

Beslissen in het bureau jeugdzorg

*Bronnenstudie, beslismodel en een samenhangend
instrumentarium*

Utrecht, januari 2004
NIZW Jeugd

Karin Eijgenraam
Mariska van der Steege
Janneke Metselaar

© 2004 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Karin Eijgenraam

Mariska van der Steege

Janneke Metselaar

NIZW Jeugd voert het project Ontwikkeling samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg uit samen met de bureaus jeugdzorg Utrecht, Drenthe en Limburg in opdracht van Stichting Steunfonds Pro Juventute.

Dit rapport is eveneens te downloaden via www.jeugdzorg.nl.

Meer informatie over het project is te verkrijgen bij:

Karin Eijgenraam (NIZW Jeugd – projectleider): (030) 239 44 43 of k.eijgenraam@nizw.nl

Mariska van der Steege (NIZW Jeugd – projectmedewerker): (030) 239 44 46 of m.vandersteegen@nizw.nl

Inhoud

Inhoud	3
Inleiding	5
Project Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium	6
Samenhang met bredere ontwikkelingen	7
Bronnen en eerste producten	8
DEEL 1 DE BRONNEN	11
1. Beslissen in beleid en praktijk	13
Beslissen in de toeleidingsprocedure	13
Beslissen over doorverwijzingen	16
Indicatiebesluit	21
De rol van de cliënt in het besluitvormingsproces	23
Bouwstenen voor een beslismodel	26
Aandachtspunten bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium... ..	27
2. Theorie en onderzoek over beslissen	29
Rationaliteit van besluitvorming	29
Biases in besluitvorming	30
Betrouwbaarheid van besluitvorming	34
Besluitvormingsmodellen en methoden	34
Bouwstenen voor een beslismodel	37
Aandachtspunten bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium... ..	38
3. Bruikbare modellen	41
De regulatieve cyclus	41
Hypothesetoetsend model	43
Niveaus in motivatie	44
Bouwstenen voor een beslismodel	48
Aandachtspunt bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium	49
DEEL 2 DE EERSTE PRODUCTEN	51
4. Een beslissingsondersteunend model	53
Het bouwplan	53
Aanmelding en acceptatie (stap 1)	61
Analyse (stap 2)	63
Conclusie (stap 3)	67
Advies (stap 4)	69
Plan (stap 5)	71
Uitvoering (stap 6)	72
Evaluatie (stap 7)	72
Herhaling van de cyclus (stap 8 tot en met 13)	73
Tot slot	73
5. Opbouw van een samenhangend instrumentarium	75
Definities	75
Doelen van instrumenten	76
Functies van instrumenten	77

Kwaliteitseisen aan instrumenten	79
Stappenplan voor de opbouw van een samenhangend instrumentarium.....	82
Hoe in het eigen bureau jeugdzorg een instrumentarium opbouwen?	86
Aandachtspunten bij het gebruik van een instrumentarium.....	87
Tot slot.....	87
Literatuur.....	89
BIJLAGEN	97
1. Verantwoording literatuursearch	99
2. De opbouw van een samenhangend instrumentarium	101
a. Instrumenten gekoppeld aan beslismomenten.....	103
b. Matrix ingevuld met instrumenten	111
c. Matrix ingevuld met instrumenten van bureau jeugdzorg Drenthe	112
d. Eerste opzet samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg Drenthe....	113
3. Verklaring afkortingen instrumenten.....	115

Inleiding

Het kopen van een huis is een beslissing die we vaak niet over een nacht ijs nemen. Meestal wegen we de verschillende voors en tegens talloze keren tegen elkaar af. 'Is het huis groot genoeg? Is het de vraagprijs waard? Wil ik in die buurt wonen?' zijn enkele voorbeelden van vragen die een rol spelen bij het nemen van deze beslissing. Bij het starten van een hulpverleningstraject binnen de jeugdzorg nemen een cliënt en een hulpverlener ook talloze beslissingen. Wat is precies het probleem waar de cliënt hulp voor zoekt? Welk hulpaanbod biedt een antwoord op de hulpvraag? Kan de jeugdzorg die hulp bieden? Ook bij deze beslissingen wegen de cliënt en de hulpverlener vele voors en tegens tegen elkaar af en spelen verschillende factoren een rol. Bijvoorbeeld de beschikbare kennis van de hulpverlener over mogelijke hulpvormen en eerdere ervaringen van de cliënt met hulpverlening.

Een al jaren veelgehoorde klacht over de jeugdzorg is dat besluiten niet zo expliciet worden genomen en de afweging van de voors en tegens vaak impliciet blijft. Onderzoek van Knorth (1995) liet enkele jaren geleden bijvoorbeeld zien dat beslissingen over het wel of niet uithuisplaatsen van eenzelfde jeugdige verschilden per hulpverlener. Belangrijk is echter dat deze, voor de cliënt vaak ingrijpende beslissingen, toetsbaar en navolgbaar zijn, zowel voor de cliënt als ook voor bijvoorbeeld collega's en de financier. Van Yperen (2003) stelt dat het vooral de 'argumentatie waarom de cliënt en de hulpverlener denken dat de doelen van de hulp zijn te realiseren met de hulpvormen die worden aangevraagd' de nodige aandacht verdient (p. 17). Duidelijk moet zijn welke alternatieven en keuzemogelijkheden zijn afgewogen en welke argumenten bij de beslissing een rol hebben gespeeld.

Uit een inventariserend onderzoek dat NIZW Jeugd in 2001 uitvoerde bleek dat bureaus jeugdzorg grote behoefte hebben aan een overzicht van instrumenten die hulpverleners kunnen ondersteunen bij de te nemen beslissingen in de toeleidingsprocedure (Eijgenraam, Bothof en Van Yperen, 2001). Een belangrijke eis daarbij is dat de instrumenten (methodische) samenhang vertonen. Ook moet gemakkelijk overgeschakeld kunnen worden van het ene naar het andere instrument. Verder is het van belang dat het instrumentgebruik een betere aansluiting mogelijk maakt in de uitvoering van de zorg, tussen de vrijwillige hulpverleningstrajecten binnen het bureau jeugdzorg en de jeugdbeschermingstrajecten.

Daarop startte het Expertisecentrum Jeugdzorg van NIZW Jeugd in 2002 het project *Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium* voor de bureaus jeugdzorg (kortweg OSI). De bedoeling van dit project is een samenhangend instrumentarium op te bouwen dat hulpverleners ondersteunt bij de te nemen beslissingen in de toeleidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg. Voor u ligt het eerste product van dat project. In deze inleiding schetsen we eerst de opzet, het verloop en de huidige stand van zaken in het project (in december 2003). Daarna volgt doel, doelgroep en opbouw van deze publicatie en tot slot de leeswijzer.

Project Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium

Samen met de bureaus jeugdzorg Utrecht, Drenthe en Limburg ontwikkelt het Expertisecentrum Jeugdzorg van NIZW Jeugd in het project OSI een samenhangend instrumentarium. Aan het in samenhang inzetten van instrumenten ter ondersteuning van het nemen van beslissingen in de toeleidingsprocedure liggen drie vragen ten grondslag.

1. Welke *beslismomenten* zijn er in de toeleidingsprocedure? En welke *vervolgstappen* zijn er mogelijk bij die beslismomenten?
2. Welke *informatie* is er *minimaal* nodig om die beslissing te kunnen nemen?
3. Welke *instrumenten* zijn te gebruiken om die informatie te krijgen en hoe kunnen instrumenten het nemen van deze beslissing ondersteunen?

Zoals te zien is ligt aan de basis van een samenhangend instrumentarium een zogenoemd *beslismodel*. In een beslismodel staan alle mogelijke beslissingen die een hulpverlener binnen het bureau jeugdzorg kan nemen, op logische wijze aan elkaar verbonden, op een rijtje. De eerste fase van het project (tot de zomer van 2003) besteedden we aan het samen met de bureaus jeugdzorg ontwikkelen van een dergelijk beslismodel. Dit beslismodel is als het ware een raamwerk waarbinnen een samenhangend instrumentarium valt op te bouwen. Vanuit verschillende bronnen verzamelden we bouwstenen voor de ontwikkeling van dit beslismodel: praktijk en beleid, theorie en onderzoek uit de besliskunde en enkele relevante theoretische modellen.

Na de zomer maakten we een start met de opbouw van een samenhangend instrumentarium. Daartoe stelden we als eerste een raamwerk op hoe een dergelijk instrumentarium valt op te bouwen. Dus wat zijn precies instrumenten, aan welke kwaliteitscriteria dienen die te voldoen en hoe vallen deze in samenhang te koppelen aan de benodigde informatie en de te nemen beslissingen. Dit resulteerde in een eerste proefversie van een samenhangend instrumentarium waarin bureaus jeugdzorg hun eigen *couleur locale* kunnen aanbrengen. Daarnaast inventariseerden en beschreven we binnen NIZW Jeugd instrumenten die bruikbaar zijn in de toeleidingsprocedure van het bureau jeugdzorg. De bedoeling is dat de beschrijvingen van deze instrumenten in de loop van 2004 in een database komen die te benaderen en te ontsluiten is via het internet.

De bureaus jeugdzorg Drenthe en Utrecht startten met de voorbereidingen van zogenoemde *leergroepen*. Deze leergroepen, bestaande uit uitvoerend medewerkers en stafmedewerkers, ontwikkelen voor beide bureaus jeugdzorg een eigen versie van het samenhangend instrumentarium. Dit doen de deelnemers in uitwisseling en overleg met elkaar, in een proces van voortdurend veranderen en bijschaven, gebruik makend van de kennis en ervaring van de deelnemers, vanuit de verschillende aanwezige invalshoeken en gebruik makend van de beschikbare kennis uit literatuur en onderzoek waarvoor onder andere deze publicatie de basis legt. Leergroepen bestaan uit zes tot acht deelnemers die dagelijks te maken hebben met de uitvoeringspraktijk binnen de twee bureaus jeugdzorg, die enthousiast zijn en bereid te zijn te investeren en te leren van elkaar. In tien bijeenkomsten van 2 tot 2,5 uur ontwikkelen we gezamenlijk een dergelijk instrumentarium waarmee de deelnemers tussen de bijeenkomsten door experimenteren. NIZW Jeugd levert input aan deze

leergroepen vanuit onder ander de beschikbare kennis uit theorie en onderzoek en de beschrijvingen van de instrumenten.

Bureau jeugdzorg Limburg ging in 2003 aan de slag met zogenoemde ontwikkelteams. Het eerste team voor 0 tot 6 jarigen, bestaande uit twee jeugdhulpverleners, twee jeugdbeschermers, een stafid en een kinderarts, ontwikkelt in vier bijeenkomsten een instrument gericht op in het kaart brengen van de beleving van het kind. Dit doen ze aan de hand van concrete casuïstiek. De bedoeling is in 2004 nog drie ontwikkelteams op te starten rond de leeftijden 6-12 jaar, 12-18 jaar en het AMK en de reclassering. Deze ontwikkelteams richten zich voornamelijk op het gebruiken en ontwikkelen van instrumenten om de beleving van de cliënt in beeld te brengen. Advies Van Montfoort ondersteunt het bureau jeugdzorg Limburg hierbij.

Stichting Steunfonds Pro Juventute stelt subsidie beschikbaar voor de uitvoering van het project OSI. Uitgebreidere informatie over het project is te vinden in het projectplan *Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium bureau jeugdzorg* (Eijgenraam, 2002) en in de eerste tussenrapportage (Eijgenraam, Van der Steege en Metselaar, 2003).

Samenhang met bredere ontwikkelingen

Het project OSI staat niet op zichzelf. Het past binnen bredere ontwikkelingen rond de bureaus jeugdzorg die gaande zijn, onder andere in het kader van de Wet op de jeugdzorg. Hieronder benoemen we twee relevante ontwikkelingen: het ondersteuningprogramma jeugdzorg en het referentiewerkmodel bureau jeugdzorg.

Ondersteuningsprogramma jeugdzorg

Om de bureaus jeugdzorg en de zorgaanbieders binnen de jeugdzorg te ondersteunen in de voorbereiding op de Wet op de jeugdzorg die waarschijnlijk vanaf 1 januari 2005 van kracht wordt, startten de MOgroep, NIZW Jeugd en Collegio het afgelopen jaar het *Ondersteuningsprogramma Jeugdzorg* op. Dit ondersteuningsprogramma is goedgekeurd door het Ministerie van VWS, NIZW Jeugd en Collegio voeren het programma uit met een deel van hun jaarlijkse Rijkssubsidie.

In het deel van het ondersteuningsprogramma voor de bureaus jeugdzorg is in 2003 de prioriteit gelegd bij drie thema's:

1. Kwaliteitsverbetering van de indicatiestelling
2. Invulling geven aan casemanagement
3. Cliënt- en vraaggericht werken

Rond deze thema's zijn drie verbetergroepen gevormd bestaande uit functionarissen van verschillende bureaus jeugdzorg. Onder leiding van NIZW Jeugd/Collegio gaan deze groepen aan de slag met het uitwerken van een verbeterplan, het ontwikkelen van oplossingen voor knelpunten in de praktijk, identificeren van *best practices* en het implementeren van verbeteringen. De thematiek van het project OSI ligt dicht tegen bovengenoemde thema's aan. Zoveel als mogelijk worden de ontwikkelingen en producten van de verbetergroepen meegenomen in het beslismodel en het samenhangend instrumentarium.

Referentiewerkmodel bureaus jeugdzorg

Het adviesbureau Ordina kreeg in het voorjaar van 2003 van de ministeries van VWS en Justitie de opdracht de Wet op de jeugdzorg te vertalen in een referentiewerkmodel voor het bureau jeugdzorg. De eisen die de Wet op de jeugdzorg, de daarbij behorende Algemene Maatregelen van Bestuur (AmvB's), en overige van toepassing zijnde wet- en regelgeving stellen aan de werkprocessen van de bureaus jeugdzorg heeft Ordina in nauwe samenspraak met de ministeries, het IPO, de MOgroep en het veld vertaald in een referentiewerkmodel. Het model werkt nauwkeurig uit hoe de werkprocessen binnen het bureau jeugdzorg verlopen, welke activiteiten daarbinnen uitgevoerd worden en welke beslissingen genomen dienen te worden. Afgelopen najaar is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan de sector. De definitieve versie van het referentiewerkmodel is in oktober 2003 vastgesteld (Ordina Public Management Consulting BV, 2003). In de toekomst dienen alle processen en procedures van ieder bureau jeugdzorg aan dit landelijke referentiemodel te voldoen. Daarmee vormt het referentiewerkmodel een belangrijke kapstok voor het beslismodel en de opbouw en uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Bronnen en eerste producten

Eijgenraam, Bothof en Van Yperen (2001) onderscheiden drie 'soorten' beslissingen die binnen het bureau jeugdzorg een rol spelen:

- Beslissingen over de *inrichting van de stappen* binnen de toeleidingsprocedure zoals 'Welke onderwerpen moeten in de eerste analyse van de problematiek van de cliënt aan de orde komen?', 'Moeten alleen de ouders worden uitgenodigd of ook de jeugdige?'
- Beslissingen over de *inhoudelijke beeldvorming* zoals 'Wat is de aard van het probleem?', 'Hoe erg is het probleem?', 'Is de hulpvraag duidelijk genoeg of zit er nog een hulpvraag achter?'
- Beslissingen over de *vervolgstappen* na de aanmelding. 'Kan de bemoeienis van het bureau jeugdzorg stoppen?', 'Kan de cliënt worden doorverwezen naar een aanbod van basisvoorzieningen?', 'Is het nodig de screening uit te breiden tot een vorm van (basis)diagnostiek?'

Het is van belang goed in het oog te houden dat de eerste soort beslissingen, over de inrichting van de te nemen stappen voorwaardelijk zijn om de andere twee soorten beslissingen, die eigenlijk in het individuele hulpverleningsproces spelen, te kunnen nemen. In het project OSI richten we ons voornamelijk op het in kaart brengen en ondersteunen van de tweede en de derde soort beslissingen.

De voorliggende publicatie bestaat uit twee delen. Het eerste deel is het verslag van een bronnenstudie. Verschillende bronnen uit beleid en praktijk, theorie en onderzoek over besliskunde en enkele theoretische modellen bestudeerden we op zoek naar bouwstenen voor het beslismodel en aandachtspunten voor de opbouw en het gebruik van een samenhangend instrumentarium. Deel twee bevat een beschrijving van de eerste producten van het project OSI: een beslismodel en een raamwerk en eerste proefopzet van een samenhangend instrumentarium.

Deze publicatie is in eerste instantie bedoeld om de medewerkers van de bureaus jeugdzorg in Utrecht, Drenthe en Limburg, die participeren in het project, van informatie te voorzien. Daarnaast is het rapport ook geschikt voor belangstellende staf- en lijnfunctionarissen werkzaam in de jeugdzorg en collega's werkzaam bij ondersteuningsinstituten.

Leeswijzer

De vijf hoofdstukken in deze publicatie zijn verdeeld over twee delen. Deel 1 bevat het verslag van de bronnenstudie, deel 2 een beschrijving van de eerste producten. Hoofdstuk 1 geeft een indruk van het beleid over en de praktijk van beslissen in het bureau jeugdzorg op dit moment. Hoofdstuk 2 gaat in op de beschikbare kennis uit de besliskunde: welke factoren spelen een rol bij het nemen van beslissingen, al dan niet binnen de hulpverlening? Hoofdstuk 3 beschrijft enkele bruikbare theoretische modellen. Deze drie hoofdstukken eindigen met bouwstenen voor een beslismodel en aandachtspunten voor de opbouw en uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Deze bouwstenen en aandachtspunten vormen de voornaamste input voor deel twee. Het beslismodel beschrijven we in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 geeft een raamwerk en een eerste blauwdruk van een samenhangend instrumentarium. Tot slot nog het volgende. In dit rapport spreken we vaak over 'de cliënt' en 'de hulpverlener' in algemene zin. Alhoewel het de praktijk van alledag niet geheel weerspiegelt, beschouwen we, met het oog op de leesbaarheid, beide in deze publicatie als een 'hij'.

Deel 1 De bronnen

Een indruk van beleid en praktijk, lessen uit de besliskunde en bruikbare theoretische modellen

1. Beslissen in beleid en praktijk

Ouders en jongeren met (opvoedings)problemen kloppen, eventueel na doorverwijzing, aan bij het bureau jeugdzorg. Een medewerker van dit bureau expliciteert samen met de ouder of jongere het probleem, de precieze hulpvraag, waarbij hulp gewenst is en welke hulp aansluit bij diens wensen en mogelijkheden. Bij ernstiger problematiek leidt de medewerker de cliënt toe naar geïndiceerde hulp. De bureaus jeugdzorg bestaan nog niet zo lang. Sinds het midden van de jaren '90 zijn ze veelal ontstaan door fusies en afsplitsingen van bestaande organisaties in de jeugdzorg. Het streven is dat bij het ingaan van de Wet op de jeugdzorg iedere provincie en grootstedelijke regio één bureau jeugdzorg heeft, vaak met meerdere locaties.

In dit eerste hoofdstuk verkennen we het beleid en de huidige praktijk van beslissen in het bureau jeugdzorg. Daarvoor gebruiken we onderzoeksgegevens en literatuur, interviews met functionarissen van bureaus jeugdzorg (met name van de bureaus jeugdzorg in Drenthe, Utrecht, Limburg en Noord-Brabant), documentatie over de wet- en regelgeving, beleidsdocumenten van bureaus jeugdzorg en we bezochten teamvergaderingen. Leidende vragen bij het verzamelen van deze informatie waren:

- welke eisen stelt het beleid en wet- en regelgeving aan de inrichting van de toelidingsprocedure en de te nemen beslissingen?;
- hoe nemen medewerkers beslissingen in het toegangsproces en in hoeverre maken ze daarbij gebruik van instrumenten?;
- hoe worden ze op dit moment ondersteund bij het nemen van deze beslissingen?

Achtereenvolgens beschrijven we in dit hoofdstuk het nemen van beslissingen in de toelidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg, beslissen over doorverwijzingen, het indicatiebesluit en de rol van de cliënt in de besluitvorming. Het hoofdstuk sluit af met bouwstenen voor het beslismodel en aandachtspunten voor de opbouw en uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Beslissen in de toelidingsprocedure

Een navolgbaar besluitvormingsproces vraagt dat de werkprocessen in de toeleiding tot (geïndiceerde) jeugdzorg inzichtelijk zijn gemaakt. De meeste bureaus jeugdzorg hebben de afgelopen jaren geïnvesteerd in het expliciteren van deze toelidingsprocedure. De verschillende stappen die de medewerker zet en de mogelijke routes die een cliënt binnen het bureau jeugdzorg kan doorlopen zijn meestal in een dergelijke beschrijving vastgelegd.

Hoofdprocessenmodel

Sommige bureaus gebruikten hiervoor het hoofdprocessenmodel zoals dat is ontwikkeld door Vedivo¹ voor de jeugdbescherming en de jeugdreclassering. Het bureau jeugdzorg Utrecht legde al haar processen voor de afdelingen

¹ Stichting Vedivo was tot voor kort de koepelorganisatie van instellingen voor (gezins)voogdij en jeugdreclassering. Begin 2003 ging Vedivo op in het Platform bureaus jeugdzorg van de MOgroep.

jeugdhulpverlening (vrijwillige hulp), jeugdbescherming en jeugdreclassering vast in een Kwaliteitshandboek (Bureau jeugdzorg Utrecht, augustus 2002). Bij ieder van de drie hoofdprocessen zijn procedures, instructies en eventuele checklists vastgelegd evenals een methodische uitwerking. De beschrijving van het hoofdproces maakt het werkproces van de betreffende afdeling inzichtelijk evenals de verschillende beslismomenten. Bij het hoofdproces jeugdhulpverlening bijvoorbeeld zijn de volgende beslismomenten vastgelegd en toegelicht: aanmelding en acceptatie; start en vaststelling situatieanalyse; vaststelling hulpverleningsaanbod; uitvoeringshandelingen/beslissingen; acceptatie deelresultaten; vastlegging handelwijze afwijking op hoofdproces en eindresultaat van de hulpverlening. Het beslismoment 'start en vaststelling situatieanalyse' staat bijvoorbeeld als volgt toegelicht:

Start en vaststellen situatieanalyse

'Het screeningsbesluit omvat minimaal een uitspraak over het aanbieden van vrij toegankelijke of geïndiceerde zorg. Daarmee is de situatieanalyse bij aanvang van de hulpverlening in grote lijnen vastgesteld. Om de situatieanalyse verder te verfijnen, wordt er in het eerste gesprek na de screening een intake uitgevoerd. In deze fase wordt ook bepaald of het uitvoeren van basis- of gespecialiseerde diagnostiek aan de orde is.'

(Bureau jeugdzorg Utrecht, Kwaliteitshandboek. Toelichting hoofdproces jeugdhulpverlening, augustus 2002)

Procedures geven aan wat er precies moet gebeuren bij een aantal specifieke processtappen en wie waar verantwoordelijk voor is. Zo is bijvoorbeeld voor alle afdelingen een procedure beschreven hoe specialistische diagnostiek aan te vragen. Instructies bevatten concrete handelingsaanwijzingen voor uitvoerend medewerkers in bepaalde situaties. Zo zijn er instructies voor het voeren van klachtgesprekken, hoe om te gaan met agressieve cliënten en hoe om te gaan met de bereikbaarheidsdienst buiten kantooruren. Tot slot bevat het handboek checklists voor bijvoorbeeld de inhoud van een dossier en welke (contra-)indicaties gelden voor een sociale vaardigheidstraining. Ieder document is gedateerd en voorzien van een versienummer. Ook bureau jeugdzorg Brabant heeft haar hoofdprocessen inmiddels beschreven. Een aantal werkgroepen is bezig per processtap procedures en instructies voor medewerkers te ontwikkelen².

Indeling in functies

Ook andere bureaus jeugdzorg in den lande zijn bezig met het vullen van een (kwaliteits)handboek. De bureaus jeugdzorg Drenthe en Limburg doen dit aan de hand van de indeling in functies die de Projectgroep Toegang indertijd ontwierp (Nota, Van der Schaft en Van Yperen, 1999). Per functie staat het doel van die stap in het proces beschreven, de werkwijze en het te bereiken resultaat. Bij de werkwijze staan dan veelal de stappen en handelingen die een medewerker moet verrichten

² Informatie verkregen in een interview met José Rijnen, kwaliteitsfunctionaris bureau jeugdzorg Brabant op 1 april 2003 en uit: José Rijnen en Ester Valera. Tussenrapportage uitwerking hoofdproces Toegang, 7 maart 2003

uitgewerkt. Het handboek van het bureau jeugdzorg in Limburg bevat een uitwerking van de volgende functies en processen: informatie en advies, consultatie en deskundigheidsbevordering, aanmelding, screening, diagnostiek, multidisciplinair overleg, inschakeling Raad voor de Kinderbescherming, indicatiestelling, zorgbemiddeling, casemanagement en herindicatiestelling (Bureau jeugdzorg Limburg, oktober 2003). Daarnaast is het de bedoeling het handelen binnen de mogelijke routes die de cliënt kan afleggen in de toeleidingsprocedure te beschrijven. Voorbeelden hiervan zijn: 'van aanmelding naar screening' en 'van lichte screening naar uitgebreide screening'. Een handboek bevat vaak ook informatie over de missie, de visie en de organisatie van het bureau jeugdzorg. Het handboek dat het bureau jeugdzorg Drenthe ontwikkelt zal ook de te gebruiken formulieren voor de verschillende functies bevatten. Het bureau jeugdzorg in Drenthe ontwikkelde bij de start van de verschillende toegangen een *beslisboom van de Toegang*. In deze beslisboom zijn per functie de verschillende mogelijke beslissingen aangegeven (STAMM en Jeugdzorg Drenthe, 2001).

Op dit moment zijn veel bureaus jeugdzorg druk doende hun werkprocessen aan te passen aan de op handen zijnde Wet op de jeugdzorg. Het referentiewerkmodel vormt hiervoor de belangrijkste leidraad. Een ander bruikbaar model hierbij is het referentiemodel hulpverleningsplanning in de jeugdzorg dat is ontwikkeld in opdracht van het Programma Kwaliteit in de Jeugdzorg II (Van Wijk, 2002). Dit referentiemodel bestaat uit een model voor de hulpverleningsplanning met de te nemen processtappen en een bijbehorende documentenstandaard waarin de processtappen zijn uitgewerkt in de precieze te verzamelen informatie.

Gebruik van instrumenten en hulpmiddelen

Bij de meeste bureaus jeugdzorg zijn de functies aanmelding en screening (ofwel aanmelding en acceptatie en start en vaststellen situatieanalyse) verregaand ontwikkeld. De Jeugdzorg Intake Methode (Van Deur en Scholte, 2000) heeft nogal eens input gegeven aan de invulling van dit eerste deel van het toegangsproces. Nauwkeurig is uitgewerkt hoe het eerste contact met de cliënt verloopt, hoe de bezetting van de 'bureaudiensten' is geregeld en hoe te handelen bij een crisis. De eerste situatieanalyse ofwel screening is methodisch ingevuld aan de hand van een formulier met vragen op leefgebieden en een schema voor de analyse van draagkracht en draaglast van het cliëntsysteem. De meeste bureaus ontwikkelden specifieke formulieren per functie. Ook het landelijk referentiemodel hulpverleningsplanning vormde nogal eens een inspiratiebron en/of referentiekader voor deze formulieren (Van Wijk, 2002). Andere bureaus, zoals het bureau jeugdzorg in Brabant, gebruiken een raamhulpverleningsplan om de informatie te verzamelen en te analyseren en een voorstel voor hulpaanbod te formuleren³. Binnen het bureau jeugdzorg Limburg sluit de hulpverlener iedere fase in de toeleidingsprocedure af met een plan van aanpak waarin hij de doelen en de middelen voor de volgende fase vastlegt. Dit plan van aanpak is als het ware een 'groeidocument' dat in iedere fase wordt aangevuld.

Het gebruik van instrumenten in de functie diagnostiek is bij de meeste bureaus jeugdzorg in een minder gevorderd stadium. Na de eerste situatieanalyse of

³ Bijvoorbeeld: model raamhulpverleningsplan voor de provincie Noord-Brabant met toelichting.

screening kunnen de problemen en de vragen van de cliënt binnen het bureau jeugdzorg Drenthe verder worden uitgediept middels een breedtescreening. Ook deze breedtescreening nemen medewerkers af aan de hand van daartoe ontwikkelde formulieren. Het bureau jeugdzorg in Utrecht voerde in 2003 een project uit om de functie diagnostiek nader in de te vullen (Bureau jeugdzorg Utrecht, maart 2003). Uitgangspunt is dat een hulpverlener na een screening de probleemanalyse kan verbreden aan de hand van een *toolkit*. In deze *toolkit* zitten checklists en instrumenten die daarvoor te gebruiken zijn. Als er hierna nog vragen overblijven kan de de hulpverlener de interne gedragsdeskundige consulteren. Ook is het mogelijk een diagnostisch arrangement in te zetten aan de hand van een specifieke onderzoekshypothese. Deze hebben meestal betrekking op specifieke, specialistische diagnostiek zoals een psychologisch onderzoek, psychiatrisch onderzoek of forensische diagnostiek. Vaak kopen bureaus jeugdzorg dit in bij de afdeling jeugd van de regionale instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (jeugd-GGZ), regionale poliklinieken voor kinder- en jeugdpsychiatrie of regionale diagnostische centra of ambulatoria. Sommige bureaus jeugdzorg verdiepen de screening door het inzetten van een basisdiagnostisch instrument zoals de VSPS of het RED-systeem. Binnen bureau jeugdzorg Limburg kan de hulpverlener na de 'lichte screening' onder andere gebruik maken van checklists en een familieberaad in de 'uitgebreide screening'.

Positionering gedragsdeskundigen en andere deskundigen

Bureaus jeugdzorg leggen in procedures en protocollen vast op welke momenten een hulpverlener een interne gedragsdeskundige kan, en soms moet, consulteren. Vaak is dit nodig bij het nemen van ingrijpende beslissingen, bijvoorbeeld bij de beslissing of een casus doorverwezen dient te worden naar de Raad voor de Kinderbescherming. Daarnaast nemen medewerkers vaak deel aan teamvergaderingen waar ze cliënten kunnen inbrengen. De wijze van inbrengen varieert per bureau jeugdzorg. Soms bespreken teams alle cliënten die zich aanmelden bij het bureau jeugdzorg, soms alleen de zaken waar de medewerker een vraag over heeft.

De meeste bureaus jeugdzorg kennen een multidisciplinair overleg van allerlei deskundigen. Soms overleggen deze met regelmaat. Op verzoek van een voordeurmedewerker bespreken de leden dan een casus aan de hand van een specifieke vraag. In andere gevallen stelt deze commissie tevens de indicaties. Functionarissen van de jeugd-GGZ, de kinder- en jeugdpsychiatrie, zorgaanbieders, soms de Raad voor de Kinderbescherming en vaak ook de betreffende uitvoerend medewerker nemen deel aan dit overleg.

Beslissen over doorverwijzingen

Vorig jaar brachten de gezamenlijke bureaus jeugdzorg een visiedocument uit onder de titel *Aandacht, ondersteuning, bescherming en toezicht* (Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2003). Deze vier kernbegrippen geven de missie van deze organisaties weer. In de visie wordt de schakel- en spilfunctie van het bureau jeugdzorg benadrukt. Een medewerker van dit bureau is de spreekwoordelijk spin in het web van alle bij het cliëntsysteem betrokken hulpverleners en voorzieningen.

Binnen het geheel van organisaties en voorzieningen die zich bezighouden met en zich richten op jeugdigen en hun opvoeders heeft het bureau jeugdzorg, naast een uitvoerende, een schakel- en spilfunctie. Het bureau vormt de schakel tussen de vraag naar en het aanbod van informatie, advies en hulp. Het is de schakel tussen lichte en zware vormen van hulpverlening en tussen algemene voorzieningen en specifieke aanbieders van jeugdzorg. Het bureau is bovendien de spil in een keten van voorzieningen (Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2003, p. 20).

Deze schakel- en spilfunctie vraagt een goede samenwerking en heldere afspraken met de verschillende ketenpartners. Dit opdat cliënten soepel doorstromen en optimaal gebruik kunnen maken van de hulpverleningsketen. In de toeleidingsprocedure is doorverwijzing naar en samenwerking met het veld van het lokale jeugdbeleid en de Raad voor de Kinderbescherming in de eerste plaats van belang. Na de derde nota van wijziging op de op handen zijnde Wet op de jeugdzorg is duidelijk geworden dat het bureau jeugdzorg ook de indicaties gaat stellen voor een aantal door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierde behandel- en begeleidingsfuncties van de jeugd-GGZ en in de toekomst mogelijk ook voor de jeugd-LVG⁴. De samenwerking met deze partners komt hieronder achtereenvolgens aan de orde.

Samenwerken met het lokale jeugdbeleid

Over de samenwerking van het bureau jeugdzorg met het lokale veld is de afgelopen jaren het nodige gezegd en geschreven. Uiteindelijk heeft de wetgever het standpunt ingenomen dat de kerntaak van het bureau jeugdzorg het toeleiden naar zorg, al dan niet geïndiceerde zorg, is. Het bureau jeugdzorg dient zich slechts in zeer beperkte mate te richten op het uitvoeren van hulpverlening. Lichte vormen van ondersteuning en hulpverlening dienen beschikbaar te zijn in het lokale veld.

De meeste bureaus jeugdzorg zijn indertijd ontstaan uit organisaties actief op het terrein van de jeugdhulpverlening. Deze organisaties hebben zich lange tijd toegelegd op het verlenen van hulp aan jongeren en ouders. De projectgroep Toegang stelde indertijd dat het bureau jeugdzorg vrij toegankelijke hulpverlening aanbiedt tot een maximum van veertien contacten (Nota, Van der Schaft en Van Yperen, 1999). In het beleidskader Wet op de jeugdzorg en in de eerste versies van deze wet introduceerde de wetgever de term 'licht ambulante hulp' tot een maximum van vijf gesprekken. Na de derde nota van wijziging wordt de invulling van de mate waarin bureaus jeugdzorg ambulante jeugdzorg verlenen overgelaten aan de organisatie zelf binnen de door de provincie gestelde subsidiegrenzen. Lang niet iedereen is hier gelukkig mee. De gezamenlijke bureaus jeugdzorg stellen in het visiedocument uitdrukkelijk dat kortdurende ambulante hulp van maximaal een half jaar en gemiddeld zeven à acht gesprekken tot hun taak behoort (Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2003). Ook medewerkers werkzaam bij bureaus jeugdzorg laten regelmatig horen dat licht ambulante hulp een onmisbaar en functioneel onderdeel is van de praktijk in het

⁴ Dit is de sector die zorg biedt aan jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.

bureau (zie bijvoorbeeld Streng, 2003, Moniek Streng is werkzaam bij het bureau jeugdzorg Utrecht).

De stichting (die een bureau jeugdzorg in stand houdt) heeft binnen door de provincie bij de subsidiëring gestelde grenzen voorts tot taak:

- a. het advies geven aan en, het bijdragen aan de deskundigheidsbevordering van en het onderhouden van contacten met algemene voorzieningen voor jeugdigen, waaronder in elk geval het onderwijs, ter versterking van deze algemene voorzieningen en ter bevordering van vroegtijdige signalering van problemen bij jeugdigen die tot geïndiceerde zorg waarop aanspraak bestaat zou kunnen leiden;
- b. het verlenen van ambulante jeugdzorg anders dan geïndiceerde jeugdzorg waarop aanspraak bestaat;
- c. het door vrijwilligers per telefoon laten adviseren van jeugdigen over door hen telefonisch voorgelegde vragen of problemen.

(Artikel 10 uit de Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van de jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Gewijzigd voorstel van wet zoals aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 24 juni 2003)

In de provincie Drenthe heeft Jeugdzorg Drenthe zes zogenoemde Toegangen opgezet. Laagdrempelige voorzieningen waarbinnen Jeugdzorg Drenthe en allerlei lokale partners in verregaande mate met elkaar samenwerken. Zo zitten bij het voordeurteam in Hoogeveen medewerkers vanuit Iccare (de organisatie die in Drenthe thuiszorg biedt), het welzijnswerk, het JIP en het schoolmaatschappelijk werk aan tafel. In de wekelijkse teamvergaderingen bespreken ze signalen vanuit de lokale voorzieningen, aanmeldingen bij de Toegang, screenings en casuïstiek. De medewerkers uit deze verschillende organisaties zijn samen verantwoordelijk voor de bemensing van de bureaudiensten waarmee ouders en jongeren bij een eerste contact worden doorverbonden⁵. Zoveel als mogelijk krijgen cliënten ondersteuning vanuit de lokale voorzieningen. Het bureau jeugdzorg is in Drenthe in oprichting. De bedoeling is dat daarin ook GGZ Drenthe, de poliklinieken van Accare (noordelijke voorziening voor kinder- en jeugdpsychiatrie), MEE (voorheen SPD Drenthe) en VTO Vroeghulp⁶ gaan participeren.

De samenwerking met de verwijzers uit het lokale veld verloopt niet overal zo soepel. De resultaten van een deelonderzoek van de in 2002 uitgevoerde LPJ-monitor laat zien dat de houding van veel lokale voorzieningen richting het bureau jeugdzorg welwillend, maar ook kritisch is. Over het algemeen vindt men het bureau jeugdzorg nogal intern gericht en het personeel jong en onervaren. Ook heersen er verschillenden opvattingen over hoe 'breed of smal' een bureau jeugdzorg dient te zijn. De verwijzers nemen wat betreft samenwerking een afwachtende houding aan,

⁵ Informatie verkregen door het bijwonen van een vergadering van het voordeurteam op 16 april 2003 en telefonisch contact met Samantha Dinsbach, teamleider van het voordeurteam in Hoogeveen.

⁶ VTO Vroeghulp in Drenthe bestaat uit VTO (vroegtijdige onderkenning ontwikkelingsstoornissen) en Integrale Vroeghulp en richt zich op diagnostiek en hulpverlening aan hele jonge kinderen (0 tot en met 6 jaar). Informatie uit interview met Mirjam Oosterman, toenmalig coördinator VTO Vroeghulp Drenthe op 24 april 2003.

ze verwachten dat het bureau jeugdzorg in de regio hiertoe initiatieven neemt. Ook dient het bureau jeugdzorg een protocol voor de terugkoppeling na een verwijzing vanuit het lokale veld op te stellen (Delicat en Pijnenburg, 2003, zie ook Eijgenraam en Konijn, 2003).

Doorverwijzen naar de Raad voor de Kinderbescherming en het AMK

De eigen toegang en intakefunctie van de Raad voor de Kinderbescherming is vrijwel overal overgeheveld naar het bureau jeugdzorg. De Raad heeft alleen nog een eigen ingang voor crisissituaties. Het bureau jeugdzorg voert de 'oude intake' van de Raad uit middels aanmelding en screening en soms enige aanvullende diagnostiek. In de meeste regio's zijn er afspraken dat het bureau jeugdzorg beoordeelt of een zaak 'onderzoekswaardig' is. De Raad gaat vervolgens verder aan de slag met de informatie die het bureau jeugdzorg aanlevert (en gaat dus niet opnieuw dezelfde informatie verzamelen). Om de beslissing of een zaak onderzoekswaardig is te ondersteunen maken werkers een klinische beoordeling van de verzamelde informatie. Soms maken ze gebruik van een specifiek instrument of checklist dat de beslissing kan ondersteunen. Het consulteren van een gedragsdeskundige of leidinggevende over deze beslissing is vrijwel overal regel. De Raad voert vervolgens een procedurele en inhoudelijke toets uit over de verkregen informatie alvorens een daadwerkelijk raadsonderzoek te starten. Dat die samenwerking in de praktijk soms nog de nodige moeite kost, laat onderstaand fragment uit een serie artikelen over de Raad voor de Kinderbescherming in het vaktijdschrift 0|25 zien.

