

**Kwaliteit van de indicatiestelling
door bureau jeugdzorg**

Deeltraject 3 van de Monitor LPJ

Den Haag / Utrecht
Landelijk Platform jeugdzorg / NIZW

november 2002

Carolien Konijn
Janneke Metselaar
Jochem Stoll

Dit rapport is verkrijgbaar bij:

Landelijk Platform Jeugdzorg te Den Haag

tel. 070-302 82 30

fax. 070-302 82 18

e-mail: jeugdzorg@lpj.nl

Ministerie van VWS, directie Jeugdbeleid

tel. 070-340 79 11

NIZW, Expertisecentrum Jeugdzorg

tel. 030-230 63 53

fax. 030-239 44 56

e-mail: l.zaaijer@nizw.nl

Ook is deze uitgave te downloaden via internet: www.jeugdzorg.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
1 Inleiding.....	7
2 Opzet van het onderzoek	8
3 Uitvoering van het onderzoek	10
3.1 Constructie van de meetinstrumenten	10
3.2 Dataverzameling.....	12
4 Resultaten	14
4.1 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de checklist.....	14
4.2 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de cliënten	19
4.3 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de zorgaanbieders.....	21
4.4 Samenhang oordelen en regionale verschillen	24
4.5 Conclusie	24
5 Discussie en aanbevelingen	25
Bijlage 1: Checklist voor kwaliteitsbeoordeling	
Bijlage 2: Vragenlijst voor ouders en jongeren	
Bijlage 3: Vragenlijst voor zorgaanbieders	
Bijlage 4: Toelichting op de uitgevoerde analyses	
Bijlage 5: Inventarisatie kwalitatieve gegevens ouders en jongeren	
Bijlage 6: Inventarisatie kwalitatieve gegevens zorgaanbieders	

Samenvatting

Het onderhavige onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling is een onderdeel van de monitor van de ontwikkeling van de bureaus jeugdzorg die het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) in het najaar van 2002 liet uitvoeren. De centrale vraagstelling luidde: Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling door bureaus jeugdzorg en welke aanbevelingen zijn op grond hiervan te geven?

Opzet van het onderzoek

De kwaliteit is gemeten met drie instrumenten:

- een checklist van kwaliteitscriteria die zijn neergelegd in diverse beleidsdocumenten zoals de systeemeisen van de projectgroep Toegang, het kwaliteits- en informatiesysteem voor de jeugdzorg (KWIS), de nota Regie in de jeugdzorg, basiscriteria voor de jeugdzorg, voorstel voor de nieuwe Wet op de jeugdzorg;
- een vragenlijst voor zorgaanbieders waarin zowel de kwaliteit als het resultaat van de indicatiestelling aan de orde komen;
- een vragenlijst voor jeugdigen en ouders in de jeugdzorg over het contact met bureau jeugdzorg en de juistheid van de gekozen aanpak van de problemen of de situatie.

De checklist van kwaliteitscriteria is een aangepaste versie van de lijst die is gehanteerd in een onderzoek naar de indicatiestelling van de bureaus jeugdzorg in de stadsregio Amsterdam in 2001.

Het onderzoek is uitgevoerd bij vijf zorgaanbieders. Bij één landelijke en vier regionale zorgaanbieders zijn in totaal 227 indicatiestellingen door bureau jeugdzorg geanalyseerd aan de hand van de checklist met kwaliteitscriteria. De geanalyseerde indicatiestellingen zijn het zorgtoewijzingsorgaan, die de kwaliteit ook toetst, reeds gepasseerd; de analyse betreft dus de relatief beste indicatiestellingen. In totaal 83 jeugdigen en ouders (respons: 37%) en 90 zorgaanbieders (respons: 78%) hebben een oordeel gegeven over de kwaliteit maar vooral over de juistheid of gepastheid van de gestelde indicatie.

Resultaten van het onderzoek

De resultaten van de kwaliteitsbeoordeling zijn kort samengevat: volgens de zorgaanbieders en de cliënten wordt door bureau jeugdzorg in 85% van de gevallen wel de juiste zorg geïndiceerd, maar de explicitering en onderbouwing van die keuze laat sterk te wensen over.

Op basis van een kwaliteitsbeoordeling met de checklist kunnen we constateren dat het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en de meest wenselijke hulp meestal zijn aangegeven. Het ontbreekt de indicatiestelling echter vaak aan de visie van de cliënt op de problematiek en een beargumenteerde relatie tussen het beschreven probleemgedrag of -situatie, mogelijke oorzaken en oplossingen. Daardoor blijft het in de meeste gevallen onduidelijk waarom bepaalde zorg nodig is. Dit komt vervolgens ook tot uiting in het relatief vaak ontbreken van concrete richtinggevende doelstellingen voor de hulp. Tot slot is een afweging van minimaal noodzakelijke en meest wenselijke hulp, gecombineerd met eventuele specifieke wensen van de cliënt slechts in een minderheid van de indicaties aanwezig.

De onderbouwing van de indicatiestelling en de formulering van de hulpvraag oogsten ook kritiek van de zorgaanbieders. De aspecten waar meer aandacht naar uit zou moeten gaan, zijn de omschrijving van de hulpvraag, de probleemanalyse en concrete doelen. Ook de inspraak van de cliënt laat nog teveel te wensen over. Het totaaloordeel van de zorgaanbieders hangt (statistisch) samen met de beoordeling op basis van de checklist.

De cliënten zijn over de uitkomst van de indicatiestelling het meest tevreden. Ouders en jongeren zijn het hierover ook eens. Zij hebben wel klachten over de verstrekking van informatie over hulpmogelijkheden (te beperkt en soms te laat) en de inspraak in de keuze van de hulp. Ook begrijpen zij na afloop van het contact met bureau jeugdzorg de probleemsituatie nog niet goed (resultaat van deze eerste fase in de hulpverlening). Het algemene oordeel van de cliënten hangt niet samen met die van de zorgaanbieders en ook niet met de beoordeling op basis van de checklist. Het communiceren over de indicatiestelling met cliënten en het vastleggen, omschrijven en beargumenteren ervan in formulieren zijn kennelijk twee van elkaar losstaande praktijken.

De conclusies uit dit onderzoek komen overeen met die destijds uit de stadsregio Amsterdam. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten: het maakt het meer aannemelijk dat de conclusies representatief zijn voor de bureaus jeugdzorg in het land.

Kanttekeningen bij opzet en uitvoering van het onderzoek

Er zijn een paar kanttekeningen bij het onderzoek te plaatsen. Als de belangrijkste partners bij de hulpverlening (cliënt, bureau jeugdzorg, zorgaanbieder) wel tevreden zijn over de aangewezen zorg, wat maakt het dan uit hoe dit is opgeschreven. Wij stellen echter dat een goede explicitering van de indicatiestelling van groot belang is voor (1) de transparantie van de zorg voor cliënten, (2) het organiseren van vervolghulp door de zorgaanbieder en (3) de bureau jeugdzorg medewerker om bij herindicatie te kunnen beoordelen of de gegeven hulp gestopt, voortgezet of veranderd moet worden. Daarbij is ook nog een kanttekening te plaatsen bij de gebruikte maten voor het resultaat van de indicatiestelling: tevredenheid van cliënten en zorgaanbieders zijn belangrijk maar zeggen niets over de effectiviteit van de zorg. Of de beste zorg is geïndiceerd, is dus niet duidelijk geworden. Tot slot is de tevredenheid onderzocht bij cliënten die inmiddels reeds ergens hulp hebben gekregen. Jeugdigen en ouders die tussen wal en schip belanden, geen hulp krijgen of zelf afhaken, zijn niet in dit onderzoek betrokken. Het resultaat van de indicatiestelling zal dus in werkelijkheid minder rooskleurig zijn.

