beek en Y.Zonderop (red.). (2006)
- Opbrengsten van sociale investeringen. I. Doorten en R. Rouw (red.). (2006)
- Eigen verantwoordelijkheid: bevrijding of beheersing? R. Ossewaarde. (2006)
- Democratie voorbij de instituties. Vooronderzoek van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2006)
- Horizontale verantwoording bij ZBO's en agentschappen. T. Schillemans. (2005)
- Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen. D. Graas en R.Janssens. (2005)
- Gezin anno nu. M. Distelbrink, N. Lucassen en E. Hooghiemstra. (2005)
- Tussen vangnet en trampoline. Over de inzet van publieke middelen voor participatie en zekerheid. H.Adriaansens, K. van Beek en R. Janssens. (2005)
- Preventiebeleid. Een verkennende achtergrondstudie. R. Torenvlied en A. Akkerman. (2005)
- Over insluiting en vermijding. Twee essays over segregatie en integratie. J. Uitermark en J.W. Duyvendak; P. Scheffer. (2004)
- "Nee, ik voel me nooit onveilig". Determinanten van sociale veiligheidsgevoelens. H. Elffers en W. de Jong. (2004)
- Ouderen en maatschappelijke inzet. K. Breedveld, M. de Klerk en J. de Hart. (2004)

- Financiële prikkels voor werknemers bij uittreding. I. Groot en A. Heyma. (2004)
- Sociale veiligheid vergroten door gelegenhedenbeperking: wat werkt en wat niet? K. Wittebrood en M. van Beem. (2004)
- Inburgering. Educatieve opdracht voor nieuwkomer, overheid en samenleving. (2003)

Publicaties van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling zijn te downloaden via www.adviesorgaan-rmo.nl

De onafhankelijke indicatiestelling staat onder druk. Het zou te bureaucratisch zijn en de relatie tussen cliënt en hulpverlener frustreren. Maar waarom was de indicatiestelling ook al weer in het leven geroepen?

In *Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg* legt Jelle van de Meer in opdracht van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling de achtergronden van indicatiestelling bloot. Wat was de achterliggende motivatie? Hoe heeft ze op verschillende terreinen (AWBZ, jeugdzorg, speciaal onderwijs) gestalte gekregen? En waarom staat ze nu ter discussie? Het onderzoek biedt een genuanceerd overzicht van valkuilen en kansen en roept op de discussie weloverwogen te voeren.

Jelle van der Meer is journalist en publicist. Hij schreef eerder voor de RMO: *De zucht naar samenhang. Verkokering en ontkokering in het jeugd-beleid en het grotestedenbeleid* (2008).

De Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) is de adviesraad van de regering en het parlement op het terrein van participatie van burgers en stabiliteit van de samenleving. De RMO werkt aan nieuwe concepten voor de aanpak van sociale vraagstukken.

raad voor maatschappelijke ontwikkeling



ISBN 978-90-77758-20-5



9 789077 758205