'Tegenvaller nummer 2: de medewerker van bureau jeugdzorg die over dit soort zaken gaat is afwezig, 'morgen is hij er weer', 'nee, er is niemand die zijn zaken waarneemt'. Een antwoord waar Jong-A-Tai geen genoeg mee neemt. Ze houdt aan tot ze de naam heeft van een medewerker die er wel op aanspreekbaar is, maar 'die is nu uit huis, ik zal haar vragen u meteen terug te bellen'. Vier telefoontjes met bureau jeugdzorg later – Gebeurt dit vaker? Jong-A-Tai: 'Bij het bureau jeugdzorg valt een zaak wel eens stil, ja...' – blijkt de gezochte medewerker er te zijn. 'In bespreking.' Jong-A-Tai: 'Ik wil haar nu spreken, haal haar maar uit die vergadering.'

(Van Lieshout, 2003, p. 34)

Een apart herkenbare en rechtstreeks te benaderen eenheid van een bureau jeugdzorg is het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Het AMK heeft tot taak het aannemen van meldingen van kindermishandeling, het uitvoeren van onderzoek om te bepalen of er daadwerkelijk sprake is van mishandeling, het in gang zetten van de benodigde vervolgstappen en het terugkoppelen van de ondernomen stappen naar de melder. Daarnaast geeft het AMK advies en eventueel ondersteuning aan een persoon die een vermoeden van kindermishandeling heeft over de te ondernemen acties. Iedereen die een vermoeden van kindermishandeling heeft, kan dit melden bij het AMK. Het AMK onderzoekt de melding en probeert waar mogelijk de ouders te bewegen tot vrijwillige hulpverlening via het bureau jeugdzorg. Als dit niet mogelijk is, leidt de medewerker van het AMK de zaak door naar de Raad voor de Kinderbescherming.

Een medewerker van het bureau jeugdzorg gaat in principe zelf met vermoedens van kindermishandeling aan de slag. Zij kunnen daarbij advies inwinnen bij het AMK. Soms echter raken de eigen mogelijkheden uitgeput, bijvoorbeeld omdat ouders niet openstaan voor een gesprek, niet meewerken aan het oplossen van de problemen of de medewerker de benodigde informatie over het gezin niet kan achterhalen (omdat de ouders bijvoorbeeld geen toestemming geven voor het inwinnen van informatie bij derden). Dan kan de bijzondere bevoegdheid van het AMK behulpzaam zijn, het AMK kan namelijk zonder toestemming van de ouders informatie inwinnen bij derden. Ook kunnen derden anoniem melden bij het AMK (Wolzak, 2001).

Verwijzing naar en samenwerken met de jeugd-GGZ

De verhouding van de jeugdzorg met de jeugd-GGZ was jaren onderwerp van veel discussie en getouwtrek. De Wet op de jeugdzorg is duidelijk: het bureau jeugdzorg gaat vanaf de invoering van deze wet indiceren voor een aantal vormen van jeugd-GGZ waarop ingevolge van de AWBZ aanspraak bestaat. In veel regio's bestaan over de positionering van de jeugd-GGZ ten opzichte van het bureau jeugdzorg nog steeds moeizame discussies. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ; Konijn, Eijgenraam en Kroneman, 2002) liet wederom zien dat de verdergaande samenwerking en integratie van de jeugd-GGZ in het bureau jeugdzorg nog lang geen feit is. Een derde van alle regio's kent een relatief goede samenwerking tussen beide sectoren.

Vaak is er de nodige onduidelijkheid over het moment van doorverwijzing van het bureau jeugdzorg naar de jeugd-GGZ. Nu nog vindt binnen bureau jeugdzorg Drenthe doorverwijzing soms meteen plaats na aanmelding, in andere gevallen pas na een verdiepende breedtescreening. Tegelijkertijd vroegen de medewerkers van GGZ Drenthe die wij interviewden zich af of doorverwijzing niet eerder kon, bijvoorbeeld na een eerste screeningsgesprek⁷. In sommige gevallen gaat de medewerker van GGZ Drenthe na doorverwijzing verder aan de slag met de informatie die is aangeleverd door het bureau jeugdzorg. In andere gevallen worden (delen) van de intake binnen de jeugd-GGZ opnieuw gedaan. Om de beslissing van doorverwijzing naar de jeugd-GGZ te ondersteunen gebruiken de medewerkers binnen de deelnemende bureaus jeugdzorg soms een ondersteunend instrument, bijvoorbeeld een gestandaardiseerde vragenlijst of een specifiek diagnostisch arrangement. Bij het bureau jeugdzorg in Drenthe zijn functionarissen van GGZ Drenthe aanwezig bij de vergaderingen van de voordeurteams om deze beslissingen te ondersteunen. Als het team concludeert dat er bij een cliënt problematiek aan de orde is die thuishoort binnen de jeugd-GGZ, neemt de psycholoog het dossier letterlijk 'onder de arm' mee. Ook komt het voor dat voor een casus alleen diagnostiek vanuit de jeugd-GGZ of een polikliniek voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt ingeschakeld. Bij bureau jeugdzorg Limburg zijn functionarissen vanuit de jeugd-GGZ aanwezig bij het multidisciplinaire overleg om de te nemen beslissingen over cliënten te ondersteunen. Pas na het afgeven van een indicatiebesluit stroomt een cliënt eventueel door naar de jeugd-GGZ. Binnen bureau jeugdzorg Utrecht wordt minder intensief samengewerkt met de jeugd-GGZ. Daar is doorverwijzing pas aan de orde na het vaststellen van het indicatiebesluit.

⁷ Interview met Romy Beerthuisen, Anja Schoor en Cees van den Berg (werkzaam bij GGZ Drenthe of bij Accare), april 2003.

Indicatiebesluit

De stichting (bureau jeugdzorg) heeft tot taak te bezien of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel in verband met problemen van een cliënt, niet zijnde een jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren.

(Artikel 5, lid 1 uit de Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van de jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Gewijzigd voorstel van wet zoals aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 24 juni 2003)

De onafhankelijke toeleiding naar (geïndiceerde) zorg, het daartoe nemen van een indicatiebesluit, is de kerntaak van het bureau jeugdzorg en het eigenlijke 'hart' van de nieuwe Wet op de jeugdzorg. Het bureau jeugdzorg neemt indicatiebesluiten onafhankelijk van de zorgaanbieders in de jeugdzorg. Het proces van indicatiestelling dat leidt tot dit indicatiebesluit verloopt *navolgbaar* (ofwel transparant), is gebaseerd op *expliciete argumenten* en wordt *intersubjectief* getoetst.

Een indicatiebesluit waarin het bureau jeugdzorg vaststelt dat de cliënt aangewezen is op geïndiceerde zorg bevat in ieder geval:

- a. een beschrijving van de problemen of dreigende problemen van de cliënt, de ernst en de mogelijke oorzaken daarvan;
- b. een beschrijving van de in verband daarmee benodigde zorg en het met die zorg beoogde doel;
- c. de termijn gedurende welke de aanspraak geldt nadat de in het besluit voorziene zorg is aangevangen;
- d. de termijn waarbinnen de aanspraak tot gelding moet zijn gebracht;
- e. een advies wie de zorg kan of kunnen verlenen.

In het besluit geeft het bureau jeugdzorg tevens aan of coördinatie van zorg noodzakelijk is en zo ja, wie die coördinatie het beste kan uitvoeren.

(Artikel 6, eerste en tweede lid uit de Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van de jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Gewijzigd voorstel van wet zoals aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 24 juni 2003)

Vanaf het moment van invoering van de Wet op de jeugdzorg indiceren de bureaus jeugdzorg voor alle vormen van jeugdzorg, een aantal vormen van jeugd-GGZ gefinancierd vanuit de AWBZ en voor OTS-ers die in een Justitiële Jeugdinrichting worden geplaatst. Of het bureau jeugdzorg ook gaat indiceren voor vormen van zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking gefinancierd vanuit de AWBZ is nog onderwerp van studie (zie Konijn, 2002) en wordt mogelijk later nog via een Algemene Maatregel van Bestuur geregeld. Het indicatiebesluit geeft de cliënt *recht op jeugdzorg*. Zorgaanbieders hebben een acceptatieplicht en dienen een cliënt met het juiste indicatiebesluit zorg te verlenen. Het indicatiebesluit valt onder de Algemene Wet Bestuursrecht. Dit betekent dat de cliënt bezwaar kan maken tegen het besluit en de effectuering ervan desnoods via de rechter kan afdwingen. Een indicatiebesluit kan dan ook niet tot stand komen zonder dat de cliënt actief betrokken is. Bureau jeugdzorg Drenthe is van mening (evenals bureau jeugdzorg Limburg overigens) dat het proces van indicatiestelling een hulpverlenende activiteit is waarbinnen de hulpverlener in nauwe samenspraak met de cliënt tot een diagnostisch

beeld komt. Ook krijgt de cliënt verschillende keuzemogelijkheden en alternatieven voor de benodigde hulpverlening voorgelegd⁸.

In de praktijk van het bureau jeugdzorg blijkt het stellen van indicaties niet eenvoudig te zijn. Recentelijk liet een onderdeel van de LPJ-monitor een niet al te rooskleurig beeld van de kwaliteit van de indicatiestelling in de jeugdzorg zien (Stoll, Metselaar en Konijn, 2003). Dit onderzoek toont dat de zorgaanbieders en de cliënten zich grotendeels kunnen vinden in de mening van het bureau jeugdzorg welke geïndiceerde zorg nodig is. De onderbouwing en transparantie van de indicatiestelling laat echter nogal te wensen over. Onduidelijk is vaak welke argumenten aan de indicatiestelling ten grondslag liggen. Ook blijft de manier waarop de cliënt is betrokken impliciet evenals welke invloed de cliënt kan uitoefenen en welke doelen met de zorg bereikt moeten worden. Met andere woorden: de transparantie en de toetsbaarheid van deze indicatiebesluiten laten vaak te wensen over (zie ook Van Yperen, 2003).

Het belang van het indicatiebesluit in de Wet op de jeugdzorg is groot. Doordat dit besluit de cliënt recht op jeugdzorg geeft, is het verhogen van de kwaliteit van dit besluit nu een belangrijk thema. In het ondersteuningsprogramma voor de bureaus jeugdzorg heeft het verbeteren van de indicatiestelling dan ook de grootste prioriteit. Gestreefd wordt naar meer uniformering en standaardisering van procedures en formulieren en het opzetten van deskundigheidsbevordering en scholing voor medewerkers (MOgroep, Collegio en NIZW, 2003). Ook in vakbladen en op studiedagen voeren medewerkers en beleidsmakers de nodige discussies over het indicatiebesluit (zie onlangs nog in het Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg: Kok, 2002; Mehlkopf, 2002 en Van Yperen, 2003).

De doelgroepen waarvoor het bureau jeugdzorg indicatiebesluiten afgeeft overlappen nogal eens met de licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen waarvoor het LCIG/RIO⁹ in de regio indicaties stelt en de leerlingen van het Cluster 4 onderwijs. Zoals we hiervoor al opmerkten is de discussie over wie indicaties stelt voor de jeugd-LVG nog volop gaande. In het speciaal onderwijs is al enkele jaren de nodige beweging aan de gang. Met ingang van 1 augustus 2003 is dit onderwijs opgedeeld in vier clusters. Het *cluster 4* omvat dan de huidige scholen voor zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK), de scholen voor langdurig (psychiatrisch) zieke kinderen en de scholen verbonden aan pedologische instituten (Radema, Van der Steenhoven en Van Veen, 2003). Deze leerlingen maken in de praktijk ook veelal gebruik van allerlei vormen van jeugdzorg. Regionale Commissies voor Indiciestelling stellen de indicaties voor deze scholen. Voor de indicatiestelling naar de verschillende clusters met scholen voor speciaal onderwijs zijn landelijke condities en protocollen opgesteld (zie Resing, Evers e.a., 2002). Op dit moment vindt er nog

⁸ Werkgroep Indicatiebesluit van bureau jeugdzorg Drenthe. Tussenevaluatie periode februari 2003 tot en met mei 2003, 27 mei 2003.

⁹ LCIG staat voor Landelijk Centrum Indiciestelling Gehandicaptenzorg. Het LCIG heeft regionale kantoren en stelt indicaties voor de gehele gehandicaptenzorg die gefinancierd wordt vanuit de AWBZ. Zie voor meer informatie: www.lcig.nl. In de meeste regio's is het LCIG per 1 januari 2004 onderdeel van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO) geworden.

weinig samenwerking tussen deze commissies voor indicatiestelling voor het Cluster 4 onderwijs en de bureaus jeugdzorg plaats. De wens hiertoe is er zeker wel, bijvoorbeeld bij het Regionaal Expertisecentrum Noord Nederland Cluster 4 onderwijs. Vertegenwoordigers participeren inmiddels bij de vorming van het bureau jeugdzorg Drenthe¹⁰.

Booy, Cohen De Lara-Croon en Van Yperen (2003) concludeerden in hun onderzoek *Zorgtoewijzingsorganen in kaart* reeds dat 'met de introductie van het ontwerp van de nieuwe Wet op de jeugdzorg de positie en de taken van de zorgtoewijzing ter discussie is komen te staan' (p. 57). Zij raden de bureaus jeugdzorg dan ook aan gezamenlijk een opzet te maken voor de taken van het bureau na het vaststellen van het indicatiebesluit. Immers, dan is het werk nog niet gedaan. Iets of iemand moet er samen met de cliënt voor zorgen dat de zorg waar aanspraak op bestaat ook daadwerkelijk geëffectueerd wordt. Voor het verzilveren van zorg die wordt gefinancierd vanuit de AWBZ is bijvoorbeeld het zorgkantoor verantwoordelijk. Ondertussen gaan organisaties de koers opnieuw bepalen. Zo bouwt bureau jeugdzorg Drenthe het bestaande zorgtoewijzingsorgaan om naar een indicatiebureau. Andere bureaus jeugdzorg behouden de functie zorgtoewijzing als verantwoordelijke voor de matching van de toegewezen zorg in het indicatiebesluit aan een concrete zorgaanbieder of maken die onderdeel van het takenpakket van de casemanager.

De rol van de cliënt in het besluitvormingsproces

'Samen met de cliënt

Het bureau jeugdzorg werkt inzichtelijk en transparant. De medewerkers sluiten aan bij de vragen en behoeften van de cliënt en maken met hem duidelijke afspraken over de uitvoering van de zorg. Ze geven aan welke keuzes, rechten en plichten hij heeft. De cliënt hoeft zich niet aan te passen aan de hulp, maar de hulp past zich aan aan de cliënt. De medewerkers hebben een bijzondere verantwoordelijkheid. Ze analyseren samen met de cliënt de vraag en bepalen welke factoren bijdragen aan het ontstaan en instandhouden van het probleem. Pas dan is het mogelijk een adequaat antwoord te geven waarmee de cliënt werkelijk is gediend. Hij weet welke hulp en ondersteuning ingezet wordt, met welk doel dat gebeurt, wat het resultaat moet zijn en binnen welke termijn dat gerealiseerd moet worden.'

Uit: Aandacht, ondersteuning, bescherming en toezicht. Visiedocument bureau jeugdzorg (Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2003, p. 16)

Beslissen over het hulpverleningsproces kan alleen in samenspraak met de cliënt. In de Wet op de jeugdzorg staat de hulpvraag van de cliënt centraal. Deze hulpvraag is het uitgangspunt voor en leidend in het hulpverleningsproces. De cliënt dient zoveel mogelijk betrokken te zijn bij en geïnformeerd te zijn over de te doorlopen stappen, de voortgang van de hulp en te nemen beslissingen. Dit laatste is in het kader van dit

¹⁰ Informatie uit een interview met Tom Visser en Betty Nijenmanting van het Regionaal Expertisecentrum Noord Nederland Cluster 4 gedrag (RENN 4) op 18 februari 2003.

hoofdstuk van belang. De hulpverlener van het bureau jeugdzorg dient de cliënt te informeren over en te betrekken bij de verschillende beslissingen. Dit betekent dat het handelen van de hulpverlener voor de cliënt navolgbaar en begrijpelijk moet zijn. Dit geldt dus ook voor de schriftelijke stukken (Van der Steege, 2003).

Vraaggericht werken is binnen veel bureaus jeugdzorg inmiddels de leidende visie. Hoe verhoudt dit zich tot het werken met beslismodellen en het gebruik van instrumenten en protocollen in het toeleidingstraject? Eigenlijk niet eens zo heel slecht. Bureau jeugdzorg Drenthe illustreert dit door vraaggericht werken en het verantwoord en navolgbaar beslissen met een beslismodel te beschrijven in één hoofdstuk over de filosofie van dit bureau (STAMM en Jeugdzorg Drenthe, 2001). Beslissingen over de te nemen (vervolg)stappen neemt de hulpverlener in samenspraak met de cliënt. Instrumenten en protocollen kunnen hierbij ondersteunen. Deze zijn uit te leggen aan of te bespreken met cliënten. De cliënt en de hulpverlener komen dan in dialoog op basis van de beschikbare informatie tot een gezamenlijk besluit. Dit vergt nogal wat van hulpverleners. Bureau jeugdzorg Drenthe investeerde veel in vraaggericht werken door training en begeleiding van de uitvoerend hulpverleners (STAMM en Jeugdzorg Drenthe, 2001). Ook het onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling in het kader van de LPJ-monitor benadrukt dat in de indicatiebesluit nog onvoldoende is terug te vinden hoe de cliënt in het proces betrokken is en welke invloed hij heeft op de te bereiken doelen (Konijn, Metselaar en Stoll, 2003). Daarbij zal ook de rol van 'deskundigencommissies' als een MultiDisciplinair Team (MDT) of een indicatiecommissie voor de cliënt duidelijk moeten zijn. Evenals voor de hulpverlener overigens. Kan zo'n commissie bijvoorbeeld een geheel andere indicatie vaststellen dan de hulpverlener en de cliënt waren overeengekomen? En kan een MDT correcties aanbrengen in de gestelde doelen? Eerder onderzoek dat NIZW Jeugd uitvoerde liet zien dat dit soms gebeurde (Eijgenraam, Van Deur, Van der Steege en Van Yperen, 2001). Duidelijk moet zijn welke status een dergelijk overleg heeft, hoe dit wordt teruggekoppeld naar de hulpverlener en de cliënt en dit zich verhoudt tot vraaggericht werken en de positie van de cliënt centraal in de toeleidingsprocedure. Het bureau jeugdzorg Amsterdam hanteert in het indicatieoverleg expliciet het autonomiebeginsel als uitgangspunt. De hulpvraag van de cliënt wordt in het overleg uitdrukkelijk belicht. De uitvoerend medewerker is bij het overleg aanwezig om de cliënt te vertegenwoordigen. De hulpverlener en het indicatieoverleg zoeken gezamenlijk naar aantoonbaar handelingsgerichte en competentieversterkende samenwerking met de cliënt (Heinrich, 2002).

Binnen bureau jeugdzorg Utrecht neemt de hulpverlener de klachtanalyse, de analyse van de vraag van de cliënt, zijn beleving van de situatie en zijn verwachtingen van de hulp als vertrekpunt. In dialoog met de cliënt stelt hij vervolgens de kern van de problematiek, de doelstelling en de gewenste hulp vast. In het ontwerp indicatiebesluit staat de visie en beleving van de cliënt expliciet bij alle onderdelen beschreven. De hulpverlener vertegenwoordigt de cliënt in de commissie waarin het uiteindelijke indicatiebesluit wordt genomen. Wanneer het oordeel van de commissie over de meest passende hulp afwijkt van de gevraagde hulp in het ontwerp indicatiebesluit overlegt de hulpverlener eerst weer met de cliënt. Afhankelijk van het resultaat komt het ontwerpbesluit terug in de commissie of wordt het besluit

geformaliseerd. Binnen bureau jeugdzorg Limburg heeft het multidisciplinair overleg een consultatieve functie. De hulpverlener legt na samenspraak met de cliënt een vraag voor aan dit overleg en is daarbij zelf aanwezig. Het multidisciplinair overleg geeft vervolgens een advies. Pas na overleg nemen de hulpverlener en de cliënt op basis van dit advies een besluit waarna ze een plan van aanpak voor de volgende fase opstellen.

Om cliënten daadwerkelijk een stem te geven bij beslissingen is het verstrekken van informatie en het voorleggen van keuzemogelijkheden door de hulpverlener van belang. Ongeïnformeerd kan een cliënt geen afgewogen beslissing nemen, gokken is dan een beter woord. *Informatie* is een van de onderdelen aan de hand waarvan de *Jeugdzorgthermometer* de waardering van cliënten over het bureau jeugdzorg bepaalt. De eerste afnames laten zien dat de informatie die hulpverleners aan cliënten verstrekken tijdens het hulpverleningsproces verbeterd kan worden. 'Als er meer informatie over de diverse mogelijkheden voor hulp wordt gegeven, heeft de cliënt ook meer het gevoel dat hij of zij mee kan beslissen over de keuze voor een bepaalde aanpak' (Konijn, 2003, p. 9).

In haar testament benadrukt het LPJ de voorkeur van de cliënt, en zeker van jongeren, voor een vaste contactpersoon binnen het Bureau jeugdzorg. Cliënten hechten grote waarde aan continuïteit, samenhang en afstemming. Duidelijk moet zijn wat er precies gaat gebeuren in welke stappen. Deze contactpersoon moet:

'een neutraal persoon zijn, die verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van de keten als geheel, een centrale rol speelt in alle stappen en opkomt voor hun belangen. Zij verwachten dat het een vertrouwenspersoon is die voor hun belangen opkomt. Die persoon moet overzicht houden, initiatieven nemen en hen begeleiden van het begin tot het eind. Bij hem/haar moet ook het dossier liggen en daar moeten cliënten altijd aan kunnen kloppen met vragen over de stand van zaken. Zij verwachten een actieve houding van deze persoon; iemand die informeert hoe het gaat, controleert of de gekozen hulp nog de juiste is en overlegt over de volgende stappen. En wat vooral belangrijk is: dat hij/zij niet van baan verandert' (Landelijk Platform Jeugdzorg, 2003, p. 20).

In de laatste versie van de Wet op de jeugdzorg is deze vaste contactpersoon voor de cliënt op voorstel van de Tweede Kamer toegevoegd.

Bureau jeugdzorg wijst ten aanzien van een cliënt een contactpersoon aan. De contactpersoon is aanspreekpunt voor de cliënt gedurende de gehele periode waarin bureau jeugdzorg de wettelijke taken ten aanzien van de cliënt uitvoert. De contactpersoon bevordert de continuïteit in de taakuitvoering van het bureau jeugdzorg ten aanzien van de cliënt en is de persoon die de cliënt in voorkomende gevallen licht ambulante hulp verleent. Zo mogelijk wijst bureau jeugdzorg bij de taakuitvoering ten aanzien van de cliënt in volgende gevallen dezelfde contactpersoon aan.

(Artikel 13, achtste lid uit de Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van de jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Gewijzigd voorstel van wet zoals aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 24 juni 2003)

Veelal zal de casemanager de vaste contactpersoon voor een cliënt zijn. Het rapport van Menger (2001) laat echter zien dat de bureaus jeugdzorg een casemanager op verschillende momenten in de toeleidingsprocedure inzetten. Bij sommige bureaus heeft de cliënt vanaf de screening dezelfde medewerker, bij andere bureaus wordt een casemanager pas toegewezen aan de cliënt na de indicatiestelling. Bureau jeugdzorg Limburg streeft ernaar dat de cliënt vanaf het moment van aanmelding voortdurend dezelfde contactpersoon heeft. Het bureau jeugdzorg, in de praktijk de casemanager, heeft tot taak de cliënt bij te staan bij het tot gelding brengen van zijn aanspraak en bij vragen gedurende de hulpverlening, de uitvoering van de hulpverlening te volgen en te evalueren en de belangen van de cliënt te behartigen. Overigens moeten we hier vermelden dat in de nieuwe Wet op de jeugdzorg staat vermeld dat de totstandkoming van de coördinatie van hulp de verantwoordelijkheid van het bureau jeugdzorg is. Zij hoeft deze coördinatie dus niet zelf uit te voeren. Wel is het de verantwoordelijkheid van het bureau jeugdzorg te zorgen dat iemand de hulpverlening aan een cliënt coördineert. Dit kan bijvoorbeeld ook iemand uit een lokale instelling of een familielid zijn.

De Wet op de jeugdzorg geeft de cliënt daarnaast een aantal wettelijke instrumenten die diens positie versterken. Zo blijft de mogelijkheid bestaan voor de cliënt een klacht in te dienen en medezeggenschap uit te oefenen via een cliëntenraad. De cliënt heeft recht op inzage in het dossier, is beschermd tegen het lukraak uitwisselen van informatie tussen hulpverleners, kan een beroep doen op een cliëntvertrouwenspersoon en kan een *second opinion* aanvragen voor de interpretatie van de verzamelde diagnostische gegevens en kan in beroep gaan tegen het indicatiebesluit. De adequate en vooral *onafhankelijke* mogelijkheid tot een *second opinion* moeten veel bureaus jeugdzorg nog regelen.

Bouwstenen voor een beslismodel

Systematische organisatie van de toeleidingsprocedure

Over het algemeen hebben bureaus jeugdzorg de werkprocessen systematisch georganiseerd. De toeleidingsprocedure is in meerdere stappen opgedeeld. Hiervoor gebruiken ze de indeling in functies zoals die oorspronkelijk is ontworpen door de Projectgroep Toegang (Nota, Van der Schaft en Van Yperen, 1999) of het hoofdprocessenmodel zoals dat is ontwikkeld door Vedio. Dit soort modellen geven houvast om het proces op te delen en te voorzien van procedures, protocollen en instructies. Ook voor doorverwijzingen naar anderen instanties en instellingen zijn vaak afspraken en procedures vastgelegd (bijvoorbeeld bij doorverwijzing naar de Raad voor de Kinderbescherming en de jeugd-GGZ). Onlangs werkte adviesbureau Ordina in opdracht van de ministeries van VWS en Justitie de toekomstige wet- en regelgeving uit in een referentiewerkmodel voor de bureaus jeugdzorg. Dit werkmodel wordt het landelijke referentiekader aan de hand waarvan bureaus jeugdzorg de werkprocessen herinrichten of optimaliseren. Dit referentiewerkmodel vormt dan ook een belangrijk uitgangspunt bij de opbouw van een beslismodel binnen het project OSI (en voor het samenhangend instrumentarium).

Transparante besluitvorming

De centrale taak van het bureau jeugdzorg wordt met ingang van de Wet op de jeugdzorg het toeleiden van cliënten naar (al dan niet geïndiceerde) jeugdzorg en het nemen van indicatiebesluiten. Dit indicatiebesluit geeft de cliënt aanspraak op jeugdzorg en is een besluit waartegen de cliënt op grond van de Wet Algemeen Bestuursrecht in beroep kan gaan. Dit maakt het belang van een afgewogen, transparante en navolgbare besluitvorming in het bureau jeugdzorg dat uiteindelijk leidt tot een indicatiebesluit alleen maar groter. Het beslismodel dient dus te voorzien in het geven van een helder en transparant kader voor de besluitvorming, ook voor de cliënt.

Aandachtspunten bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium

Uit de verkenning van beleid en praktijk komt een aantal aandachtspunten naar voren waarmee we bij de opbouw en vooral bij het gebruik van een samenhangend instrumentarium rekening moeten houden.

Ondersteunend aan de 'klinische blik'

Soms proeven we bij hulpverleners in het bureau jeugdzorg een zekere angst dat het nemen van beslissingen volledig wordt gekoppeld aan instrumenten en hulpmiddelen en ze zelf 'niets meer in te brengen hebben'. Maar bij het nemen van deze beslissingen speelt, naast uiteraard de wensen, voorkeuren en de mening van de cliënt, de professionele kennis en kunde van de hulpverlener een belangrijke rol (ook wel de 'klinische blik' genoemd). Vanuit theorie en onderzoek ontwikkelde instrumenten kunnen daarbij ondersteuning bieden, bijvoorbeeld (al dan niet gestandaardiseerde) vragenlijsten, methoden, checklists en formulieren. Ervaring leert dat deze instrumenten vaak een bevestiging geven van dat wat de klinische blik de hulpverlener reeds vertelde. Ze helpen echter deze klinische blik te onderbouwen, te expliciteren en te voorzien van argumenten. Over de betrouwbaarheid van de klinische blik zijn de meningen echter nogal verdeeld. Zo stelt Van den Hout (2003) bijvoorbeeld dat zelfs een statistisch uiterst zwak verband (voor de ingewijden onder ons: een correlatie van 0.20 of 0.30) een betere voorspelling van recidive van een cliënt geeft dan het voorspellend vermogen van een clinicus.

Bondig en to-the-point formuleren

Medewerkers binnen het bureau jeugdzorg verzamelen meestal al veel informatie over een cliënt. Het lijkt in eerste instantie dat het gebruik van instrumenten en hulpmiddelen daar alleen maar nog meer informatie aan toevoegt. Al deze informatie geeft natuurlijk een compleet en volledig beeld van de betreffende cliënt. Niet alle informatie is echter van belang om de cliënt te kunnen toeleiden naar geïndiceerde jeugdzorg. Het gedoseerd en beperkt verzamelen van de juiste informatie, dit bondig samenvatten, analyseren en interpreteren is een deskundigheid waar uitvoerend hulpverleners in het algemeen moeite mee hebben. Enige ondersteuning en deskundigheidsbevordering van maatschappelijk werkers bij het beperkt verzamelen van informatie, het kort en bondig rapporteren, het opstellen van onderzoekshypothesen, het leggen van verbanden en het indiceren van een passend hulpaanbod lijkt gewenst. Het juiste en gedoseerde gebruik van formulieren en andere instrumenten als checklists en genormeerde vragenlijsten kunnen deze vaardigheden ondersteunen.

Ook dossiers en verslaglegging van teamvergaderingen bevatten veel en dan voornamelijk feitelijke informatie over de jeugdige (soms in indrukwekkende hoeveelheden verslagen). De genomen besluiten en de afwegingen die daarbij zijn gemaakt zijn daarentegen meestal minder goed terug te vinden. Ook gemaakte afspraken tussen hulpverleners onderling zijn vaak niet in schriftelijke documenten na te zoeken. Het rapport van de Inspectie voor de jeugdhulpverlening en jeugdbescherming regio Zuid (2002) over het gezinsdrama in Roermond laat dit bijvoorbeeld schrijnend zien. Terwijl verslaglegging en documentatie een hulpverleningsproces voor verschillende partijen navolgbaar en toetsbaar maakt. Expliciete besluitvorming in teamvergaderingen vergt daarbij een sterk voorzitterschap, waarbij de voorzitter argumenten en besluiten kort samenvat opdat deze genotuleerd kunnen worden. Goede navolgbare, schriftelijk vastgelegde explicitering en uitwisseling van argumenten bevordert de dialoog met de cliënt opdat deze betrokken is en geïnformeerd meebeslist.

Gedragsdeskundigen als inspirator

Gedragsdeskundigen kunnen bij de ondersteuning en scholing van teams en uitvoerend hulpverleners een belangrijke rol vervullen. Op dit moment lijken zij soms de positie te krijgen van 'aftimmeraars', een barrière in de voortgang van het hulpverleningsproces, die de hulpverlener en de cliënt noodzakelijk dienen te nemen. Terwijl de kennis en expertise van gedragsdeskundigen medewerkers juist kan ondersteunen, faciliteren en inspireren bij de uitvoering van hun werk. Ook de leden van een indicatiecommissie kunnen met een servicegerichte attitude naar maatschappelijk werkers de kwaliteit van het hulpverlenend handelen in het bureau jeugdzorg verhogen (Heinrich, 2002).

In dit hoofdstuk deden we verslag van een verkenning naar het verloop en de uitvoering van besluitvorming in het beleid en de praktijk van de jeugdzorg. In het volgende hoofdstuk verkennen we de literatuur over besliskunde. Hoe nemen hulpverleners, en mensen in het algemeen, beslissingen? Welke factoren spelen daarbij een rol? En welke bouwstenen en aandachtspunten vallen daaruit af te leiden voor een beslismodel en een samenhangend instrumentarium in de jeugdzorg?

2. Theorie en onderzoek over beslissen

Van Dale's woordenboek definieert de begrippen *beslissen*, *beslissend*, *beslissing* en *besluitvorming* als volgt:

Beslissen: iets waarover verschil van gevoelen is voorgoed tot een einde brengen, synoniem: uitmaken. Iets dat nog onzeker is een bepaalde uitkomst doen hebben.

Beslissend: een definitieve uitkomst veroorzakend.

Beslissing: vaststelling van wat de uitkomst is van iets waarover verschil van gevoelen bestaat, definitieve uitspraak, synoniem: besluit, decisie.

Besluitvorming: het komen tot een bepaald gemotiveerd besluit.

De laatste jaren neemt de aandacht voor de kwaliteit van de besluitvormingsprocessen in de jeugdzorg toe evenals voor de mogelijkheden om deze te verbeteren. In de (onderzoeks)literatuur over beslissen en besluitvorming komen drie thema's telkens naar voren:

- rationaliteit van het nemen van beslissingen;
- *biases* (ofwel valkuilen) in besluitvorming;
- de mate van betrouwbaarheid van besluitvorming.

In dit hoofdstuk nemen we de onderzoeksliteratuur over besluitvorming en de factoren die daarbij een rol spelen in ogenschouw aan de hand van deze drie thema's. Een beknopte verantwoording van de literatuursearch waarop dit hoofdstuk is gebaseerd is te vinden in bijlage 1. Daaruit leiden we vervolgens bouwstenen voor een beslismodel af en aandachtspunten bij de opbouw en uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Rationaliteit van besluitvorming

De mate waarin besluiten rationeel of irrationeel genomen worden, is een belangrijk terugkerend thema in de literatuur over besluitvorming. In de besliskunde zoomen auteurs en onderzoekers hier expliciet op in door beslisprocessen stap voor stap uiteen te rafelen om afwegingen bij beslissingen te expliciteren. Veelal blijft het beslisproces namelijk onder het mom van 'intuïtie', *feeling* of 'inzicht' onuitgesproken. Een buitenstaander, of soms zelfs de persoon zelf, weet vaak niet welke voorkeuren en gegevens uiteindelijk een rol hebben gespeeld bij het nemen van de beslissing (Hamburg, 1999). De meeste auteurs nemen aan dat beslisgedrag is te ordenen door relevante factoren en beschikbare data rationeel te organiseren. Het gaat daarbij om een systematische, expliciete en gefundeerde afweging van de relaties tussen alternatieve opties en hun mogelijke uitkomsten, rekening houdend met relevante tussentijdse gebeurtenissen en onbekende toestanden. Als basis voor het professioneel handelen, waar besluitvorming deel van uit maakt, noemt Hermans (1995) bijvoorbeeld de volgende drie elementen:

- de (ongesystematiseerde) ervaring resulterend in klinische intuïtie;
- overgedragen kennis resulterend in ambachtelijke kwaliteit;
- *verstehende* kennis, resulterend in een beter inzicht in de probleemstelling.

Besluitvorming waarin rationaliteit de overhand heeft, wordt gekenmerkt door het gebruik van objectieve criteria, instrumenten en protocollen. Besluitvorming met een irrationeel karakter wordt geleid door persoonlijke kenmerken, ervaringen en beeldvorming van de persoon die het besluit neemt. Naarmate de problematiek waarover een beslissing genomen moet worden ernstiger en complexer is, lijkt de irrationele component in de besluitvorming groter. Beslissingen over ingrijpende maatregelen zoals de uithuisplaatsing of ondertoezichtstelling van kinderen zijn hier voorbeelden van. Gezien de aard van de beslissingen en de complexiteit van de problematiek is het haast onvermijdelijk dat de besluitvorming beïnvloed wordt door persoonlijke kennis, ervaring en normen en waarden van de beslisser (Ten Berge, 1998). Andere auteurs bevestigen dit standpunt. In de jeugdbescherming en jeugdzorg nemen hulpverleners beslissingen op basis van de inschatting wat goed of niet goed is voor kinderen. Deze inschatting is slechts deels gebaseerd op overtuigingen die opgebouwd zijn uit kennis, professionaliteit, ervaringen en beïnvloed door beleid en richtlijnen (Daniel, 1999).

Een soortgelijke invalshoek is de visie dat beslissingen over ingrijpende maatregelen niet alleen gebaseerd zijn op een oordeel over het bedreigende karakter van de opvoedingssituatie, maar ook worden beïnvloed door de bereidheid van de beslisser om wel of geen actie te ondernemen. Dalgleish (1997) schetst in het kader hiervan een persoonlijke beslissingsdrempel van de beslisser, de *decision threshold*. Deze geeft aan of de beslisser de neiging heeft om snel actie te ondernemen. Beslissers met een lage beslissingsdrempel gaan snel over tot actie, ook wanneer de geschatte bedreiging niet groot is. Beslissers met een hoge beslissingsdrempel zullen alleen besluiten om actie te ondernemen als zij van mening zijn dat er sprake is van een zeer bedreigende situatie. Verschillen in besluitvorming tussen hulpverleners kunnen ontstaan doordat zij de opvoedingssituatie anders beoordelen of doordat zij een andere beslissingsdrempel hebben (Ten Berge, 1998).

Ook in de farmacotherapie staan de aspecten rationaliteit en irrationaliteit in besluitvorming centraal. Bij de uiteindelijke beslissing voor een bepaald farmacotherapiebeleid spelen naast rationele overwegingen ook andere, minder rationele factoren een rol in het keuzeprocess. Voorbeelden van rationele overwegingen zijn werkzaamheid en veiligheid. Andere, minder rationele factoren zijn bepaalde gewoonten of gevoelens, intuïtie en (persoonlijke) financiële criteria. Daarnaast kunnen bepaalde wensen of omstandigheden van een patiënt de doorslag geven bij de keuze van een medicijn (Brenninkmeijer en Janknegt, 2000). De methoden die gebruikt worden in de farmacotherapie om te beslissen over de keuze van in te zetten medicatie komen verderop in dit hoofdstuk uitgebreider aan de orde.

Biases in besluitvorming

Verschillende onderzoekers hebben een reeks van gebreken vastgesteld in de manier waarop we tot beslissingen komen. Valkuilen (*biases*) behoren tot deze gebreken. Hammond, Kleeney en Raiffa (1998) hebben een aantal psychologische valkuilen onderzocht en zetten verschillende *traps* in besluitvorming vanuit bedrijfskundig oogpunt op een rij. In figuur 1 is te zien wat de auteurs onder de verschillende valkuilen verstaan en welke suggesties zij doen om de impact ervan te verminderen.