Aanbevelingen

In de praktijk troffen we een veelheid aan formulieren voor de indicatiestelling aan waaraan een veelheid aan visies op wat de indicatiestelling zou moeten inhouden ten grondslag ligt. Op een studiedag in november 2002 voor medewerkers van bureaus jeugdzorg over de resultaten van dit onderzoek bleek deze diversiteit tot veel spraakverwarring te leiden tijdens de discussies.

Op grond hiervan bevelen wij aan:

- er dient meer eenheid in taal te komen en deze dient te zijn gebaseerd op een gemeenschappelijke visie ten aanzien van de indicatiestelling voor de jeugdzorg;
- er dient meer eenheid (uniformiteit) te komen in de indicatieformulieren.

De geconstateerde tekortkomingen in de kwaliteit van de indicatiestelling kunnen waarschijnlijk voor een belangrijk deel worden opgelost door de medewerkers beter op

te leiden op de kernpunten van de indicatiestelling: het stellen van doelen en het vraaggericht werken (dialoog met de cliënt). Het is echter de vraag of dit door eenvoudige bijscholingscursussen kan worden verholpen of dat de kwestie meer fundamenteel moet worden benaderd. Behalve het doelen stellen en vraaggericht werken, blijken de medewerkers namelijk ook onvoldoende in staat tot het leggen van verbanden tussen de verzamelde informatie over de probleemsituatie, de probleemanalyse, de conclusies daaruit (diagnose) en de mogelijke oplossingen (verschillende hulpmogelijkheden). Wellicht voldoet de opleiding van de gemiddelde voordeurmedewerker (MBO of HBO) niet aan de gestelde eisen aan de indicatiestelling (zie de checklist van kwaliteitscriteria). Wellicht ook is een verplichte aanvullende opleiding op de werkplek nodig voor alle nieuwe medewerkers.

Op grond hiervan bevelen wij aan:

- de opleiding van medewerkers van bureaus jeugdzorg dient gedegen te worden geëvalueerd in het licht van de gestelde eisen aan de bureaus jeugdzorg en zodanig aangepast dat de vaardigheden van de medewerkers verbeteren.

1 Inleiding

De bureaus jeugdzorg zijn of worden in de nabije toekomst de enige toegang tot de jeugdzorg. Bij deze bureaus kan iedereen die jonger is dan 18 jaar of ouders van deze kinderen zich aanmelden en dan wordt bekeken wat er bij deze jeugdigen of in deze gezinnen aan de hand is. Zo mogelijk wordt direct geholpen in het geval van een crisis of in het geval de problemen door een aantal gesprekken of een kortdurende training zijn op te lossen.

Wanneer een aanmelding ernstige en complexe problemen van jeugdigen en hun ouders betreft, dient bureau jeugdzorg te indiceren voor intensievere vormen van jeugdzorg. De indicatiestelling - aanwijzen welke hulp het meest gepast is bij de problematiek van de aangemelde cliënt - dient te gebeuren op basis van een deskundig oordeel over de problemen van de cliënt en op basis van de hulpvraag van de cliënt. Meer dan eens hoort men mensen in de praktijk verzuchten dat de kwaliteit van de indicatiestelling nog te wensen overlaat; zo zeer dat sommigen zelfs twifelen aan de mogelijkheid van een goede indicatiestelling in het algemeen¹. Maar hoe staat het dan met die kwaliteit van de indicatiestelling en in hoeverre laat deze te wensen over?

Een beschrijving van de kwaliteit van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg is een belangrijk onderdeel van de monitor van de ontwikkeling van de bureaus jeugdzorg die het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) dit najaar liet uitvoeren. Het LPJ heeft als voornaamste taak de ontwikkeling van het Bureau Jeugdzorg in beeld te brengen, het breed bekendmaken van daarbij opgedane kennis, ervaringen en good practices, en het bespreekbaar maken van knelpunten en oplossingsvarianten daarvoor. De monitor is bedoeld als instrument om de kwaliteit van het Bureau Jeugdzorg te verbeteren.

De monitor 2002 is onderverdeeld in vijf deelprojecten, waarin verschillende aspecten centraal staan: (1) kwaliteitscriteria van de jongeren en hun ouders ten aanzien van de keten van jeugdzorg (Bureau Wesp), (2) tevredenheid van instanties die kinderen en ouders naar het bureau jeugdzorg verwijzen (Praktikon), (3) de kwaliteit van de indicatiestelling van het bureau jeugdzorg en de tevredenheid van de cliënt en de zorgaanbieder over de indicatiestelling (NIZW), (4) de tevredenheid van zorgaanbieders over het BJZ (Coact), en (5) een retrospectieve beoordeling van ouders en kinderen van de jeugdzorgketen (Stichting Alexander). In dit rapport vindt u een verslag van deelmonitor 3.

In deze deelmonitor staan de volgende vragen centraal:

1. Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling bij BJZ gemeten naar objectieve criteria zoals neergelegd in de basiscriteria kwaliteit van de jeugdzorg, de concept Wet op de Jeugdzorg, eisen van zorgkantoren en professionele standaarden?
2. Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling bij BJZ volgens de cliënten?
3. Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling bij BJZ volgens de zorgaanbieders?
4. Welke adviezen zijn er op basis van de bevindingen te geven voor verbetering van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg?

¹ Kok, H. (2002). De indicatiestelling: een illusie? In: Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg, 4/5.

In dit rapport geven we aan hoe het onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg is aangepakt, wat de resultaten zijn en wat dit betekent voor de verdere ontwikkeling van de praktijk. In paragraaf 2 gaan we in op de opzet en in paragraaf 3 op de uitvoering van het onderzoek. In paragraaf 4 beschrijven we de resultaten en in paragraaf 5 bediscussiëren we de bevindingen.

2 Opzet van het onderzoek

Een paar jaar geleden heeft de stadsregio Amsterdam de kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg laten onderzoeken door het NIZW². In dat onderzoek heeft het NIZW samen met een aantal medewerkers van de twee betrokken bureaus jeugdzorg (stad Amsterdam en Amstelland/ Meerlanden/ Zaanstreek/ Waterland) een checklist van criteria opgesteld om de kwaliteit van de indicatiestellingen te beoordelen. Op grond van de analyse van indicatieformulieren aan de hand van die checklist zijn aanbevelingen gedaan voor verdere ontwikkeling van de indicatiestelling. Bij het maken van een instrument voor de beantwoording van de eerste onderzoeksvraag 'Wat is de kwaliteit van de indicatiestelling bij bureau jeugdzorg gemeten naar objectieve criteria' is deze Amsterdamse checklist voor kwaliteitsbeoordeling als uitgangspunt genomen. Een analyse op basis van een dergelijke checklist geeft aan of de indicatiestellingen voldoen aan de eisen die in diverse beleidsdocumenten zoals de systeemeisen van de projectgroep Toegang, basiscriteria voor de jeugdzorg en de concept Wet op de Jeugdzorg zijn geformuleerd. Met de checklist gaan we na in hoeverre de indicatiestelling voldoende geëxpliciteerd is zodat de redenering door andere professionals navolgbaar (transparant) is en helder voor de cliënt. Op deze indicatiestelling bouwen zorgaanbieders en cliënten immers samen het hulpverleningsplan.

In aanvulling op de checklist hebben we voor de beantwoording van de tweede en derde onderzoeksvraag (wat is de kwaliteit van de indicatiestelling volgens de cliënten en de zorgaanbieders?) twee vragenlijsten gemaakt: een voor ouders en jongeren in de jeugdzorg en een voor zorgaanbieders. Deze vragenlijsten hebben twee doelen: enerzijds het verkrijgen van een kwaliteitsbeoordeling over het indicatiestellingsproces en anderzijds inzicht in de gepastheid van de indicatie. De ultieme vraag bij de indicatiestelling blijft uiteindelijk toch of de kinderen goed terecht komen; de meningen van de zorgaanbieders en cliënten (jongeren vanaf 12 jaar en de ouders van jeugdigen) geven ons hierin inzicht.

Steekproef

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij vijf zorgaanbieders: Jarabee in Overijssel, Cardea in Leiden, het Orthopedagogisch Centrum te Kennemerland (Haarlem e.o.), De Waarden in Nijmegen en de Hoenderloo Groep. Bij de eerste vier zijn indicatiestellingen geselecteerd en beoordeeld van bureaus jeugdzorg uit de betreffende

² Eijgenraam, K., H. van Deur, M. van der Steege, T. van Yperen (2001). Indicaties voor kwaliteit. Onderzoek naar de ontwikkeling van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg in de agglomeratie Amsterdam. Utrecht: NIZW.

regio's. De vijfde, de Hoenderloo Groep is een landelijk georiënteerde zorgaanbieder en de analyse betreft hier de indicatiestellingen door een veelvoud aan bureaus jeugdzorg. De beoordeling van eventuele regionale verschillen is gebaseerd op vier regio's. De indicatiestellingen voor de Hoenderloo Groep zijn wel in de analyse van het totaal betrokken; het maakt de resultaten alleen maar meer representatief voor het land. De zorgaanbieders zijn overigens geselecteerd door het LPJ, als organisator van deze vijfdelige monitor.

Bij elk van de zorgaanbieders zijn ongeveer 50 indicatiestellingen geselecteerd. Deze formulieren zijn door de onderzoekers beoordeeld op basis van de checklist met kwaliteitscriteria. Over de constructie hiervan in de volgende paragraaf meer. Daarnaast was het plan om via de LPJ-deelmonitor 4 - gericht op de zorgaanbieders - een oordeel te verkrijgen over de helft van deze indicatiestellingen (25 per regio) en via de LPJ-deelmonitor 5 - gericht op de cliënten - een oordeel over een zelfde aantal (25 per regio). Vanwege veranderde opzet en uitvoering van die deelmonitoren hebben we uiteindelijk zelf in elke regio vragenlijsten onder alle geselecteerde cliënten en onder de zorgaanbieders van de helft van hen uitgezet. Meer hierover bij de dataverzameling.

Kortom: in het onderzoek zijn instrumenten gemaakt om de kwaliteit van de indicatiestelling te meten volgens de criteria die zijn neergelegd in relevante beleidsdocumenten. Daarnaast zijn vragenlijsten opgesteld voor zorgaanbieders en cliënten om hun mening over de kwaliteit maar vooral de juistheid of gepastheid van de indicatie aan te geven.

Deze instrumenten geven inzicht in de kwaliteit van de indicatiestelling en geven tezamen het antwoord leveren op de vierde onderzoeksvraag: 'Welke adviezen zijn er op basis van de bevindingen te geven voor verbetering van de indicatiestelling door BJZ?' Voor optimale beantwoording van deze onderzoeksvraag zijn - op verzoek van de Maatschappelijke Ondernemersgroep in de jeugdzorg (MOGroep) - aanvullende interviews met medewerkers van de betreffende bureaus jeugdzorg gehouden over de organisatie van de indicatiestelling. Over de analyse van deze gegevens en de relatie tussen de kwaliteit en de organisatie van de indicatiestelling wordt verslag gedaan in een tweede rapport. Op basis hiervan is aanvulling mogelijk op de in dit rapport gegeven adviezen.

Met de opgestelde instrumenten is het mogelijk om, naast een beschrijving van de huidige kwaliteit van de indicatiestelling, vervolgmetingen te doen om de voortgang in de ontwikkeling van de functie bij bureau jeugdzorg te monitoren.

3 Uitvoering van het onderzoek

3.1 Constructie van de meetinstrumenten

Checklist van kwaliteitscriteria

De checklist met kwaliteitscriteria, die in het onderzoek in de stadsregio Amsterdam is gebruikt, is gebaseerd op een operationalisering van de volgende beleidsdocumenten:

- de systeemeisen van de projectgroep Toegang,
- het kwaliteits- en informatiesysteem voor de jeugdzorg (KWIS),
- Regie in de jeugdzorg: het beleidsuitgangspunt dat de hulp zo kort, zo dichtbij, zo snel en zo licht mogelijk dient te zijn.

De eerste opzet voor de checklist die op basis van hiervan is gemaakt, is destijds op grond van de meningen van een aantal geïnterviewden en een klankbordgroep van medewerkers bijgesteld.

De checklist die in het Amsterdamse onderzoek uiteindelijk is gebruikt, vormde het uitgangspunt voor de checklist in de LPJ-monitor. Op dit basisdocument zijn een paar aanvullingen gedaan op basis van:

- het recent gepubliceerde voorstel voor de nieuwe Wet op de Jeugdzorg,
- de basiscriteria voor de kwaliteit van de jeugdzorg.

Ook zijn we nagegaan welke eisen van zorgkantoren stellen aan de indicatiestelling. Het is immers de bedoeling dat de bureaus jeugdzorg ook indicaties gaan stellen voor zorg die onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) - de jeugd-GGZ en eventueel ook de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen - valt. De zorgkantoren toetsen deze indicatiestellingen. Deze zoektocht leidde voorlopig niet tot een aanvulling op de checklist omdat de AWBZ momenteel wordt herzien en de eisen nog niet zijn vastgesteld. Gevraagd naar op dit moment aannemelijke eisen vanuit de zorgverzekeraars werd ons medegedeeld dat dit waarschijnlijk alleen de opleiding van de indicatiestellers zou betreffen. In het hierboven genoemde aanvullende onderzoek naar de organisatie van de indicatiestelling, is de opleiding van de indicatiestellers dan ook betrokken. In die rapportage meer hierover.

In de herziene checklist zoals die in dit onderzoek is gebruikt wordt de kwaliteit van de indicatiestelling op de volgende onderdelen onderzocht (voor een overzicht van de checklist, zie bijlage 1):

- de feitelijke (persoonlijke) gegevens van de cliënten (informatieverzameling algemeen);
- de hulpverleningsgeschiedenis en beschrijving van de (dreigende) problemen van de cliënt (informatieverzameling inhoudelijke gegevens);
- de beschrijving van de (dreigende) problemen en de mogelijke oorzaken volgens de cliënt (klachtanalyse);
- de probleemanalyse en de diagnose (relatie tussen problemen en mogelijke oorzaken volgens de hulpverlener);
- de beschrijving van de hulpvraag en de doelen die worden beoogd;

- de meest wenselijke en minimaal noodzakelijke hulp en bandbreedte waarmee de doelen gerealiseerd kunnen worden (waaronder: de beargumentering van die hulp en advies ten aanzien van de wenselijke uitvoerders van de geïndiceerde zorg);
- instemming van de cliënt met het hulpadvies (ondertekening van de indicatiestelling).

Op de genoemde onderwerpen zijn in de checklist items geformuleerd waarbij wordt aangegeven of het indicatieformulier wel of niet aan dit item voldoet (dichotome variabele). Van de feitelijke persoonlijke en inhoudelijke gegevens is genoteerd of dit in (ruim) voldoende mate aanwezig was, in onvoldoende mate of niet (4-puntsschaal).

De bijgewerkte checklist hebben we voorgelegd aan medewerkers van de in dit onderzoek betrokken vier bureaus jeugdzorg, die de taak hebben de functie van indicatiestelling verder te ontwikkelen. Op basis hiervan is nog een enkel item geschrapt en aangevuld. De geraadpleegde medewerkers vonden dat de herziene checklist alle criteria bevat waaraan de indicatiestelling idealiter zou moeten voldoen. Zij gaven aan dat de bureaus jeugdzorg hieraan in de praktijk waarschijnlijk nog lang niet voldoen. Maar dat hoeft ook nog niet aangezien het voorstel voor de nieuwe wet op de jeugdzorg, die deze eisen stelt, nog niet is aangenomen. De bevindingen van dit onderzoek geven dus niet aan waar de kwaliteit op dit moment te kort schiet, maar waarop de komende jaren activiteiten moeten worden ontplooid wil men per 1 januari 2004 (geplande ingangsdatum van de nieuwe wet) tegemoet kunnen komen aan de eisen die straks gaan gelden. In die zin kan dit onderzoek worden gezien als een nulmeting, waaraan men later vooruitgang kan afmeten.