<i>Valkuilen</i>	<i>Impact verminderende technieken</i>
<p><i>a. Anchoring trap</i> Als personen over een bepaalde beslissing nadenken, geeft het verstand steeds de voorkeur aan de eerst ontvangen informatie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Probeer het probleem vanuit verschillende perspectieven te bekijken; · Denk zelf eerst na over het probleem voordat je iemand anders' mening vraagt; · Zorg ervoor dat je breeddenkend bent.
<p><i>b. Status-quo trap</i> Personen vermijden acties die de bestaande positie zouden kunnen verstoren.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Denk nooit aan de <i>status-quo</i> als het enige alternatief; zoek steeds andere opties en gebruik deze als tegengewicht; · Denk eens na of je het <i>status-quo</i>-alternatief ook zou kiezen als het niet de <i>status-quo</i> was; · Als je naast die comfortabele positie nog andere alternatieven hebt die beter zijn, maak dan niet de fout de <i>status-quo</i> te kiezen omdat het moeilijk is en veel inspanningen vergt om het beste alternatief te selecteren.
<p><i>c. Sunk-cost trap</i> Personen maken keuzes op een zodanige manier dat deze de keuzes uit het verleden rechtvaardigen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Zoek en luister naar opinies van mensen die niet betrokken waren bij beslissingen uit het verleden; · Ga na waarom het toegeven van vroeger gemaakte fouten je zo beangstigt; · Wees alert op invloeden van <i>sunk-cost biases</i> in de beslissingen en aanbevelingen van ondergeschikten.
<p><i>d. Confirming-evidence trap</i> Personen gaan op zoek naar informatie die de reeds bestaande gedachte over een bepaald onderwerp zal bevestigen ondertussen informatie mijndend die de gedachte weerlegt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ga na of je alle sporen wel met eenzelfde nauwkeurigheid onderzoekt; · Wees eerlijk tegen jezelf over je motiveringen; · Vermijd leidende vragen bij het vergaren van informatie bij anderen die uitnodigen tot het bevestigen van de reeds bestaande informatie.
<p><i>e. Framing trap</i> Deze valkuil heeft betrekking op het omkaderen van de vraag. De manier waarop personen het probleem structureren, heeft invloed op de te maken keuze.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Aanvaard niet automatisch het oorspronkelijke frame, maar herformuleer het probleem; · Formuleer problemen op een neutrale manier die winst en verlies combineert of verschillende referentiepunten omvat;

- Ga na op welke manier de beslissingen die anderen aanbevelen, gestructureerd zijn.

f. Overconfidence trap

Bij het maken van voorspellingen zijn personen overmoedig over de accuraatheid ervan.

g. Prudence trap

Geconfronteerd met beslissingen van groot belang, ontstaat de neiging schattingen/ voorspellingen telkens aan te passen om aan de veilige kant te blijven.

- Kies een gedisciplineerde benadering om voorspellingen te doen en kansen te beoordelen.

h. Recallability trap

Aangezien personen zich vaak op historische gebeurtenissen baseren om de toekomst in te schatten, kunnen zij beïnvloed worden door specifieke situaties uit het verleden.

Figuur 1. Valkuilen in besluitvorming (ontleend aan Hammond, Kleeney en Raiffa, 1998)

De *confirming-evidence trap*, zoals hierboven beschreven, komt eveneens aan bod in onderzoek naar deze psychologische valkuilen in de context van de hulpverlening. Hulpverleners blijken in de loop van een hulpverleningsproces weerstand te bieden tegen het aanpassen van hun mening. Dit heeft vervolgens grote invloed op de behandeling van een casus. De overtuiging van mensen blijkt veranderingen te weerstaan, zelfs als bewijs dat de overtuiging verwerpt, aangevoerd wordt. Kortom, hulpverleners zijn geneigd meer aandacht te geven aan bewijs voor de onderbouwing van de bestaande mening, dan op zoek te gaan naar bewijs dat de mening weerlegt (Daniel, 1999).

Westenberg en Koele (1993) benoemen deze valkuil als *confirmation bias* en *conservation bias*. Uit hun onderzoek bleek dat psychotherapeuten problemen hebben met het betrouwbaar vertalen van een duidelijke diagnose in een indicatiestelling, zelfs als er vooraf overeenstemming bestaat over de meest wenselijke behandeling gegeven een bepaalde diagnose. Het blijken niet zozeer de vooraf overeengekomen beslissingsregels te zijn die de uitkomst bepalen, maar voor een groot deel de intrapsychische processen bij de hulpverleners. *Confirmation bias* houdt in dat zij vooral zoeken naar informatie die in overeenstemming is met de als eerst gegenereerde hypothese over wat de meest geschikte behandeling zou zijn. Op grond van de *conservation bias* sluiten therapeuten zich vervolgens af voor informatie die strijdig is met de eenmaal ingeslagen weg. Het opvallende aan dit type onderzoek is dat het handelen van therapeuten vaak strijdig is met een wijze van besluitvorming die ze zelf eerder als professioneel en objectief onderschreven hebben (Witteman, in Hermanns, 1995).

Dit soort 'beoordelingsfouten' houdt volgens Hermanns (1995) de wereld voor mensen overzichtelijk en voorspelbaar en voorkomt dat ieder stukje nieuwe informatie steeds van alle kanten bekeken en gewogen moet worden. Toch is dit laatste juist wel wat van een op wetenschappelijke inzichten gebaseerde hulpverlening verwacht mag worden: systematisch zoeken naar alle mogelijk belangrijke informatie en systematisch onderzoeken wat de betekenis daarvan is. Om beoordelingen van hulpverleners te systematiseren en minder gevoelig te maken voor alledaagse psychologische wetmatigheden worden procedures, beslissingsbomen en besluitvormingssystematieken ontworpen. Twee vragen staan centraal bij het gebruik van procedures en modellen in de toegang:

- 1) Is het beeld helder?
- 2) Kan de beslissing genomen worden?

Op besluitvormingsmodellen en -methoden die het beantwoorden van deze twee centrale vragen ondersteunen, komen we in een latere paragraaf terug.

In aansluiting op het inzicht dat besluitvorming uit rationele en irrationele componenten bestaat, komt de vraag naar voren in hoeverre hulpverleners aangeven dat ze een besluit op rationele dan wel irrationele gronden nemen. Machtverschillen spelen hierbij een rol. Er is volgens Hermanns (1995) vaak sprake van eenrichtingsverkeer waarin de hulpverlener de verantwoordelijkheid neemt voor de klinische oordeelsvorming. Deze maakt het klinische oordeel vervolgens bekend aan de cliënt waarna een beargumenteerd voorstel volgt voor een bepaalde lijn in de hulpverlening. Wezenlijke invloed hebben cliënten doorgaans niet. Op onderdelen stelt de hulpverlener een plan soms bij, maar doorgaans is de verhouding zo dat de cliënt impliciet veronderstelt dat de hulpverlener 'het beter weet'. De hulpverlener verwacht echter wel dat cliënten actief meewerken aan de uitvoering van het plan. Hermanns pleit ervoor de ongelijkwaardige positie te doorbreken door het structureren van de hulpverleningssituatie aan de hand van een professionele systematiek en de cliënt een actieve rol te geven in de besluitvorming. Hij draagt hiervoor respectievelijk de regulatieve cyclus van Van Strien (1986) aan en de Goal Attainment Scaling (GAS; zie ook Van Buggenum en Hermanns, 1995). De regulatieve cyclus bevat de elementen: probleemformulering, analyse van het probleem, plan opstellen om het probleem op te lossen, het uitvoeren van de interventie zelf en ten slotte een evaluatie in hoeverre het plan gewerkt heeft. Voor iedere stap van de cyclus kunnen de hulpverlener en de cliënt een contract opstellen waarin ze de taakverdeling vastleggen. GAS is een methode waarbij het probleem waarmee een hulpvrager bij de hulpverlening terecht komt, wordt ontleed tot specifieke en concrete problemen. De hulpverlener en de cliënt kiezen vervolgens een beperkt aantal problemen (aandachtsgebieden) om aan te gaan werken. Voor elk aandachtsgebied formuleren ze een na te streven doel. Per aandachtsgebied vullen ze een meetschaal in die weergeeft wanneer het gestelde doel, gegeven de verwachtingen, bereikt is.

Betrouwbaarheid van besluitvorming

Interne consistentie, stabiliteit van besluitvorming en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bepalen de mate van betrouwbaarheid van de besluitvorming. Onderzoek van Knorth (1995) laat zien dat individuele beslissers bij dezelfde casuïstiek (in dit geval een beslissing over wel of geen uithuisplaatsing van de jeugdige) niet tot hetzelfde besluit komen of dezelfde motivatie voor een plaatsingskeuze geven. Ook Lindsey (1991) komt tot de conclusie dat deze zogenoemde (tussenbeoordelaars-) betrouwbaarheid van plaatsingsbeslissingen laag is. De verklaring hiervoor zoekt hij in twee richtingen. Enerzijds in het feit dat plaatsingsbeslissingen persoonlijk gekleurd zijn: individuele ervaringen, preferenties en vertekeningen beïnvloeden de besluitvorming. Anderzijds ontbreekt wetenschappelijke kennis die plaatsers in staat stelt met enige precisie te beoordelen welk plaatsingsarrangement bij deze jeugdige de meest geschikte interventie is. Knorth geeft aan dat het opvallend is dat de wijze waarop plaatsers uitvoering geven aan het beslissingsproces sterk varieert. In welke mate bijvoorbeeld jeugdigen en ouders actief participeren in de besluitvorming; in hoeverre overleg met collega's en externe deskundigen gangbaar is; of verschillende interventiemogelijkheden tegen elkaar worden afgewogen; in hoeverre de kennis over de sociale kaart in de regio *up to date* is en een rol speelt bij de keuze van te benaderen voorzieningen en welke informatie bij de aanmelding van jeugdigen wordt verstrekt. Dit alles lijkt van instelling tot instelling, van hulpverlener tot hulpverlener en van cliënt tot cliënt te kunnen wisselen (Knorth, 1995).

Hermanns (1995) stelt verder dat handelen in de jeugdzorg pas wetenschappelijk verantwoord te noemen is als het gebaseerd is op een logisch coherente theorie, als het zo beschreven wordt dat het in principe herhaalbaar en toetsbaar is door anderen en als bevindingen van empirisch onderzoek verdisconteerd zijn. Tegelijkertijd geeft hij aan dat besluitvorming slechts voor een beperkt deel te bouwen is op theorieën en wetenschappelijke fundamenteën. De hulpverlener kan door het goed en gestructureerd vormgeven van het hulpverleningsproces voorkomen dat illusies en verwachtingen (zowel bij de hulpvrager als de hulpverlener) ontstaan die achteraf niet reëel bleken. Theorieën kunnen nooit dienst doen als kookboek waarin de hulpverlener receptuur voor het hulpverlenend handelen kan opzoeken. Ze inspireren, vormen en systematiseren het denken van de hulpverlener over cliënten. Op zijn best dienen ze de hulpverlener als een werkmodel dat richting geeft aan zijn handelen, maar dat vrijwel nooit pasklare antwoorden zal geven (Hermanns, 1995).

Besluitvormingsmodellen en methoden

Zoals we eerder in dit hoofdstuk schetsten, proberen onderzoekers in de besliskunde beslisprocessen stap voor stap uiteen te rafelen om afwegingen in de beslissing te expliciteren. De besliskunde reikt hiervoor formele technieken aan die helpen om rationeel te kiezen tussen alternatieven. Zo is het beslisproces in de visie van Hamburg (1999) ideaaltypisch op te delen in vier opdrachten:

1. definieer, formaliseer en visualiseer het probleem: verwerk op algoritmische wijze, dus als 'een set instructies', de beslisopties en hun consequenties in een beslisboom;
2. ken aan onzekere gebeurtenissen waarschijnlijkheden (kansen) toe en aan iedere potentiële uitkomst utiliteiten ('eenheden van nut');
3. bereken de *expected utility* (verwachte waarde) van iedere beslisoptie; de strategie met de hoogst verwachte waarde, dat wil zeggen met het hoogste profijt, is de maximaal optimale;
4. voer een sensitiviteitsanalyse uit door de getallen te variëren; beoordeel hoe gevoelig de uitkomst van de analyse op deze veranderingen reageert.

Met betrekking tot het beslisproces in de toegang tot de jeugdzorg vatten we deze vier opdrachten samen in het beantwoorden van twee vragen:

1. Is het beeld helder?
2. Kan de beslissing genomen worden?

De beslisser voert zodoende drie handelingen uit. Hij of zij verzamelt informatie, beoordeelt deze en neemt uiteindelijk een besluit. Meerdere besluitvormingsmodellen en methoden staan de hulpverlener daarbij tot zijn beschikking.

Beslissingsondersteunende instrumenten

Uit de literatuur met betrekking tot jeugdbescherming en jeugdhulpverlening spreekt twijfel over de kwaliteit van besluitvormingsprocessen, omdat mensen vaak geen rationele beslissers zijn (Van den Bergh, 1994). De gedachte is dat hoe meer besluitvormingsprocessen door rationaliteit gekenmerkt worden, hoe groter de kwaliteit van het besluitvormingsproces is. De toenemende mate van aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van besluitvormingsprocessen in de jeugdbescherming en in de jeugdhulpverlening heeft geleid tot de ontwikkeling van verschillende instrumenten en procedures. Als voorbeeld noemen DePanfilis en Scannapieco (1994) het gebruik van risicotaxatiemodellen in de jeugdbescherming in een groot deel van de Verenigde Staten. Echter, van de tien modellen die de auteurs onderzochten waren slechts van twee modellen evaluatiegegevens bekend. Ten Berge (1998) noemt onder andere de ontwikkeling van gestandaardiseerde vragenlijsten die de besluitvorming over ingrijpende maatregelen ondersteunen.

SMART

Een andere vorm om vanuit de prescriptieve besliskunde mensen voorschriften te geven over de manier waarop ingewikkelde beslissingsprocedures zo efficiënt mogelijk kunnen worden doorlopen, dragen Koele en Hammen (1999) aan. Het betreft de techniek *Simple Multi-Attribute Rating Technique* (SMART). Deze is toepasbaar in situaties waarin uit een aantal alternatieven de meest aantrekkelijke moet worden gekozen, waarbij van die alternatieven informatie beschikbaar is over een aantal relevante eigenschappen (Koele en Hammen, 1999).

Matrixmethoden

Niet alleen in de jeugdbescherming en jeugdhulpverlening bestaan instrumenten waarmee getracht wordt de kwaliteit van de besluitvorming te vergroten. In diverse andere vakgebieden bestaan methoden en besluitvormingsmodellen. Twee voorbeelden van zogeheten matrixmethoden zijn SOJA en InforMatrix. Beide zijn gebaseerd op besliskundige modellen die worden toegepast in onder meer de economie, de bedrijfskunde en in bestuurlijke kringen. De toepassing van deze methoden heeft als doel op grond van vooraf onderscheiden relevante en rationele keuzecriteria een relatieve voorkeur te bepalen bij onder andere een farmacotherapeutisch onderwerp. Brenninkmeijer en Janknegt (2000) zeggen hierover: 'enerzijds wordt hiermee getracht emotionele overwegingen en/of verborgen belangen te elimineren, anderzijds beogen deze methoden de aandacht te verleggen van de eigen voorkeuren naar de gemeenschappelijke uitgangspunten en overwegingen. Met keuzecriteria als uitgangspunten wordt getracht te bereiken dat de therapeutische waarde van middelen op een meer consequente en reproduceerbare wijze wordt beoordeeld'.

Bij de SOJA-methode ligt het accent op de producteigenschappen van farmacotherapeutische groepen, voornamelijk gebaseerd op wetenschappelijke publicaties en *evidence-based medicine*. Het opstellen van een SOJA-score duurt gemiddeld een tot anderhalf jaar en mondt uit in een wetenschappelijke publicatie. Deze score komt tot stand aan de hand van een matrix van keuzecriteria en weegfactoren. Op grond van literatuur en deskundigheid van de specialisten wordt aan een aantal criteria met behulp van een weegfactor, een aantal punten toegekend. De eindscore ontstaat door de scores op alle criteria bij elkaar op te tellen.

Bij de InforMatrix-methode ligt het accent op een oriëntatie en plaatsbepaling van farmacotherapeutische alternatieven gezien vanuit een medisch probleem, waarbij een combinatie van literatuurgegevens en praktijkinzichten een rol spelen. Groepen met wisselende deelnemers stellen in een aantal bijeenkomsten de hoofdcriteria ofwel containerbegrippen en de daarbij behorende subcriteria of onderbegrippen vast. Met behulp van weegfactoren en het toekennen van punten wordt per criterium het product van de gemiddelde weegfactor en de gemiddelde score berekend en vervolgens worden de eindscores opgeteld. De rapportages van InforMatrix komen tot stand via panelsessies. Op basis van een beschrijving van de keuzecriteria door een deskundig panel wordt vervolgens de relevante informatie uit de literatuur teruggekoppeld en in een tweede panelsessie beoordeeld en getoetst op bruikbaarheid in de praktijk.

Zorgverleners in besluitvormingprocessen verwarren nogal eens informatie, ervaringen en conclusies. Dit leidt tot een veelheid aan uitkomsten. Matrixmethoden zoals hierboven beschreven, kunnen we beschouwen als hulpmiddelen om een veelomvattende, multidisciplinaire probleemstelling in subproblemen onder te verdelen en meer gelijkgericht te bespreken (Brenninkmeijer en Janknegt, 2000).

Bayesiaanse statistiek en beslissingstheorie

Pijnenburg en De Bruyn (1995) doen verslag van een onderzoek waarin ze onderzochten of het mogelijk is om het karakter en de kwaliteit van het teambesluitvormingsproces te beïnvloeden door het aanbieden van een instructietraining. De training was gericht op het vertrouwd maken van het team met de basisprincipes van de Bayesiaanse statistiek en beslissingstheorie. Deze benadering helpt een diagnosticus een aanvankelijk klinisch oordeel over de subjectieve waarschijnlijkheid van een bepaalde hypothese op strikt logische wijze bij te stellen op grond van de waarde die aan nieuwe diagnostische informatie wordt gehecht. Het besluitvormingsproces bleek te veranderen door deze rekenkundige aanpak. Er was sprake van een hoger percentage aan feitelijke psychodiagnostische besluitvorming (formuleren en toetsen van hypothesen) dan in reguliere teambesprekingen. De aanpak bleek echter wel tijdrovend. Een ander probleem was het gebrek aan affiniteit van de betrokken hulpverleners met een formele beslissingsprocedure. Dit probleem is overigens kenmerkend voor vrijwel alle pogingen om deskundigen te laten werken aan de hand van dergelijke modellen. Het is een van de belangrijkste redenen waarom het in de literatuur gerapporteerde aantal succesvolle implementaties van formele procedures opvallend laag is (Pijnenburg en De Bruyn, 1995).

Evidence-based

In navolging van trends in andere vakgebieden (geneeskunde, onderwijs en welzijn) verschuift het perspectief in de jeugdzorg steeds meer naar een *evidence-based* benadering (Tomison, 1996). Gebaseerd op de gedachte dat een meer formele, rationele praktijk gebaseerd op wetenschappelijke methoden resulteert in een meer effectieve en economisch zorg (Webb, 2001). Sackett, Richardson, Rosenberg en Haynes omschrijven deze benadering in Tomison (1996) als: *'the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individuals'*. In het bijzonder betekent het: *'integrating individual practice expertise with the best available external evidence from systematic research as well as considering the values and expectations of clients'* (Gambrill in Tomison, 1996). Pameijer en Beukering (1998) beschrijven deze verschuiving als de verwetenschappelijking van het diagnostisch proces met een hypothesetoetsend model in combinatie met een cliëntgerichte diagnostiek door het gebruik van een contractmodel.

Bouwstenen voor een beslismodel

Het is een gegeven dat beslissingen in het algemeen worden gekenmerkt door rationaliteit en irrationaliteit en dat we gebreken vertonen in de manier waarop we tot beslissingen komen. De in dit hoofdstuk uitgewerkte inzichten uit de besliskunde reiken bouwstenen aan die in het beslismodel aandacht behoeven.

Bijdrage aan explicitering rationale en irrationele factoren

We kunnen concluderen dat het belangrijk is in het achterhoofd te houden dat onze besluitvorming zich kenmerkt door een bepaalde mate van rationaliteit en irrationaliteit. Het besef dat in keuzeprocessen minder

rationele factoren een rol spelen, is een eerste aanzet om besluitvorming transparant te maken. Het is zinvol te zoeken naar manieren om de beslissingsdrempels van individuele beslissers te expliciteren en de achtergronden daarvan te verhelderen (Ten Berge, 1998). De literatuur laat ook zien dat machtsverschillen tussen de hulpverlener en de cliënt in de besluitvorming een rol spelen. Een hulpverlener die expliciteert dat een te nemen beslissing voor een deel bepaald wordt door rationele argumenten en voor een deel door irrationele, verkleint daarmee het machtsverschil met de cliënt. Het structureren van de hulpverleningssituatie aan de hand van een professionele systematiek en de cliënt een actieve rol geven in de besluitvorming kan voorkomen dat er teveel sprake is van eenrichtingsverkeer in de hulpverleningssituatie. Een beslismodel dient te voorzien in een professionele systematiek waarmee de hulpverlener expliciteert en transparant maakt welk deel van de beslissing bepaald wordt door meer objectieve, feitelijke informatie en welk deel door persoonlijke ervaringen en beeldvorming.

Voorkomen van het tuimelen in valkuilen

We zagen dat met name de psychologische valkuilen *confirmation bias* en *conservation bias* een bedreiging vormen in het nemen van beslissingen binnen de hulpverlening. *Confirmation bias* houdt in dat de hulpverlener vooral zoekt naar informatie die in overeenstemming is met de als eerst gegeneerde hypothese over de meest geschikte behandeling. Op grond van de *conservation bias* sluiten therapeuten zich vervolgens af voor informatie die strijdig is met de eenmaal ingeslagen weg. Belangrijk is beide valkuilen bewust te vermijden bij het nemen van beslissingen. Een expliciet beslismodel als basis voor een samenhangend instrumentarium maakt de beoordelingen van hulpverleners minder gevoelig voor deze dreiging.

Aandachtspunten bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium

De onderzoeksliteratuur over beslissen en besluitvorming binnen hulpverleningsprocessen geven ook enkele aanwijzingen voor het gebruik van instrumenten door hulpverleners.

Expliciet afwegen argumenten en alternatieven

Het is de vraag of het mogelijk is met instrumenten niet alleen de beoordeling van de problematiek maar ook de beslissingsdrempel van de beslisser te objectiveren. Volgens Dalgleish (1997) is de beslissingsdrempel relatief constant en wordt de hoogte ervan meer bepaald door persoonsgebonden factoren dan door de te beoordelen opvoedingssituatie. Dergelijke factoren zijn moeilijk te objectiveren of uit te sluiten. Een objectieve beslissingsdrempel is niet vast te stellen. Het lijkt zinvoller om te zoeken naar manieren om de beslissingsdrempels van individuele beslissers te expliciteren en de achtergronden daarvan te verhelderen (Ten Berge, 1998). Het gebruik van instrumenten kan bijdragen aan het verzamelen en expliciteren van argumenten en alternatieven en in afwegen van deze alternatieven. Belangrijk is hierbij dat hulpverleners zoveel als mogelijk concrete, feitelijke

informatie verzamelen en deze duidelijk onderscheiden van interpretaties en conclusies. Daar valt aan toe te voegen dat het belangrijk is dat hulpverleners in de gelegenheid zijn om te reflecteren op hun kennis en op de invloed van hun mening en overtuiging op hun praktijk (Daniel, 1999).

Rol van team bij het nemen van beslissingen

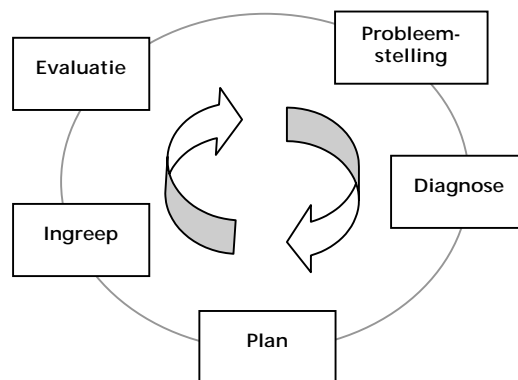
Niet alle beslissingen nemen de hulpverlener en de cliënt samen, soms heeft een team nog een stem in het geheel. Daarbij is het indicatiebesluit een formeel besluit waarover een (multi-)disciplinair team van deskundigen zich buigt. Voor besluitvorming in teamverband gelden grotendeels dezelfde aandachtspunten als hierboven al zijn genoemd. Ook in teamverband is het van belang de argumenten te expliciteren, deze af te wegen om op basis daarvan tot een besluit te komen; op te letten voor de valkuilen en gebruik te maken van (informatie verkregen uit) instrumenten bij de besluitvorming. Daarnaast zijn bij besluitvormingsprocessen in teamoverleggen algemene functionele criteria te benoemen die de effectiviteit hiervan bevorderen (Pijnenburg en De Bruyn, 1995). Te denken valt dan onder andere aan het verspreiden van rapportages die teamleden vooraf doornemen, hierbij gebruik maken van vaste rapportageschema's, het hanteren van een heldere procedure waarlangs te besluitvorming verloopt en de inzet van een getrainde voorzitter.

3. Bruikbare modellen

In dit hoofdstuk schetsen we enkele bruikbare modellen die een aantal van de in hoofdstuk 1 en 2 geschetste bouwstenen al in zich hebben en om die reden een goede basis leggen voor het te ontwikkelen beslismodel en het bijborende samenhangend instrumentarium. Achtereenvolgens komen de regulatieve cyclus aan de orde, het hypothesetoetsende model en de niveaus in motivatie die de Amerikaanse onderzoekers Prochaska en DiClemente op basis van veel empirisch onderzoek hebben onderscheiden.

De regulatieve cyclus

Van Strien (1986) legde met de regulatieve cyclus een belangrijke theoretische basis onder hulpverleners. Deze regulatieve cyclus is een denk- en handelingscyclus die verloopt volgens de stappen: probleemstelling, diagnose, plan, ingreep en evaluatie (zie Figuur 2 hieronder). Deze regulatieve cyclus is de basis voor latere theorievorming in de orthopedagogiek over diagnostiek en hulpverlenend handelen (zie bijvoorbeeld De Bruyn, Pameijer, Ruijsenaars en Van Aarle, 1995 en Pameijer en Beukering, 1998).



Figuur 2. De regulatieve cyclus (ontleend aan Van Strien, 1986)

De regulatieve cyclus is, zoals het woord al zegt, een cyclisch model dat zeer bruikbaar is voor een beslissingsondersteunend model in het bureau jeugdzorg. Vorgelegd aan medewerkers van bureau jeugdzorg ontlokt het cyclusmodel nogal eens de uitspraak "ja, dit geeft precies weer hoe we werken". De kracht van het model ligt ons inziens vooral in het expliciet maken van de stappen die hulpverleners (moeten) zetten in het hulpverleningsproces om tot goed onderbouwde beslissingen te komen. Hoe dit model 'vertaald' kan worden naar de toeleidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg werken we in het kort verder uit.

Een cyclisch proces

De toeleidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg heeft tot doel aangemelde cliënten zo goed en zo snel mogelijk een geschikt hulpaanbod te

bieden. Deze toeleidingsprocedure maakt onlosmakelijk deel uit van het hulpverleningsproces: het verhelderen van de hulpvraag is niet los te koppelen van het plegen van interventies. Ook al maken we een (kunstmatig) onderscheid in verschillende stappen, functies of personen/instanties die voor die functies verantwoordelijk zijn (het bureau jeugdzorg en de zorgaanbieder), voor de cliënt dienen die stappen één logische, samenhangende reeks te vormen. Het onderscheiden van stappen ondersteunt de hulpverlener bij het ordenen en op waarde schatten van alternatieven om de cliënt zo goed als mogelijk te adviseren (zodat deze op basis van die informatie een beslissing kan nemen). Ook maakt de hulpverlener door het opdelen van het proces in stappen het besluitvormingsproces inzichtelijk en navolgbaar voor zichzelf, collega's en niet in de laatste plaats voor de cliënt.

Het hulpverleningsproces binnen een bureau jeugdzorg bestaat uit een aantal fasen: de aanmelding (eventueel leidend tot acceptatie van de cliënt), het verkennen en taxeren van de problematiek en de hulpvraag, het formuleren van de hulpverlenings-doelen en het bepalen van de middelen, het (laten) plegen van interventies en het evalueren van het effect. Op basis daarvan kan de hulpverlener het diagnostische beeld weer bijstellen, waarna een aantal fasen opnieuw doorlopen kan worden. Deze opeenvolging van fasen kent geen lineair maar een *cyclisch* verloop en bestaat uit een samenhangende reeks van stappen die elkaar in de tijd opvolgen en die na verloop van tijd weer herhaald (kunnen) worden.

Denken en handelen

De cyclus kent diagnostische en (be)handelingsaspecten, die niet strikt van elkaar gescheiden zijn maar in elkaar overlopen. Gedurende het hulpverleningsproces kunnen de hulpverlener en de cliënt het beeld van de problematiek (diagnostisch aspect) bijstellen, waarna ook de te plegen interventies (behandelingsaspect) zijn aan te passen. De diagnostische aspecten en handelingsaspecten (hoewel praktisch dus niet van elkaar te scheiden, maar qua type wel te onderscheiden), vormen weer twee cycli die onderling met elkaar samenhangen: een diagnostische cyclus (denken) en een handelingscyclus (handelen). De *diagnostische cyclus* bestaat uit de stappen probleemstelling en diagnose. De *handelingscyclus* sluit aan op de diagnostische cyclus en bestaat uit de stappen: plan, ingreep en evaluatie. De medewerkers van het bureau jeugdzorg houden zich met name bezig met de diagnostische cyclus, maar aangezien de twee cycli onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn (het diagnostische beeld bepaalt welke interventies ingezet gaan worden, het effect van die interventies leidt weer tot bijstelling van het diagnostisch beeld), oefenen zij wel invloed uit op de handelingscyclus. Ook de uitvoerders van de handelingscyclus oefenen invloed uit op de diagnostische cyclus. Het diagnostisch beeld is geen statisch gegeven, maar aan voortdurende verandering onderhevig (onder andere ten gevolge van ontwikkelingsprocessen bij de jeugdige, interactieprocessen in het gezin, en - zo is de bedoeling- de gepleegde interventies). Tijdens evaluatiemomenten binnen de handelingscyclus toetsen de hulpverlener en de cliënt herhaaldelijk

of het diagnostische beeld bijstelling behoeft en of ze de geplande interventies moeten wijzigen.

Hypothesetoetsend model

De hiervoor beschreven regulatieve cyclus is vooral bedoeld om de fasering en het cyclische verloop van het hulpverleningsproces vorm te geven. Het stapsgewijs, inzichtelijk en expliciet doorlopen van de verschillende fasen in de hulpverleningscyclus maakt de besluitvorming transparant. Dit verduidelijkt echter nog niet *op welke manier* de hulpverlener en de cliënt de problematiek, hulpvraag en oplossingsmogelijkheden analyseren en *op welke gronden* ze tot een diagnostisch beeld en indicatiestelling komen. Hiervoor biedt het hypothesetoetsend model (De Bruyn, Pameijer, Ruijsenaars en Van Aarle, 1995) aanknopingspunten. Bij specialistische diagnostiek en in bepaalde gevallen ook bij basisdiagnostiek (bijvoorbeeld bij het onderzoeksmodel van de Raad voor de Kinderbescherming; Vogelvang, Kuipers en Hermans, 1999) wordt soms volgens een hypothesetoetsend model gewerkt. Dit houdt in dat de hulpverlener en de cliënt op grond van globale informatie hypothesen¹¹ opstellen, die ze vervolgens toetsen op 'waar' of 'niet waar'. De hulpverlener exploreert dus niet breed op allerlei terreinen naar wat er mogelijk aan de hand zou kunnen zijn, maar toetst gericht op basis van vooronderstellingen die voortkomen uit een eerste (globale) analyse.

Het werken met een hypothesetoetsend model draagt bij aan verdere professionalisering van het hulpverleningsproces. De hulpverlener dient de hypothesen zowel bij de opstelling als de toetsing te verantwoorden, dit voorkomt een teveel aan informatieverzameling en maakt dat het proces navolgbaar en controleerbaar is. Doordat de hulpverlener de (diagnostische) besluitvorming onderbouwt met argumenten, is achteraf na te gaan of de uiteindelijke conclusie en de bijbehorende beslissing(en) steekhoudend zijn. Indien nodig kunnen de hulpverlener en de cliënt snel bijsturen zonder dat ze het hele proces moeten overdoen. Op deze wijze verbetert de betrouwbaarheid, validiteit en de kwaliteit van de inhoud van het diagnostisch beeld.

Hypothesen opstellen en toetsen

Het lijkt misschien een open deur: hypothesen, oftewel veronderstellingen, worden *stellend* geformuleerd. Een hypothese is een *bewering* over de aard en de ernst van een probleem en de factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan en/of voortbestaan en het oplossen van het probleem. De hulpverlener en de cliënt toetsen deze bewering vervolgens: is de bewering waar, niet waar of ten dele waar? Nadat de hypothese is opgesteld bepalen ze samen op welke manier de hypothese te toetsen (met welk hulpmiddel/instrument) en op welke gronden ze de bewering als 'waar' aannemen. De verschillende hypothesen dienen samen een zo compleet mogelijk beeld te geven. Als er bijvoorbeeld aanwijzingen zijn voor zowel

¹¹ Betekenis van *hypothese* volgens Van Dale's woordenboek: aangenomen veronderstelling (vooronderstelling); wetenschappelijke, te falsifiëren stelling.

kindgerelateerde als omgevingsgerelateerde factoren die samen zorgen voor een moeilijke opvoedingsituatie, hebben de hypothesen betrekking op al deze aspecten. De hulpverlener en de cliënt vergelijken de uitkomsten van de toetsing van de hypothesen met elkaar en brengen deze indien mogelijk met elkaar in verband. Op deze wijze ontstaat een diagnostisch beeld: een samenhangend geheel van uitspraken over het ontstaan en voortbestaan van de problematiek (op grond van de verkregen argumenten).

Meerdere gezichtspunten belichten

Een goede gewoonte bij het opstellen van hypothesen is het opstellen van alternatieve hypothesen: stel dat deze bewering niet waar is, welke alternatieve beweringen zijn dan mogelijk om het probleem te verklaren? Het opstellen van alternatieve hypothesen verkleint het risico dat de hulpverlener en de cliënt op één bepaalde ingeslagen weg blijven doorgaan en/of vooral bezig zijn het 'eigen gelijk' te bevestigen (ofwel tuimelen in de valkuilen *confirmation bias* en *conservation bias*). Als de ouders bijvoorbeeld de problemen die zij met hun kind ervaren wijten aan ADHD, terwijl de hulpverlener denkt dat er (ook) sprake kan zijn van een inconsequente opvoedingsstijl, stellen zij hypothesen op die zowel betrekking hebben op de opvoedingsstijl van de ouders als op mogelijke ADHD bij het kind. Daarnaast stellen ze hypothesen op over mogelijke andere stoornissen bij het kind (die vergelijkbare symptomen hebben als ADHD) en omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op het gedrag van de ouders en het kind.

Het opstellen van alternatieve hypothesen bevordert de dialoog tussen de cliënt en de hulpverlener, met name wanneer er een verschil in visie bestaat. Geen van beide visies wordt zondermeer aangenomen, maar beide worden eerst goed onderzocht. Pas als de hulpverlener en de cliënt alle voor- en tegenargumenten hebben afgewogen, beschouwen ze één van de twee (of wellicht zelfs een derde) visies als aannemelijk. Als er voldoende deugdelijke argumenten zijn verzameld, kan van de hulpverlener of de cliënt redelijkerwijs bijstelling van de visie verwacht worden. Ook wanneer (of misschien wel *juist* wanneer) de hulpverlener, vanuit diens professionaliteit, ervan overtuigd is dat de visie van de cliënt niet klopt (en de hulpverlener ook zonder onderzoek al weet, of denkt te weten, dat zijn visie de juiste is) worden toch beide hypothesen getoetst. De cliënt heeft er recht op dat de hulpverlener zijn visie voor 'waar' dan wel voor 'niet waar' aanneemt op basis van navolgbaar en zo objectief mogelijk onderzoek.

Niveaus in motivatie

Zoals de vorige paragrafen lieten zien staan de hulpverlener verschillende hulpmiddelen ter beschikking om het hulpverleningsproces te systematiseren en veronderstellingen over wat er aan de hand is en wat de cliënt nodig heeft te toetsen en te onderbouwen. Maar dat is niet afdoende om tot een doeltreffende toeleiding richting een (geïndiceerd) hulpaanbod te komen. Het nemen van een beslissing in de toeleidingsprocedure richting hulpverlening is een gezamenlijke activiteit van de hulpverlener en de cliënt. Om het, bijna onvermijdelijke, machtsverschil zo klein mogelijk te houden, is het de taak van

de hulpverlener een gelijkwaardige dialoog met de cliënt aan te gaan. Een dialoog waarin de hulpverlener aansluit bij de cliënt en diens hulpvraag, visie op de problemen en wensen en de cliënt van de benodigde informatie voorziet en alternatieven voorlegt. In deze dialoog komen de hulpverlener en de cliënt tot gezamenlijke beslissingen. De hulpverlener is verantwoordelijk voor de structurering van de toeleidingsprocedure en het creëren van de voorwaarden waarbinnen de cliënt kan beslissen (zie ook Van der Steege, 2003). De cliënt is daarmee verantwoordelijk voor de uiteindelijke beslissing die wordt genomen, terwijl de hulpverlener verantwoordelijk is voor het proces waarin die beslissing tot stand komt. De hulpverlener checkt telkens of de analyse van de klachten en de problematiek, de conclusies en het in te zetten hulpaanbod aansluit bij de visie, ervaringen, wensen, verwachtingen en mogelijkheden van de cliënt en stelt op deze manier zijn deskundigheid in dienst van het beslissingsproces van de cliënt. Het voortdurend in dialoog met de cliënt afstemming en aansluiting zoeken is niet altijd eenvoudig. Cliënten zitten vaak 'tot over hun oren' in de problemen en zijn niet altijd even consequent in wat ze vinden en willen. Auteurs en onderzoekers gebruiken het begrip 'motivatie' vaak om weer te geven welke factoren, beweegredenen of complex van drijfveren de cliënt (kunnen) aanzetten tot ander gedrag en iets aan de situatie te willen veranderen (Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003).

Twee Amerikaanse onderzoekers, Prochaska en DiClemente, hebben op basis van jarenlang onderzoek zes niveaus, ofwel stadia, onderscheiden in de motivatie van cliënten tot verandering. Onlangs publiceerde het Expertisecentrum Jeugdzorg van NIZW Jeugd in een van de rapporten over de effecten van de jeugdzorg over dit model en de rol van motivatie bij vraaggerichte, effectieve hulpverlening (zie Prochaska, DiClemente en Norcross, 1992 en Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003). De te onderscheiden niveaus in de motivatie tot gedragsverandering van cliënten kan eveneens bruikbaar zijn bij het bepalen op welk moment het nemen van welke beslissing passend en effectief is. In deze paragraaf beschrijven we de stadia in de motivatie tot gedragsverandering bij cliënten en de bijpassende typen hulpverlenend handelen.

Niveaus in motivatie tot gedragsverandering

Motivatie, of een gebrek daaraan, is geen stabiele eigenschap van de cliënt, maar een door de hulpverlener te beïnvloeden kenmerk (Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003). De motivatie van de cliënt kan zich daarbij op verschillende niveaus bevinden, waarbij elk niveau gekenmerkt is door een toenemende gerichtheid op verandering en een toenemende contactname met de hulpverlener. Het model van Prochaska en DiClemente geeft aan welke niveaus cliënten doorlopen bij de totstandkoming van de bereidheid om gedragingen aan te passen. Zij onderscheiden de volgende zes stadia.

Voorbeschouwing (precontemplatie): op dit niveau bestaat er (nog) geen intentie tot verandering. De persoon is zich vaak niet bewust van het probleem. Het is in dit stadium vaak de omgeving die het probleem ervaart

en op de persoon druk uitoefent om te veranderen. Er is doorgaans weerstand tegen de herkenning van het probleem en tegen pogingen van een behandelaar om verandering in gang te zetten.

Overpeinzing (contemplatie): in dit stadium is de persoon zich ervan bewust dat hij een probleem heeft en bedenkt wat de verandering kan opleveren. De motivatie om er iets aan te doen is aanwezig, maar er wordt nog geen actie ondernomen. De cliënt staat open voor interventies van de behandelaar die een bewustmaking van het probleem bevorderen.

Besluitvorming (voorbereiding): op dit niveau maakt de persoon echt plannen om iets aan het gedrag te gaan doen.

Actie: de persoon onderneemt daadwerkelijk actie om het gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op de verandering, vindt hier plaats.

Onderhoud of consolidatie: op dit niveau probeert de persoon de bereikte verandering te bestendigen en niet terug te vallen. Daartoe wordt het nieuwe gedrag zoveel mogelijk ingebouwd in het dagelijkse bestaan.

Terugval: in de meeste gevallen is de persoon niet in staat om de bereikte situatie volledig vast te houden. Terugval komt geregeld voor. Het van oorsprong lineaire model met vijf achtereenvolgende niveaus is daarom later bijgesteld tot een spiraalvormig model. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat, elke keer wanneer de persoon terugvalt, hij niet helemaal opnieuw moet beginnen, maar leert van de eerdere pogingen (Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003, p. 11; Prochaska, DiClemente en Norcross, 1992).

Prochaska en DiClemente zijn van mening, en met hen vele andere auteurs (zie voor een overzicht Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003) dat aansluiten bij het motivatieniveau de kans op effectief hulpverleners verhoogt. Dit uitgangspunt valt verder door te trekken naar de besluitvorming in de toeleidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg. Het heeft weinig zin met de cliënt over het passende hulpaanbod te willen besluiten, als deze zich nog in het stadium van voorbeschouwing bevindt. Ook in de toeleiding tot hulp is het van belang dat de hulpverlener afstemming zoekt met de motivatie van de cliënt op dat moment en indien nodig deze motivatie bevordert, danwel opzoekt waarvoor de cliënt wel te motiveren is.

Aansluiten bij het stadium waarin de cliënt zich bevindt

Voor besluitvorming binnen het bureau jeugdzorg zijn vooral de eerste drie niveaus van belang: voorbeschouwing, overpeinzing en besluitvorming. Pas wanneer de cliënt het derde niveau heeft bereikt (het niveau van besluitvorming), is het zinvol een beslissing te nemen. Zou de hulpverlener erop aandringen toch een besluit te nemen (of wordt de beslissing vóór de cliënt genomen), terwijl de cliënt zich nog in één van de eerdere stadia bevindt, dan is het risico groot dat de cliënt niet daadwerkelijk tot verandering komt. Het besluit zal dan uiteindelijk weinig effect hebben of zelfs een averechts effect tot gevolg hebben.

Wat maakt dat de cliënt dat derde niveau bereikt? Van Yperen, Booy en Van der Veldt (2003) geven aan dat voldoende *overeenstemming* tussen de cliënt en de hulpverlener (over wat het probleem is, wat de hulpvraag is en welke mogelijke oplossingen voorhanden zijn) hierin een grote rol speelt. Gedurende het beslissingsproces is het van belang dat de hulpverlener, voorafgaand aan elk moment dat een cliënt een beslissing moet nemen, een inschatting maakt van het motivatieniveau waarop de cliënt zich op dat moment bevindt. Is er voldoende overeenstemming over wat de hulpvraag is en staat de cliënt open voor het advies van de hulpverlener op basis van die gezamenlijke conclusie? Als dat niet het geval is, zal de hulpverlener eerst middelen in moeten zetten om het verschil in visie te verkleinen, alvorens hij de volgende stap in het hulpverleningsproces kan zetten. In de meeste gevallen bepaalt de cliënt dus het tempo waarin de hulpverleningscyclus wordt doorlopen. We zeggen nadrukkelijk in de meeste gevallen, er zijn natuurlijk ook situaties waarin de hulpverlener het tempo moet versnellen omdat de veiligheid van de jeugdige in het geding is. Maar ook dan streeft de hulpverlener naar het bereiken van consensus, opdat de cliënt daadwerkelijk veranderingen tot stand brengt.

Passende typen hulpverlenend handelen

Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) vonden vervolgens een relatie tussen het motivatieniveau van de cliënt en het type handelen van de hulpverlener dat ervoor kan zorgen dat de cliënt naar het volgende niveau 'opschuift' en dat uiteindelijk leidt tot effectieve hulpverlening. Interventies die worden ingezet in het 'verkeerde' stadium, bijvoorbeeld handelingen die passen bij het stadium van actie terwijl de cliënt zich nog in de fase van overpeinzing bevindt, kunnen leiden tot ineffectieve hulpverlening en mogelijk zelfs tot uitval van de cliënt. Figuur 3 op pagina 48 geeft een overzicht van de samenhang tussen motivatieniveaus van de cliënt en de typen hulpverlenend handelen.

Deze typen (en dan specifiek die in de eerste drie kolommen) zijn voornamelijk behulpzaam bij het bepalen wanneer welke informatie te verzamelen en welke beslissingen op dat moment te nemen. Dit komt vooral in beeld bij de opbouw en uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Niveau					
	<i>Voorbeschouwing</i> (<i>Precontemplatie</i>)	<i>Overpeinzing</i> (<i>Contemplatie</i>)	<i>Besluitvorming</i> (<i>Voorbereiding</i>)	<i>Actie</i>	<i>Onderhoud</i> (<i>Consolidatie</i>)
Type hulpverlenend handelen	<p>'Bewustmakende' interventies (observaties, confrontaties en interpretaties).</p> <p>Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw).</p> <p>Handelingen gericht op verhelderen van de invloed van het probleem op de omgeving.</p>	<p>Handelingen gericht op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (onder andere verhelderen van waarden, denkbeelden, wensen).</p>	<p>Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitment-verhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan).</p>	<p>Handelingen van belonen van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen).</p> <p>Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen).</p> <p>Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken).</p> <p>Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (waaronder uitdovingstechnieken, eerst-denken-dan-doen-technieken, vermijden van risicovolle situaties).</p>	

Figuur 3. Samenhang motivatieniveau en type hulpverlenend handelen (Prochaska, DiClemente en Norcross, 1992 in: Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003, p. 18)

Bouwstenen voor een beslismodel

De drie modellen die we in dit hoofdstuk beschrijven, geven concreet aan hoe het hulpverleningsproces te faseren, te structureren en te systematiseren. Vooral de regulatieve cyclus is bruikbaar bij het in kaart brengen van de beslissingen die de hulpverlener en de cliënt gedurende het proces samen dienen te nemen. Dit biedt daarmee een grondig fundament voor de opbouw van een beslismodel.

Daarnaast laat de cyclus het *cyclische* karakter van besluitvorming binnen de hulpverlening zien en maakt deze hanteerbaar. Immers, beslissingen verlopen in de hulpverleningspraktijk niet altijd chronologisch en in een vaste volgorde. Soms komt er tijdens het plannen van de hulpverlening opeens nieuwe informatie op tafel die een herziening van de reeds gestelde diagnose noodzakelijk maakt. De hulpverlener en de cliënt doen dan midden in de

cyclus een stapje terug. Of beter gezegd: doorlopen een deel van de cyclus opnieuw. Dit is immers geen teruggang, maar eerder een resultaat van het hulpverleningsproces.

Aandachtspunt bij opbouw en uitvoering samenhangend instrumentarium

De geschetste modellen geven eveneens twee aandachtspunten voor de opbouw en de uitvoering van een samenhangend instrumentarium.

Gebruik van hypothesen voorkomt stappen in valkuilen

De bedoeling van het opbouwen van een samenhangend instrumentarium is onder andere het koppelen van de informatieverzameling aan de te nemen beslissing en het onderbouwen van deze beslissing met expliciete argumenten. Een hulpverlener verzamelt nooit in het oneindige informatie 'om het verzamelen'. Het opstellen en toetsen van hypothesen is hierbij een uiterst bruikbare methode. Veel hulpverleners in de jeugdzorg zijn dit nog niet gewend. Werken volgens het hypothesetoetsend model zorgt ervoor dat de informatieverzameling gericht en afgebakend is en vergemakkelijkt de keuze voor een instrument. Immers, het instrument moet informatie opleveren op basis waarvan een hypothese voor 'waar' of 'niet waar' aan te nemen valt. Daarnaast voorkomt het opstellen van hypothesen en vooral van alternatieve hypothesen het stappen in valkuilen. Het voorkomt dat de hulpverlener alleen informatie verzamelt die past in zijn denkrichting en zorgt ervoor dat hij ook andere mogelijkheden verkent.

Aansluiten bij motivatie belangrijke voorwaarde

We beschreven in dit hoofdstuk een model dat de stadia die cliënten in de motivatie tot gedragsverandering doorlopen inzichtelijk maakt. Van belang is bij het nemen van beslissingen dat de hulpverlener aansluit bij het stadium van motivatie waarin de cliënt zich op dat moment bevindt. Het heeft immers geen enkele zin een beslissing te forceren als de cliënt nog bezig is zich bewust te worden van het precieze probleem. Belangrijk is dus dat de hulpverlener alert is op de motivatie van de cliënt, de dialoog aangaat om hier achter te komen en vervolgens aansluit bij de cliënt en diens motivatie. Dit is niet altijd een absolute *must*. Als het kind accuut in gevaar is, handelt de hulpverlener meteen en is aansluiten bij de motivatie van de ouders pas in een later stadium aan de orde.

Deel 2 De eerste producten

Een gezamenlijk ontwikkeld beslismodel en een raamwerk voor de opbouw van een samenhangend instrumentarium

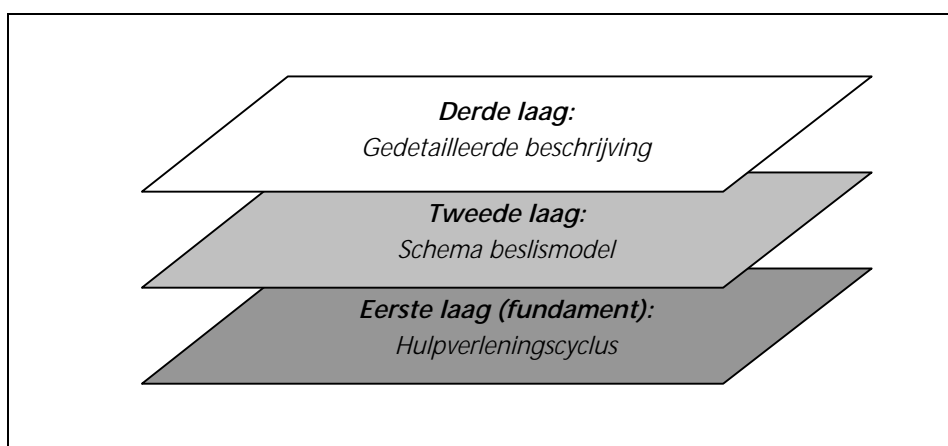
4. Een beslissingsondersteunend model

Zoals in de inleiding al werd aangegeven was de eerste stap in het project OSI het gezamenlijk ontwikkelen van een *beslismodel* voor het bureau jeugdzorg. De toeleidingsprocedure in het bureau jeugdzorg (zowel richting licht ambulante hulp als naar geïndiceerde zorg) bestaat uit verschillende beslismomenten. Deze beslismomenten doen zich voor in een bepaalde, veelal chronologische, volgorde. Het schematisch weergeven van die verschillende beslismomenten en de mogelijke beslissingen die per moment te nemen zijn, noemen we een beslismodel. Dit beslismodel dient vervolgens als kapstok voor het op te bouwen samenhangend instrumentarium. Instrumenten kunnen hulpverleners ondersteunen bij het verzamelen van de informatie op basis waarvan beslissingen te nemen zijn. Dit hoofdstuk beschrijft het beslismodel dat we ontwikkelden in samenspraak met de drie participerende bureaus jeugdzorg. In hoofdstuk vijf geven we vervolgens weer hoe op basis van het beslismodel een samenhangend instrumentarium op te bouwen is.

Het bouwplan

De bestudering van de verschillende bronnen leverde een aantal bouwstenen voor een beslismodel op. Belangrijke elementen hieruit waren dat een beslismodel dient te voorzien in een systematische en transparante ordening van de te nemen beslissingen, bijdraagt in het expliciteren van de rationele en irrationele componenten die een rol spelen bij het nemen van beslissingen, de alertheid van hulpverleners voor het tuimelen in valkuilen vergroot en het cyclische karakter van besluitvorming in de hulpverleningspraktijk weerspiegelt.

Het beslismodel dat we, samen met de bureaus jeugdzorg Utrecht en Drenthe, ontwikkelden binnen het project OSI bestaat uit drie 'lagen' (zie Figuur 4 hieronder):

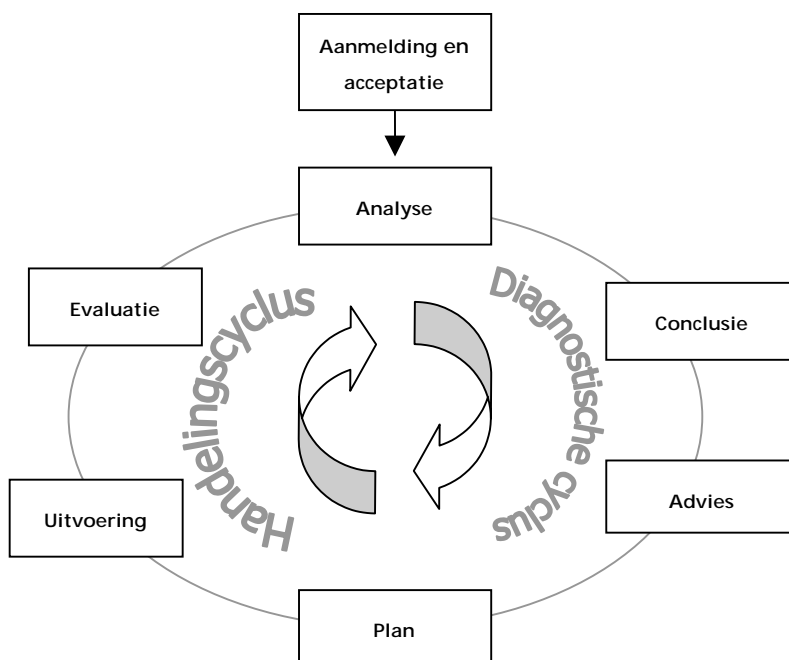


Figuur 4. Bouwplan beslismodel

1. Het fundament (de abstracte onderlaag): de hulpverleningscyclus, een cyclisch model in zeven stappen, gebaseerd op de regulatieve cyclus (zie Figuur 5 hieronder);
2. De tweede laag (een praktischere vertaling van de hulpverleningscyclus): het visueel weergeven van de verschillende stappen met bijbehorende beslismomenten als een 'routeplan' in een beslismodel (zie Figuur 6 op pagina 57);
3. De derde laag: een gedetailleerde beschrijving van de zeven stappen, per stap zijn de beslismomenten met de daarbij horende keuzemogelijkheden beschreven (zie pagina 60).

Het fundament: een cyclisch model in zeven stappen

Vanaf het moment dat een cliënt de hulp van het bureau jeugdzorg inroept, start een cyclisch proces van informatie analyseren, taxeren, afwegen, besluiten nemen, een plan maken, het plan uitvoeren en evalueren. Cyclisch, omdat het taxeren kan leiden tot verder analyseren, het afwegen kan leiden tot opnieuw taxeren, het nemen van een besluit een bewustwordingsproces in gang kan zetten dat nieuwe informatie oplevert (dat weer om nieuwe analyses vraagt) en het plannen en uitvoeren van een besluit een effect beoogt dat vervolgens weer tot nieuwe analyses leidt. Hoewel er oneindig veel variaties mogelijk zijn, is er toch maar een beperkt aantal denk- en handlingsstappen dat de kern vormt van die cyclus. Dat zijn er zeven: *Aanmelding en acceptatie, Analyse, Conclusie, Advies, Plan, Uitvoering en Evaluatie* (Figuur 5 hieronder geeft deze zeven stappen weer), die in verschillende variaties doorlopen kunnen worden.



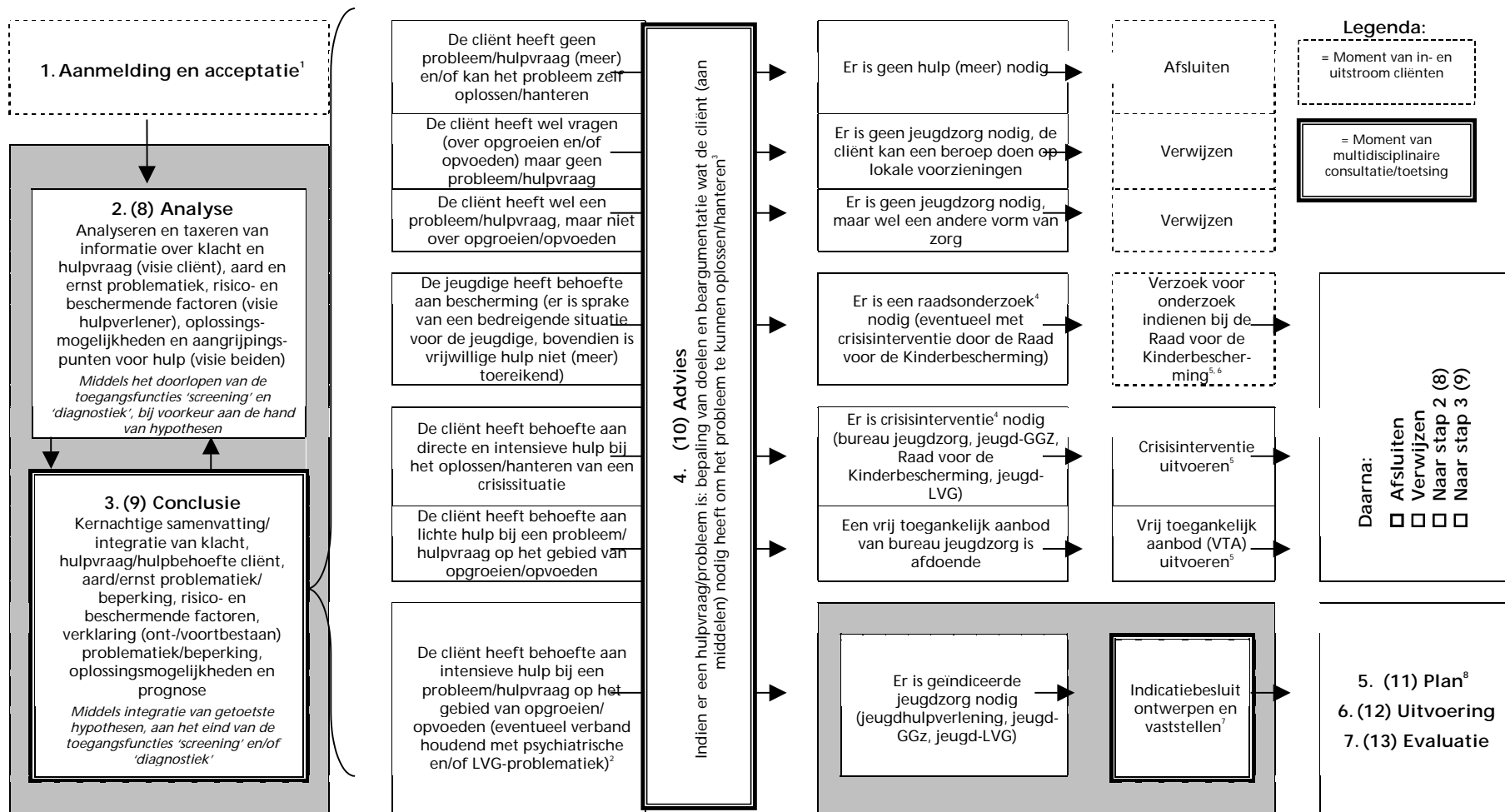
Figuur 5. De hulpverleningscyclus (bewerking van de regulatieve cyclus)

De stappen komen overeen met de vijf stappen uit de regulatieve cyclus uit het vorige hoofdstuk. We voegden er een extra stap aan toe (*Aanmelding en acceptatie*) en splitsten de stap diagnose in tweeën (*Conclusie* en *Advies*). In plaats van probleemstelling spreken we hier van *Analyse*. Dit om aan te geven dat het gaat om een analyse van niet alleen de problematiek maar ook van de hulpvraag en de oplossingsmogelijkheden. We kiezen ervoor dicht te blijven bij de terminologie uit de regulatieve cyclus en bijvoorbeeld niet bij de functies die de Projectgroep Toegang indertijd onderscheidde. Dit omdat deze termen in de loop der jaren vele invullingen kregen en verschillend gebruikt werden en daarover inmiddels een behoorlijke spraakverwarring is ontstaan (de term 'screening' bijvoorbeeld wordt soms als een toegangsfunctie, soms als een instrument opgevat). Halverwege de uitvoering van het project OSI werd het referentiewerkmodel voor de bureaus jeugdzorg definitief vastgesteld (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003). In dit hoofdstuk verwijzen we bij de zeven stappen uit het beslismodel naar de vergelijkbare hoofdprocessen uit dit referentiewerkmodel.

Wanneer het hulpverleningsproces een cyclisch proces is, waarbij diagnostiek en behandeling (taxeren en interveniëren) niet los van elkaar te zien zijn, kan het niet anders dan dat de hulpverlener zich bij elke stap in die diagnostische cyclus afvraagt welk nut de in te winnen informatie heeft voor de handelingscyclus. Uitgangspunt is dat deze informatie *van invloed is* op de te nemen beslissing. Indien de informatie geen rol van betekenis zal spelen bij de beslissing over de te nemen vervolgstap, dan doet de informatie niet ter zake en heeft het geen nut deze te verzamelen. Zo zal bijvoorbeeld bij het nemen van de beslissing wel of geen specialistische diagnostiek te verrichten niet alleen het doel van het onderzoek duidelijk moeten zijn. Er zal ook een relatie moeten zijn met het eventueel in te zetten hulpaanbod. Weten om het weten (bijvoorbeeld vragen als 'zicht krijgen op de sociale ontwikkeling van J.') is dan niet aan de orde. *Weten om (professioneel) te kunnen handelen* is het uitgangspunt. In de diagnostische cyclus heeft het handelen van de hulpverlener vooral betrekking op het dusdanig adviseren van de cliënt opdat die weloverwogen kan beslissen welk hulpaanbod in te zetten. Diagnostiek is geen doel op zich, maar een middel om handelingsgericht te kunnen adviseren (Pameijer en Van Beukering, 1998). Bureau jeugdzorg Limburg hanteert hiervoor het *goed genoeg principe*: er wordt niet meer informatie verzameld dan datgene wat nodig is om een vervolgtraject te kunnen bepalen (Bureau jeugdzorg Limburg, oktober 2003).

Tweede laag: schematische weergave van het beslissingsproces

Figuur 6 op pagina 57 geeft de zeven stappen en de verschillende keuzemogelijkheden in de toeleidingsprocedure weer in een *beslismodel* (voor een verklaring van de noten in Figuur 6 zie pagina 58).



Figuur 6. Beslismodel toegangsprocedure bureau jeugdzorg

Verklaring van de noten in Figuur 6:

- ¹ De mogelijke cliënt wordt als cliënt geaccepteerd indien de leeftijd van de jeugdige bij aanmelding maximaal 17 jaar is (eenmaal 'binnen' kan een jeugdige tot maximaal 23 jaar hulp krijgen), de woonplaats van de ouders in de regio is van het betreffende bureau jeugdzorg en de cliënt een (hulp)vraag heeft op het gebied van opgroeien en/of opvoeden.
- ² Een probleem/hulpvraag op het gebied van opgroeien en/of opvoeden, eventueel verband houdend met psychopathologie (psychische stoornissen zoals geclassificeerd in de DSM-IV) en/of LVG-problematiek (een licht verstandelijke beperking (IQ 55-70) en daarmee samenhangende problemen in de cognitieve, emotionele, sociale en persoonlijkheidsontwikkeling).
- ³ In dit schema wordt volstaan met het noemen van de middelen (hulpaanbod), voor doelen (zie ook Figuur 7 op pagina 71). Het *Advies* (doelen en middelen) vormt tevens het plan van het bureau jeugdzorg op basis waarvan de zorgaanbieder een plan opstelt. Het plan van bureau jeugdzorg wordt ook wel raamhulpverleningsplan genoemd en wordt opgesteld in samenspraak met de cliënt.
- ⁴ Indien nodig kunnen crisisinterventie en een onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming op elk moment in de cyclus ingezet worden. In feite worden dan wel de stappen 2, 3 en 4 genomen, maar binnen zeer korte tijd.
- ⁵ Ook tijdens de uitvoering van het raadsonderzoek, crisisinterventie en vrij toegankelijke hulp worden de stappen van de hulpverleningscyclus doorlopen, indien nodig in meerdere elkaar opvolgende cycli.
- ⁶ Indien het onderzoek en het advies van de Raad voor de Kinderbescherming resulteert in een maatregel, dan komt de cliënt weer terug naar het bureau jeugdzorg (jeugdbescherming). In de regel wordt dan een *Uitgebreide analyse* uitgevoerd met als doel een raamhulpverleningsplan op te kunnen stellen.
- ⁷ Indien het ontwerp indicatiebesluit wordt geformaliseerd, voert het bureau jeugdzorg de begeleiding bij de effectuering van de zorg uit en het volgen daarvan tijdens de uitvoering. Het indicatiebesluit fungeert dan voor de betreffende zorgaanbieder als raamhulpverleningsplan op basis waarvan een specifiek hulpverleningsplan wordt opgesteld.
- ⁸ Plan: specifiek hulpverleningsplan van de zorgaanbieder, op basis van het raamhulpverleningsplan van het bureau jeugdzorg.

Het beslismodel laat overzichtelijk zien welke mogelijkheden er zijn. Het model lijkt door de vormgeving een lineair model waarin de hulpverlener en de cliënt de stappen van 'links naar rechts' doorlopen. Niets is echter minder waar, we benadrukken dat het beslismodel een cyclisch model is, waarbij de hulpverlener en de cliënt op ieder moment stappen terug kunnen, stappen over kunnen doen of een stap overslaan indien dit wenselijk is.

Derde laag: beeldvorming en besluitvorming

In de zogenaamde 'derde laag' worden de zeven stappen gedetailleerd beschreven. Twee telkens terugkerende aspecten in elk van deze stappen zijn *beeldvorming* en *besluitvorming*. Oftewel, de beantwoording van de twee vragen

die in hoofdstuk 2 werden geformuleerd: “Is het beeld helder?” en “Kan de beslissing genomen worden?” De beeldvorming (het op waarde schatten van de verzamelde informatie) komt tot stand in de dialoog tussen de hulpverlener en de cliënt en begint met het in kaart brengen van de aard en de ernst van de problematiek, het verhelderen van de hulpvraag en het op een rijtje zetten van oplossingsmogelijkheden (ofwel aanknopingspunten voor hulp). De hulpverlener en de cliënt zetten hun visies naast elkaar en trachten deze te verbinden in een gezamenlijk standpunt. Op basis van dat gezamenlijke standpunt geeft de hulpverlener informatie over de verschillende keuzemogelijkheden in het zorgaanbod (als er inderdaad hulp nodig is volgens beiden), zet de voors en tegens op een rij en geeft een advies over de (objectief gezien) best passende mogelijkheid. Een belangrijk hulpmiddel bij het opbouwen van een gezamenlijk beeld is het opstellen en toetsen van hypothesen. Zoals we al in hoofdstuk drie aangaven, maakt het werken met hypothesen het hulpverleningsproces navolgbaar en controleerbaar, voorkomt het onnodige verbreding van de informatieverzameling en voorkomt het ‘tuimelen’ in valkuilen.

Aard en ernst van de problematiek

NIZW Jeugd en het Trimbos-instituut ontwikkelden in 1999 een landelijke standaard voor de registratie van de *aard* van de problematiek (Boelhouwers, Bothof e.a., 1999). Deze tabel gaat uit van de volgende domeinen: psychosociaal functioneren jeugdige; lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren; vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling; gezin en opvoeding; omgeving jeugdige; overige problemen; niet gespecificeerde problematiek. Indien er sprake is van een *problematische* ontwikkeling/functioneren op één van deze gebieden, dan spreken wij van een hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden. Is er sprake van een (dreigende) *stoornis* op één van deze gebieden dan spreken we van psychiatrische problematiek (zie ook Heinrich, 2002). Is er sprake van een lichte beperking van de verstandelijke vermogens van de jeugdige (die van invloed is op het functioneren van de jeugdige en/of diens omgeving) dan spreken we van LVG-problematiek.

Voor de ontwikkeling van een instrument om de *ernst* van de problematiek te kunnen taxeren heeft NIZW Jeugd een literatuurstudie naar het begrip ‘ernst’ uitgevoerd en op basis daarvan een werkmodel geconstrueerd (Van Yperen, Van den Berg en Eijgenraam, 2002). Het begrip ‘ernst’ kent in dit werkmodel drie aspecten: ernst in de zin van de *zwaarte* van de problematiek (de weging van de specificiteit van de problemen, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, opeenhoping van stressfactoren, andere risicofactoren en de protectieve factoren); ernst in de zin van de *gevolgen van de onbalans*, zowel in historisch opzicht, als actueel en prognostisch; ernst in de zin van de *benodigde zorgzwaarte* om de balans te herstellen. Onder andere op basis van deze literatuurstudie is *de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)* ontwikkeld (Van Yperen, Van den Berg en Eijgenraam, 2003).

Bij de afronding van de beeldvorming dient zich een beslismoment aan. Dit is een moment waarop de cliënt en de hulpverlener expliciet en weloverwogen een

besluit nemen over de te nemen vervolgstap. Het moment waarop de besluitvorming kan starten hangt niet alleen af van de vraag of het beeld helder is voor de hulpverlener. Vooral is het van belang of het beeld helder is voor de cliënt. Dit bepaalt in belangrijke mate in hoeverre een cliënt 'er aan toe is' cq. 'het vereiste motivatieniveau heeft bereikt' (zie ook de paragraaf *Niveaus in motivatie* op pagina 44) om een beslissing te kunnen nemen over de benodigde/gewenste vervolgstap. Die vervolgstap kan betrekking hebben op een *processtap* binnen het hulpverleningsproces en/of een *productkeuze*. De processtap gaat over zaken die direct te maken hebben met de toeleidingsprocedure, bijvoorbeeld wel of geen aanvullende gesprekken voeren met het hele gezin of het navragen van informatie bij de leerkracht. Het gaat om beslissingen die de hulpverlener en de cliënt gezamenlijk nemen en waarvoor de hulpverlener de eindverantwoordelijkheid draagt. Belangrijk hierbij is dat de hulpverlener een inschatting maakt welke processtap (en/of welk hulpmiddel) op dat moment het meest geëigend is om de cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen bij de *productkeuze*¹. De productkeuze betreft het zorgaanbod dat de cliënt uiteindelijk kiest. Dit is een beslissing waarbij de hulpverlener een advies uitbrengt en waartegen de cliënt uiteindelijk ja of nee zegt. Het kiezen van dit moment en het voorbereiden van de cliënt op dit moment is cruciaal voor het uiteindelijke effect van de beslissing. Bij een cliënt die nog niet echt het nut ziet van een bepaalde hulpvorm zal de hulpverlening hoogstwaarschijnlijk weinig resultaten opleveren. Ook als er sprake is van een beschermingsmaatregel streeft de hulpverlener naar een situatie waarin de cliënt in staat is de uiteindelijke beslissing te nemen. De hulpverlener geeft echter de kaders waarbinnen de cliënt deze definitieve beslissing neemt. Als de cliënt ook niet binnen die kaders een besluit kan of wil nemen, neemt de uitvoerder van de maatregel de uiteindelijke beslissing.

In de volgende paragrafen worden de zeven stappen van het beslismodel per stap beschreven. We hebben daarbij zoveel als mogelijk geprobeerd aan te sluiten bij het *Referentiewerkmodel bureau jeugdzorg* (in het vervolg verwijzen we naar dit model met de term 'referentiewerkmodel') waar nodig verwijzen we naar dit model. In de volgende fase van het project OSI zullen we beide modellen verder integreren.

¹ De productkeuze is alleen mogelijk na het doorlopen van de stappen *analyse*, *conclusie* en *advies*. Dit wil echter niet zeggen dat voor elk hulpaanbod eerst een langdurige cyclus doorlopen moet worden. Het doorlopen van de cyclus duurt zolang als nodig en tegelijkertijd zo kort als mogelijk. Indien nodig, bijvoorbeeld bij het beoordelen of er crisisinterventie nodig is, kan de eerste helft van de cyclus in zeer summere vorm binnen één telefoongesprek afgerond worden.

Aanmelding en acceptatie (stap 1)²

De start van de cyclus kan op verschillende manieren plaatsvinden: de (mogelijke) cliënt³ neemt vanwege een probleem, klacht of vraag zelf contact op met het bureau jeugdzorg (op eigen initiatief of na een verwijzing van bijvoorbeeld de school van het kind of de huisarts) of iemand anders neemt contact op waarna het bureau jeugdzorg contact legt met de mogelijke cliënt (zie ook het proces *Reageren op signaal van derde* in het referentiewerkmodel). Indien in dat laatste het geval is en de mogelijke cliënt zelf geen hulp of onderzoek accepteert, kan deze *derde* een melding doen bij het AMK. Het AMK verwijst de cliënt eventueel in een later stadium door naar het bureau jeugdzorg als vrijwillige hulpverlening nog een mogelijkheid is of naar de Raad voor de Kinderbescherming. Het doel van deze eerste stap is vooral te beoordelen of de aangemelde klacht terecht is (aan)gemeld bij het bureau jeugdzorg en zo ja, op welke wijze en door wie de volgende stap wordt gezet. Gaat een hulpverlener van het bureau jeugdzorg een eerste gesprek voeren met de cliënt, zijn er voldoende aanwijzingen om een raadsonderzoek te starten of is direct handelen nodig en moet er een crisisinterventie worden geboden door de jeugd-GGZ, de Raad voor de Kinderbescherming of het bureau jeugdzorg? Stap 1 valt eigenlijk buiten de hulpverleningscyclus, als de cliënt eenmaal 'binnen' is bij het bureau jeugdzorg komt deze stap niet meer terug.

Beeldvorming

Tijdens de stap *Aanmelding en acceptatie* gaat het er vooral om dat de hulpverlener zich een oordeel vormt over de volgende punten:

- Wil de persoon die contact opneemt met het bureau jeugdzorg informatie, advies en/of hulp (om een probleem op te kunnen lossen waar de cliënt op dat moment zelf niet uitkomt)? Vraagt die persoon dit voor zichzelf (gaat het om een mogelijke cliënt?) of voor een ander (gaat het om een andere betrokkene?)?
- Formele beoordeling of de (mogelijke) cliënt aan het juiste adres is bij het bureau jeugdzorg. De hulpverlener beoordeelt dit aan de hand van de volgende criteria:
 - Leeftijd jeugdige: bij aanmelding maximaal 17 jaar. Ook jeugdigen van 18-22 jaar die hooguit een half jaar eerder jeugdzorg hebben ontvangen, kunnen als cliënt geaccepteerd worden.
 - Woonplaats: uit de regio van (de betreffende locatie van) het bureau jeugdzorg.
- Inhoudelijke beoordeling of de mogelijke cliënt aan het juiste adres is bij het bureau jeugdzorg: de (primaire) vraag heeft betrekking op opgroei- en/of opvoedingsproblematiek.

² Het referentiewerkmodel hanteert voor deze fase ook de term *aanmelding en acceptatie* (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003, p. 21).

³ Een cliënt van het bureau jeugdzorg is een jeugdige, zijn ouder(s), stiefouder(s) of anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden, na aanmelding bij het bureau jeugdzorg of na aanvang van de uitvoering van jeugdreclassering, een ondertoezichtstelling of voogdij door het bureau jeugdzorg (zie de Wet op de jeugdzorg en het referentiewerkmodel). Voorafgaand aan de *acceptatie* spreken we over een *mogelijke* cliënt.

- Nagaan of er sprake is van een crisissituatie waarbij directe hulp nodig is (deze beoordeling kan in principe op elk moment in het beslismodel aan de orde komen, maar wordt in ieder geval op dit moment al gecheckt).
- Beoordelen of verdere hulp of onderzoek van het bureau jeugdzorg nodig is. Sommige cliënten zijn al geholpen met de informatie die ze in het eerste contact krijgen. In dat geval is het niet nodig en niet wenselijk een verdere *Analyse* te starten.
- Vaststellen wie de cliënt is ofwel wie deel uitmaken van het cliëntsysteem. Dit kan eventueel ook bij de stap *Analyse* vastgesteld worden.
- Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt. Dit is met name van belang indien de hulpverlener overweegt een verwijzing naar voorliggende voorzieningen te adviseren. Dit is alleen zinvol als de motivatie van de cliënt het stadium 'besluitvorming' of 'actie' heeft bereikt (zie Figuur 3 op pagina 48). Als dit stadium nog niet is bereikt zal de cliënt zich mogelijk niet gehoord of weggestuurd voelen en het advies zeer waarschijnlijk niet ter harte nemen. Een verwijzing is dan dus weinig zinvol (en mogelijk zelfs contraproductief). De hulpverlener biedt in dit geval eerst een (vervolg)gesprek aan voor een analyse van de problematiek, de hulpvraag en de oplossingsmogelijkheden. Mocht uit dit gesprek blijken dat voorliggende voorzieningen afdoende kunnen zijn, dan kan het gesprek vooral dienst doen de cliënt meer bewust te maken van de eigen oplossingsmogelijkheden en daarmee het motivatieniveau van de cliënt naar het volgende stadium te brengen.

Besluitvorming

Ter afronding van de stap *Aanmelding en acceptatie* nemen de hulpverlener en de cliënt beslissingen over zowel de te nemen processtappen als de productkeuzemogelijkheden (hierbij wordt de eerste helft van de cyclus in zeer summiere vorm in korte tijd afgerond):

- a. Processtappen:
 - Door naar stap 2 voor *Analyse*
 - Verwijzing (en afsluiting contact)
 - Afsluiting contact
- b. Productkeuzemogelijkheden:
 - Informatie en advies geven⁴
 - Crisisinterventie⁵
 - Verwijzing voorliggende voorziening⁶

⁴ Dit aanbod kan al tijdens het eerste gesprek gegeven zijn (door het 'in gesprek zijn' geeft de hulpverlener in feite al informatie en advies). Bij het eerste telefonische contact kan hiervoor ook apart een afspraak worden gemaakt. Deze productkeuze hoort nog binnen de stap *Aanmelding en acceptatie*.

⁵ Indien dit een beschikbaar aanbod is binnen het bureau jeugdzorg. Zo niet, dan worden de volgende stappen uit het beslismodel (*Analyse, Conclusie, Advies*) in sneltreinvaart doorlopen. Zie hiervoor ook het proces *Behandelen crisissituaties* in het referentiewerkmodel (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003, p. 164).

⁶ Bureau jeugdzorg heeft in de Wet op de jeugdzorg eveneens de taak gekregen schriftelijk vast te leggen of niet-geïndiceerde zorg benodigd is, te bepalen of coördinatie van die zorg nodig is en wie deze coördinatie op zich neemt.

Indien de hulpverlener en de cliënt kiezen voor verdere hulp of onderzoek door het bureau jeugdzorg registreert de hulpverlener een aantal gegevens (zie *Registreren gegevens* in het referentiewerkmodel), vertelt de cliënt wie zijn of haar contactpersoon wordt en maakt een afspraak voor verder contact. Cliënten waarbij sprake is van de uitvoering van een beschermingsmaatregel worden 'automatisch' als cliënt geaccepteerd. Voor hen begint de hulpverleningscyclus bij het toewijzen van een contactpersoon: de (gezins-) voogd of reclasseringsmedewerker. De hulpverlener informeert de cliënt tenslotte over de taken en de werkwijze van het bureau jeugdzorg en de rechten van de cliënt.