Vragenlijst voor zorgaanbieders en cliënten

Over het algemeen zijn hulpverleners het onderling niet vaak eens over de zorg die het meest passend is bij cliënten. Met andere woorden: de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de indicatiestelling is laag³. Toch hebben we de zorgaanbieders, als een soort second opinion, gevraagd of de zorg die werd geïndiceerd volgens hen op dat moment ook de meest juiste was. We willen ondanks alle kanttekeningen enige indicatie krijgen van de gepastheid van de gestelde indicaties. In de vragenlijst wordt de zorgaanbieders hun mening gevraagd over de volgende onderwerpen:

- omschrijving van en onderzoek naar de problematiek,
- formulering van de hulpvraag,
- formulering van de doelen van de geïndiceerde hulp,
- aansluiting van de hulp bij de hulpvraag en bij de probleemsituatie,
- juistheid van de gestelde indicatie op dat moment,
- is de meest wenselijke zorg ook gerealiseerd,
- een rapportcijfer voor de kwaliteit van de indicatiestelling (zie bijlage 3).

³ Zie onder meer: Berben, E. (2000). Als iedereen hetzelfde was.... : indicatiestelling in de jeugdzorg. Maastricht: Shaker Publishing.

Een aanwijzing van de gepastheid van de indicatiestelling krijgen we ook door een beoordeling hierover van de cliënten. Aan hen zijn vragen gesteld over:

- het onderzoek naar de problematiek,
- de bejegening door de medewerkers van bureau jeugdzorg,
- informatie over hulpmogelijkheden,
- inspraak in de keuze van de hulp,
- helderheid van de indicatiestelling,
- over het resultaat van de contacten met bureaus jeugdzorg (begrip van de problemen, juistheid van de indicatie),
- een rapportcijfer voor de steun en de indicatiestelling van bureau jeugdzorg (zie bijlage 2).

Bij de formulering van de vragenlijst over de kwaliteit van de indicatiestelling voor de zorgaanbieders en de cliënten is gekeken naar een reeds ontwikkelde vragenlijst: de thermometer voor de kwaliteit van de jeugdzorg volgens de cliënt⁴. Deze vragenlijst wordt op dit moment bij een paar bureaus jeugdzorg afgenomen. Bovendien is de vragenlijst afgeleid van de GGZ-thermometer⁵ zodat op den duur ook vergelijking met de jeugd-GGZ mogelijk is.

3.2 Dataverzameling

Checklist van kwaliteitscriteria

In totaal zijn 227 indicatiestellingsformulieren geanalyseerd met behulp van de checklist van kwaliteitscriteria. Het was de bedoeling om in totaal 250 formulieren te analyseren. Het bleek in de vijf regio's echter niet haalbaar om exact 50 cases te selecteren die voldeden aan het gestelde criterium. De zorgaanbieders hebben op onze aanwijzing indicatieformulieren geselecteerd van cliënten die drie tot zes maanden voor de selectiedatum bij de zorgaanbieder in behandeling zijn genomen. De zorgcoördinator en de cliënt hebben zich dan inmiddels een afgewogen mening kunnen vormen over de kwaliteit en de juistheid van de indicatiestelling en kunnen zich dit proces bovendien nog tamelijk goed herinneren. Op deze manier zijn er per regio 38 tot 50 cases geselecteerd.

Om de privacy van cliënten te waarborgen, werden deze indicatiestellingsformulieren bij vier van de vijf zorgaanbieders door medewerkers geanonimiseerd en vervolgens op locatie door de NIZW-medewerkers ingezien. Bij de vijfde zorgaanbieder, Jarabee, is gewerkt met een contract waarin geheimhouding werd gewaarborgd.

Bij de verschillende zorgaanbieders hebben meerdere medewerkers (staf en secretariaat) veel inspanningen geleverd om dit onderzoek mogelijk te maken. Tijdens de dataverzameling werd duidelijk dat de bereidwilligheid van medewerkers om aan dit deelproject mee te werken, zowel bij de zorgaanbieders als bij de bureaus jeugdzorg groot is.

⁴ zie: Konijn, C. (2001). Structurele meting klanttevredenheid. Advies aan bureaus jeugdzorg Amsterdam en AMZW over cliëntraadpleging. Utrecht: Trimbos-instituut. Een publicatie over de afname van de thermometer bij bureaus jeugdzorg in de stadsregio Amsterdam is in voorbereiding.

⁵ Trimbos-instituut (2001). Cliëntwaardering in de GGZ. Handleiding bij de Thermometer voor de volwassenenzorg. Utrecht.

De indicatiestellingsformulieren waarop de medewerkers van bureaus jeugdzorg de indicatiestelling vastleggen, verschillen per regio en zelfs binnen regio's. Alle formulieren zijn opgemaakt aan de hand van een lijst korte kopjes waarin de medewerker van bureau jeugdzorg de betreffende informatie kan onderbrengen. De formulieren verschillen echter in opmaak en volledigheid.

In vrijwel alle formulieren wordt naar algemene informatie (naam- en adresgegevens) gevraagd, met uitzondering van de indicatiestellingsformulieren bij De Waarden. Op sommige formulieren ontbreekt de vraag naar gedetailleerde informatie over de opvoeders of belangrijke personen uit het (gezins)systeem (adresgegevens, land van herkomst, geboorte data, gegevens over vertrouwenspersonen).

Daarnaast wordt er niet in alle formulieren expliciet gevraagd naar een probleemanalyse en een omschrijving van de minimaal noodzakelijk zorg. Ook wordt nogal eens in het algemeen om de doelen van de hulpverlening gevraagd en wordt de medewerker niet expliciet uitgenodigd om samen met de cliënt zowel concrete doelen voor de korte termijn als voor de lange termijn te formuleren.

Tijdens de dataverzameling is het de onderzoekers duidelijk geworden dat in aanvulling op het indicatiestellingsformulier vaak andere documenten worden meegezonden (aanmeldingsformulieren en onderzoeksverslagen). Zo wordt bij De Waarden het indicatiebesluit vergezeld van aanmeldingsformulieren en uitgebreide verslagen van diagnostisch onderzoek en bij Cardea wordt het RED-verslag (registratie, evaluatie en diagnostiek) toegevoegd aan het indicatiestellingsformulier. Uit deze documenten zijn echter niet altijd een omschrijving van de hulpvraag, de probleemanalyse of concrete doelen af te leiden. Vaak is deze informatie min of meer 'verborgen'. Dat betekent dat een hulpverlener van de zorgaanbieder op zoek moet naar de betreffende informatie in de documenten en de cliënt het risico loopt dat bepaalde informatie bij herhaling aan hem of haar gevraagd wordt. Deze praktijk is onder meer ontstaan omdat een aantal bureaus jeugdzorg waaronder die in Nijmegen en Overijssel niet alle activiteiten ten behoeve van de indicatiestelling zelf uitvoeren. Veel van de benodigde informatie wordt verzameld door particuliere diagnostische onderzoekscentra of de diagnostici van de zorgaanbieders (waaronder ook de jeugd-GGZ). De indicatiebesluiten worden wel door de bureaus jeugdzorg opgesteld na bespreking en toetsing van de indicatiestelling, soms in brede multidisciplinaire setting.