De nu volgende twee stappen, *Analyse* en *Conclusie*, komen overeen met het proces *Analyse en opstellen diagnostisch beeld* in het referentiewerkmodel (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003, p. 42). In het hulpverleningsproces lopen deze twee stappen min of meer in elkaar over. De hulpverlener beoordeelt aan het einde van de *Analyse* of er al voldoende informatie is om over te stappen naar de *Conclusie*. Zo niet, dan gaat hij verder met de *Analyse* (dit is ook goed te zien in Figuur 6 op pagina 57). Omdat er dus een belangrijk beslismoment tussen beide stappen ligt, behandelen we deze twee stappen afzonderlijk.

Analyse (stap 2)

De *Analyse* staat vooral in het teken van het verzamelen, analyseren en taxeren van informatie om de hulpvraag van de cliënt te verhelderen, de problematiek in kaart te brengen en de oplossingsmogelijkheden duidelijk te krijgen. Gedurende het proces blijft duidelijk wat de visie van de cliënt is en welke visie de professionele hulpverlener heeft (dit onderscheid wordt soms ook wel klachtanalyse en probleemanalyse genoemd, waarbij in de probleemanalyse de hulpverlener de klachten van de cliënt objectiveert). De *visie van de cliënt* heeft betrekking op de problemen zoals de cliënt die ervaart (wat, wie, hoe, wanneer, hoe vaak), zijn interpretatie van die problemen ('hoe is het zo gekomen?'), welke oplossingsmogelijkheden voorhanden zijn, de aard en het effect van eerdere hulp en zijn verwachtingen ten aanzien van de in te zetten hulpverlening. Indien het cliëntstelsel bestaat uit meerdere personen (wat meestal het geval is in de jeugdzorg), blijven ook de visies van de verschillende leden van het cliëntstelsel duidelijk onderscheiden. De *visie van de professional* bestaat uit het deskundige oordeel of betekenisgeving van de hulpverlener over de door de cliënt beschreven problemen: wat is de aard en de ernst van die problemen, welke (risico- en beschermende)⁷ factoren spelen een rol, hoe valt het probleem te verklaren (welke factoren hebben een rol gespeeld bij het ontstaan en welke houden het probleem in stand), waar liggen de aangrijpingspunten voor hulpverlening en met welke beperkingen dient rekening te worden gehouden. De hulpverlener toetst diens

⁷ We gaan hierbij uit van het meervoudig risicomodel (Van der Ploeg, 1997; Scholte, 1991) dat een overzicht biedt van psychosociale factoren die de ontwikkeling van de jeugdige kunnen bedreigen of bevorderen. Risicofactoren worden in dit model opgevat als problematische psychosociale kenmerken in de leefsituatie die bedreigend zijn voor een gezonde psychosociale (gedrags)ontwikkeling van de jeugdige. Beschermende factoren zijn gunstige psychosociale kenmerken in de leefsituatie van de jeugdige die de aanwezige risicofactoren compenseren.

visie aan diverse informatiebronnen: de cliënt zelf, andere betrokkenen, resultaten van instrumenten en dossieronderzoek. Uiteindelijk resulteert dit alles in een duidelijke beschrijving van het probleem en de hulpvraag (Eijgenraam, Van Deur, Van der Steege en Van Yperen, 2001). Onder het begrip hulpvraag verstaan we de *geëxpliciteerde* vraag van de cliënt naar informatie of naar een vorm van hulpverlening (Coolen, Krol e.a., 2003). De visies van de cliënt en de hulpverlener worden helder en goed van elkaar onderscheiden vastgelegd. Dit is van belang om gedurende de rest van het proces goed terug te kunnen vinden wat precies de (oorspronkelijke) vraag van de cliënt(en) was en hoe deze vraag eventueel veranderde gedurende het proces. Daarnaast moet duidelijk zijn in hoeverre de visies van de cliënt en de professionele hulpverlener overeenkomen of verschillen en op welke wijze cliënt en hulpverlener hierin overeenstemming zoeken/bereiken.

De *Analyse* kent een gefaseerd verloop. Meestal zal de *Analyse* globaal beginnen en vervolgens, afhankelijk van de uitkomsten, verbredend en/of verdiepend verdergaan:

a. Eerste, globale analyse

De hulpverlener en de cliënt brengen de (aanmeldings)klachten in kaart en verhelderen de hulpvraag en de hulpbehoefte. Ze kijken tevens naar oplossingsmogelijkheden en maken meteen een eerste inschatting van de aard en de ernst van het probleem.

b. Uitgebreide, verbredende analyse

De hulpverlener en de cliënt exploreren de aard en de ernst van de problematiek breed en brengen deze grondig in kaart. Ook maken ze een analyse van de risico- en beschermende factoren. Risicofactoren zijn factoren die bepalend zijn (geweest) bij het ontstaan en/of voortbestaan van de problematiek (en eventuele toekomstige problemen), beschermende factoren zijn factoren die de invloed van risicofactoren beperken (of kunnen beperken). Verder onderzoeken ze de oplossingsmogelijkheden/ aangrijpingspunten voor verandering.

c. Gerichte, verdiepende analyse

Als de hulpverlener en de cliënt besluiten de *Globale analyse* of de *Uitgebreide analyse* te vervolgen met een *Gerichte analyse*, stellen ze hypothesen op. Dit om specifieke onderwerpen gericht en verdiepend verder te onderzoeken (zowel voor de hand liggende als alternatieve beweringen worden verder onderzocht). Middelen om hypothesen te toetsen zijn bijvoorbeeld instrumenten die op een specifiek onderwerp gericht zijn of een gerichte dossieranalyse (door de uitvoerend hulpverlener en/of de gedragsdeskundige van het bureau jeugdzorg). Indien specialistische expertise vereist is, voert een kinder- en jeugdpsychiater of (kinder)arts specialistische diagnostiek uit.

Logischerwijs begint de hulpverlener de *Analyse* met een *Globale analyse*, maar het vervolgens doorlopen van een *Uitgebreide analyse* en een *Gerichte analyse* is geen dwingend voorschrift. Tussentijds kan de hulpverlener de vervolgstap *Conclusie* nemen om te bekijken of er al een samenhangend beeld ontstaat. Pas als dit niet het geval is, kunnen de hulpverlener en de cliënt besluiten de *Analyse* te verbreden of te verdiepen. Als er sprake is van lichte, enkelvoudige problematiek (waarbij een aanbod van voorliggende voorzieningen en/of een vrij

toegankelijk aanbod van bureau jeugdzorg afdoende is) en er op basis van een eerste *Globale analyse* al duidelijk is wat er aan de hand is (dus als er op basis van de *Globale analyse* al een *Conclusie* (zie stap 3) te trekken valt), is het niet logisch en wenselijk de cliënt te belasten met een uitgebreide, grondige analyse. Soms maakt de *Globale analyse* al duidelijk dat op een beperkt aantal onderwerpen een *Gerichte analyse* nodig is. Soms besluit de hulpverlener echter toch eerst uitgebreider te analyseren, bijvoorbeeld omdat specifieke onderwerpen nog te weinig belicht zijn. Bij ernstiger problematiek (en/of wanneer er twijfel is over de aard en ernst van de problematiek), is het raadzaam altijd een grondige en verbredende analyse uit te voeren.

Beeldvorming

Voor zover dit bij het eerste contact nog niet is gebeurd, legt de hulpverlener vast:

- Wie de cliënt is, c.q. wie deel uitmaken van het 'cliëntsysteem';
- Wat de hulpvraag van de cliënt is, welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vorm van) hulp de cliënt daarbij wil;
- Welke godsdienstige overtuiging, levensovertuiging en/of culturele achtergrond van de cliënt een rol zou kunnen spelen bij de uitvoering van de taken van het bureau jeugdzorg.

Daarnaast registreert de hulpverlener een aantal gegevens (zie referentiewerkmodel). De *Analyse* staat verder vooral in het teken van het verzamelen en taxeren van informatie met betrekking tot:

- De aard van de problematiek:
 - inschatten/vaststellen of er (mogelijk) sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek;
 - inschatten/vaststellen of er (mogelijk) sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) psychiatrische problematiek;
 - inschatten/vaststellen of er (mogelijk) sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) LVG-problematiek.
- Risico- en beschermende factoren:
 - (mogelijke) invloed risicofactoren inschatten/vaststellen: welke rol hebben deze factoren gespeeld bij het ontstaan en/of het in stand houden van de problematiek?
 - (mogelijke) invloed beschermende factoren inschatten/vaststellen: welke factoren kunnen het negatieve effect van de risicofactoren beperken?
- De ernst van de problematiek:
 - inschatten/vaststellen van de zwaarte van de problematiek (onder andere specificiteit van de problemen, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij de leeftijd, opeenhoping van stressfactoren, andere risicofactoren en de protectieve factoren);
 - inschatten/vaststellen of er sprake is van enkelvoudige of meervoudige⁸ problematiek;

⁸ Er is sprake van meervoudige problematiek indien er problemen zijn op meerdere leefgebieden tegelijkertijd, die elkaar wederzijds beïnvloeden, versterken en in stand houden. Zie voor leefgebieden bijvoorbeeld de itemlijst van Scholte, deze lijst is ontleend aan de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS; Scholte, 2001) en komt grotendeels overeen met de informatie die wordt verzameld met

- inschatten/vaststellen in welke mate het probleem belemmerend is voor het functioneren van de jeugdige en het functioneren van de opvoedingsomgeving (actuele situatie) en/of dreigt te worden als er geen hulp zou worden geboden (prognose);
- inschatten/vaststellen of de problematiek escalerend is en om direct ingrijpen vraagt.
- Aanknopingspunten voor hulp:
 - inschatten/vaststellen welke mogelijkheden de cliënt zelf heeft om de problemen het hoofd te bieden (draagkracht in verhouding tot de draaglast);
 - inschatten/vaststellen welke beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden voorhanden zijn binnen het informele netwerk (familie, vrienden, buurt) en formele netwerk (school, huisarts, instanties) van de cliënt.

Tot slot beoordeelt de hulpverlener:

- "Is het beeld helder?" Is de informatie toereikend om een *Conclusie* te kunnen trekken, ofwel om een samenhangend diagnostisch beeld te kunnen opstellen?;
- "Kan de beslissing genomen worden?" Hiervoor gaat de hulpverlener na op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt. Als dit nog niet het stadium 'overpeinzing'⁹ heeft bereikt, verricht de hulpverlener handelingen om dit stadium wel te bereiken. Te denken valt bijvoorbeeld aan het alsnog toetsen van een alternatieve hypothese die de cliënt aandroeg, maar de hulpverlener onwaarschijnlijk achtte en die om die reden na overleg met de cliënt niet werd getoetst. Ook al was de cliënt het oorspronkelijk eens met de hulpverlener, het 'niet zeker weten of die verklaring onjuist is' kan blijven knagen bij de cliënt en daarmee de overgang naar een vervolgstap belemmeren.

Besluitvorming

De besluitvorming bij de stap *Analyse* heeft uitsluitend betrekking op processtappen. Het gaat er vooral om te besluiten of de overgang naar stap 3 gemaakt kan worden en via welke weg. Hierbij hanteert de hulpverlener de volgende richtlijnen:

Na de eerste, *Globale analyse* bepaalt de hulpverlener óf er meer informatie verzameld moet worden en zo ja, wélke informatie (en of daarbij verbreding en/of

het Registratie- diagnostisch en evaluatiesysteem (RED-systeem; Van Vianen, Baarda, Ten Berge en Speet, 1999) en de ISIS-tabel.

⁹ In het stadium 'overpeinzing' is de cliënt zich ervan bewust dat hij een probleem heeft en bedenkt wat de verandering kan opleveren. De motivatie om er iets aan te doen is aanwezig, maar er wordt nog geen actie ondernomen. De cliënt staat open voor interventies van de hulpverlener die een bewustmaking van het probleem bevorderen. In het voorliggende stadium, 'voorbeschouwing', bestaat er bij de cliënt (nog) geen intentie tot verandering. De cliënt is zich vaak niet bewust van het probleem. Het is in dit stadium vaak de omgeving die het probleem ervaart en op de persoon druk uitoefent om te veranderen. Er is doorgaans weerstand tegen de herkenning van het probleem en tegen pogingen van een hulpverlener om verandering in gang te zetten.

verdieping van de informatie nodig is). Als er na de eerste, *Globale analyse* sprake lijkt te zijn van meervoudige problematiek, voert de hulpverlener zondermeer een *Uitgebreide analyse* uit. Indien is vastgesteld dat er (mogelijk) sprake is van psychiatrische of LVG-problematiek, voert bij voorkeur iemand met deskundigheid op dat gebied de analyses uit. Indien er sprake is van enkelvoudige problematiek, maar de hulpverlener maakt de inschatting dat de aard en ernst van het probleem de inzet van specifieke deskundigheid rechtvaardigt (bijvoorbeeld bij een specifiek psychiatrisch probleem), zal een diagnosticus met deskundigheid op dat gebied een *Gerichte, verdiepende analyse* uitvoeren (zie ook de activiteit *Specialistische diagnose* uit het referentiewerkmodel).

Conclusie (stap 3)

De uitkomsten van de *Analyse* leiden tot een *Conclusie* (een diagnostisch beeld): een samenhangend geheel van uitspraken over het ontstaan en voortbestaan van de problematiek (op grond van de verkregen argumenten). In een samenvattend diagnostisch beeld integreert de hulpverlener, op basis van de resultaten van de hypothesetoetsing, de beargumenteerde conclusies. Het geeft een antwoord op de vragen van de cliënt zoals: "Wat is er precies aan de hand, hoe is het zo gekomen en is het probleem op te lossen en/of anders te hanteren zodat ik er minder last van ondervind?". De *Conclusie* bestaat uit een bondige samenvatting van de visies van de cliënt en de hulpverlener, waarin het verband tussen relevante gegevens uit de *Analyse*, waaronder risico- en beschermende factoren, staat beschreven evenals verklaringen over het ontstaan en/of voortbestaan van de problematiek in een samenhangend geheel. De *Conclusie* beschrijft met andere woorden kort en *to the point* wat precies het probleem is en hoe het probleem is te begrijpen (Eijgenraam, Van Deur, Van der Steege en Van Yperen, 2001).

Beeldvorming

Over de volgende onderwerpen legt de hulpverlener de visie van de cliënt, de visie van zichzelf en de overeenkomsten/verschillen tussen die twee vast:

- Oorspronkelijke hulpvraag en hulpbehoefte (uitsluitend visie cliënt)
- Aard van de problematiek:
 - vaststellen of er sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek;
 - vaststellen of er sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) psychiatrische problematiek;
 - vaststellen of er sprake is van (een hulpvraag op het gebied van) LVG-problematiek.
- Mogelijke risico- en beschermende factoren
- Ernst van de problematiek:
 - vaststellen van de zwaarte van de problematiek;
 - vaststellen of er sprake is van enkelvoudige of meervoudige problematiek;
 - vaststellen in welke mate het probleem belemmerend is (actuele situatie) en/of dreigt te worden als er geen hulp zou worden geboden (prognose);
 - vaststellen of de problematiek escalerend is en om direct ingrijpen vraagt.
- Verklaring van de problematiek: welke rol hebben de risicofactoren gespeeld bij het ontstaan en/of het in stand houden van de problematiek?
- Aanknopingspunten voor hulp:

- vaststellen welke (beschermende) factoren het negatieve effect van de risicofactoren kunnen beperken;
- vaststellen welke mogelijkheden de cliënt zelf heeft om de problemen het hoofd te bieden (draagkracht in verhouding tot de draaglast);
- vaststellen welke beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden voorhanden zijn binnen het informele netwerk (familie, vrienden, buurt) en formele netwerk (school, huisarts, instanties) van de cliënt.

Tot slot wordt een *gezamenlijk geformuleerde hulpvraag en hulpbehoefte* opgesteld. Als er voldoende overeenstemming tussen beide visies is om een gezamenlijk samenhangend diagnostisch beeld te formuleren, zijn grofweg één of meerdere van de onderstaande conclusies mogelijk:

- a. De cliënt heeft geen probleem/hulpvraag (meer) en/of kan het probleem zelf oplossen/hanteren.
- b. De cliënt heeft wel *vragen*¹⁰ (over opgroeien en/of opvoeden) maar geen *probleem/hulpvraag*.
- c. De cliënt heeft wel een probleem/hulpvraag, maar niet over opgroeien/opvoeden.
- d. De jeugdige heeft behoefte aan bescherming (er is sprake van een bedreigende situatie voor de jeugdige, bovendien is vrijwillige hulp niet (meer) toereikend).
- e. De cliënt heeft behoefte aan directe en intensieve hulp bij het oplossen/hanteren van een crisissituatie.
- f. De cliënt heeft behoefte aan lichte hulp bij een probleem/hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden.
- g. De cliënt heeft behoefte aan intensieve hulp¹¹ bij een probleem/hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden (evt. verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek).

Als er eenmaal overeenstemming is tussen de hulpverlener en de cliënt over het diagnostisch beeld, is het zeer waarschijnlijk dat de motivatie van de cliënt het derde stadium ('besluitvorming') heeft bereikt. Is dit toch niet het geval, dan verricht de hulpverlener handelingen om dit stadium alsnog te bereiken (zie voor verdere uitleg bij *Analyse*)¹².

¹⁰ Niet te verwarren met 'hulpvraag'. Het gaat hierbij om vragen die door voorliggende voorzieningen beantwoord kunnen worden, zoals "Op welke leeftijd kan ik het beste met zindelijkheidstraining beginnen?", "Mijn peuter loopt soms rood aan als hij boos wordt, is dit normaal?" of "Hoe kan ik ervoor zorgen dat mijn kind beter eet/slaapt?"

¹¹ In de AMvB *Besluit Jeugdzorgaanspraken* is geformuleerd op welke vormen van hulp een cliënt aanspraak kan maken.

¹² Bij cliënten waarbij sprake is van een justitiële beschermingsmaatregel zal het niet altijd mogelijk zijn eerst overeenstemming te bereiken alvorens besluiten te nemen. Toch is het streven van de hulpverlener wel het bereiken van overeenstemming en het verhogen van de motivatie van de cliënt, omdat dit de uiteindelijke resultaten van de hulpverlening ten goede komt. Dat neemt niet weg dat de hulpverlener (om de jeugdige te kunnen beschermen) soms beslissingen moet nemen waar de cliënt het niet mee eens is, om vervolgens alsnog te werken aan het bereiken van overeenstemming en het vergroten van de motivatie bij de cliënt.

Besluitvorming

Ook bij deze stap zijn alleen processtappen mogelijk:

- Wanneer een gezamenlijke *Conclusie* is opgesteld en er indien nodig multidisciplinaire toetsing heeft plaats gevonden, doorgaan naar *Advies* (stap 4).
- Wanneer er nog onvoldoende overeenstemming is bereikt, gaan de cliënt en de hulpverlener terug naar de *Analyse* (stap 2). Deze stap kan, indien de cliënt dat wil, door een onafhankelijke deskundige worden uitgevoerd (*second opinion*).

*Advies (stap 4)*¹³

Het *Advies* is de laatste stap van de diagnostische fase van de hulpverleningscyclus, waarin de hulpverlener op basis van de *Conclusie* beargumenteert wat de cliënt nodig heeft om zijn probleem te kunnen oplossen/hanteren. Hierbij onderscheiden we:

- aan welke doelen te werken (in termen van wenselijke en haalbare veranderingen);
- op welke wijze en met welke middelen aan die doelen te werken.

Het concrete resultaat van de stap *Advies* is een raamhulpverleningsplan, opgesteld door de hulpverlener van het bureau jeugdzorg in samenspraak met de cliënt¹⁴. Het raamhulpverleningsplan begint met het samenhangend diagnostisch beeld (resultaat van de stappen *Analyse* en *Conclusie*), vervolgt met de doelen die uit dat beeld voortvloeien en de middelen die nodig zijn om de doelen te bereiken. Deze middelen kunnen bestaan uit zowel vrij toegankelijk aanbod van het bureau jeugdzorg, voorzieningen in het lokale veld, intensieve jeugdzorg of een combinatie ervan. Voor het toewijzen van intensieve hulp (geïndiceerde zorg, ook wel Hulp op Indicatie of Zorg op Indicatie genoemd) is een *indicatiebesluit* nodig. Het vaststellen hiervan is volgens de Wet op de jeugdzorg de kernfunctie van het bureau jeugdzorg. Nadat het indicatiebesluit is vastgesteld, fungeert het raamhulpverleningsplan van het bureau jeugdzorg vervolgens als raamwerk voor het specifieke hulpverleningsplan dat de

¹³ Deze fase komt grotendeels overeen met het hoofdproces *vaststellen benodigde zorg* uit het referentiewerkmodel (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003). Bureaus jeugdzorg duiden deze stap veelal aan met de term indicatiestelling. De projectgroep Toegang definieerde de indicatiestelling indertijd als het op basis van verzamelde en geïnterpreteerde diagnostische gegevens op onafhankelijke en geobjectiveerde wijze vaststellen welke hulpaanbod geëigend is naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie (Nota, Van der Schaft en Van Yperen, 1999). In dit model hebben we deze term juist niet gebruikt, om spraakverwarring te vermijden (in de jeugd-GGZ en de jeugd-LVG heeft deze term uitsluitend betrekking op zorg gefinancierd vanuit de AWBZ). Daarnaast kan deze stap betrekking hebben op het adviseren van zorgaanbod met een veel breder scala dan alleen intensieve jeugdzorg.

¹⁴ Het bureau jeugdzorg heeft bij hulp in een vrijwillig kader niet de plicht een hulpverleningsplan op te stellen. Wel is het bureau jeugdzorg verantwoordelijk voor de totstandkoming van een samenhangend hulpverleningsplan, maar dit kan ook door een zorgaanbieder opgesteld worden. Bij hulp in een justitieel kader moet bureau jeugdzorg wel een plan opstellen (zie proces *Opstellen plan* in het referentiewerkmodel). Om het beslissingsproces zo transparant mogelijk te maken is het wel aan te raden altijd een raamhulpverleningsplan op te stellen. Dit omdat een indicatiebesluit alleen betrekking heeft op geïndiceerde zorg en een raamhulpverleningsplan goed zicht kan geven de gewenste resultaten van *andere dan geïndiceerde zorg* (zoals het vrij toegankelijke aanbod van bureau jeugdzorg). Bovendien geeft dit plan, als er sprake is van een combinatie van vormen van zorg, zicht op de samenhang van geïndiceerde en *andere dan geïndiceerde zorg*.

zorgaanbieder bij de start van de handelingscyclus, in samenspraak met de cliënt, opstelt (bij *Plan*, stap 5 van het beslismodel).

Beeld- en besluitvorming

Nadat de hulpverlener heeft beoordeeld dat de motivatie van de cliënt het stadium 'besluitvorming'¹⁵ heeft bereikt, streeft de hulpverlener binnen de stap *Advies* in meerdere stappen naar consensus (ten aanzien van de doelen en de middelen), brengt advies uit (bij voorkeur meerdere alternatieven, onderbouwd met voor- en tegenargumenten, zodat de cliënt ook echt iets te kiezen heeft) en neemt de cliënt een besluit over het zorgaanbod waarvoor de hulpverlener een advies heeft uitgebracht:

- De hulpverlener bespreekt met de cliënt welke gewenste situatie de cliënt wil en kan bereiken (einddoel, zonodig dit einddoel opsplitsen in meerdere doelen) en in hoeverre de cliënt dit op eigen kracht kan bereiken.
- Voor de onderdelen van het einddoel waarvoor de cliënt professionele hulp nodig heeft, brengt de hulpverlener advies uit over de hulp die het beste past bij wat de cliënt nodig heeft en welke voorziening dit biedt (dit laatste geeft de hulpverlener nu al aan omdat bijvoorbeeld de bereikbaarheid van een instelling een doorslaggevend argument kan zijn voor een cliënt die is aangewezen op openbaar vervoer).

Dit *Advies* relateert de hulpverlener rechtstreeks aan de eerder gestelde *conclusie*. Figuur 7 op pagina 71 laat dit zien (een combinatie van meerdere varianten is mogelijk).

Indien de hulpverlener en de cliënt kiezen voor een hulpaanbod (van het bureau jeugdzorg of zorgaanbieder) en er is vastgesteld dat een aanvraag van de cliënt¹⁶ aanwezig is, bepalen ze vervolgens gezamenlijk op welke wijze de cliënt die doelen wil en kan bereiken:

- In welke vorm: begeleiding, training, jeugdhulp, observatiediagnostiek, verblijf;
- Op welke locatie: ambulante, thuis, opname voor dag(deel) of dag- en nacht;
- Frequentie en hoeveelheid contacten.

Het ontwerpen en vaststellen van het indicatiebesluit is gedetailleerd beschreven in de volgende processen van het referentiewerkmodel: *Formuleren ontwerp indicatiebesluit*; *Beoordelen ontwerp indicatiebesluit*; *Aanpassen ontwerp indicatiebesluit nodig na beoordeling?*; *Voeren overleg met aanvrager/cliënt*; *Aanpassen ontwerp indicatiebesluit nodig na overleg cliënt?*; *Vaststellen indicatiebesluit* en *Versturen indicatiebesluit naar cliënt*. Als er zorg benodigd is die wordt gefinancierd vanuit de AWBZ, volgen de hulpverlener en de cliënt na het vaststellen van het indicatiebesluit eerst de volgende processen: *Houdt het indicatiebesluit een aanspraak AWBZ in?* en *Voorleggen indicatiebesluit aan zorgkantoor*. Een indicatiebesluit kan negatief zijn indien de cliënt een aanvraag voor geïndiceerde zorg heeft ingediend maar het bureau jeugdzorg van oordeel is dat geïndiceerde zorg niet nodig is. Bij een combinatie van verschillende vormen van zorgaanbod, wordt tevens de coördinatie daarvan geregeld. Afhankelijk van de

¹⁵ Op het niveau 'besluitvorming' maakt de cliënt echt plannen om iets aan het gedrag te gaan doen

¹⁶ Zie ook de volgende processen in het referentiewerkmodel: *Vaststellen of een aanvraag aanwezig is of (bij gezinsvoogdij/voogdij/jeugdreclassering) Vaststellen of een aanvraag van de cliënt haalbaar is en eventueel Ervoor zorgen dat cliënt een aanvraag kan indienen*.

uitkomst van de stap *Advies* registreert de hulpverlener de benodigde gegevens (zie referentiewerkmodel).

	Conclusie	Advies	
a	De cliënt heeft geen probleem/hulpvraag (meer) en/of kan het probleem zelf oplossen/hanteren	→ Er is geen hulpverleningsdoel (meer) → Middel: er is geen hulp (meer) nodig	→ Contact wordt afgesloten
b	De cliënt heeft wel <i>vragen</i> (over opvoeding en/of opgroeien) maar geen <i>probleem/hulpvraag</i>	→ Doel: de vragen van de cliënt zijn beantwoord → Middel: hier is geen jeugdzorg voor nodig, de cliënt kan een beroep doen op voorliggende voorzieningen	→ Verwijzen naar voorliggende voorzieningen, eventueel met schriftelijk advies ¹⁷
c	De cliënt heeft wel een probleem/hulpvraag, maar niet over opvoeden/opgroeien	→ Doel: cliënt krijgt passende hulp voor het oplossen van het probleem → Middel: hier is geen jeugdzorg nodig, maar wel een andere vorm van zorg	→ Verwijzen naar andere hulpverlenende instantie, eventueel met schriftelijk advies
d	De jeugdige heeft behoefte aan bescherming (er is sprake van een bedreigende situatie voor de jeugdige, bovendien is vrijwillige hulp niet (meer) toereikend)	→ Doel: bedreigende situatie opheffen → Middel: onderzoek ten behoeve van aanvragen beschermingsmaatregel	→ Melding bij de Raad voor de Kinderbescherming
e	De cliënt heeft behoefte aan directe en intensieve hulp bij het oplossen/hanteren van een crisissituatie	→ Doel: crisis opheffen → Middel: crisisinterventie	→ Crisisinterventie aanbieden en uitvoeren
f	De cliënt heeft behoefte aan lichte hulp bij een probleem/hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden	→ Doel: problematiek is opgelost/verminderd en/of de cliënt kan het probleem beter hanteren/begrijpen/accepteren → Middel: licht ambulante aanbod bureau jeugdzorg	→ Verlenen ambulante jeugdzorg (bureau jeugdzorg)
g	De cliënt heeft behoefte aan intensieve hulp bij een probleem/hulpvraag op het gebied van opgroeien/ opvoeden (eventueel verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek)	→ Doel: problematiek is opgelost/verminderd en/of de cliënt kan het probleem beter hanteren/begrijpen/accepteren → Middel: geïndiceerde jeugdzorg (eventueel vanuit jeugd-GGZ of jeugd-LVG)	→ Ontwerpen en vaststellen indicatiebesluit

Figuur 7. Adviezen van de hulpverlener van een bureau jeugdzorg gerelateerd aan de conclusies

Plan (stap 5)¹⁸

Bij deze stap stelt de zorgaanbieder, in samenspraak met de cliënt en het bureau jeugdzorg, een (specifiek) hulpverleningsplan op. In dit plan worden de algemene

¹⁷ Een hulpverlener verwijst met schriftelijk advies wanneer zijn inschatting is dat een bedreigende situatie ontstaat als deze hulp niet gerealiseerd wordt. Indien het advies een combinatie van geïndiceerde en andere dan geïndiceerde zorg inhoudt, wordt er voor dat laatste zondermeer verwezen mét schriftelijk advies (zie ook proces *Verwijzen naar andere dan geïndiceerde zorg met schriftelijk advies* in het referentiewerkmodel).

¹⁸ In het referentiewerkmodel zijn de stappen 5, 6 en 7 met name terug te vinden in de hoofdprocessen *uitvoeren casemanagement geïndiceerde zorg* en *verlenen ambulante jeugdzorg vanuit het bureau jeugdzorg* (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003, p. 85 en 163)

doelen uit het indicatiebesluit/raamhulpverleningsplan, die betrekking hebben op het betreffende zorgaanbod, overgenomen en vertaald in specifieke doelen en middelen. Op deze wijze ontstaat een doelenhiërarchie: van algemeen naar specifiek en van abstract naar concreet, waarbij het bovenliggende niveau richtinggevend is voor het onderliggende niveau (zie ook Wijnen, 1999; Van Deur en Eijgenraam, 2001; Boendermaker, Eijgenraam en Van der Steege, 2002). In voorkomende gevallen bestaat de eerste fase van de behandeling uit aanvullende *observatiediagnostiek*, waarbij de stappen twee tot en met vier opnieuw worden doorlopen.

Uitvoering (stap 6)

Volgens het opgestelde specifieke hulpverleningsplan werken de zorgaanbieder en de cliënt in deze fase aan de doelen. Het raamhulpverleningsplan wordt geconcretiseerd in werkplannen (met werkdoelen) per module. Tussentijds evalueren de zorgaanbieder en de cliënt de meest concrete doelen (werkplannen) regelmatig en stellen deze bij. In feite doorlopen ze tijdens de uitvoering van de hulpverlening meerdere diagnostische cycli en indien nodig ter aanvulling de stappen 2, 3, 4 en 5 om het hulpverleningsplan te concretiseren in een werkplan voor de inzet van een aanvullende module, bijvoorbeeld individuele gedragstherapie.

Evaluatie (stap 7)

De zorgaanbieder en de cliënt toetsen de uitgevoerde hulpverlening op de bereikte resultaten, te beginnen bij de werkdoelen. Op basis van deze bereikte resultaten beoordelen ze in hoeverre de specifieke doelen zijn bereikt en vervolgens in hoeverre de algemene doelen zijn bereikt. Ook hierbij vormt de doelenhiërarchie het uitgangspunt. Nu werkt het echter net andersom: de beoordeling van bereikte resultaten op het onderliggende niveau is bepalend voor de beoordeling van de resultaten op het bovenliggende niveau. Liep de vertaalslag bij stap 5 van het bureau jeugdzorg naar de zorgaanbieder, nu loopt de route andersom: de zorgaanbieder evalueert samen met de cliënt de werkplannen. Deze evaluaties vormen de basis voor een gezamenlijke evaluatie van het specifieke hulpverleningsplan met de cliënt, de zorgaanbieder en het bureau jeugdzorg. De casemanager van het bureau jeugdzorg evalueert vervolgens samen met de cliënt in hoeverre de doelen uit indicatiebesluit/raamhulpverleningsplan zijn behaald. Op basis daarvan beoordelen ze, mede op basis van het advies van de zorgaanbieder, of verdere hulp nodig is.

Ook bij de stappen 5, 6 en 7 beoordeelt de hulpverlener in welk stadium de motivatie van de cliënt zich bevindt. En indien nodig verricht de hulpverlener handelingen om de motivatie naar een volgend stadium te brengen, alvorens over te gaan tot de besluitvorming.

Als er verdere hulp nodig is, herhalen de hulpverlener en de cliënt de cyclus om te bepalen aan welke doelen nog gewerkt moet worden en welke middelen daarvoor het meest geschikt zijn. Als de casemanager van het bureau jeugdzorg en de cliënt tot de conclusie komen dat er geen verdere hulp nodig is, sluiten ze de hulp af.

Herhaling van de cyclus (stap 8 tot en met 13)

Op basis van de laatste stap uit de handelingsfase van de hulpverleningscyclus (de evaluatie) doorlopen de hulpverlener en de cliënt opnieuw de hele cyclus. Deze herhaling kenmerkt zich door het bijstellen van de *Conclusie* en het *Advies* (doelen en middelen) op basis van de eerder bereikte resultaten. De cyclus kan zich blijven herhalen, totdat het punt is bereikt dat hulp niet meer nodig is en de evaluatie leidt tot afsluiting. Het gaat daarbij om de volgende stappen.

Stap 8. Analyse

Op basis van de evaluatie in stap 7 bekijken de hulpverlener en de cliënt opnieuw de *Analyse*. In hoeverre is dit beeld veranderd? Zijn de problemen, volgens de visie van de cliënt en/of de hulpverlener, verminderd of juist verergerd? Zijn er andere veranderingen in de situatie of de omstandigheden?

Stap 9. Conclusie

Op basis van de (bijgestelde) *Analyse* houden ze ook de *Conclusie* opnieuw tegen het licht. Leidt deze *Analyse* tot een andere *Conclusie* met betrekking tot de aard en de ernst en de verklaring van de problematiek? Is het nodig de prognose bij te stellen of lopen de ontwikkelingen juist volgens verwachting?

Stap 10. Advies

Op basis van de (bijgestelde) *Conclusie* bekijken ze of het eerder gestelde *Advies* nog geldt of bijstelling behoeft: moet de hulp voortgezet worden (eventueel met bijgestelde doelen en middelen), is er een ander hulpaanbod nodig, is een lichter hulpaanbod afdoende of kan de hulp worden afgesloten? Op basis hiervan wordt het raamhulpverleningsplan aangepast.

Stap 11. Plan

Indien de hulpverlener en de cliënt op basis van het (bijgestelde) *Advies* besluiten de hulp voort te zetten, stelt de zorgaanbieder het specifieke hulpverleningsplan bij.

Stap 12. Uitvoering

Deze stap is hetzelfde als stap 6: volgens het opgestelde plan werken zorgaanbieder en cliënt aan de doelen. Tussentijds evalueren ze de meest concrete doelen (werkdoelen) regelmatig en stellen deze indien nodig bij.

Stap 13. Evaluatie en eventueel afsluiting

Deze stap is hetzelfde als stap 7: de zorgaanbieder en de cliënt toetsen de doelen op de bereikte resultaten, te beginnen bij de werkdoelen (werkend volgens de doelenhiërarchie). Op basis van deze evaluatie beoordeelt de hulpverlener van het bureau jeugdzorg in hoeverre de doelen uit stap 4 (advies) zijn behaald. Indien deze behaald zijn, wordt de hulpverlening afgesloten.

Tot slot

Zoals gezegd werkte Ordina Public Management Consulting BV recent de Wet op de jeugdzorg uit in een referentiewerkmodel voor de bureaus jeugdzorg. De bedoeling is dat de bureaus jeugdzorg de komende tijd hun werkprocessen gaan toetsen en optimaliseren aan de hand van dit werkmodel. Het beslismodel dat in dit hoofdstuk is

beschreven is geen beschrijving van werkprocessen zoals het referentiewerkmodel dat is, maar geeft in globalere termen de beslissingscycli binnen het bureau jeugdzorg weer. En waar het referentiewerkmodel zich vooral richt op het 'wat', focust het beslismodel meer op de inhoudelijke vulling daarvan: welke informatie verzamelt de hulpverlener, welke afwegingen maakt hij en welke keuzes zijn er vervolgens mogelijk? Wel sluit het beslismodel aan bij het referentiewerkmodel. Bij de verschillende stappen gaven we aan hoe en waar de stap terugkomt in dit model. In het vervolg van het project besteden we aandacht aan het verder integreren van beide modellen.

De volgende stap is nu dit beslismodel uit te werken naar een samenhangend instrumentarium. In het volgende hoofdstuk schetsen we de uitgangspunten en doelen die bureaus jeugdzorg kunnen hanteren bij de opbouw van een dergelijk instrumentarium. Daarna geven we aan hoe een samenhangend instrumentarium valt op te bouwen en geven we voorbeelden hoe dit er uit kan zien.

5. Opbouw van een samenhangend instrumentarium

In het laatste hoofdstuk van dit rapport staat de opbouw van een samenhangend instrumentarium centraal. Dit betekent niet dat we hier aangeven 'hoe het moet' en hoe een samenhangend voor het bureau jeugdzorg eruit moet zien. Welke instrumenten een bureau jeugdzorg wenst in te zetten is mede afhankelijk van de huidige praktijk, eigen hulpmiddelen die veel bureaus jeugdzorg inmiddels ontwikkeld hebben en bijvoorbeeld medewerking die ooit is verleend aan de ontwikkeling van een bepaald instrument. Het streven binnen het project OSI is dan ook niet een landelijke standaard te ontwikkelen voor een samenhangend instrumentarium, maar handreikingen te doen hoe een instrumentarium is op te bouwen en hoe de samenhang daarin te versterken valt.

In dit hoofdstuk bespreken we als eerste enkele definities, doelen en functies van instrumenten en besteden we aandacht aan de uitgangspunten en de kwaliteitseisen die bij de keuze van instrumenten een rol spelen. Vervolgens geven we aanwijzingen hoe een samenhangend instrumentarium op te bouwen en waar op te letten. Een voorbeeld van een samenhangend instrumentarium voor het bureau jeugdzorg Drenthe illustreert hoe dit er concreet uit kan zien. We besluiten met een werkwijze waarmee bureaus jeugdzorg zelf een eigen samenhangend instrumentarium kunnen opbouwen en enkele aandachtspunten voor de uitvoering ervan.

Definities

Van Dale's woordenboek geeft de volgende betekenissen van *instrument*: '1. Min of meer samengesteld of fijn gereedschap of toestel voor een of ander handwerk, bedrijf of voor wetenschappelijk onderzoek. 2. Hulpmiddel.' Hoe breed of smal definiëren we de term 'instrument' in dit verband? Het belangrijkste middel waarover een hulpverlener beschikt, is diens professionaliteit: het geheel aan kennis, vaardigheden en houdingsaspecten dat de hulpverlener tot een professional maakt. Dit loopt uiteen van kennis, ervaring en inzicht, de beheersing van gespreks- en observatietechnieken tot de vaardigheden die nodig zijn voor het gebruiken van formulieren en vragenlijsten. Daarnaast heeft de hulpverlener de beschikking over andere hulpmiddelen als formulieren, vragenlijsten, checklists, observatieschema's etc.

Voor het opbouwen van het instrumentarium definiëren we de term instrument niet in deze brede zin. We vatten het begrip *instrument* strikter op en beperken ons tot *hanteerbare en bruikbare hulpmiddelen waarmee hulpverleners systematisch gegevens kunnen verzamelen en die betrouwbare en valide informatie opleveren*. Voorbeelden hiervan zijn gestandaardiseerde protocollen, formulieren, (bij voorkeur genormeerde) vragenlijsten, een (semi-)gestructureerd interview en een observatieschema. We lichten de precieze betekenis van hanteerbaar en bruikbaar, systematisch en betrouwbaar en valide later in dit hoofdstuk toe. De overige kennis en vaardigheden scharen we onder de beroeps- en vakkennis van de hulpverlener. Het gaat dus vooral om het *gereedschap* van de hulpverlener. Om een vergelijking te maken: zouden we de gereedschapskist van een timmerman beschrijven dan beperken we ons ook tot de zaag, hamer, duimstok, boormachine, spijkers en dergelijke. Kennis

met betrekking tot houtsoorten, vaardigheden in het maken van de juiste houtverbindingen en een trefzekere ooghandcoördinatie zijn wel onontbeerlijk voor het maken van goede meubels, maar geen concrete gereedschappen die we in zijn gereedschapskist zullen aantreffen.

We beperken ons dus tot concrete instrumenten en maken daarbij nadrukkelijk de kanttekening dat we een instrument niet opvatten als een vervangmiddel voor kennis en ervaring van de hulpverlener. Integendeel, kennis en ervaring zijn juist nodig om een instrument zodanig te gebruiken dat de juiste informatie wordt verzameld én adequaat wordt geïnterpreteerd. Net zoals de timmerman verstand van zaken moet hebben om zijn zaag en hamer op een goede manier te gebruiken bij het maken van kwalitatief hoogwaardige meubels.

Van Dale's woordenboek beschrijft *instrumentarium* als volgt: 'De voor een bepaald doel benodigde gezamenlijke instrumenten'. Met een *samenhangend instrumentarium* bedoelen we in dit verband: een model waarin instrumenten zijn gekoppeld aan de belangrijkste beslismomenten binnen de toeleidingsprocedure, waardoor een betere samenhang ontstaat in het gebruik van instrumenten. Doelen van een samenhangend instrumentarium zijn:

- a. Een betere aansluiting van de verschillende instrumenten in de achtereenvolgende stappen vanaf *Aanmelding en acceptatie* tot en met de uitvoering en evaluatie van de zorg.
- b. Een betere aansluiting van de instrumenten die hulpverleners in de vrijwillige hulpverlening binnen het bureau jeugdzorg, de jeugdbescherming, de jeugd-GGZ, de jeugd-LVG, in het cluster-4 onderwijs en in de uitvoering van de zorg gebruiken.
- c. Een beter inzicht in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van kwalitatief goede instrumenten voor de toeleiding van cliënten binnen het bureau jeugdzorg, zodat lacunes zichtbaar worden en te bepalen valt voor welke beslismomenten er (betere) instrumenten benodigd zijn.

Doelen van instrumenten

Instrumenten zijn primair bedoeld om informatie (over de problematiek, de hulpvraag, oorzakelijke/in stand houdende factoren en de oplossingsmogelijkheden) te verzamelen en te ordenen, zodanig dat het de hulpverlener en de cliënt ondersteunt bij het nemen van beslissingen. Het instrument (of totaal aan instrumenten) dient daarbij niet meer en niet minder informatie te verzamelen dan nodig is om een beslissing te kunnen nemen. Om welke reden wordt de informatie verzameld, verwerkt, opgeslagen en weer opgeroepen? En wat doet de gebruiker met de informatie? We zetten een aantal doelen van instrumenten hieronder op een rij (zie ook Van Yperen, 1995 en Verheggen en Van Yperen, 1997):

Op het niveau van de individuele cliënt en de professional:

- het doorlopen van de stappen in het hulpverleningsproces;
- het verzamelen, analyseren en interpreteren van de diagnostische informatie ten behoeve van de diagnostische beeldvorming;
- het stellen van een diagnose;
- het opstellen van een advies / indicatie;

- het selecteren van doelen;
- het inventariseren en afwegen van de keuzemogelijkheden;
- het evalueren van de behaalde resultaten;
- het overdragen (en controleren) van gegevens over de cliënt aan bijvoorbeeld ketenpartners.

Op het niveau van groepen cliënten en de hulpverlenende instelling:

- registratie van de gegevens over bepaalde doelgroepen (om onder andere zicht te krijgen op de aansluiting van vraag en aanbod);
- management en beleid(sontwikkeling).

Op het niveau van regionaal en (inter)nationaal onderzoek en ontwikkeling:

- wetenschappelijk onderzoek;
- instellingsoverstijgende ontwikkeling van zorgaanbod (op basis van gegevens over doelgroepen, regionaal, nationaal, internationaal).

Functies van instrumenten

Bij sommige van de bovenstaande doelen dienen instrumenten een *processturend* karakter te hebben, bij andere een *inhoudelijk ondersteunende* functie. Op het niveau van de organisatie hebben managers over grotere groepen cliënten informatie nodig (ten behoeve van bijvoorbeeld beleidsontwikkeling) en is het van belang dat het instrument op *administratie* (registratie) en/of *automatisering* is gericht. Enkele jaren geleden hebben Verheggen en Van Yperen (1997) een groot aantal instrumenten bestudeerd waarbij zij de volgende driedeling hanteerden.

Inhoudelijk ondersteunende instrumenten

Hierbij gaat het om instrumenten die de diagnostische beeldvorming en de daarvan afgeleide beslissingen inhoudelijk ondersteunen. Het betreft middelen waarmee hulpverleners onder andere kenmerken van de problematiek in kaart kunnen brengen, de hulpvraag van de cliënt verhelderen, hulpverleningsdoelen selecteren en evalueren en typen benodigde hulp aangeven.

In deze categorie instrumenten kunnen we nog onderscheid maken tussen:

- Screenings- en basisdiagnostische instrumenten, bedoeld om meerdere gebieden te exploreren. Deze zijn vaak tevens processturend van aard, bijvoorbeeld *de Jeugdzorg Intake Methode* (JIM; Van Deur en Scholte, 2000), de *Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie* (VSPS; Scholte, 2000) en het systeem voor *Registratie, Evaluatie en Diagnostiek* (RED-systeem; Van Vianen en Baarda, 1998; Van Vianen, Baarda, Ten Berge en Speet., 1999).
- Screenings- en diagnostische instrumenten voor de beoordeling van één of enkele aspecten. Voorbeelden hiervan zijn de *Child Behavior Checklist* (CBCL; Verhulst, Van der Ende en Koot, 1996), een vragenlijst die de visie van de ouders op het functioneren van hun kind in beeld brengt en de *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index* (NOSI; De Brock, Vermulst, Gerris en Abidin, 1992), een vragenlijst waarmee de stressbeleving van de ouders in de opvoeding van hun kinderen vastgesteld wordt.
- Classificatiesystemen om een groep symptomen te classificeren tot een bepaalde diagnose. Voorbeelden hiervan zijn de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e editie* (DSM-IV) en het Multi-Axiaal Classificatiesysteem (MAC). Beide

systemen worden met name in de (geestelijke) gezondheidszorg toegepast en zijn ontwikkeld op basis van onderzoek en consensus tussen klinische experts (zie voor een uitgebreide beschrijving van beide systemen Verheggen en Van Yperen, 1997).

Processturende instrumenten

Processturende instrumenten zijn instrumenten die hulpverleners ondersteunen bij het doorlopen van bepaalde procedures. Deze bieden bijvoorbeeld houvast bij het doorlopen van een aantal stappen waarin de problematiek en de hulpvraag van de cliënt worden verhelderd. Voorbeelden hiervan zijn het eerder besproken *Referentiemodel Hulpverleningsplanning* (Van Wijk, 2002), de *Goal Attainment Scaling* (GAS; Van Buggenum en Hermanns, 1995) en natuurlijk het *Referentiewerkmodel bureau jeugdzorg* (Ordina Public Management Consulting BV, oktober 2003). Sommige instrumenten combineren zowel een processturende als een inhoudelijk ondersteunende functie. Voorbeelden hiervan zijn de JIM, de VSPS en het RED-systeem.

Administratieve en/of automatiseringssystemen

Administratieve instrumenten zijn instrumenten, voorgeschreven registraties of softwarepakketten die niet primair inhoudelijk zijn gericht, maar sterk op de functie van administratie (registratie) en/of automatisering. Het gaat vaak om softwarepakketten die verschillende functies combineren. De voornaamste functie is het automatiseren van informatie (ten behoeve van onder andere beleid en aansturing). Daarnaast hebben deze systemen vaak een sterk processturend karakter. Voorbeelden hiervan zijn het *Informatiesysteem Jeugdzorg (IJ)* en *Care4*. IJ is ontwikkeld voor de ondersteuning van de primaire processen van de bureaus jeugdzorg. Naast de gebruikelijke persoonsgegevens, registreren hulpverleners hierin het hulpverleningsproces op cliëntniveau. *Care4* is een modulair softwareprogramma dat het behandelingsproces ondersteunt en managementinformatie over de hulpverlening kan genereren. *Care4* is ontwikkeld voor de totale gezondheidszorg, en wordt inmiddels ook toegepast binnen de jeugdzorg.

Betekenis functies voor opbouw samenhangend instrumentarium

Voor de opbouw van een samenhangend instrumentarium hebben we alle bovenstaande functies nodig. Een registratiesysteem kan, naast het automatiseren van de cliëntgegevens voor administratie, beleidsontwikkeling en management, op cliëntniveau een sturend en ondersteunend karakter hebben. Wanneer een hulpverlener de gegevens die hij met andere instrumenten verzamelt in het registratiesysteem opneemt en ordent, kan zo'n systeem een cruciale rol spelen in het vergroten van de samenhang tussen de instrumenten. Met name wanneer het beslismodel met alle processtappen (waaronder keuzes voor bepaalde instrumenten) hierin is opgenomen.

Voor de (sub)stappen *Globale analyse* en *Uitgebreide analyse* is het aan te bevelen instrumenten te kiezen die zowel een inhoudelijk ondersteunend als een processturend karakter hebben. Bijvoorbeeld de JIM voor de *Globale analyse* en de VSPS of het RED-systeem voor de *Uitgebreide analyse*. Omdat deze instrumenten breed exploreren én tevens de hulpverlener ondersteunen in het proces, is de kans

kleiner dat de hulpverlener meteen al in de valkuil van 'de eerste indruk' (*confirmation bias* en *conservation bias*) tuimelt. Op basis van deze brede exploratie (globaal dan wel uitgebreid) kunnen de hulpverlener en de cliënt hypothesen opstellen voor de *Gerichte analyse*.

Voor de *Gerichte analyse* worden vooral inhoudelijk ondersteunende instrumenten gekozen, de opgestelde hypothesen bepalen welke instrumenten de hulpverlener selecteert. Een (beperkte) verzameling instrumenten kan worden opgenomen in het automatiseringssysteem. Met een zoekfunctie kan de hulpverlener dan gemakkelijk zoeken naar geschikte instrumenten bij de opgestelde hypothesen.

Hoe beperkt of uitgebreid deze instrumentenverzameling is, bepalen als eerste de bouwer(s) van het samenhangend instrumentarium. Het is voor de hulpverlener tenslotte onwerkbaar om bij elke cliënt in een enorm bestand te moeten zoeken naar geschikte instrumenten. De bouwers zullen dus een eerste keuze moeten maken uit de veelheid aan instrumenten. Op basis waarvan kunnen zij deze keuzen maken? In de volgende paragraaf zetten we een aantal kwaliteitseisen op een rij die daarbij kunnen helpen. In het stappenplan op pagina 82 werken we verder uit hoe een samenhangend instrumentarium is op te bouwen.

Kwaliteitseisen aan instrumenten

Instrumenten zijn bedoeld om informatie te verzamelen en te ordenen, zodanig dat het de hulpverlener en de cliënt ondersteunt bij het nemen van beslissingen. De instrumenten dienen daarbij niet meer en niet minder informatie te verzamelen dan nodig is om een beslissing te nemen. De kwaliteit van de gebruikte informatie, of eigenlijk de argumentatie op basis waarvan de hulpverlener belangrijke beslissingen neemt, is van cruciaal belang in dit proces. Het gebruik van bepaalde instrumenten garandeert niet de kwaliteit van die uiteindelijke beslissing, daarvoor zijn andere factoren (beroeps- en vakkennis, ervaring) met name bepalend. De kwaliteit van de ingrediënten die benodigd zijn voor het nemen van een beslissing, zijn echter wel in grote mate te beïnvloeden door het gebruik van goede instrumenten.

Aan welke eisen instrumenten moeten voldoen om het predikaat 'goed' (of 'goed genoeg') te krijgen zetten we hieronder uiteen. We onderscheiden vier 'soorten' kwaliteitseisen: de mate van systematisering van instrumenten (1), die in grote mate de betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten bepalen (2), de hanteerbaarheid van instrumenten (3) en de te stellen eisen aan de gebruiker van de instrumenten (4).

Mate van systematisering

Een minimale eis aan instrumenten is dat deze op *systematische wijze* informatie verzamelen. Systematisch wil in dit verband zeggen dat de gebruiker volgens een bepaalde systematiek informatie verzamelt, bijvoorbeeld met een aantal vaststaande onderwerpen. De gebruiker heeft verder de ruimte een eigen invulling te geven. Een formulier kan bijvoorbeeld aangeven dat gevraagd dient te worden naar de gezinssamenstelling. Het staat de hulpverlener echter vrij hoe hij hiernaar vraagt en in welke volgorde. Een bepaalde mate van systematiek is de minimale eis die we stellen aan een hulpmiddel om het een instrument te kunnen noemen.

In oplopende volgorde van zwaarte kan een instrument beter gesystematiseerd zijn. Dit geldt voor instrumenten die behalve een systematische opbouw een *gestandaardiseerde* wijze van afname kennen. Dit wil zeggen dat de wijze waarop de hulpverlener de informatie verzamelt is vastgelegd én de volgorde waarin dit moet gebeuren. Wie het instrument ook gebruikt, de hulpverlener stelt de vragen altijd op dezelfde manier en in dezelfde volgorde. Behalve de vragen kunnen ook de antwoorden gestandaardiseerd zijn, dit wil zeggen dat elke vraag een beperkt aantal antwoordcategorieën heeft. De mate van standaardisatie van een instrument bepaalt in belangrijke mate de betrouwbaarheid (stabiliteit) van een instrument.

Ten derde zijn sommige instrumenten nog een stap verder gesystematiseerd door een *normering*. De hulpverlener vergelijkt de antwoorden op de gestandaardiseerde vragen dan met de antwoorden van een normgroep, zodat hij kan beoordelen in hoeverre het antwoord overeenkomt met een gemiddelde of er juist van afwijkt. De normering bepaalt daarmee in belangrijke mate de validiteit van het instrument: in hoeverre meet het instrument wat het belooft te meten?

Betrouwbaarheid en validiteit

De mate van systematisering van een instrument bepaalt in belangrijke mate de betrouwbaarheid en de validiteit van een instrument. We leggen hier beide begrippen uit.

De *betrouwbaarheid* zegt iets over de stabiliteit van het instrument. In hoeverre is het (on)gevoelig voor de omstandigheden waaronder de afname plaatsvindt en de persoon van de afnemer. De mate van stabiliteit geeft aan in hoeverre de afname gelijk is bij verschillende afnames, op verschillende momenten en onder verschillende omstandigheden (test-hertestbetrouwbaarheid) en door verschillende personen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid). Geeft een afname door medewerker X een heel ander beeld dan een afname door medewerker Y, dan is de betrouwbaarheid onvoldoende. Een andere vorm van betrouwbaarheid is de interne consistentie. Dit wil zeggen in hoeverre een groep vragen (schaal) één bepaald kenmerk in beeld brengt. Een aantal vragen bijvoorbeeld die samen een bepaalde opvoedingsvaardigheid in beeld brengt, moet allemaal betrekking hebben op die ene opvoedingsvaardigheid.

De *validiteit* van een instrument geeft aan in hoeverre een instrument meet wat het pretendeert te meten. Meet een ADHD-vragenlijst ook echt ADHD (of eigenlijk iets anders)? De COTAN¹⁹ maakt hierbij onderscheid in *begripsvaliditeit* en *criteriumvaliditeit*. Begripsvaliditeit heeft betrekking op de trefzekerheid van het geoperationaliseerde begrip: heeft de operationalisatie van het begrip ADHD ook echt betrekking op ADHD? Criteriumvaliditeit heeft betrekking op de trefzekerheid van de maat waarmee de operationalisaties gewogen worden: op welk moment zijn de gemeten uitkomsten voldoende om te accepteren dat er sprake is van dat ene geoperationaliseerde kenmerk (bijvoorbeeld hoe druk moet het drukke gedrag zijn om te kunnen spreken van hyperactiviteit)? Tot slot is het natuurlijk van belang dat

¹⁹ COTAN staat voor de Commissie Testaangelegenheden. De zogenoemde COTAN-gids (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot, 2000) is een naslagwerk waarin 457 door de COTAN beoordeelde instrumenten staan beschreven.

met het instrument ook daadwerkelijk de beoogde problemen/stoornissen geïdentificeerd kunnen worden. Met andere woorden: pikt het instrument ook echt de jeugdigen met ADHD uit een onderzochte groep (of ziet het instrument deze jeugdigen over het hoofd) of 'herkent' het instrument jeugdigen met een andere stoornis (of in het geheel geen stoornis) ten onrechte als jeugdigen met ADHD?

Hanteerbaarheid van instrumenten

De *hanteerbaarheid* zegt vooral iets over de gebruiksvriendelijkheid (voor zowel professional als cliënt) en de efficiëntie van het instrument. Van Yperen (1995) stelt dat de volgende criteria iets zeggen over de hanteerbaarheid van een instrument:

- het instrument is inzichtelijk van opzet;
- het instrument heeft een duidelijke handleiding;
- het instrument is eenvoudig om te leren gebruiken;
- het instrument is efficiënt en makkelijk te hanteren;
- om het instrument in te vullen is slechts normaal beschikbare informatie nodig;
- het is gemakkelijk om de gegevens te verwerken.

Veel van deze criteria hebben te maken met de tijd, inzet en belasting die de afname van het instrument van zowel de hulpverlener als de cliënt vraagt. Als een instrument in één van deze opzichten veel vraagt, zal er een 'kosten-baten analyse' gemaakt moeten worden: levert het voldoende op? Als een instrument veel tijd vraagt van de hulpverlener, is het alleen maar terecht deze te gebruiken als de informatie die het oplevert echt noodzakelijk is bij het nemen van de beslissing én de informatie niet op een snellere of gemakkelijker manier te verkrijgen is.

Kwaliteitscriteria ten aanzien van de gebruiker van instrumenten

De eisen die het gebruik van instrumenten aan de gebruiker stelt, kunnen per instrument verschillen. In de basis gaat het meestal om de benodigde kennis, vaardigheden en houdingsaspecten van de medewerker. Die drie elementen worden in de professionaliteit van de medewerker gewaarborgd. Daarnaast kunnen algemene criteria zoals: bekend zijn met het gevaar van onnodig problematiseren, het belang zien én gebruik maken van alternatieve hypothesen en het alert zijn op signalen van specifieke stoornissen, van belang zijn.

Per instrument is het mogelijk aanvullende criteria toe te voegen. Voor de afname van sommige instrumenten zijn specifieke opleidingseisen en/of een diagnostische bevoegdheid benodigd. Voor andere instrumenten worden deze eisen alleen gesteld aan de interpretatie van de uitkomsten van het instrument.

Hoe beoordeel je de kwaliteit van een instrument?

Als er gegevens bekend zijn over de betrouwbaarheid en validiteit van een instrument zijn deze vaak in de handleiding van het instrument beschreven. De zogenoemde COTAN-gids (Evers, Van Vliet-Mulder en Groot, 2000) is een bruikbaar naslagwerk voor een objectieve beoordeling van een groot aantal instrumenten. In verschillende publicaties uit de serie *Registratie in de jeugdzorg* (Verheggen en Van Yperen, 1997; Van Yperen, 1995) staan instrumenten beschreven die (toekomstige) gebruikers van nut kunnen zijn.

Het Expertisecentrum Jeugdzorg van NIZW Jeugd heeft inmiddels een groot aantal bruikbare instrumenten volgens een format beschreven. De bedoeling is met deze beschrijvingen in de loop van 2004 een databank van instrumenten²⁰ aan te leggen. Te zijner tijd zal deze informatie via het internet voor een breder publiek te raadplegen zijn.

Stappenplan voor de opbouw van een samenhangend instrumentarium

Nu we het een en ander op een rij hebben gezet over doelen, functies en kwaliteitseisen van instrumenten komen we weer terug bij de centrale doelstelling van dit project: ontwikkel een bouwplan voor de opbouw van een samenhangend instrumentarium. Hoe bouw je een instrumentarium en hoe zorg je ervoor dat er samenhang ontstaat tussen de verschillende instrumenten? Om een goed en bruikbaar samenhangend instrumentarium op te bouwen zijn de volgende stappen te zetten.

1. Geef een overzicht van de te nemen beslissingen binnen de toeleidingsprocedure

Zoals het vorige hoofdstuk liet zien is in het project OSI een beslismodel ontwikkeld samen met de bureaus jeugdzorg Drenthe, Utrecht en Limburg dat als kader dient voor een op te bouwen instrumentarium. Dit beslismodel geeft een overzicht van de te nemen beslissingen en welke mogelijkheden voor vervolgstappen de verschillende fasen in de toeleidingsprocedure bieden. Bureaus jeugdzorg kunnen dit model, indien wenselijk, nader specificeren naar de eigen situatie. In Figuur 8 hieronder is te zien hoe de (sub)stap *Globale analyse* is uiteengehaald in afzonderlijke beslismomenten.

Beslismomenten bij de stap <i>Globale analyse</i>	
H.	Vaststellen wie deel uitmaken van het cliëntsysteem en in de <i>Analyse</i> worden betrokken (voor zover nog niet bij Aanmelding en acceptatie is gebeurd)
I.	Hulpvraag in kaart brengen (globaal informatie verzamelen en taxeren): <ol style="list-style-type: none"> 1. Eerste inschatting van de aard van de hulpvraag/problematiek 2. Mogelijke risico- en beschermende factoren inventariseren en invloed ervan inschatten 3. Eerste inschatting van de ernst van de hulpvraag/problematiek 4. Globaal inventariseren óf en welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vormen van) hulp de cliënt daarbij eventueel wil 5. Beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden globaal inventariseren
J.	Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen ('Is het beeld helder?')
K.	Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ('Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?')

Figuur 8. Overzicht te nemen beslissingen bij de stap Globale analyse

²⁰ Het gaat hierbij om instrumenten die bruikbaar zijn voor de jeugdzorg. Deze databank wordt aangelegd voor onder andere de projecten OSI, aansluiting bureau jeugdzorg – jeugd-LVG en de veldexperimenten doelrealisatie.

2. Bepaal welke informatie benodigd is per te nemen beslissing

De volgende stap is per beslismoment in kaart te brengen welke informatie *minimaal* noodzakelijk is om die beslissing te kunnen nemen (zie Figuur 9 hieronder). Onder andere de plaats van de beslissing in het beslismodel bepaalt hoe gedetailleerd die informatie moet zijn. Maar ook de aard en de ernst van de problematiek en de hulpvraag en de wensen van de cliënt bepalen hoeveel en welke informatie de hulpverlener verzamelt. Beslismomenten vallen uiteen in besluiten over de beeldvorming van het cliëntstelsel en besluiten over de te nemen vervolgstap. Dit laatste besluit is uiteraard afhankelijk van het ontstane beeld. In bijlage 2 is per stap in het beslismodel te zien welke informatie nodig is het nemen van beslissingen besluiten rond de beeldvorming en besluiten over de te nemen vervolgstap. Dit overzicht kan een bureau jeugdzorg gebruiken bij de opbouw van een samenhangend instrumentarium.

Beslismomenten		Beeldvorming	
		Noodzakelijke informatie	
H.	Vaststellen wie deel uitmaken van het cliëntstelsel en in de <i>Analyse</i> worden betrokken (voor zover nog niet bij de eerste stap gebeurd)	<ul style="list-style-type: none"> - Van wie is het probleem? - Wie heeft baat bij oplossing? - Wie kan bijdragen aan oplossing? 	
I.	Hulpvraag in kaart brengen	- Eerste inschatting van de aard van de hulpvraag/ problematiek	Informatie over het functioneren van de jeugdige en de opvoedingsomgeving in verschillende leefgebieden (gezin, school, omgeving)
		- Mogelijke risico- en beschermende factoren inventariseren en invloed ervan inschatten	Informatie over aanwezige risico- en beschermende factoren, om (mogelijke) invloed van deze factoren in te kunnen schatten
		- Eerste inschatting van de ernst van de hulpvraag/problematiek	Informatie over specificiteit, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, aantal leefgebieden, opeenhoping van stressfactoren, invloed op functioneren jeugdige/opvoedingsomgeving, urgentie en prognose
		- Globaal inventariseren of en welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vormen van) hulp de cliënt daarbij eventueel wil	Informatie over wat de cliënt uiteindelijk wil bereiken en wat de verwachtingen zijn van in te zetten hulp
		- Beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden globaal inventariseren	Informatie over personen en/of omstandigheden in de omgeving van de jeugdige
J.	Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen	Is er voldoende informatie over de aard en ernst van de hulpvraag/ problematiek, de veroorzakende en in stand houdende factoren, de (mogelijke) beschermende factoren, de gewenste veranderingen, de gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden?	
K.	Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ('Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?')	Informatie over bewustzijn/-worden van het probleem, de hulpvraag en de oplossingsmogelijkheden bij de cliënt zelf. Informatie over gewenste veranderingen door de cliënt. Informatie over de mate waarin de cliënt actie kan/wil ondernemen om de bestaande situatie/gedrag te veranderen.	

Figuur 9. Benodigde informatie per te nemen beslissing (Globale analyse)

3. Bepaal welk(e) instrument(en) geschikt zijn om die informatie te verkrijgen

Op het moment dat duidelijk is welke informatie nodig is, is te bepalen welke instrumenten geschikt zijn om die informatie te verzamelen, te analyseren, te objectiveren en te interpreteren (zie Figuur 10 op pagina 85, deze figuur is voor het gehele beslismodel nog verder uitgewerkt in bijlage 2). De in de vorige paragraaf beschreven kwaliteitseisen spelen hierbij een belangrijke rol.

Als eerste is van belang zoveel als mogelijk aan te sluiten bij eigen hulpmiddelen (bijvoorbeeld formulieren of checklists die het bureau jeugdzorg zelf ontwikkelde) die de hulpverleners in het bureau jeugdzorg nu al gebruiken. Het is niet nodig het wiel opnieuw uit te vinden. Ook al is er in het bureau jeugdzorg (nog) niet veel ervaring met het gebruik van instrumenten, daar waar dat wel het geval is, is het raadzaam de kennis en ervaring met de al in gebruik zijnde instrumenten of eigen hulpmiddelen zoveel mogelijk te gebruiken. Als eerste worden de fasen in het beslismodel, *Aanmelding en acceptatie, Analyse, Conclusie* en *Advies*, 'opgevuld' met hulpmiddelen en instrumenten die reeds in gebruik zijn. Houd daarbij goed in de gaten dat het instrumenten ook de benodigde informatie voor die stap oplevert.

De volgende stap is op zoek te gaan naar vulling voor de geconstateerde hiaten. Waarschijnlijk zijn niet alle beslismomenten in de vier fasen al voorzien van hulpmiddelen en instrumenten. Zaak is dan op zoek te gaan naar instrumenten die in deze hiaten voorzien. Echter, gelukkig vraagt niet ieder beslismoment om een apart instrument. Dan zou het instrumentarium wel erg uitgebreid en daarmee praktische onbruikbaar worden! Vaak geeft een instrument informatie en argumenten die meerdere beslissingen, met name over de beeldvorming, ten dienste staan.

4. Maak een keuze voor de te gebruiken instrumenten en zorg voor samenhang

Keuzes maken is bij de opbouw van een instrumentarium essentieel: bepaal welke van de reeds gebruikte hulpmiddelen en instrumenten gehandhaafd dienen te blijven, welke instrumenten er eventueel voor in de plaats komen en welke instrumenten toegevoegd dienen te worden. De eerste contouren van een instrumentarium zijn dan gezet.

Echter, met alleen maar het opsommen van geschikte instrumenten zijn we er niet. De volgende stap is goed te bekijken of de instrumenten met elkaar het geheel van de benodigde informatie goed bedekken. Ontstaat er een lappendeken die elk gebied goed bedekt, hebben we te maken met een deken waar de gaten invallen of hebben we een slechte kwaliteit dekbed gefabriceerd met te veel vulling op bepaalde plekken? Van belang is dat het instrumentarium *samenhang* kent. Concreet betekent dit dat de instrumenten elkaar niet overlappen voor wat betreft de verzamelde informatie, elkaar aanvullen en de informatie die de hulpverlener vanaf de aanmelding verzamelt telkens een beetje uitbreidt.

Beslismomenten		Beeldvorming	
		Noodzakelijke informatie	Instrument ²¹
H. Vaststellen wie deel uitmaken van het cliëntsysteem en in de <i>Analyse</i> worden betrokken (voor zover nog niet bij de eerste stap gebeurd)		Van wie is het probleem? Wie heeft baat bij oplossing? Wie kan bijdragen aan oplossing?	- Registratiesysteem
i. Hulpvraag in kaart brengen (globaal informatie verzamelen en taxeren)	1. Eerste inschatting van de aard van de hulpvraag/ problematiek	Informatie over het functioneren van de jeugdige en de opvoedingsomgeving in verschillende leefgebieden (gezin, school, omgeving)	- JIM - RED-checklist - Algemene screeningsinstrumenten aard problematiek - SDQ+ - Voorscreening DOS
	2. Mogelijke risico- en beschermende factoren inventariseren en invloed ervan inschatten	Informatie over aanwezige risico- en beschermende factoren, om (mogelijke) invloed van deze factoren in te kunnen schatten	- JIM - RED-checklist
	3. Eerste inschatting van de ernst van de hulpvraag/ problematiek	Informatie over specificiteit, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, aantal leefgebieden, opeenhoping van stressfactoren, invloed op functioneren jeugdige/opvoedingsomgeving, urgentie en prognose	- QUICK-STEP - Checklist crisissituaties (JIM)
	4. Globaal inventariseren óf en welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vormen van) hulp de cliënt daarbij evt. wil	Informatie over wat de cliënt uiteindelijk wil bereiken en wat de verwachtingen zijn van de in te zetten hulp	- JIM - Criteria raadsbemoeyenis (JIM)
	5. Beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden globaal inventariseren	Informatie over personen en/of omstandigheden in de omgeving van de jeugdige	- JIM
J. Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen		Is er voldoende informatie over de aard en ernst van de hulpvraag/ problematiek, de veroorzakende en in stand houdende factoren, de (potentiële) beschermende factoren, de gewenste veranderingen, de gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden?	Afweging van de informatie uit H
K. Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ('Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?')		Informatie over bewustzijn/-worden van het probleem, hulpvraag en oplossingsmogelijkheden bij de cliënt zelf. Informatie over gewenste veranderingen door de cliënt. Informatie over de mate waarin de cliënt actie kan/wil ondernemen om de bestaande situatie/gedrag te veranderen.	- JIM

Figuur 10. Geschikte instrumenten om de benodigde informatie te verkrijgen (zie ook bijlage 2 voor een uitwerking van de eerste vier stappen van het beslismodel)

²¹ Voor een verklaring van de afkortingen zie bijlage 3.

Een voorbeeld

In bijlage 2 staat een overzicht waarin bruikbare instrumenten en hulpmiddelen in de verschillende fasen van het beslismodel te zien zijn. Ook bevat deze bijlage een invulling van dit overzicht voor bureau jeugdzorg Drenthe en een schematisering van de hulpmiddelen en instrumenten waarin de samenhang in het instrumentarium te zien is.

Hoe in het eigen bureau jeugdzorg een instrumentarium opbouwen?

In het kader van het project OSI gaan zowel het bureau Jeugdzorg Utrecht als bureau jeugdzorg Drenthe in 2004 aan de slag in zogenoemde *leergroepen* met de opbouw en invulling van een samenhangend instrumentarium. Het *doel* van de leergroep is het gezamenlijk opbouwen, ontwikkelen en uitproberen van een samenhangend instrumentarium voor de toeleidingsprocedure in het bureau jeugdzorg. De leergroep werkt de vier stappen in het beslismodel nader uit door te bepalen hoe, met welk instrument, de benodigde informatie te verzamelen en hoe op basis daarvan de beslissing te nemen. De voorbeelden in bijlage 2 van dit rapport kunnen daarbij als inspiratie dienen.

Een leergroep bestaat uit 6 tot 8 deelnemers, uitvoerend medewerkers en stafmedewerkers, en wordt begeleid door een procesbegeleider. Voorwaarde is dat de deelnemers enthousiast zijn over de opdracht een samenhangend instrumentarium op te bouwen en bereid, en in de gelegenheid, tijd en energie te investeren in het gezamenlijk experimenteren met het gebruik van instrumenten. Een leergroep komt in tien bijeenkomsten iedere twee weken twee tot tweeënhalf uur bij elkaar en gaat aan de hand van activerende werkvormen met concrete casuïstiek aan de slag. De deelnemers hebben ook de tijd en de ruimte tussen de bijeenkomsten door de instrumenten te gebruiken en hun ervaringen te expliciteren om dit te kunnen inbrengen tijdens de bijeenkomsten van de leergroep.

In eerste instantie richten de leergroepen zich voornamelijk op inhoudelijk ondersteunende en processturende instrumenten. Voor zover het instrumentarium consequenties heeft voor administratieve en/of automatiseringssystemen doen we waar nodig aanbevelingen. Daarnaast is het streven zoveel als mogelijk instrumenten in het instrumentarium te hangen die aan de in dit hoofdstuk benoemde kwaliteitscriteria voldoen. Dit om te waarborgen dat de informatie op een goede manier wordt verzameld, geanalyseerd en geïnterpreteerd en daadwerkelijk ondersteunend is aan het verhogen van de kwaliteit van het beslissingsproces binnen de bureaus jeugdzorg.

Bureau jeugdzorg Limburg startte in 2003 met het eerste *ontwikkelteam* voor 0 tot 6 jarigen. Dit team bestond uit twee jeugdhulpverleners, twee jeugdbeschermers, een staflid en een kinderarts en ontwikkelde, aan de hand van concrete casuïstiek, in vier bijeenkomsten een instrument gericht op in het kaart brengen van de beleving van het kind. De bedoeling is in 2004 nog drie ontwikkelteams op te starten rond de leeftijden 6-12 jaar, 12-18 jaar en het AMK en de reclassering. Deze ontwikkelteams richten zich voornamelijk op het gebruiken en ontwikkelen van instrumenten om de beleving van de cliënt in beeld te brengen. Advies Van Montfoort ondersteunt het bureau jeugdzorg Limburg hierbij.

Aandachtspunten bij het gebruik van een instrumentarium

De voorgaande hoofdstukken lieten zien dat in de bronnen een aantal aandachtspunten voor de uitvoering van een samenhangend instrumentarium zijn te benoemen. Dit zijn deels aandachtspunten voor de leergroepen, deels betreffen dit organisatorische randvoorwaarden.

Door het gebruik van instrumenten verzamelt een hulpverlener systematisch informatie en argumenten voor de besluitvorming. Deze argumenten maken een expliciete afweging tussen alternatieven mogelijk. Van belang is dat deze afweging expliciet en daarmee navolgbaar en toetsbaar gebeurt. Instrumenten *an sich* zijn daarvoor niet voldoende, het gebruiken van de verkregen informatie bij het expliciet beargumenteren en afwegen van alternatieven om een beslissing te nemen blijft voor het grootste deel een professionele activiteit waarvoor de hulpverlener gebruikt maakt van zijn deskundigheid, vaardigheden en 'klinische blik'.

Het gebruik van instrumenten draagt enigszins het gevaar in zich teveel informatie te vergaren dan nodig is voor de te nemen beslissing. Informatie verzamelen in de toeleidingsprocedure binnen het bureau jeugdzorg is nooit doel op zich. Het gebruik van instrumenten en de daarmee verzamelde informatie staat altijd ten dienste van de nemen beslissing. Ook rapportages bevatten nooit meer informatie dan de strikt noodzakelijke. Anderzijds kunnen instrumenten hulpverleners ook helpen snel tot de kern van de zaak te komen en niet te vervallen in uitgebreide beschrijvingen van bijvoorbeeld de problematiek.

In hoofdstuk drie zagen we dat aansluiten bij het motivatieniveau van de cliënt in een hulpverleningsproces van belang is. Belangrijk is dat hulpverleners in de gaten houden in welke stadium de cliënt zich bevindt. Het heeft immers weinig zin een besluit te willen nemen als de cliënt zich nog in het stadium van voorbeschouwing bevindt.

Als laatste dienen de rollen en taakverdeling tussen uitvoerend hulpverleners, gedragsdeskundigen en het team van de hulpverlener helder verdeeld te zijn. Duidelijk moet zijn hoe deze partijen binnen het bureau jeugdzorg meepraten over de te nemen besluiten en hoe dit vervolgens weer met de cliënt wordt gecommuniceerd.

Tot slot

Het komende jaar zullen de bureaus jeugdzorg Drenthe, Utrecht en Limburg gaan experimenteren met de opbouw van een samenhangend instrumentarium. Het uiteindelijke product van het project OSI wordt een blauwdruk, in de vorm van een aantal voorbeelden, van een samenhangend instrumentarium met daarbij een handleiding hoe een dergelijk instrumentarium op te bouwen, te ontwikkelen en te gebruiken. De door de deelnemende bureaus jeugdzorg ontwikkelde samenhangende instrumentaria hebben een eigen *colour locale* die als voorbeeld voor andere bureaus jeugdzorg kunnen dienen.