Over de 227 indicatiestellingsformulieren hebben de onderzoekers een checklist ingevuld, waarna de gegevens met behulp van SPSS (statistisch pakket voor de sociale wetenschappen) zijn ingevoerd en geanalyseerd (zie bijlage 4).

Vragenlijst voor zorgaanbieders en cliënten

Ten behoeve van het oordeel van de zorgaanbieders over de kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg, zijn vragenlijsten onder de zorgcoördinatoren of casemanagers van de helft van de geselecteerde cliënten uitgezet (N=115). Hiervan werden 90 vragenlijsten retour ontvangen; de respons is 78%.

De cliënten van wie de indicatiestellingsformulieren zijn ingezien, zijn vervolgens nagenoeg allen om hun oordeel gevraagd. In drie van de vijf regio's zijn de cliënten per post benaderd om de schriftelijke vragenlijst in te vullen en te retourneren (N=139). Hierop reageerden 37 cliënten; de respons is 27%. In twee regio's werd de vragenlijst

telefonisch afgenomen bij de cliënten door de medewerkers van Stichting Alexander (LPJ-deelmonitor 5) (N=88). Op deze wijze zijn gegevens van 46 cliënten verkregen, een respons van 52%. In totaal zijn 227 cliënten benaderd en reageerde 37%. Dit is aan de lage kant, hoewel voor tevredenheidsonderzoek niet buitensporig laag. De verschillende responsen bewijst overigens (weer) dat een persoonlijke benadering (mondeling of telefonisch) meer reacties oplevert dan per post. In totaal is van 52 ouders en van 31 jongeren een oordeel ontvangen.

4 Resultaten

In totaal zijn er 227 indicatieformulieren geanalyseerd, over 90 is een oordeel van de zorgaanbieders verkregen en over 83 van cliënten. Over slechts 11 indicatiestellingen is zowel een checklist ingevuld, als een oordeel van de zorgaanbieder en van de cliënt verkregen (drie bronnen voor kwaliteitsbeoordeling). Dit aantal is te gering voor afzonderlijke analyses. Het aantal te matchen cases is zo gering omdat bij de analyse bleek dat over een deel van de cliënten die door Stichting Alexander zijn benaderd voor het onderzoek, geen checklist was ingevuld. De onderzoeksgroepen van de deelmonitoren overlappen dus onvoldoende voor een analyse per casus. We hebben de gegevens dus per bron geanalyseerd. We geven hierna eerst een beoordeling van de kwaliteit van de indicatiestelling op basis van de checklist met criteria, daarna de beoordeling van de cliënten en tot slot de mening van de zorgaanbieders.

4.1 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de checklist

In tabel 1 geven we een overzicht van de kwaliteit op de gemeten aspecten, per regio en voor het totaal aantal geanalyseerde indicatiestellingen. Per onderwerp geven we de gemiddelde kwaliteit aan: het percentage van de kwaliteitsaspecten die voldoen aan de gestelde criteria. Hierbij is gecorrigeerd voor het feit dat de onderwerpen uit een verschillend aantal aspecten bestaat. In de tabel is onder het onderwerp samengevat welke aspecten hierbij zijn onderscheiden (voor een volledig overzicht zie bijlage 1).

Er is veel te verbeteren

Over het algemeen kunnen we stellen dat er aan de kwaliteit van de indicatiestellingen nog veel te verbeteren valt om te kunnen gaan voldoen aan de eisen die straks gesteld zullen gaan worden. Gemiddeld genomen voldoen de geanalyseerde indicatiestellingen op dit moment aan 32% van de onderzochte kwaliteitscriteria. Hierbij dient men zich te realiseren dat de geanalyseerde indicatiestellingen bij de zorgaanbieders zijn geselecteerd en dus het zorgtoewijzingsorgaan, die over het algemeen de indicatiestellingen toetst⁶, al zijn gepasseerd. In dit onderzoek zijn dus de relatief beste indicatiestellingen geanalyseerd.

We geven na tabel 1 aan hoe de kwaliteitsbeoordeling per onderwerp is.

⁶ Booy, Y., N. Cohen de Lara-Kroon (2002). Zorgtoewijzingsorganen in kaart. Den Haag / Utrecht: LPJ / NIZW.

Tabel 1: Gemiddelde percentages aspecten van indicatiestellingen van voldoende kwaliteit per regio

kwaliteitsaspect	regio 1 n=46	regio 2 n=47	regio 3 n=50	regio 4 n=38	regio 5 n=46	Totaal n=227
1. informatieverzameling algemene gegevens cliëntsysteem	77	0	12	64	33	37
2. informatieverzameling inhoudelijke gegevens (aanmeldingsvraag, informatiebronnen zoals dossiers en beschikbare onderzoeken, situatiebeschrijving leefsituatie)	63	17	38	56	32	40
3. klacht- en probleemanalyse (perspectief van de klant) (probleem en gedrag beschreven volgens visie van de klant, reden dat cliënt zelf problemen niet kan oplossen, aangrijpingspunten voor hulp, onderscheid in betrokkenheid leden cliëntsysteem bij problematiek en oplossingen)	72	14	46	63	15	41
4. klacht- en probleemanalyse (beoordeling hulpverlener) (beschrijving aard, ernst en omvang problematiek, aangrijpingspunten voor probleemoplossing, mogelijkheden en beperkingen van cliëntsysteem om zelf problemen op te lossen)	60	14	20	55	23	34
5. diagnose (verband tussen informatie uit onderzoek en screening, samenhangend geheel van uitspraken over mogelijke oorzaken en voortbestaan van problemen, en over mogelijke bijdragen aan verlichting of oplossing problemen)	19	1	0	34	1	13
6. hulpvraag (aansluiting bij problemen, mogelijkheden beperkingen en wensen van cliënt; argumentatie voor geïndiceerde hulp)	50	21	12	69	39	37
7. doelen van hulp (doelen genoemd; doelen concreet, richtinggevend, in resultaat termen; onderbouwing keuze doelen; termijn waarop doelen gerealiseerd moeten worden)	41	25	40	36	18	32
8. meest wenselijke middelen (zorgfuncties, zorglocaties, zorgdomeinen, duur, termijn start; instemming cliënt en evt. specifieke wensen; onderbouwing keuze middelen)	69	33	56	60	38	51
9. minimaal noodzakelijke middelen (zorgfuncties, zorglocaties, zorgdomeinen, duur, termijn start; instemming cliënt en evt. specifieke wensen; onderbouwing keuze middelen)	10	12	17	26	1	15
10. bandbreedte (aangegeven variatie van middelen in functie, locatie, duur, zorgdomeinen, termijn, doelen)	1	1	12	21	1	11
ondertekening door cliënt	73	13	0	61	16	30
Totaal oordeel	49	16	30	48	23	32

Meest wenselijke zorg

De hoogste kwaliteit zien we bij de beschrijving van de meest wenselijke zorg (cluster 8): in ruim 90% van de indicatiestellingen is aangegeven wat de meest wenselijke hulp voor de cliënt zou zijn. Van de meest wenselijke middelen zijn over het algemeen de zorgfunctie en de gewenste zorglocatie aangegeven. Bij driekwart is de termijn waarop de activiteiten dienen plaats te vinden, aangegeven. In ruim de helft is daarnaast de zorgdomeinen en de gewenste duur aangegeven. De gemiddelde kwaliteit van alle aspecten op dit onderwerp is lager (51%) omdat lang niet altijd is aangegeven of de cliënt heeft ingestemd met deze keuze en een onderbouwing van de keuze nagenoeg ontbreekt.