Literatuur

- Berge, Ingrid ten
Beslissen over ingrijpende maatregelen. In: H.E.M. Baartman en J.H.A.M. Janssens (red.). *Werken met risico's. Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998, p.79-89
- Bergh, P.M. van den
Intake: besluitvorming en informatie. *Tijdschrift Jeugdonderzoek*, 1994, vol. 7, p. 17-23
- Boelhouwers, K., A. Bothof e.a.
Registratie van de begrippen problematiek, resultaat en cultuur. Onderzoek naar de uitwerking van deze begrippen voor het landelijke intersectorale informatiesysteem van de jeugdzorg (ISIS). Utrecht: Trimbos-instituut/NIZW, 1999
- Boendermaker, Leonieke, Karin Eijgenraam en Mariska van der Steege
Trajecten voor meisjes in justitiële jeugdinrichtingen. Verslag van een pilotproject. Utrecht: NIZW, 2002
- Booy, Yvonne, Nicky Cohen de Lara-Kroon en Tom van Yperen
Zorgtoewijzingsorganen in kaart. Rapport van een enquête naar praktijk en ontwikkeling van de zorgtoewijzing in de jeugdzorg. Utrecht: NIZW Jeugd in opdracht van het Landelijk Platform Jeugdzorg, 2002
- Brenninkmeijer, R.F. en R. Janknegt
Het gebruik van matrixmethoden in de farmacotherapie. *Geneesmiddelenbulletin*, 2000, nr. 4, p. 41-46
- Brock, A.J.L.L. de, A.A. Vermulst, J.R.M. Gerris en R.R. Abidin
NOSI, Nijmeegse Ouderlijke Stress Index. Experimentele versie. Handleiding. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1992
- Bruyn, E.E.J. de, N.K. Pameijer, A.J.J.M. Ruijssenaars en E.J.M. van Aarle
Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus. Leuven/Amersfoort: Acco, 1995
- Buggenum, W. van en J. Hermanns
Contracthulpverlening in de jeugdzorg op basis van de methodiek Goal Attainment Scaling. Utrecht: Uitgeverij SWP, 1995
- Bureau jeugdzorg Limburg
Handboek bureau jeugdzorg Limburg. Deel 1. Roermond: Bureau jeugdzorg Limburg, oktober 2003
- Bureau jeugdzorg Utrecht
Werkgroep toolkit. Verslag. Utrecht: Bureau jeugdzorg Utrecht, maart 2003

Bureau jeugdzorg Utrecht
Kwaliteitshandboek. Jeugdhulpverlening, jeugdbescherming, jeugdreclassering.
Utrecht: Bureau jeugdzorg Utrecht, augustus 2002

Coolen, J.A.B.M., N.P.C.M. Krol e.a.
Vragen rond hulpvragen. De hulpvraag in het diagnostisch proces. *Kind en Adolescent*, 2003, nr. 2, p. 85-96

Dalgleish, L.I.
Risk assessment and decision making in child protection. Brisbane, Australia: The University of Queensland, Department of Psychology, 1997

Daniel, B.
Beliefs in Child Care: Social Work Consensus and Lack of Consensus on Issues of Parenting and Decision-Making. *Children & Society*, 1999, vol. 13, p. 167-178

Delicat, Jan-Wilm en Huub Pijnenburg
Beperkte tevredenheid van verwijzers over Bureau jeugdzorg. Kwaliteitsverbetering van BJZ alleen door samenwerking. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2003, nr. 2, p. 84-88

DePanfilis, D. en M. Scannapieco
Assessing the safety of children at risk of maltreatment: decision-making models. *Child Welfare*, 1994, nr. 3, p. 229-245

Deur, Heleen van en Margot Scholte
Inzicht in de Jeugdzorg Intake Methode/ JIM. Een methode voor aanmelding en screening voor de toegang tot de jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 2000

Deur, Heleen van en Karin Eijgenraam
Trainingsmap bij de training hulpverleningsplanning. Jeugdzorg Groningen. Amsterdam: Resumé Advies, 2001

Eijgenraam, Karin
Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium bureau jeugdzorg. Projectplan. Utrecht: NIZW Jeugd, september 2002

Eijgenraam, Karin, Annelieke Bothof en Tom van Yperen
Haalbaarheid samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg. Eindrapport. Utrecht: NIZW, 2001

Eijgenraam, Karin, Heleen van Deur, Mariska van der Steege en Tom van Yperen
Indicaties voor kwaliteit. Onderzoek naar de ontwikkeling van de kwaliteit van de indicatiestelling bureau jeugdzorg agglomeratie Amsterdam. Utrecht: NIZW, 2001

Eijgenraam, K.L. en C.T.M. Konijn
Bureau jeugdzorg. De poortwachter van de jeugdzorg. In: *Praktijkboek jeugdgezondheidszorg.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003, p. I 1.1 – 1.14

- Eijgenraam, Karin, Mariska van der Steege en Janneke Metselaar
Tussenrapportage project 'Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium Bureau jeugdzorg' (OSI). Utrecht: NIZW Jeugd, augustus 2003
- Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder en C. Groot
Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Assen: Van Gorcum, 2000
- Hamburg, F.
Elementaire beslistkunde. Over de verwevenheid van ratio, emotie en intuïtie. Utrecht: Uitgeverij Lemma, 1999
- Hammond, J.S., L.R. Kleeny en H. Raiffa
The hidden traps in decision making. *Harvard Business Review*, 1998, vol.76, p. 47-58
- Heinrich, Ron
Het eten in de pan. Kwaliteit van indicatiestelling in bureau jeugdzorg agglomeratie Amsterdam. Amsterdam: BJAA, 2002
- Hermanns, J.
Besluitvorming in de jeugdzorg: het hulpverleningscontract als alternatief. *Kind en Adolescent*, 1995, nr. 2, p. 111-127
- Hout, Marcel van den
Klinische incompetentie. *Kind en adolescent praktijk*, 2003, nr. 4, p. 12-13
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming regio Zuid
Casus Roermond nader onderzocht. Den Bosch: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming regio Zuid, augustus 2002
- Knorth, E.
Besluitvorming over uithuisplaatsing in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 1995, nr. 2, p. 64-87
- Koele, P. en S. Hammen
Wat te kiezen? Beslistkunde als hulpmiddel. *Kind en Adolescent*, 1999, nr. 2, p. 162-171
- Kok, Hans
Het indicatiebesluit: een illusie? Provincies in de toekomst geen rol meer. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2002, nr. 4/5, p. 201-209
- Konijn, Carolien
De jeugdzorgthermometer: waardering van BJZ door cliënten in de agglomeratie Amsterdam. Interne notitie. Utrecht: NIZW Jeugd, januari 2003
- Konijn, Carolien, Karin Eijgenraam en Marieke Kroneman
Bureau jeugdzorg en de jeugd-GGZ. Kwaliteit van de samenwerking. Utrecht: NIZW Jeugd, 2002

- Konijn, Carolien
Projectvoorstel jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en bureau jeugdzorg. Opzet, begeleiding en monitoring van pilots. Utrecht: NIZW Jeugd, 2002
- Konijn, Carolien, Janneke Metselaar en Jochem Stoll
Kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg. Deeltraject 3 van de Monitor LPJ. Den Haag/Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg/NIZW, 2002
- Landelijk Platform Jeugdzorg
Uitdagingen voor de jeugdzorg; nu doen! Eindrapport LPJ-monitor. Den Haag: LPJ, 2003
- Lieshout, Maurice van
 De spanning van een spoedzaak. Op pad met de Raad voor de Kinderbescherming – 3. *0/25*, 2003, nr. 5, p. 34-40
- Lindsey, D.
 Reliability of the foster care placement decision. A review. *Research on Social Work Practice*, 1992, nr. 2, p. 65-80
- Maatschappelijk Ondernemers Groep
Aandacht, ondersteuning, bescherming en toezicht. Visiedocument bureau jeugdzorg. Utrecht: Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2003
- Mehlkopf, Pierre
 Wet op de jeugdzorg is slechts overgangswet. Reactie op artikel van Hans Kok. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2003, nr. 6, p. 278-284
- Menger, Renée
Casemanagement in beeld. Quick scan naar toepassing in de Bureau jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 2001
- MOgroep, Collegio en NIZW
Ondersteuningsprogramma Jeugdzorg 2003-2005. Utrecht: MOgroep/Collegio/NIZW, april 2003
- Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen
Eindadvies toegang tot de jeugdzorg. Den Haag/Utrecht: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/NIZW, 1999
- Ordina Public Management Consulting BV
Referentiewerkmodel bureau jeugdzorg. Versie 1.0 (definitief). Den Haag: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie, 8 oktober 2003
- Pameijer N.K. en J.T.E. van Beukering
Handelingsgerichte diagnostiek: een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleer- en opvoedingsproblemen. Leuven/Amersfoort: Acco, 1998

Pijnenburg, H.M. en E.E.J. de Bruyn
Psychodiagnostische besluitvorming in teamverband. *Kind en Adolescent*, 1995, nr. 2, p. 88-110

Ploeg, J.D. van der
Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's. Rotterdam: Lemniscaat, 1997

Prochaska, James O., Carlo C. DiClemente en John C. Norcross
In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1992, nr. 9, p. 1102-1114

Radema, Deanne, Paolo van der Steenhoven en Dolf van Veen
Thuiszitters in beeld. Een onderzoek naar leerplichtige kinderen met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen die (tijdelijk) geen onderwijs volgen. Utrecht: NIZW, 2003

Regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van de jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Gewijzigd voorstel van wet zoals aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal, 24 juni 2003 (zie www.jeugdzorg.nl)

Resing, Wilma C.M., Arne Evers e.a.
Indicatiestelling: condities en instrumentarium. In het kader van leerlinggebonden financiering. NDC Boom, 2002

Scholte, E.M.
Hulpverlening bij psychosociale gedragsproblemen. Voorstel voor een sociaal-ecologische benadering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1991, nr. 2, p. 80-92

Scholte, E.M.
De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Handleiding bij het gebruik van de VSPS. Versie 4.2. Delft: Eburon, 2000

Scholte, E.M.
Basisdiagnostiek en VSPS in de psychosociale jeugdzorg. *Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening*, 2001, nr. 39, p. 20-24

STAMM en Jeugdzorg Drenthe
Het Drents model. De Toegang tot de jeugdzorg. Assen: STAMM en Jeugdzorg Drenthe, april 2001

Steege, Mariska van der
Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 2003

Stoll, Jochem, Janneke Metselaar en Carolien Konijn
Indicatiestelling hapert danig volgens betrokkenen. Werk in uitvoering voor bureau jeugdzorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2003, nr. 2, p. 89-93

Streng, Moniek

Licht ambulante hulp in het bureau jeugdzorg. Liever kort aan de voordeur, dan af door de zijdeur. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2003, nr. 2, p. 70-73

Strien, P.J. van

Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen. Assen: Van Gorcum, 1986

Tomison, A.M.

Evidence-based practice in child protection: What do we know and how do we better inform practice. Keynote presentation at ACWA Biennial Conference, 1996

Verheggen, S.N. en T.A. van Yperen.

Vijftig middelen op een rij. Registratie in de jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 1997

Verhulst, F.C., J. van der Ende en J.M. Koot

Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis/Erasmus Universiteit, 1996

Vianen, R.T van en B. Baarda

Registratie Evaluatie en Diagnostiek formulier (RED). Utrecht: Vakgroep Pedagogiek Universiteit Utrecht, 1998

Vianen, R.T van, B.D. Baarda, I.J. ten Berge en B.G.J.M. Speet

RED-systeem. Handboek Ambulant en Jeugdbescherming. Rotterdam: Jeugdzorg Rotterdam/Zuid-Holland Zuid, 1999

Vogelvang, B., P. Kuipers en J. Hermans

Onderzoeksmodel van de Raad voor de Kinderbescherming. Den Haag: Ministerie van Justitie, 1999

Webb, S.

Some considerations on the validity for evidence-based practice in social work. *Britisch Journal of Social Work*, 2001, vol. 31, p. 57-79

Westenberg, M. en P. Koele

Klinische besliskunde. In: P.Koele en J. van der Pligt (red.). *Beslissen en beoordelen*. Amsterdam/Meppel: Boom, 1993, p. 346-373

Wijk, P.J.Th. van

Over plannen gesproken. Een referentiemodel voor hulpverleningsplanning in de jeugdzorg. Programma Kwaliteit in de Jeugdzorg II. Utrecht: GGZ Nederland/ Maatschappelijk Ondernemers Groep, 2002

Wijnen, Hanneke

Vraaggerichte hulpverleningsplanning: nieuwe vormgeving in Groningen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 1999, nr. 2, p. 23-27

Wolzak, Adrie
Kindermishandeling signaleren en handelen. Basisinformatie voor mensen die werken met kinderen. Utrecht: NIZW, 2001

Yperen, Tom van
Het indicatiebesluit: aanpakken of verhullen? *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 2003, nr. 1, p. 16-21

Yperen, Tom van, Gert van den Berg en Karin Eijgenraam
Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP). Derde deelrapport in het project 'Registratie ernst van de problematiek'. Utrecht: NIZW, 2003

Yperen, Tom van, Gert van den Berg en Karin Eijgenraam
Project 'Registratie ernst problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten. Utrecht: NIZW, 2002

Yperen, T.A. van, Y. Booy en M.C. van der Veldt
Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit. Resultaten in de jeugdzorg. Utrecht: NIZW, 2003

Yperen, T. van
Het gebruik van instrumenten. Utrecht: NIZW, 1995

Bijlagen

1. Verantwoording literatuursearch

Bij het zoeken naar literatuur stond de vraag centraal welke factoren van invloed zijn op het besluitvormingsproces in hulpverleningsprocessen. In eerste instantie is gezocht in drie catalogi: de NIZW catalogus, Picarta en PsychInfo. Hieronder volgt een overzicht van de gebruikte trefwoorden per catalogus.

- Catalogus Jeugd van het NIZW: 'besluitvorming', gezocht is in de hele catalogus. Dit leverde in eerste instantie 106 treffers op.
- Picarta: 'jeugd*' en 'besluitvorming'; gezocht is in de hele catalogus. Dit leverde in eerste instantie 30 treffers op.
- PsychInfo: '*models*' en '*decesion making*' in het gebied *health* en *mental health treatment*. Gezocht is vanaf 1999, dit leverde 10 treffers op.

Omdat de catalogus Jeugd van het NIZW voldoende en relevante internationale literatuur over besluitvorming bleek te bevatten is de eerste, beperkte search in PsychInfo niet verder uitgebreid. Aan de hand van de samenvattingen op de literatuurlijsten zijn de titels op hun relevantie beoordeeld en daarna doorgenomen. Via literatuurlijsten, mondelinge informatie van onderzoekers en het internet zijn ook nog een aantal relevantie publicaties opgespoord. Zo hebben we bijvoorbeeld op deze wijze contact gelegd met de Australische onderzoeker Dalgleish.

2. De opbouw van een samenhangend instrumentarium

Deze bijlage bestaat uit een aantal onderdelen, die als hulpmiddel of ter illustratie kunnen dienen bij het opbouwen van een samenhangend instrumentarium:

- a. In het overzicht *Instrumenten gekoppeld aan beslismomenten* (op pagina 103) zijn instrumenten gekoppeld aan de beslismomenten in de stappen van het beslismodel. Vooral nog zijn de stappen *Aanmelding en acceptatie*, *Analyse*, *Conclusie* en *Advies* uitgewerkt.
- b. Vervolgens plaatsten we de instrumenten in een matrix om te kunnen zien of deze de inhoud voldoende dekken (op pagina 111). De horizontale as van deze matrix bestaat uit de stappen uit het beslismodel. De verticale as is gebaseerd op de vijf dimensies waaruit verschillende instrumenten van Dartington-i¹ zijn opgebouwd (leefsituatie, relaties, gedrag, gezondheid en scholing/werk). Deze onderverdeling in vijf dimensies is gekozen omdat deze zowel dekkend als compact is.
- c. In dit schema staat ter illustratie het instrumentarium van bureau jeugdzorg Drenthe geplaatst (op pagina 112).
- d. Tot slot zetten we de instrumenten van bureau jeugdzorg Drenthe 'achter elkaar' zodat een eerste indruk ontstaat van de opbouw en samenhang in het instrumentarium (op pagina 113). In het werken met de leergroepen (vanaf januari 2004) experimenteren we met het instrumentarium in de praktijk stellen we het indien nodig bij.

¹ Dartington-i is opgericht om de uitkomsten van het onderzoek van de *Dartington Social Research Unit* (een bekend Brits onderzoekscentrum als het gaat om onderzoek in de Britse jeugdzorg) te kunnen vertalen naar de praktijk van de jeugdzorg. Dartington-i heeft een aantal practice tools ontwikkeld die ook zeer bruikbaar kunnen zijn voor het project OSI.

a. Instrumenten gekoppeld aan beslismomenten

aanmelding en acceptatie

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)	
	Noodzakelijke informatie	Instrument ¹	Beeld ²	Besluit	Actie
A. Beoordelen of de persoon die contact opneemt met bureau jeugdzorg informatie, advies en/of hulp wil voor zichzelf of iemand anders ³	<ul style="list-style-type: none"> - Vraagt de persoon informatie, advies en/of hulp? - Vraagt deze persoon dit voor zichzelf of iemand anders? 	- Registratiesysteem ⁴	<ul style="list-style-type: none"> De persoon vraagt informatie, advies en/of hulp voor zichzelf De persoon vraagt informatie, advies en/of hulp voor anderen 	<ul style="list-style-type: none"> Acceptatie als mogelijke cliënt Acceptatie als (<i>signaal van</i>) derde 	<ul style="list-style-type: none"> Naar B Uitvoeren proces <i>Reageren op signaal van derde</i> (zie referentiewerkmodel)
B. Formele beoordeling of de potentiële cliënt aan het juiste adres is bij bureau jeugdzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd jeugdige bij aanmelding - Woonplaats 	- Registratiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> Leeftijd jeugdige maximaal 17 jaar (of 18-22 jr, maximaal half jaar eerder jeugdzorg ontvangen), afkomstig uit regio bureau jeugdzorg Leeftijd 18 jaar of ouder en niet eerder in contact geweest met jeugdzorg of leeftijd 23 jaar of ouder. Leeftijd jeugdige bij aanmelding maximaal 17 jaar, niet afkomstig uit regio bureau jeugdzorg 	<ul style="list-style-type: none"> Formele acceptatie als cliënt Geen formele acceptatie als cliënt mogelijk vanwege leeftijd Geen formele acceptatie als cliënt mogelijk vanwege woonplaats 	<ul style="list-style-type: none"> Naar C Verwijzen naar voorziening voor volwassenen (via F) Verwijzen naar bureau jeugdzorg in andere regio (via F)
C. Inhoudelijke beoordeling of de cliënt aan het juiste adres is bij bureau jeugdzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Heeft de vraag betrekking op opvoeden en/of opgroei (thuis, op school, omgeving)? 	- Registratiesysteem (ISIS-tabel aard problematiek)	<ul style="list-style-type: none"> De vraag heeft betrekking op opgroei- en/of opvoedproblematiek De vraag heeft géén betrekking op opgroei- en/of opvoedproblematiek⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Inhoudelijke acceptatie als cliënt Geen inhoudelijke acceptatie als cliënt 	<ul style="list-style-type: none"> Naar D Verwijzen naar passende instelling (via F)
D. Nagaan of er sprake is van een crisissituatie waarbij direct handelen nodig is	<ul style="list-style-type: none"> - Balans draagkracht-draaglast van de cliënt - Is direct ingrijpen nodig? 	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Checklist crisissituaties (JIM) 	<ul style="list-style-type: none"> Er is sprake van een crisissituatie waarbij onmiddellijke hulp nodig is Er is geen sprake van een crisissituatie waarbij onmiddellijke hulp nodig is 	<ul style="list-style-type: none"> Er kan niet gewacht worden op een indicatiebesluit Het normale toeleidingstraject kan doorlopen worden 	<ul style="list-style-type: none"> Verder uitvoeren proces <i>Behandelen crisissituaties</i> (zie referentiewerkmodel) Naar E
E. Beoordelen of verdere hulp/onderzoek van bureau jeugdzorg nodig is	<ul style="list-style-type: none"> - Is het beeld helder? - Is de cliënt voldoende geholpen in dit eerste contact? 	- Registratiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> De vraag van de cliënt is beantwoord ofwel het probleem voldoende opgelost om er weer zelf mee verder te kunnen De cliënt kan nog niet zelfstandig het probleem oplossen 	<ul style="list-style-type: none"> Er is geen verdere hulp/onderzoek van bureau jeugdzorg nodig Er is verdere hulp/onderzoek van bureau jeugdzorg nodig 	<ul style="list-style-type: none"> Indien nodig verwijzen naar voorliggende voorzieningen (via F) Contactpersoon toewijzen en naar G
F. Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt	<ul style="list-style-type: none"> - Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden? 	- Registratiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> De cliënt is het eens met een eventuele verwijzing van bureau jeugdzorg, of is gemotiveerd om deze op te volgen De cliënt is het niet eens met een eventuele verwijzing van bureau jeugdzorg, ofwel is niet gemotiveerd om deze op te volgen 	<ul style="list-style-type: none"> Verwijzing zinvol: de cliënt zal zeer waarschijnlijk het advies opvolgen en actie ondernemen het te realiseren Verwijzing is niet zinvol. Eerst verder analyseren/werken aan motivatie voordat verwezen kan worden. 	<ul style="list-style-type: none"> Verwijzen en proces afsluiten Contactpersoon toewijzen en naar G
G. Vaststellen wie wordt uitgenodigd voor eerste gesprek	<ul style="list-style-type: none"> - Van wie is het probleem? - Wie heeft baat bij oplossing? - Wie kan bijdragen aan oplossing? 	- Registratiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> Cliëntsysteem bestaat uit alleen jeugdige, alleen opvoeder(s), zowel jeugdige als opvoeder(s) en eventuele andere betrokkenen 	<ul style="list-style-type: none"> De personen die deel uitmaken van het cliëntsysteem worden uitgenodigd voor gesprek 	<ul style="list-style-type: none"> Afspraak maken voor gesprek (start <i>Analyse</i>)

¹ In deze kolom worden instrumenten genoemd die hiervoor gebruikt kunnen worden. De keuze van het instrument kan bijvoorbeeld afhangen van de sector. Verklaring van de afkortingen in bijlage 3 (vanaf pagina 115).

² De omschrijvingen bij 'Beeld' zijn *niet* geoperationaliseerd!

³ Een cliënt die in contact komt met bureau jeugdzorg in het kader van de uitvoering van (gezins)voogdij of jeugdreclassering, wordt automatisch als cliënt geaccepteerd. Als er nog informatie nodig is voor het opstellen van een hulpverleningsplan (of Plan van Aanpak) wordt de stap naar *Analyse* gezet, zo niet dan maken hulpverlener en cliënt direct de overstap naar *Plan*.

⁴ Voorbeelden van registratiesystemen: IJ, Care4, KIS, TULP/JJI.

⁵ In geval van twijfel er altijd van uit gaan dat er sprake is van opgroei- en/of opvoedproblematiek (en dus doorgaan naar D). Bij de volgende stap kan er dan altijd nog duidelijk worden dat er geen sprake is van opgroei- en/of opvoedproblematiek en kan het proces alsnog worden afgesloten.

Globale analyse

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)		
	Noodzakelijke informatie	Instrument	Beeld	Besluit	Actie	
H. Vaststellen wie deel uitmaken van het cliëntsysteem en in de <i>Analyse</i> worden betrokken (voor zover nog niet bij de eerste stap gebeurd)	- Van wie is het probleem? - Wie heeft baat bij oplossing? - Wie kan bijdragen aan oplossing?	- Registratiesysteem	Cliëntsysteem bestaat uit alleen jeugdige, alleen opvoeder(s), zowel jeugdige als opvoeder(s) en eventuele andere betrokkenen	De personen die deel uitmaken van het cliëntsysteem worden uitgenodigd voor (vervolg)gesprek	Indien nodig afspraak maken met leden cliëntsysteem voor (vervolg)gesprek Naar I (1)	
I. Hulpvraag in kaart brengen (globaal informatie verzamelen en taxeren)	1. Eerste inschatting van de aard van de hulpvraag/ problematiek	Informatie over het functioneren van de jeugdige en de opvoedingsomgeving in verschillende leefgebieden (gezin, school, omgeving)	- JIM - RED-checklist ⁶ - Algemene screenings-instrumenten aard problematiek ⁷ - SDQ+ - Voorscreening DOS ⁸	Er is géén hulpvraag op het gebied van opgroei- en/of opvoedproblematiek ⁹ Er is (mogelijk) sprake van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek Er is (mogelijk) sprake van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek, verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek	Geen inhoudelijke acceptatie als cliënt mogelijk Inhoudelijke acceptatie als cliënt in eerdere processtap wordt bevestigd Afhankelijk van de complexiteit problematiek, wordt er in de vervolgstap óf een <i>Uitgebreide</i> óf een <i>Gerichte analyse</i> gedaan alvorens over te stappen naar <i>Conclusie</i>	Alsnog verwijzen naar passende instelling en proces afsluiten Naar I2
	2. Mogelijke risico- en beschermende factoren inventariseren en invloed ervan inschatten	Informatie over aanwezige risico- en beschermende factoren, om (mogelijke) invloed van deze factoren in te kunnen schatten	- JIM - RED-checklist - VMG	Er zijn factoren geïdentificeerd die (mogelijk) een rol hebben gespeeld bij het ontstaan en/of het in stand houden van de problematiek (risicofactoren) Er zijn naast de risicofactoren ook factoren geïdentificeerd die (mogelijk) het negatieve effect van de risicofactoren kunnen beperken (beschermende factoren) Er zijn geen risico- of beschermende factoren geïdentificeerd	Indien de ernst licht tot matig is, is er een <i>Uitgebreide analyse</i> nodig om verder te zoeken naar beschermende factoren (zie verder opmerking hieronder) Indien de ernst licht tot matig is, terwijl de risicofactoren ernstiger problematiek suggereren, is er een <i>Uitgebreide analyse</i> nodig om ernstiger problematiek te kunnen uitsluiten Indien de ernst matig tot ernstig is, is er een <i>Uitgebreide analyse</i> nodig om verder te zoeken naar verklarende risicofactoren	Naar I3
	3. Eerste inschatting van de ernst van de hulpvraag/ problematiek	Informatie over specificiteit, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, aantal leefgebieden, opeenhoping van stressfactoren, invloed op functioneren jeugdige/opvoedingsomgeving, urgentie en prognose	- ⁹ STEP - Checklist crisissituaties (JIM)	De problemen hebben nauwelijks invloed op het functioneren van de jeugdige/opvoedingsomgeving en/of er is nauwelijks behoefte aan hulp bij het oplossen ervan De problemen hebben een matige invloed op het functioneren van de jeugdige/opvoedingsomgeving en/of er is behoefte aan lichte hulp bij het oplossen ervan De problemen hebben een ernstige invloed op het functioneren van de jeugdige/opvoedingsomgeving en/of er is behoefte aan intensieve hulp bij het oplossen ervan	Indien er weinig risicofactoren zijn geïdentificeerd en de aard wijst <i>niet</i> op complexe problematiek, is er geen verder onderzoek nodig Deze mate van ernst kan wijzen op complexe problematiek, hiervoor is een <i>Uitgebreide analyse</i> nodig. Indien er sprake is van enkelvoudige, ernstige problematiek wordt er eventueel direct een specialist ingeschakeld voor <i>Gerichte analyse</i>	Naar I4

⁶ Hierbij worden de hoofdvragen van het RED-systeem als checklist aan de orde gesteld. Indien het antwoord op een vraag 'Ja' is, wordt een zogenoemd inlegvel gebruikt om het gebied uitbreider te analyseren. Hierbij lopen de *Globale* en *Uitgebreide analyse* dus als het ware in elkaar over.

⁷ Voorbeelden van deze instrumenten zijn: ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF), CAS, GARF, SDQ, NOSI. Indien al een algemeen, globaal screenend instrument is gekozen (bijvoorbeeld de JIM) kunnen deze instrumenten eventueel in een later stadium (bij *Uitgebreide* of *Gerichte analyse*) ingezet worden om wat breder/dieper te kunnen screenen.

⁸ Bij dit instrument moet nog beoordeeld worden of het is af te nemen door een hulpverlener van bureau jeugdzorg.

⁹ In geval van twijfel er altijd van uit gaan dat er sprake is van opgroei- en/of opvoedproblematiek (en dus doorgaan naar I2). Bij de volgende stap kan er dan altijd nog duidelijk worden dat er geen sprake is van opgroei- en/of opvoedproblematiek en kan het proces alsnog worden afgesloten.

(vervolg *Globale analyse*)

Beslismomenten		Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)	
		<i>Noodzakelijke informatie</i>	<i>Instrument</i>	<i>Beeld</i>	<i>Besluit</i>	<i>Actie</i>
(vervolg I)	4. Globaal inventariseren of en welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vormen van) hulp de cliënt daarbij eventueel wil	Informatie over wat de cliënt uiteindelijk wil bereiken en wat de verwachtingen zijn van in te zetten hulp	- JIM - Criteria raadsbemoedening (JIM)	De cliënt vindt het niet nodig veranderingen tot stand te brengen De cliënt vindt het wel nodig veranderingen tot stand te brengen, maar wil hier geen hulp bij De cliënt vindt het wel nodig veranderingen tot stand te brengen, en wil hier hulp bij	Indien hulpverlener en cliënt van mening verschillen over de noodzaak van veranderingen/hulp, de hulpverlener tevens van mening is dat de ontwikkeling van de jeugdige hierdoor bedreigd wordt én de cliënt niet wil meewerken aan verdere hulp/onderzoek, kan melding bij AMK of Raad nodig zijn (<i>Gerichte analyse</i>)	Indien de cliënt blijft meewerken, doorgaan naar I5 Naar I5
	5. Aanknopingspunten voor hulp globaal inventariseren	Informatie over mogelijkheden die de cliënt zelf heeft om de problemen het hoofd te bieden (draagkracht). Informatie over personen en/of omstandigheden in de omgeving van de jeugdige	- JIM	Er zijn (potentieel) beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden die de cliënt heeft/kunnen helpen bij het oplossen/hanteren van de problemen Er zijn niet tot nauwelijks beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden die de cliënt heeft/kunnen helpen bij het oplossen/hanteren van de problemen	De aan-/afwezigheid van oplossingsmogelijkheden is van invloed op de <i>ernst</i> van de problematiek. Zie verder opmerkingen bij <i>ernst</i> .	Naar J
J.	Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen ("Is het beeld helder?")	Is er voldoende informatie over aard en ernst, risico- en beschermende factoren, gewenste veranderingen, gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden?	- Afweging van de informatie uit I	Nee, de informatie is niet toereikend. Er is sprake van complexe problematiek, dus de informatie die een globale analyse oplevert is niet toereikend om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Nee, de informatie is niet toereikend. Er lijkt sprake van ernstige problematiek waarvoor niet alleen aanvullende informatie, maar bovendien specifieke expertise nodig is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Nee, de informatie is niet toereikend. Er zijn nog enkele hiaten in de informatie, waarvoor nog (beperkte) aanvullende informatie nodig is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Ja, de informatie is toereikend	Er is een <i>Uitgebreide analyse</i> nodig om <i>aard/ernst</i> en dergelijke goed in kaart te kunnen brengen Er is een <i>Gerichte analyse</i> nodig door specialist (eventueel voorafgegaan door dossieranalyse van gedragsdeskundige) Er is (beperkte) aanvullende informatie nodig die door hulpverlener kan worden verzameld en getaxeerd Er is geen aanvullende informatie nodig	Cliënt en hulpverlener maken afspraak voor vervolgggesprek (start <i>Uitgebreide analyse</i>) In overleg met cliënt worden hypothesen opgesteld en een afspraak gemaakt voor vervolgggesprek (start <i>Gerichte analyse</i>) Cliënt en hulpverlener maken afspraak voor vervolgggesprek (start <i>Gerichte analyse</i>) Naar K
K.	Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ("Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?")	Informatie over bewustzijn/-worden van het probleem, hulpvraag en oplossingsmogelijkheden, gewenste veranderingen en de mate waarin de cliënt actie kan/wil ondernemen om de bestaande situatie/gedrag te veranderen.	- JIM	De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' bereikt: dit wil zeggen dat de cliënt zich ervan bewust is dat hij een probleem heeft en bedenkt wat de verandering kan opleveren. De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' (nog) niet bereikt	De overstap naar <i>Conclusie</i> kan gemaakt worden De overstap naar <i>Conclusie</i> kan (nog) niet gemaakt worden. Eerst verder analyseren/werken aan motivatie.	Start <i>Conclusie</i> Cliënt en hulpverlener maken afspraak voor vervolgggesprek (start <i>Uitgebreide of Gerichte analyse</i>)

Uitgebreide analyse

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)		
	Noodzakelijke informatie	Instrument	Beeld	Besluit	Actie	
L. Vaststellen wie deel uitmaken van het cliëntsysteem en in de Analyse worden betrokken (voor zover nog niet bij de vorige stappen gebeurd)	<ul style="list-style-type: none"> - Van wie is het probleem? - Wie heeft baat bij oplossing? - Wie kan bijdragen aan oplossing? 	- Registratiesysteem	Cliëntsysteem bestaat uit alleen jeugdige, alleen opvoeder(s), zowel jeugdige als opvoeder(s) en eventuele andere betrokkenen	De personen die deel uitmaken van het cliëntsysteem worden uitgenodigd voor (vervolg)gesprek	Indien nodig afspraak maken met leden cliëntsysteem voor (vervolg)gesprek Naar M (1)	
M. Breed exploreren en taxeren van informatie	1. De aard van de hulpvraag/ problematiek taxeren	Informatie over het functioneren van de jeugdige en de opvoedingsomgeving in verschillende leefgebieden (gezin, school, omgeving)	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumenten voor basisdiagnostiek¹⁰ - Algemene screeningsinstrumenten aard problematiek¹¹ - DOS of NOK¹² - Screeningsinstrumenten voor signaleren psychiatrische problematiek¹³ 	<p>Er is sprake van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek</p> <p>Er is sprake van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek, verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek</p>	Met betrekking tot de psychiatrische en/of LVG-problematiek worden hypothesen opgesteld voor een <i>Gerichte analyse</i> (alvorens over te stappen naar <i>Conclusie</i>)	Naar M2
	2. Risico- en beschermende factoren identificeren en invloed inschatten	Informatie over aanwezige risico- en beschermende factoren, om invloed van deze factoren in te kunnen schatten.	<ul style="list-style-type: none"> - VSPS - RED-systeem - VMG 	<p>Er zijn factoren geïdentificeerd die zeer waarschijnlijk een rol hebben gespeeld bij het ontstaan en/of het in stand houden van de problematiek (risicofactoren)</p> <p>Er zijn naast de risicofactoren ook factoren geïdentificeerd die zeer waarschijnlijk het negatieve effect van de risicofactoren kunnen beperken (beschermende factoren)</p> <p>Er zijn geen risico- of beschermende factoren geïdentificeerd</p>	Indien de <i>ernst</i> licht tot matig is, is er een <i>Gerichte analyse</i> nodig om verder te zoeken naar beschermende factoren (zie verder opmerking hieronder)	Naar M3
	3. De ernst van de hulpvraag/ problematiek taxeren	Informatie over specificiteit, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, aantal leefgebieden, opeenhoping van stressfactoren, invloed op functioneren jeugdige/opvoedingsomgeving, urgentie en prognose	<ul style="list-style-type: none"> - STEP¹⁴ - Diverse andere instrumenten¹⁵ 	<p>De problemen hebben nauwelijks invloed op het functioneren van de jeugdige/ opvoedingsomgeving en/of er is nauwelijks behoefte aan hulp bij het oplossen ervan</p> <p>De problemen hebben een matige invloed op het functioneren van de jeugdige/ opvoedingsomgeving en/of er is behoefte aan lichte hulp bij het oplossen ervan</p> <p>De problemen hebben een ernstige invloed op het functioneren van jeugdige/ opvoedingsomgeving en/of er is behoefte aan intensieve hulp bij het oplossen ervan</p>	Indien de <i>ernst</i> matig tot ernstig is, is er een <i>Gerichte analyse</i> nodig om verder te zoeken naar verklarende risicofactoren	Indien er weinig risicofactoren zijn geïdentificeerd en de aard wijst niet op complexe problematiek, is er geen verder onderzoek nodig Indien er sprake is van enkelvoudige, ernstige problematiek wordt er een specialist ingeschakeld voor <i>Gerichte analyse</i> .

¹⁰ VSPS, RED-systeem, RED-systeem (versie ontwikkeld door William Schrikker Groep), *Paperwork*, BARO, Onderzoeksmodel van de Raad voor de Kinderbescherming

¹¹ Voorbeelden van deze instrumenten zijn: ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF), CAS, GARF, SDQ, NOSI. Indien al een basisdiagnostisch instrument is gekozen (bijvoorbeeld de VSPS) kunnen deze instrumenten eventueel in een later stadium (bij Gerichte Analyse) ingezet worden om wat dieper te kunnen screenen

¹² Screeningsinstrumenten voor signalering ontwikkelingsproblemen (nog nagaan of dit is af te nemen door hulpverlener van bureau jeugdzorg)

¹³ SDQ+, ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF), CSI, DSM-IV vragenlijst, MAYSI-2, SCL-90-R

¹⁴ Onderzoek moet nog uitwijzen of bij bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld cliënten bij de jeugdbescherming en jeugdreclassering) de afname van de volledige STEP de voorkeur heeft boven afname van de ^{quick}STEP

¹⁵ Criteria kindermishandeling van Willems, GAF, L-HETS, N-CGAS

(vervolg *Uitgebreide analyse*)

Beslismomenten		Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)	
		<i>Noodzakelijke informatie</i>	<i>Instrument</i>	<i>Beeld</i>	<i>Besluit</i>	<i>Actie</i>
(vervolg M)	4. Uitgebreid inventariseren of en welke veranderingen de cliënt tot stand wil brengen en welke (vormen van) hulp de cliënt daarbij evt. wil (indien nodig, ter aanvulling op <i>Globale Analyse</i>)	Informatie over wat de cliënt uiteindelijk wil bereiken en wat de verwachtingen zijn van in te zetten hulp	- RED-systeem	De cliënt vindt het niet nodig veranderingen tot stand te brengen De cliënt vindt het wel nodig veranderingen tot stand te brengen, maar wil hier geen hulp bij De cliënt vindt het wel nodig veranderingen tot stand te brengen, en wil hier hulp bij	Indien hulpverlener en cliënt van mening verschillen over de noodzaak van veranderingen/hulp, de hulpverlener tevens van mening is dat de ontwikkeling van de jeugdige hierdoor bedreigd wordt én de cliënt niet wil meewerken aan verdere hulp/onderzoek, kan melding bij AMK of Raad voor de Kinderbescherming nodig zijn. Voor de beoordeling daarvan is <i>Gerichte analyse</i> nodig	Indien de cliënt blijft meewerken, doorgaan naar M5 Naar M5
	5. Aanknopingspunten voor hulp globaal inventariseren (indien nodig, ter aanvulling op <i>Globale Analyse</i>)	Informatie over mogelijkheden die de cliënt zelf heeft om de problemen het hoofd te bieden (draagkracht). Informatie over personen en/of omstandigheden in de omgeving van de jeugdige	- RED-systeem	Er zijn (potentieel) beschikbare/geschikte oplossingsmogelijkheden die de cliënt heeft/ kunnen helpen bij het oplossen/hanteren van de problemen Er zijn niet tot nauwelijks beschikbare/ geschikte oplossingsmogelijkheden die de cliënt heeft/ kunnen helpen bij het oplossen/hanteren van de problemen	De aan-/afwezigheid van oplossingsmogelijkheden is van invloed op de ernst van de problematiek. Zie verder opmerkingen bij ernst	Naar N
N.	Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen ("Is het beeld helder?")	Is er voldoende informatie over aard en ernst, risico- en beschermende factoren, gewenste veranderingen, gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden?	- Afweging van de informatie uit M	Nee, de informatie is niet toereikend. Er lijkt sprake van ernstige problematiek waarvoor specifieke expertise nodig is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Nee, de informatie is niet toereikend. Er zijn nog enkele hiaten in de informatie, waarvoor nog (beperkte) aanvullende informatie nodig is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Ja, de informatie is toereikend	Er is een <i>Gerichte analyse</i> nodig door specialist (eventueel voorafgegaan door dossieranalyse van gedragsdeskundige) Er is (beperkte) aanvullende informatie nodig die door hulpverlener kan worden verzameld en getaxeerd Er is geen aanvullende informatie nodig	In overleg met cliënt worden hypothesen opgesteld en een afspraak gemaakt voor vervolgsprek (start <i>Gerichte analyse</i>) Naar O
O.	Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ("Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?")	Informatie over bewustzijn/-worden van het probleem, hulpvraag en oplossingsmogelijkheden, gewenste veranderingen en de mate waarin de cliënt actie kan/wil ondernemen om de bestaande situatie/gedrag te veranderen.	-	De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' bereikt: dit wil zeggen dat de cliënt zich ervan bewust is dat hij een probleem heeft en bedenkt wat de verandering kan opleveren. De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' (nog) niet bereikt	De overstap naar <i>Conclusie</i> kan gemaakt worden De overstap naar <i>Conclusie</i> kan (nog) niet gemaakt worden. Eerst verder analyseren/ werken aan motivatie.	Start <i>Conclusie</i> Cliënt en hulpverlener maken afspraak voor vervolgsprek (start <i>Gerichte analyse</i>)

Gerichte analyse

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)		
	Noodzakelijke informatie	Instrument	Beeld	Besluit	Actie	
P. Gericht en verdiepend onderzoek	1. De aard van de hulpvraag/ problematiek taxeren	Informatie over het functioneren van de jeugdige en de opvoedingsomgeving in verschillende leefgebieden (gezin, school, omgeving)	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumenten gericht op gedrag/functioneren jeugdige¹⁶ - Instrumenten gericht op functioneren ouders/gezin¹⁷ - Diverse instrumenten voor specialistische diagnostiek¹⁸ 	Er is sprake van (een hulpvraag op het gebied van) opgroei- en/of opvoedingsproblematiek, eventueel verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek	Door middel van hypothesetoetsing (volgens hypothesetoetsend model - HTM) worden de vooraf opgestelde hypothesen beargumenteerd aanvaard of verworpen, en indien nodig bijgesteld en opnieuw getoetst	Indien nodig doorgaan met P2
	2. Risico- en beschermende factoren identificeren en invloed inschatten	Deze factoren worden hier verder niet meer onderzocht, er wordt vanuit gegaan dat dit in voldoende mate is gebeurd bij de <i>Uitgebreide analyse</i> . Indien deze stap is overgeslagen en het bij nader inzien toch nodig blijkt dit verder te onderzoeken, wordt dit gedaan volgens de beschrijving bij <i>Uitgebreide analyse</i>				Indien nodig doorgaan met P3
	3. De ernst van de hulpvraag/ problematiek taxeren	De ernst van de problematiek, in combinatie met de afwezigheid van de wens/mogelijkheid om veranderingen tot stand te brengen kan aanleiding zijn om gericht te analyseren of een raadsmelding geïndiceerd is	- CLIK	De problemen hebben nauwelijks invloed op het functioneren van de jeugdige/ opvoedingsomgeving en/of er is nauwelijks behoefte aan hulp bij het oplossen ervan.	Indien er weinig risicofactoren zijn geïdentificeerd en de <i>aard</i> wijst <i>niet</i> op complexe problematiek, is er geen verder onderzoek nodig	Indien nodig doorgaan met P5
	4. Gewenste veranderingen en gewenste hulp			De problemen hebben een matige tot ernstige invloed op het functioneren van de jeugdige/ opvoedingsomgeving en de cliënt heeft behoefte aan hulp bij het oplossen ervan. De problemen hebben een ernstige invloed op het functioneren van jeugdige/ opvoedingsomgeving. De cliënt: - vindt het niet nodig veranderingen tot stand te brengen - vindt het wel nodig veranderingen tot stand te brengen, maar wil hier geen hulp bij	Indien hulpverlener en cliënt van mening verschillen over de noodzaak van veranderingen/hulp, de hulpverlener tevens van mening is dat de ontwikkeling van de jeugdige hierdoor bedreigd wordt en de cliënt niet wil meewerken aan verdere hulp/onderzoek, is melding bij AMK of Raad voor de Kinderbescherming nodig	
	5. Aanknopingspunten voor hulp identificeren	Zie opmerking bij risico- en beschermende factoren				Naar Q
Q. Beoordelen of de informatie toereikend is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen ("Is het beeld helder?")	Is er voldoende informatie over aard en ernst, risico- en beschermende factoren, gewenste veranderingen, gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden?	- Afweging van de informatie uit N	Nee, de informatie is niet toereikend. Er zijn nog steeds enkele hiaten in de informatie, waarvoor nog (beperkte) aanvullende informatie nodig is om een <i>Conclusie</i> te kunnen opstellen Ja, de informatie is toereikend	Er is een <i>Gerichte analyse</i> nodig door specialist (eventueel voorafgegaan door dossieranalyse van gedragsdeskundige) Er is aanvullende informatie nodig (door hulpverlener bureau jeugdzorg) Er is geen aanvullende informatie nodig	In overleg met cliënt worden hypothesen bijgesteld en een afspraak gemaakt voor vervolg <i>Gerichte analyse</i> Naar R	
R. Beoordelen op welk niveau de motivatie van de cliënt zich bevindt ("Kan de beslissing voor de vervolgstap genomen worden?")	Informatie over bewustzijn/-worden van het probleem, hulpvraag en oplossingsmogelijkheden, gewenste veranderingen en de mate waarin de cliënt actie kan/wil ondernemen om de bestaande situatie/gedrag te veranderen.	-	De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' bereikt: dit wil zeggen dat de cliënt zich ervan bewust is dat hij een probleem heeft en bedenkt wat de verandering kan opleveren. De cliënt heeft het stadium 'overpeinzing' (nog) niet bereikt	De overstap naar <i>Conclusie</i> kan gemaakt worden De overstap naar <i>Conclusie</i> kan (nog) niet gemaakt worden. Eerst verder analyseren/ werken aan motivatie.	Start <i>Conclusie</i> Cliënt en hulpverlener maken afspraak voor vervolgesprek (herhaling deel van <i>Analyse</i>)	

¹⁶ AVL, ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF), CCI, Interactiewijzer (BOTS), instrumenten van PI-Research (Weekkaart, Netwerkschema, Formulier voor storende en helpende gedachten, VIP-kaart), VOG

¹⁷ Interview dagelijkse routine gezin (PI-Research), FCI, NOSI/NOSIK, VGF, VGP

¹⁸ Deze instrumenten worden hier niet nader gespecificeerd

Conclusie

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)	
	Noodzakelijke informatie	Instrument	Beeld	Besluit	Actie
S. Gegevens uit <i>Analyse</i> ordenen	Informatie uit de <i>Analyse</i>	- Formulier competentieanalyse (PI-Research)	Er is voldoende informatie over de aard en ernst van de hulpvraag/problematiek, de veroorzakende en in stand houdende factoren, de (potentiële) beschermende factoren, de gewenste veranderingen, de gewenste hulp die daarvoor nodig is en beschikbare oplossingsmogelijkheden	De uiteindelijke hulpvraag/diagnose kan opgesteld worden.	Naar T
T. Samenhangend diagnostisch beeld opstellen	Weging van informatie uit S	- Classificatiesystemen ¹⁹ - CLIK ²⁰	De cliënt heeft geen probleem/ hulpvraag (meer) en/of kan het probleem zelf oplossen/hanteren	Besluit afhankelijk van mate van overeenstemming tussen cliënt en hulpverlener	Wanneer cliënt en hulpverlener een gezamenlijke <i>Conclusie</i> kunnen opstellen, doorgaan naar <i>Advies</i>
			De cliënt heeft wel vragen ²¹ (over opvoeding en/of opgroeien) maar geen probleem/ hulpvraag		
			De cliënt heeft wel een probleem/hulpvraag, maar niet over opvoeden/opgroeien		
			De jeugdige heeft behoefte aan bescherming (er is sprake van een bedreigende situatie voor de jeugdige, bovendien is vrijwillige hulp niet (meer) toereikend)		
			De cliënt heeft behoefte aan directe en intensieve hulp bij het oplossen/ hanteren van een crisissituatie		
			De cliënt heeft behoefte aan lichte hulp bij een probleem/ hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden		
De cliënt heeft behoefte aan intensieve hulp bij een probleem/ hulpvraag op het gebied van opgroeien/opvoeden (eventueel verband houdend met psychiatrische en/of LVG-problematiek)	Wanneer cliënt en hulpverlener nog onvoldoende overeenstemming hebben bereikt, teruggaan naar <i>Analyse</i>	Terug naar <i>Analyse</i>			

¹⁹ Voorbeelden hiervan zijn DSM-IV, ICD-10 en MAC

²⁰ Beslissingsondersteunend instrument bij de vraag of een Raadsonderzoek nodig is

²¹ Niet te verwarren met 'hulpvraag'. Het gaat hierbij om vragen die door voorliggende voorzieningen beantwoord kunnen worden, zoals "Op welke leeftijd kan ik het beste met zindelijkheidstraining beginnen?", "Mijn zoontje loopt soms rood aan als hij boos wordt, is dit normaal?" of "Mijn dochter van 16 gebruikt softdrugs, moet ik me daar zorgen over maken?"

Advies

Beslismomenten	Beeldvorming			Besluitvorming (processtap of productkeuze)	
	Noodzakelijke informatie	Instrument	Beeld	Besluit	Actie
U. Doelen en middelen bepalen	De hulpverlener bespreekt met de cliënt welke gewenste situatie de cliënt wil en kan bereiken (einddoel, zonodig dit einddoel opsplitsen in meerdere doelen), in hoeverre de cliënt dit op eigen kracht kan bereiken en wat er verder eventueel aan hulp nodig is om de problemen op te lossen	- Instrumenten om algemene hulpverleningsdoelen te bepalen (casemanager/ cliënt) ²²	Er is geen hulpverleningsdoel (meer)	Er is geen hulp (meer) nodig	Contact wordt afgesloten
			Doel: de vragen van de cliënt zijn beantwoord	Hier is geen jeugdzorg voor nodig, de cliënt kan een beroep doen op lokale voorzieningen	Verwijzen naar lokale voorzieningen (indien nodig met schriftelijke verwijzing en naar V)
			Doel: cliënt krijgt passende hulp voor het oplossen van het probleem	Hier is geen jeugdzorg voor nodig, maar wel een andere vorm van zorg	Verwijzen naar andere hulpverlenende instantie (indien nodig met schriftelijke verwijzing en naar V)
			Doel: bedreigende situatie opheffen	Er is onderzoek nodig ten behoeve van aanvragen beschermingsmaatregel	Melding bij de Raad voor de Kinderbescherming
			Doel: crisis opheffen	Er is crisisinterventie nodig	Crisisinterventie aanbieden en uitvoeren
			Doel: enkelvoudige/milde problematiek is opgelost en/of de cliënt kan het probleem beter hanteren/begrijpen/ accepteren	Een (licht) ambulant aanbod van Bureau jeugdzorg is afdoende	Naar V
V. Vastleggen van doelen en middelen in een Raamhulpverleningsplan (RHVP) in overleg met de cliënt	Samenhangend diagnostisch beeld (<i>Conclusie</i>) en informatie over doelen en middelen (U)	- Instrumenten om een hulpverleningsplan op te stellen (casemanager/ cliënt) ²³	Alleen een hulpaanbod van een lokale voorziening/andere hulpverlenende instantie is nodig (echter zonder deze hulp is er sprake van een bedreigende situatie voor de jeugdige)	RHVP opstellen met betrekking tot doelen van hulpaanbod van een lokale voorziening/andere hulpverlenende instantie	RHVP (schriftelijke verwijzing) naar betreffende instantie
			Alleen een (licht) ambulant aanbod van bureau jeugdzorg is nodig	RHVP opstellen met betrekking tot doelen (licht) ambulant aanbod bureau jeugdzorg	RHVP naar uitvoerend medewerker bureau jeugdzorg
			Alleen intensieve jeugdzorg (Jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ, jeugd-LVG) nodig	RHVP opstellen met betrekking tot doelen intensieve jeugdzorg	Naar W
			Er is een combinatie nodig van een hulpaanbod van lokale/andere voorziening, een (licht) ambulant aanbod van bureau jeugdzorg en/of intensieve jeugdzorg.	RHVP opstellen met betrekking tot doelen voor alle vormen van zorg die nodig zijn	RHVP (schriftelijke verwijzing) naar betreffende instantie en/of uitvoerend medewerker van bureau jeugdzorg. Voor intensieve hulp naar W
W. Ontwerp Indicatiebesluit opstellen (op basis van de doelen wordt bepaald in welke vorm, op welke locatie, met welke frequentie en hoe lang de hulp plaatsvindt)	Informatie uit Raamhulpverleningsplan (RHVP)	- Formulier Ontwerp Indicatiebesluit ²⁴		Vorm van de hulp: begeleiding, training, jeugdhulp, observatiediagnostiek, verblijf	Na akkoord cliënt wordt Indicatiebesluit multidisciplinair getoetst/vastgesteld en gaat het RHVP/Indicatiebesluit naar betreffende zorgaanbieder(s)
				Locatie van de hulp: ambulant, thuis, opname voor dag(deel) of dag- en nacht	
				Duur en frequentie van de hulp	

²² Doelkaarten (PI-Research), Paperwork

²³ Paperwork, RED-systeem, RED-systeem (versie ontwikkeld door William Schrikker groep)

²⁴ Standaardformulier voor opstellen indicatiebesluit, wordt ontwikkeld door Verbetergroep Indicatiestelling (in samenwerking met NIZW Jeugd en Collegio)

b. Matrix ingevuld met instrumenten

	Aanmelding & Acceptatie	Analyse			Conclusie	Advies
		Globale Analyse	Uitgebreide Analyse	Gerichte Analyse		
Leefsituatie	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Eigen aanmeldings-formulier 	<ul style="list-style-type: none"> - JIM (Screeningsformulier; Checklijsten: 0-12, 12-18, Gezins- en opvoedingsituatie, Migranten en vluchtelingen) 	<p>Na de Globale analyse zijn er drie mogelijkheden: een Uitgebreide of Gerichte analyse of direct overstappen naar Conclusie. Bij een overstap naar Gerichte analyse worden hypothesen opgesteld. Op basis van die hypothesen worden instrumenten gekozen voor Gerichte analyse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - RED-systeem - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming²⁵ - BARO 	<p>Op basis van de uitkomsten van Gerichte analyse worden de hypothesen getoetst en indien nodig bijgesteld voor verdere analyse of wordt overgestapt op Conclusie.</p>	<p>Bij deze stap worden geen diagnostische instrumenten gebruikt. De uitkomsten ofwel getoetste hypothesen worden geïntegreerd tot een samenhangend diagnostisch beeld.</p> <p>Eventuele hulpmiddelen daarbij zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - JIM (Formulier voor analyse en advies; Visualiseren van de balans) - Formulier competentieanalyse (PI) - Classificatiesystemen - CLIK
Gezins- en familierelaties	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Eigen aanmeldings-formulier 	<ul style="list-style-type: none"> - JIM (Checklijsten: 0-12, 2-18, Gezins- en opvoedingsituatie, Migranten en vluchtelingen) - QUICK-STEP 		<ul style="list-style-type: none"> - RED-systeem - VSPS - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO 		
Gedrag	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Eigen aanmeldings-formulier 	<ul style="list-style-type: none"> - JIM (Checklijsten: 0-12, 12-18) - QUICK-STEP 		<ul style="list-style-type: none"> - RED-systeem - VSPS - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO 		
Lichamelijke en geestelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Eigen aanmeldings-formulier 	<ul style="list-style-type: none"> - JIM-checklijsten (Raadsbemoedenis, crisissituatie, 0-12, 12-18, Gezins- en opvoedingsituatie, Migranten en vluchtelingen) - SDQ+ - VMG - Voorscreening DOS 		<ul style="list-style-type: none"> - RED-systeem - VSPS - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO 		
Scholing en werk	<ul style="list-style-type: none"> - Registratiesysteem - Eigen aanmeldings-formulier 	<ul style="list-style-type: none"> - JIM (Checklijsten: 0-12, 12-18) 		<ul style="list-style-type: none"> - RED-systeem - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO 		

²⁵ Het Onderzoeksmodel is eigenlijk niet in te vullen in deze matrix, omdat het vooral een processturend hulpmiddel is (bestaat niet uit gestandaardiseerde vragen, er is dus bijv. geen zekerheid dat de leefsituatie volledig wordt uitgevraagd).

²⁶ Er moet nog nader bekeken worden of één van beide instrumenten is af te nemen door hulpverlener van bureau jeugdzorg.

c. Matrix ingevuld met instrumenten van bureau jeugdzorg Drenthe²⁷

	Aanmelding & Acceptatie	Analyse			Conclusie	Advies
		Globale Analyse	Uitgebreide Analyse	Gerichte Analyse		
Leefsituatie	- Formulier Aanmelding - IJ (registratie)	- Formulier eerste globale analyse BJD (gebaseerd op de JIM) - JIM-checklijsten (0-12, 12-18, Gezins- en opvoedingssituatie, Migranten en vluchtelingen)	Na de Globale analyse zijn er drie mogelijkheden: een Uitgebreide of Gerichte analyse of direct overstappen naar Conclusie. Bij een overstap naar Gerichte analyse worden hypothesen opgesteld. Op basis van die hypothesen worden instrumenten gekozen voor Gerichte analyse.	- RED-systeem (Toegang) - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO	- CLIK	Bij deze stap worden geen diagnostische instrumenten gebruikt. De uitkomsten ofwel getoetste hypothesen worden geïntegreerd tot een samenhangend diagnostisch beeld. Eventuele hulpmiddelen daarbij zijn: - Formulier voor analyse en advies; Visualiseren van de balans (uit de JIM, beiden opgenomen in Formulier eerste globale analyse BJD) - Classificatiesystemen - CLIK
Gezins- en familierelaties	- Formulier Aanmelding - IJ (registratie)	- Formulier eerste globale analyse BJD - JIM-checklijsten (0-12, 12-18, Gezins- en opvoedingssituatie, Migranten en vluchtelingen) - <small>OLIEK</small> STEP		- VSPS of RED-systeem (Toegang) - VSPS (jeugdbescherming) ²⁸ - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO	- NOSI - VGP - CCI - FCI - CLIK	
Gedrag	- Formulier Aanmelding - IJ (registratie)	- Formulier eerste globale analyse BJD - Ontwikkelingslijst VTO 0-7 - JIM-checklijsten (0-12, 12-18) - <small>OLIEK</small> STEP		- VSPS of RED-systeem (Toegang) - VSPS (jeugdbescherming) - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO	- ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF) - CCI - VOG - CLIK	
Lichamelijke en geestelijke gezondheid	- Formulier Aanmelding/ Registratie rechtstreekse verwijzing jeugd-GGZ - IJ (registratie)	- Formulier eerste globale analyse BJD - Formulier "Verzoek Onderzoek RvdK" - Ontwikkelingslijst VTO 0-7 - JIM-checklijsten (Raadsbemoedenis, crisisituatie, 0-12, 12-18, Gezins- en opvoedingssituatie, Migranten en vluchtelingen) - VMG - SDQ+		- VSPS of RED-systeem (Toegang) - VSPS (jeugdbescherming) - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO	- ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF) - AVL - CCI - VOG - Voorscreening DOS of NOK ²⁹ - CLIK	
Scholing en werk	- Formulier Aanmelding - IJ (registratie)	- Formulier eerste globale analyse BJD - JIM-checklijsten (0-12, 12-18)		- RED-systeem (Toegang) - Onderzoeksmodel Raad voor de Kinderbescherming - BARO	- ASEBA-lijsten (CBCL, YSR, TRF) - CCI	

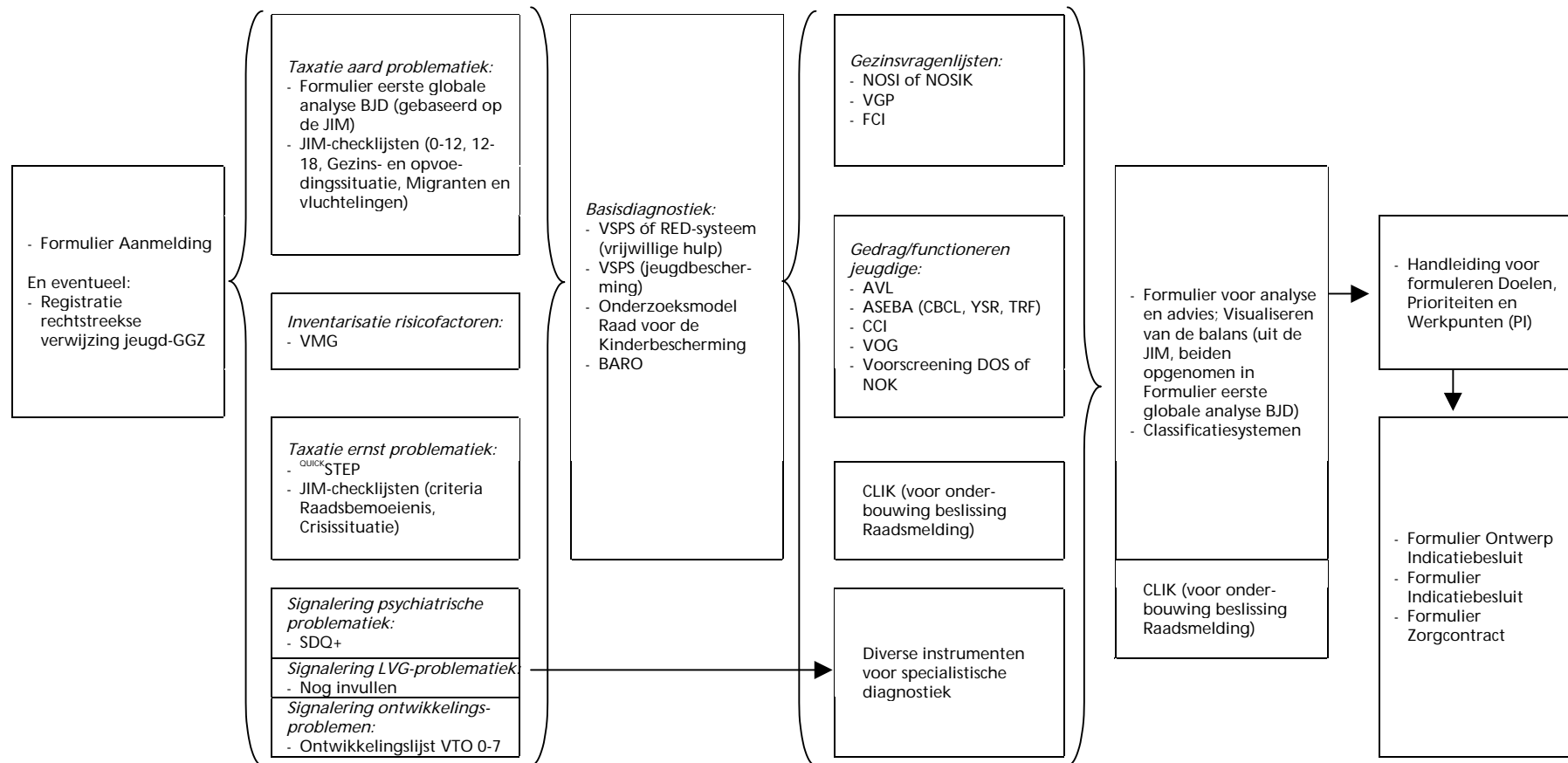
²⁷ De matrix op pagina 111 kan ook ingevuld worden met de instrumenten die door een bureau jeugdzorg gebruikt worden. Dit maakt in één oogopslag duidelijk waar de 'gaten' nog vallen. Ter illustratie is het schema ingevuld met de door bureau jeugdzorg Drenthe gebruikte instrumenten. In deze matrix zijn de nu al gebruikte instrumenten in zwart lettertype weergegeven. Daar waar 'gaten' dreigen te ontstaan zijn instrumenten, die mogelijk bruikbaar zijn, in grijs lettertype weergegeven.

²⁸ De VSPS wordt bij bureau jeugdzorg Drenthe alleen bij de jeugdbescherming gebruikt (is ook geschikt voor *Uitgebreide analyse* in de toegang).

²⁹ Er moet nog nader bekeken worden of één van beide instrumenten is af te nemen door hulpverlener van bureau jeugdzorg.

d. Eerste opzet samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg Drenthe

In onderstaand schema hebben we de instrumenten uit de matrix op pagina 112 ingevuld, zodat een beeld ontstaat van het door bureau jeugdzorg Drenthe gebruikte instrumentarium:



3. Verklaring afkortingen instrumenten

Deze bijlage bevat de verklaring van de gebruikte afkortingen voor instrumenten in deze publicatie en een korte omschrijving van ieder instrument. Tussen haakjes staan bronvermeldingen bij het instrument. NIZW Jeugd is voornemens uitgebreidere beschrijvingen van de instrumenten op te nemen in een databank die te zijner tijd via het internet te raadplegen is.

ASEBA-lijsten - Achenbach System of Emperically Based Assessment. Brengt gedrag/functioneren van jeugdige in kaart (volgens beleving ouders, jeugdige zelf, leerkracht). Ook te gebruiken als screeningsinstrument voor het signaleren van psychiatrische problematiek. Tevens geschikt om effect van het zorgaanbod te meten. Bestaat uit: Child Behavior Checklist (CBCL), versie voor 1½-5 en 6-18 jaar, Teacher Report Form (TRF) en Youth Self Report (YSR). (Verhulst, F.C., J. van der Ende en H.M. Koot. *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinderen Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996).

AVL - ADHD-Vragenlijst (Scholte, E.M. en J.D. van der Ploeg. *ADHD Vragenlijst, AVL Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1998).

BARO - Basis RaadsOnderzoek (Standaardisatie en protocollering Basisonderzoek strafzaken). Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek. De BARO wordt door de Raad voor de Kinderbescherming gebruikt bij strafrechtelijke zaken (Spaander, M. *BARO. Handleiding BARO en handleiding rapportageformat*. Utrecht: Ministerie van Justitie, Raad voor de Kinderbescherming, 2003).

Care4 - Registratiesysteem (zie www.nedercare.nl).

CAS - Child Assessment Schedule (een klinisch interview voor kinderen en jongeren). Screeningsinstrument aard problematiek (Grietens, H. en W. Hellinckx. Een klinisch interview voor kinderen en jongeren. Een Nederlandstalige experimentele versie van de Child Assessment Schedule (CAS). Leuven/Apeldoorn: Garant, 1993).

CBCL - zie ASEBA-lijsten.

CCI - Child Competency Inventory (volgens principes oplossingsgericht werken). Brengt de competenties van het kind (op verschillende gebieden) in kaart (zie www.octir.nl).

Checklist crisissituaties - Checklist uit de Jeugdzorg Intake Methode (JIM).

CLIK - CheckList Intake Klachtzaken. Beslissingsondersteunend instrument (beslissing raadsonderzoek), is grondiger dan Criteria Raadsbemoeyenis van de JIM (Berge, I. ten en B.B. Baarda. *Instructies bij de Checklist Intake Klachtzaken (CLIK)*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Vakgroep Pedagogiek, 1994).

Criteria kindermishandeling van Willems - Willems heeft in 1999 voor de operationalisering van het begrip *kindermishandeling* definities en ernstcriteria opgesteld voor zes vormen van kindermishandeling. De Nederlandse Gezinsraad heeft in 2001 geadviseerd de door Willems opgestelde operationalisering als instrument te implementeren in de praktijk van de jeugdzorg en de rechtspraak (Willems, J.C.M. *Wie zal de opvoeders opvoeden? Kindermishandeling en recht van het kind op persoonswording*. Den Haag: Asser Press, 1999).

- Criteria Raadsbemoedienis* - Checklist uit de Jeugdzorg Intake Methode (JIM).
- CSI* - Child Symptom Inventories. Lijst voor ouders, leerkrachten en jongeren om een groot aantal DSM-diagnoses te signaleren (onder andere ADHD, PDD, ODD). Alleen voor de ouderversie bestaat een Nederlandse vertaling. Geen Nederlandse normen (dit instrument wordt ook beschreven in: Valenkamp, M. e.a. *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het bureau jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003).
- Doelkaarten* - Instrument om algemene hulpverleningsdoelen te bepalen (casemanager/cliënt). Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- DSM-IV* - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition. Classificatiesysteem (American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994).
- DSM-IV vragenlijst* - De ouder-, leerkracht- en jongerenversie van deze, in Nederland ontwikkelde lijst brengen enkele stoornissen uit de DSM-IV in kaart. Geen normen (dit instrument wordt ook beschreven in: Valenkamp, M. e.a. *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het bureau jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003).
- FCI* - Family Competency Inventory (zie CCI).
- Formulier competentieanalyse* - formulier waarmee de balans tussen taken en vaardigheden (competentie) van de cliënt kan worden opgemaakt. Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- Formulier Ontwerp Indicatiebesluit* - Standaardformulier voor opstellen indicatiebesluit. Wordt ontwikkeld door de Verbetergroep Indicatiestelling in samenwerking met NIZW Jeugd/Collegio)
- Formulier voor storende en helpende gedachten* - instrument om storende gedachten, die een rol kunnen spelen bij bepaalde taken/vaardigheden, in kaart te brengen. Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- GAF* - Global Assessment of Functioning Scale. Schaal uit DSM-IV waarop de actuele gevolgen van de stoornis op het functioneren kan aan te geven zijn (as V of GAF-schaal).
- GARF* - Global Assessment of Relational Functioning Scale. Experimentele schaal die is opgenomen in de DSM-IV om de mate te scoren waarin een gezin of een relatie de affectieve of instrumentele behoeften van de leden bevredigt.
- ICD-10* - Classificatiesysteem (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1989 Revision*, Geneva: World Health Organization, 1992).
- IJ* - Informatiesysteem Jeugdzorg (opvolger van PPS, ontwikkeld door MOgroep). Registratiesysteem.

- Interactiewijzer (BOTS)* - Instrument om sociale vaardigheden van kinderen te beoordelen en een plan op te stellen voor de verbetering ervan (de zogenoemde BOTS, deze afkorting staat voor Boven-Onder-Tegen-Samen en is een bewerking van de Roos van Leary). Ook geschikt om om algemene doelen te vertalen in specifieke doelen (zorgaanbieder/cliënt). Tevens geschikt om effect van het zorgaanbod te meten (Verstegen, R. en H.P.B. Lodewijks. *Interactiewijzer : analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Dekker & Van de Vegt, 1993).
- Interview dagelijkse routine gezin* - instrument waarmee de taken/vaardigheden van de gezinsleden, die een rol spelen in de dagelijkse routine, in kaart worden gebracht. Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door het PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- JIM* - Jeugdzorg Intake Methode. Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor de toegang tot de jeugdzorg. De JIM is voorzien van een aantal hulpmiddelen/checklijsten: Checklist 0 tot 12-jarigen, Checklist 12 tot 18-jarigen, Checklist gezins- en opvoedingssituatie, Checklist migranten en vluchtelingen, Criteria Raadsbemoedigen, Checklist 'Is er sprake van een crisissituatie?' (Deur, H. van en M. Scholte. *Inzicht in de Jeugdzorg Intake Methode / JIM. Een methode voor aanmelding en screening voor de toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 2000).
- KIS* - Kinderbescherming Informatie Systeem. Registratiesysteem (Landelijk Bureau Raad voor de Kinderbescherming).
- L-HETS* - Landelijke versie Heerlense Ernst Taxatie Schaal (Steerneman, W.J.P.J.M., H.J. Pelzer en E.E.J. de Bruyn. Ernst-taxatie in de klinische praktijk van de Riagg-jeugdzorg: Onderzoek naar de bruikbaarheid van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (L-HETS). *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1997, nr. 10, p. 401-406).
- MAC* - Multi Axiale Classificatie van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen. Classificatiesysteem. In verschillende landen is speciaal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie een bewerking verschenen van de ICD-10. In die bewerking zijn, net als bij de DSM-IV, assen onderscheiden waarop men de problematiek van de jeugdige classificeert (World Health Organization. *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996).
- MAYSI-2* - Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths (dit instrument wordt ook beschreven in: Valenkamp, M. e.a. *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het bureau jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003).
- N-CGAS* - Nederlandse versie van de Children's Global Assessment Scale. Screeningsinstrument aard problematiek (Ferdinand, R. *Schaal voor de globale beoordeling van het functioneren van kinderen. N-CGAS*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1992).
- Netwerkschema* - instrument om contacten (aard en kwaliteit) met belangrijke personen voor de jeugdige in kaart te brengen. Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).

- NOK** - Nijmeegse Observatieschaal voor Kleuters. Leerlingvolgsysteem voor de eerste twee groepen van het basisonderwijs (in te vullen door leerkracht). Mogelijk te gebruiken voor signalering ontwikkelingsproblemen. We moeten nog nagaan of dit af te nemen is door een medewerker van een bureau jeugdzorg (Rost, H. e.a. *Nijmeegse Observatieschaal voor Kleuters. Een leerlingvolgsysteem. Handleiding.* Lisse: Swets & Zeitlinger, 1999).
- NOSI** - Nijmeegse Ouderlijke Stressindex. Een bewerking van de Parenting Stress Index. Meetinstrument voor de vaststelling van stress bij opvoeders: een uitgebreide versie (NOSI) voor diagnostische doeleinden en een verkorte versie (NOSIK) voor signaleringsdoeleinden. Geschikt om effect van het zorgaanbod te meten (Brock, A.J.L.L. de e.a. *Nijmeegse ouderlijke stress index. Handleiding experimentele versie.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1992).
- NOSIK** - Verkorte versie van de NOSI (zie NOSI).
- Onderzoeksmodel van de Raad voor de Kinderbescherming** - Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek, ter onderbouwing advies OTS of voogdij. Het Onderzoeksmodel wordt door de Raad voor de Kinderbescherming gebruikt bij civielrechtelijke zaken (Vogelvang, B. e.a. *Onderzoeksmodel van de Raad voor de Kinderbescherming.* Utrecht: Ministerie van Justitie. Raad voor de Kinderbescherming, 1999).
- Paperwork** - Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek en hulpverleningsplanning. Geschikt om algemene hulpverleningsdoelen te bepalen, een hulpverleningsplan op te stellen en doelen te evalueren (casemanager/cliënt) (Dartington-i. *Paperwork, the clinical assessment of children in need. A Dartington-i practice tool.* Totnes: Warren House Press, 2003).
- ^{QUICK} **STEP** - zie STEP.
- RED-systeem** - Registratie-, Diagnostisch en Evaluatiesysteem. Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek en om een hulpverleningsplan op te stellen (casemanager/cliënt). (Vianen, R.T e.a. *RED-systeem. Handboek Ambulant en Jeugdbescherming.* Rotterdam: Jeugdzorg Rotterdam/Zuid-Holland Zuid, 1999).
- RED-systeem (WSS)** - Aangepaste versie RED-systeem (bewerkt door/voor William Schrikker Groep (gespecialiseerde instelling voor jeugdbescherming en pleegzorg gericht op kinderen met een handicap of een chronische ziekte). Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek en om een hulpverleningsplan op te stellen (casemanager/cliënt).
- SCL-90-R** - Symptom Checklist-90 Revised. Met deze zelfbeoordelingschaal krijgt men een indicatie van de aanwezigheid voor psychopathologie. Er is alleen een versie voor jeugdigen vanaf 13 jaar. Mét Nederlandse normen (dit instrument wordt ook beschreven in: Valenkamp, M. e.a. *Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het bureau jeugdzorg.* Utrecht: Trimbos-instituut, 2003).
- SDQ** - Strengths and Difficulties Questionnaire. Screeningsinstrument aard problematiek (Goodman, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 1997, p. 581-586).
- SDQ+** - Bewerking van de Strengths and Difficulties Questionnaire. Instrument voor het signaleren van psychiatrische problematiek. Geschikt om effect van het zorgaanbod te meten. Nog in ontwikkeling bij het Trimbos instituut (Valenkamp,

- M. e.a. *Screeningsinstrument psychische problematiek bureau jeugdzorg*. Utrecht: Trimbosinstituut, in voorbereiding).
- STEP /^{QUICK}STEP* - Standaard Taxatie Ernst Problematiek. Instrumenten om de ernst van de problematiek te kunnen taxeren. Geschikt om effect van het zorgaanbod te meten. Nog in ontwikkeling bij het NIZW. De ^{QUICK}STEP is de verkorte versie van de STEP (Van Yperen, Tom, Gert van den Berg en Karin Eijgenraam. *Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP). Derde deelrapport in het project 'Registratie ernst van de problematiek'*. Utrecht: NIZW, 2003; zie ook www.jeugdzorg.nl).
- TRF* - zie ASEBA-lijsten.
- TULP/JJi* - Tenuitvoerlegging Penitentiaire straf en maatregelen Justitiële Jeugdinrichtingen. Registratie/informatiesysteem voor de justitiële jeugdinrichtingen (Ministerie van Justitie).
- VGF* - Vragenlijst Gezinsfunctioneren (Brink, T. ten e.a. *VGF. Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst gezinsfunctioneren*. Utrecht: NIZW/PI Research, 2000).
- VGP* - Vragenlijst voor Gezinsproblemen (Koot, H.M. *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit, 1997).
- VIP-kaart* - instrument om belangrijke personen voor de jeugdige in kaart te brengen (sociogram). Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- VMG* - Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (Veerman, J.W. e.a. *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Gereviseerde handleiding*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut, 1993; in 1997 is de handleiding uitgebreid met enkele normtabellen, in 2004 verschijnt een herziening).
- VOG* - Vragenlijst over Ontwikkeling en Gedrag. Bedoeld om een beschrijving te verkrijgen van emotionele en gedragsproblemen bij jeugdigen met een verstandelijke handicap. Er is een ouderversie (VOG-O) en een leerkrachtversie (VOG-L). De vragenlijst is ontwikkeld naar het model van de CBCL (Koot, H.M. en M.C. Dekker. *Handleiding voor de VOG. Ouder- en leerkrachtversie*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam, 2001).
- Voorscreening DOS* - Denver Ontwikkeling Screening Test. Mogelijk geschikt instrument voor signalering ontwikkelingsproblemen. Bestaat uit slechts 12 items. We moeten nog nagaan of dit af te nemen is door een medewerker van een bureau jeugdzorg.
- VSPS* - Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Inhoudelijk ondersteunend en processturend instrument voor basisdiagnostiek (Scholte, E.M. *De vragenlijst sociale en pedagogische situatie. Handleiding bij het gebruik van de VSPS. Versie 4.2*. Delft: Eburon, 2000).
- Weekkaart* - Instrument om dag-/weekritme van jeugdige in kaart te brengen en de vaardigheden die de jeugdige daarvoor wel/niet goed beheerst. Dit instrument maakt deel uit van de methode Kort Ambulant, ontwikkeld door PI Research (Spanjaard, H. en M. van Vugt. *Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting*. Utrecht: NIZW, 2000).
- YSR* - zie ASEBA-lijsten.

NIZW, innovatiepartner in zorg en welzijn

Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW is een onafhankelijke organisatie die zich samen met instellingen, professionals, beleidsmakers en burgers inzet voor de kwaliteit en vernieuwing van de sector zorg en welzijn. In deze sector werken ruim 750.000 beroepskrachten en vele vrijwilligers op terreinen als kinderopvang, maatschappelijke dienstverlening, sociaal-cultureel werk, ouderendienstverlening, jeugdzorg, maatschappelijke opvang, verzorgings- en verpleeghuizen, thuiszorg en hulpverlening aan mensen met een handicap. Ook instellingen buiten de sector die zorg- en welzijnsactiviteiten ondernemen, zoals opleidingen, provincies, gemeenten en woningbouwcorporaties, doen regelmatig een beroep op het NIZW.

Het NIZW informeert, innoveert en ondersteunt de sector en draagt zo bij aan een zorgzame samenleving waarin de eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van burgers vooropstaan. Het werk van het NIZW is een combinatie van onderzoek, ontwikkeling en implementatie die het mogelijk maakt om vernieuwingen en verbetering van het begin tot het eind te begeleiden. Dit resulteert onder meer in adviezen, veranderingstrajecten, trainingen, congressen, boeken, brochures, almanakken, websites, cd-rom's, video's en een informatielijn. De activiteiten van het NIZW zijn ondergebracht in de centra NIZW Jeugd, NIZW Zorg, NIZW Sociaal Beleid, NIZW Professionalisering, NIZW International Centre en ZZW.

Meer informatie over het NIZW is te vinden op www.nizw.nl.