Klacht- en situatieanalyse (beoordeling van de hulpverlener)

De klacht- en probleemanalyse en ook de inhoudelijke gegevensverzameling door de hulpverlener (cluster 2 en 4) voldoet ongeveer aan 40% van de gestelde eisen. In ruim 70% van de onderzochte indicatiestellingen is de hulpverleningsgeschiedenis en het probleemgedrag of de aard van het probleem van de aangemelde jeugdige (beknopt) zoals de hulpverlener deze beoordeeld. In 60% van de gevallen is daarnaast de situatie thuis beschreven. Maar hoe verder af van het primaire leefmilieu van de jeugdige - de situatie op school, in de vrije tijd, vriendenkring en de sociaal maatschappelijke omstandigheden waarin de jeugdige opgroeit - hoe minder informatie daarover wordt gegeven. Het ontbreken van deze informatie, maar ook die van de aangrijpingspunten voor probleemoplossing en de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om het probleem zelf op te lossen, maakt dat de gemiddelde kwaliteit toch lager uitkomt.

Verhaal van de klant

Het verhaal van de cliënt (cluster 3) voldoet voor 41% aan de gestelde eisen: zijn of haar visie op het probleemgedrag wordt vaak gegeven, maar een beschrijving van de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt om zelf een bijdrage aan oplossingen te geven is veel minder vaak aanwezig.

Diagnose

De probleemanalyse of diagnose (cluster 5) laat nogal te wensen over: er wordt weliswaar een beschrijving van de problemen gegeven (cluster 3), maar er wordt geen beredeneerd verband tussen de verschillende bevindingen uit de screening of de diagnostiek aangetroffen. Ook een samenhang tussen de problemen, mogelijk oorzaken en factoren die de problemen in standhouden wordt zelden gegeven.

Onderbouwing geïndiceerde hulp

Nog lang niet in alle regio's is het gebruikelijk te beargumenteren waarom bij een jeugdige geïndiceerde hulp nodig is (cluster 6). Een gemiddelde indicatiestelling voldoet slechts aan 37% van de onderzochte aspecten. Van de kinderen die uit huis geplaatst dienen te worden wordt bij de helft van hen aangegeven waarom zij niet meer thuis kunnen wonen en bij een kwart waarom zij niet in een pleeggezin kunnen worden geplaatst (in het kader van het zo-zo-zo-zo-beleid).

Doelen stellen

In 82% van de indicatiestellingen is een doel aangegeven (cluster 7). Bij het merendeel hiervan geeft men tevens aan welk doel voor ouders en welke voor de jeugdige van toepassing is. Bij nadere analyse van de aangegeven doelen is slechts 29% concreet genoeg om richtinggevend te kunnen zijn voor de zorgaanbieder bij de uitvoering van de zorg. Hiervoor dienen de doelen te zijn geformuleerd in beoogde resultaten of effecten en onderbouwd met argumenten. Waarom is voor deze jeugdige het bereiken van dit doel een (mogelijke) oplossing voor de geconstateerde problemen? Deze argumentatie is nagenoeg geheel afwezig. De doelen zijn over het algemeen abstract geformuleerd of worden verward met middelen: het doel is dan het middel, de hulp, te realiseren. Samengevat voldoet de indicatiestelling dan uiteindelijk maar aan 32% van de bij dit onderwerp genoemde criteria.

Minimaal noodzakelijke zorg en bandbreedte zorg

In slechts 40% van de indicaties is de minimaal noodzakelijke zorg (cluster 9) geformuleerd. De bandbreedte (op welke aspecten varieert de wenselijke en minimale zorg, cluster 10)) voldoet slechts aan 11% aan de gestelde criteria.

Instemming van de cliënt

Bij 30% van de indicatiestellingen blijkt uit ondertekening dat de cliënt instemt met de gestelde indicatie. Bij de onderbouwing van de indicatie wordt niet inhoudelijk aangegeven wat de cliënt hiervan vindt. Ondertekening geeft in ieder geval aan dat de cliënt de indicatie heeft gelezen en dat hij of zij het eens is met de uiteindelijke conclusie.

Snelheid indicatiebesluit

In 190 van de 227 indicatiestellingen (84%) is op grond van de vermelde informatie niet na te gaan of het indicatiebesluit binnen 30 dagen vanaf de start van de diagnostiek tot stand gekomen is. Meestal is onduidelijk wanneer de diagnostiek startte; deze datum zal dus voortaan moeten worden genoteerd als men wil constateren of aan de in het ingediende wetsvoorstel vereiste wordt voldaan.

Leeftijd en sekse

De indicaties betreffen jeugdigen van diverse leeftijden, variërend van enkele maanden tot 19 jaar. De gemiddelde leeftijd is 9,9 jaar met een standaardafwijking van 4,7. De spreiding van de leeftijden is dus erg groot. Van 13 indicaties (18%) was het indicatieformulier zodanig geanonimiseerd dat de sekse niet genoteerd kon worden. De overige 214 indicaties betroffen 72% jongens en 28% meisjes. Uit registratiegegevens van de jeugdhulpverlening⁷ blijkt dat een dergelijke verdeling van de sekse voorkomt bij cliënten van de dagbehandeling. We hebben de gestelde indicaties niet geanalyseerd, maar wellicht geeft dit gegeven een aanwijzing naar relatieve oververtegenwoordiging van indicaties voor dagbehandeling.

⁷ Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (SRJV) (2002). Trendrapport 1995-2001. Utrecht. Percentage jongens in de diverse vormen van geïndiceerde zorg in 2001: geïndiceerd ambulante: 62%, dagbehandeling: 71%, pleegzorg: 51%, residentieel: 51% (SRJV, 2002; 36).

De kwaliteit van de indicatiestellingen hangt niet samen met de leeftijd van de cliënten maar wel met de sekse. Hoewel veel minder aanwezig in het onderzoeksbestand, is de kwaliteit van de indicatiestellingen voor meisjes relatief beter. Waarom dit zo is, weten we niet.

Verschillen tussen de regio's

Op basis van de gemiddelde percentages waarin wordt voldaan aan de gestelde kwaliteitscriteria per onderwerp zijn er opvallend grote verschillen aangetroffen tussen de regio's. We hebben onderzocht of deze verschillen op toeval berusten of betekenisvol zijn (zie bijlage 4). De vijf regio's zijn in het rapport genummerd; elk nummer verwijst telkens naar dezelfde regio. Overigens krijgen de regio's hun eigen resultaten, afgezet tegen die van de anderen, teruggekoppeld.

Het minieme verschil tussen de totaalscore van regio 1 en 4 is aan toevallige omstandigheden toe te schrijven. De overige verschillen tussen de regio's zijn significant. De regio's 1 en 4 zijn ook de regio's waar met de checklist de beste kwaliteit wordt gemeten. Overigens houdt dit in dat nog maar aan ongeveer de helft (respectievelijk 49% en 48%) van de kwaliteitscriteria wordt voldaan. Regio 3 scoort ongeveer zoals het totaal: de indicatiestelling in deze regio is van gemiddelde kwaliteit. Regio 2 en 5 scoren relatief het laagst.

Regio 2 betreft een bureau jeugdzorg waar de informatieverzameling ten behoeve van de indicatiestelling in de praktijk vaak door anderen wordt gedaan en de indicatieformulieren heel summier zijn. De relatief lage score is grotendeels hieraan te wijten. Bij de analyse op locatie zijn de onderzoekers bij een beperkt aantal (5 van de 43) indicatiestellingen nagegaan in hoeverre de kwaliteit omhoog zou gaan als alle informatie uit onderliggende dossiers meegenomen zou worden in de meting. Dit betroffen in alle gevallen uitgebreide verslagen van diagnostische onderzoeken. Deze vijf cases scoren inderdaad gemiddeld hoger. Zij voldoen aan 34% van de kwaliteitscriteria terwijl dan de andere aan 16% voldeden. Nadere beschouwing van de verschillen laat zien dat de informatieverzameling (cluster 1 en 2), de klacht- en probleemanalyse (cluster 3 en 4) en de diagnose (cluster 5) aanzienlijk beter scoren als de aanvullende dossiers worden betrokken. De hulpvraag van de cliënt, de doelstellingen voor de zorg, de feitelijke indicatiestelling (meest wenselijke en minimaal noodzakelijke hulp) en de instemming van de cliënt blijven echter nog steeds onder het gemiddelde niveau.

Voldoende kwaliteit

Als we stellen dat een onderwerp minimaal aan de helft van de kwaliteitscriteria dient te voldoen, dan zien we het volgende. De indicatiestellingen van de regio's 1 en 4 hebben voldoende kwaliteit op de volgende aspecten: feitelijke informatie (cluster 1 en 2), de klacht- en probleemanalyse (cluster 3 en 4), onderbouwing van de hulpvraag en de noodzaak van geïndiceerde zorg (cluster 6), de omschrijving van de meest wenselijke zorg (cluster 8) en de instemming van de cliënt. Deze indicatiestellingen komen kwaliteit te kort op de diagnosestelling, bepalen van concrete doelen voor de zorg en het aangeven van de bandbreedte van de zorg (naast de meest wenselijke zorg ook wat minimaal noodzakelijk is).

De indicatiestellingen in de andere regio's zijn op alle aspecten onder deze maat.

Onvoldoende kwaliteit

De clusters die op dit moment in alle regio's kwalitatief gebrekkig zijn, betreffen de diagnose, de bandbreedte (verschil meest wenselijke en minimaal noodzakelijke hulp) en het doelen stellen. Het gaat hierbij om het relateren van de probleemomschrijving en de informatie uit het diagnostisch onderzoek, het relateren van de probleemanalyse aan de mogelijke oplossingen (zorg), afwegingen maken binnen die oplossingen (wat is ideaal, wat is echt nodig) en relateren van algemene oplossingen (zorg) aan de probleemanalyse (wat is bij deze cliënt precies nodig: concrete doelen stellen). Dit betreft allemaal gecompliceerde denkprocessen en afwegingen. Informatieverzameling, klacht- en situatiebeschrijving en beschrijving van de meest wenselijke zorg (aspecten die vaker van voldoende kwaliteit zijn) zijn relatief eenvoudig te beschrijven. Wellicht vinden we hier een aanwijzing dat de medewerkers van bureau jeugdzorg bepaalde deskundigheid tekortkomen of dat er te lage opleidingseisen aan de medewerkers worden gesteld. In het aanvullende organisatieonderzoek - waarover we separaat rapporteren - bekijken we de opleiding van de indicatiestellers en ook de visie hierop van de managers van bureau jeugdzorg. We komen hierop dus nog terug.

4.2 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de cliënten

Over het algemeen is zo'n 70% van de cliënten tevreden over de steun die zij van BJZ hebben gekregen (zie tabel 2). Voor de contacten met de medewerkers van bureau jeugdzorg geven de jeugdigen en ouders een gemiddelde totaalscore van 3 op een schaal van 1 (ruim onvoldoende) tot 4 (ruim voldoende). De cliënten oordelen dus tamelijk gunstig over de bureaus jeugdzorg. Ouders en jongeren zijn het hierover onderling ook eens; er zijn geen betekenisvolle verschillen gevonden.

Over het resultaat van het indicatiestelling is men het meest tevreden (het was een goed besluit voor de jeugdige of het gezin). Voor de gepastheid van de indicatie geven zij een gemiddeld een rapportcijfer van 7,6. De indicatiestelling is door 60% van de cliënten gelezen en van hen vond een grote meerderheid deze ook helder en duidelijk geschreven. Dit percentage is twee keer zo hoog als het percentage cliënten dat volgens de checklist de indicatie heeft ondertekend (dat was 30%). Op basis hiervan zouden we kunnen aannemen dat cliënten die nauw betrokken worden bij de besluitvorming relatief vaak een vragenlijst hebben ingevuld.

Daarnaast is men tevens relatief tevreden over de mate waarin het probleem is onderzocht en de wijze waarop de jeugdige en zijn ouders werden bejegend door de medewerker(s) van bureau jeugdzorg: ze luisterden voldoende en waren voldoende deskundigheid. Over de informatieverstrekking, inspraak in de keuze van de hulp en begrip van de situatie zijn de cliënten relatief het minst tevreden.

Tabel 2: Oordeel cliënten over kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg (n=83)

aspect	% tevreden*	gemiddelde score **
probleem voldoende onderzocht	84	3,0
medewerker BJZ voldoende geluisterd naar ouders	79	3,1
medewerker BJZ voldoende geluisterd naar jeugdige	74	3,0
deskundigheid medewerker BJZ	81	3,0
begrijpt cliënt door contact met BJZ wat er aan de hand was	66	2,8
informatie over wijze waarop problemen het beste konden worden aangepakt	68	2,8
informatie over hulpmogelijkheden	64	2,7
informatie over wat van BJZ te verwachten	77	2,9
meebeslissen over keuze hulp	74	2,8
indicatiestelling helder en duidelijk (59% heeft indicatiestelling gelezen)	87	3,2
indicatiebesluit goed voor cliënt	87	3,4
steun medewerker BJZ	70	
totaalscore ***		3,0
rapportcijfer over juistheid aanpak problemen		7,6

- * percentage respondenten dat antwoordde dat zij de kwaliteit van het aspect(ruim) voldoende vond.
 ** scores varieerden van 1 (ruim onvoldoende) tot 4 (ruim voldoende): hoe hoger de gemiddelde score hoe beter de kwaliteit werd beoordeeld
 ***correlatiecoëfficiënt tussen de totaalscore en het rapportcijfer is .63

Uit de opmerkingen die de cliënten bij de vragenlijst schreven, vinden we enerzijds een bevestiging van de algemene tevredenheid met bureau jeugdzorg en anderzijds blijk van ook negatieve ervaringen met het bureau. Soms is bureau jeugdzorg zelfs niet of nauwelijks in beeld is geweest; voor de indicatiestelling hebben zij feitelijk met andere instellingen te maken gehad. Zoals een jongetje dat vanuit het ziekenhuis direct naar de jeugdhulpverleningsinstelling is gegaan; van het bureau jeugdzorg dat de indicatie wel heeft getoetst en bevestigd hebben de ouders niets gemerkt.

De ouders vinden het positief dat ze serieus worden genomen en in de gelegenheid worden gesteld hun verhaal te doen. Enkele jongeren merken op dat zij eraan twijfelen of ze serieus genomen worden. Hen werd überhaupt geen vraag gesteld. Een paar ouders bevestigen dit. Het bureau jeugdzorg heeft geen contact hebben gehad met hun kind; men is op schriftelijke informatie afgegaan.

Over de informatieverstrekking, inspraak in de keuze van de hulp en begrip van de situatie zijn de cliënten relatief het minst tevreden. Ouders geven bij de opmerkingen aan dat hen veel verteld is, maar dat de informatie soms beperkt was of in een te laat

stadium werd gegeven. Ook de inspraak liet te wensen over; soms werd slechts één mogelijkheid voor hulp aangereikt en werden cliënten in het geheel niet bij de keuze betrokken.

Over het indicatiebesluit is men zoals gesteld over het algemeen tevreden. Een aantal cliënten geeft aan dat de situatie ook daadwerkelijk is verbeterd door steun van bureau jeugdzorg. Anderen zijn hierover juist minder positief; zij vinden bureau jeugdzorg een traag doorgeefluik, slecht bereikbaar en een nodeloos tijdverlies.

Verschillen tussen de regio's

Er zijn geen betekenisvolle verschillen tussen regio's in het gemiddelde oordeel en rapportcijfer van de cliënten voor de indicatiestelling van bureau jeugdzorg (tabel 3). De verschillen tussen de regio's die op basis van de checklist naar voren kwamen, worden dus niet weerspiegeld in een verschil in cliëntenoordelen. Ook uit correlatieanalyse blijkt geen significante samenhang tussen het cliëntenoordeel (zowel de totaalscore als het rapportcijfer) en de totaalscore van de checklist.

Tabel 3: **Gemiddeld rapportcijfer en totaalscore cliënten voor indicatiestelling bureau jeugdzorg per regio**

onderzochte regio's	N	rapportcijfer	totaaloordeel*
regio 1	11	7,8	3,1
regio 2	17	7,8	2,9
regio 3	22	7,4	3,1
regio 4	24	7,5	2,9
regio 5	9	7,7	2,8
Totaal	83	7,6	3,0

* De scores varieerden van 1 (ruim onvoldoende) tot 4 (ruim voldoende): hoe hoger de totaalscore hoe beter de kwaliteit werd beoordeeld

4.3 Kwaliteit van de indicatiestelling volgens de zorgaanbieders

De algemene tevredenheid van de zorgaanbieders over de indicatiestelling is lager dan die van de cliënten: het rapportcijfer ligt twee punten lager en de gemiddelde scores liggen ook lager (tabel 4). Toch is zo'n 84% van de ondervraagde zorgaanbieders wel tevreden over de uitkomst van indicatiestelling: de meest wenselijke zorg komt overeen met het huidige zorgaanbod en was op dat moment ook de juiste keuze. De toelichting die de zorgaanbieders bij de vragenlijsten geven (zie bijlage 6) onderbouwt deze algemene bevinding. In de gevallen waarbij de indicatiestelling niet de juiste is naar de mening van de zorgaanbieders, wordt aangegeven dat dit te maken heeft met de motivatie van de cliënt, het draagvlak bij het cliëntensysteem of gebrekkig onderzoek. Deze aspecten hebben bij de indicatiestelling onvoldoende aandacht heeft gekregen.

Tabel 4: **Oordeel zorgaanbieders over kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg (n=90)**

aspect	% tevreden*	gemiddelde score**
omschrijving problemen en oorzaken van problemen	59	2,6
problematiek voldoende onderzocht voor indicatiestelling	75	2,8
hulpvraag helder en concreet geformuleerd	35	2,1
doelen geïndiceerde hulp concreet geformuleerd	60	2,6
indicatiestelling sluit aan bij hulpvraag cliënt	68	2,6
indicatiestelling sluit aan bij situatie of probleemanalyse	71	2,7
indicatiestelling op dat moment de juiste	83	
meest wenselijke zorg dezelfde als huidig zorgaanbod	85	
totaal oordeel***		2,5
rapportcijfer over de kwaliteit van de indicatie		5,7

* percentage respondenten dat antwoordde dat zij de kwaliteit van het aspect(ruim) voldoende vond.

** scores varieerden van 1 (ruim onvoldoende) tot 4 (ruim voldoende): hoe hoger de gemiddelde score hoe beter de kwaliteit werd beoordeeld

***samenhang tussen het totaal oordeel en het rapportcijfer is .80

Over de kwaliteit van de onderbouwing van het indicatiebesluit zijn de zorgaanbieders echter beduidend minder tevreden.

Ten eerste zijn de zorgaanbieders kritisch over de duidelijkheid van de omschrijving van de problemen van de cliënt en de mogelijke oorzaken daarvan. Er wordt expliciet aangegeven dat op het indicatiestellingsformulier de volgende aspecten meer aandacht verdienen:

- de informatie over de cliënt, zijn of haar gezinssysteem en context;
- onderzoek naar de problematiek;
- de probleemomschrijving;
- de beschrijving van mogelijke oorzaken van de problematiek.

Een aantal hulpverleners geeft aan dat de noodzakelijke informatie om een goed beeld te krijgen van de cliënt en zijn of haar situatie niet in de indicatiestelling te vinden is maar in aanvullende documenten. Dit zagen we al eerder bij de analyse van de resultaten in regio 2.

Ten tweede zijn de doelen van de geïndiceerde zorg naar de mening van de zorgaanbieders niet adequaat geformuleerd. In sommige gevallen zijn er zelfs geen doelen gesteld. In andere gevallen zijn de doelen niet concreet genoeg of onduidelijk. Daarnaast wordt aangegeven dat doelen soms verward worden met middelen. Er wordt in die gevallen alleen beschreven welke middelen door de zorgaanbieder ingezet zouden moeten worden, niet ten behoeve van welk doel.

Ten derde is de hulpvraag van de cliënt onvoldoende helder en concreet beschreven in de indicatiestelling, aldus de zorgaanbieders. Uit de toelichting op de vragenlijsten

blijkt zelfs dat de hulpvraag in veel gevallen niet geformuleerd wordt. Het is in sommige gevallen ook onduidelijk wie welke hulpvraag heeft: de cliënt, ouders, andere personen uit het cliëntsysteem. Soms is de hulpvraag op het indicatiestellingsformulier wel duidelijk geformuleerd maar vanuit de visie van de hulpverlener in plaats van die van de cliënt.

De scores op de vragenlijst en de opmerkingen van de zorgaanbieders bevestigen de conclusies op basis van de resultaten van de checklist. Met correlatieanalyse zien we ook een significante samenhang tussen het totaaloordeel van de zorgaanbieders en die op basis van de checklist ($r^2=.31$). De hoogte van het totaaloordeel van de zorgaanbieders hangt samen met de kwaliteit van de feitelijke gegevensverzameling ($r^2=.34$), de doelstelling ($r^2=.26$) en de omschrijving van de meest wenselijke zorg ($r^2=.26$) uit de checklist. Naar de mening van de zorgaanbieders zijn dit cruciale kwaliteitscriteria voor de indicatiestelling.

Verschillen tussen de regio's

De verschillen tussen de rapportcijfers van de zorgaanbieders in de regio's zijn niet significant. Alleen het verschil tussen de totaaloordeelen over regio 1 en 4 is betekenisvol. Dit is opvallend omdat beide regio's relatief goede kwaliteit van de indicatiestelling lieten zien op basis van de checklist. De zorgaanbieders zijn over de kwaliteit van de indicatiestelling in regio 4 dus minder tevreden dan de onderzoekers op basis van de checklist.

Tabel 5: **Gemiddeld rapportcijfer en totaalscore van zorgaanbieders voor indicatiestelling door bureau jeugdzorg per regio**

onderzochte regio's	N	rapportcijfer	totaaloordeel*
regio 1	17	6,2	2,8
regio 2	18	6,1	2,4
regio 3	22	5,7	2,6
regio 4	10	4,7	2,2
regio 5	23	5,4	2,5
Totaal	90	5,7	2,5

* De scores varieerden van 1 (ruim onvoldoende) tot 4 (ruim voldoende): hoe hoger de totaalscore hoe beter de kwaliteit werd beoordeeld

4.4 Samenhang oordelen en regionale verschillen

In tabel 6 worden de beoordelingen op basis van de checklist en de meningen van zorgaanbieders en cliënten per regio samengevat.

Tabel 6: Oordelen op basis van checklist en mening van zorgaanbieders en cliënten per regio

regio's	checklist		oordeel cliënten		oordeel zorgaanbieders	
	% criteria voldaan	globaal oordeel	gem. totaalscore	globaal oordeel	gem. totaalscore	globaal oordeel
regio 1	49	+	3,1	+	2,8	+
regio 2	16	-	2,9	+	2,4	±
regio 3	30	±	3,1	+	2,6	±
regio 4	48	+	2,9	+	2,2	-
regio 5	23	-	2,8	+	2,5	±
Totaal	32		3,0		2,5	

4.5 Conclusie

De resultaten van de kwaliteitsbeoordeling kunnen we als volgt samenvatten. Volgens het merendeel van de zorgaanbieders en de cliënten wordt door bureau jeugdzorg de juiste zorg geïndiceerd, maar de explicitering en onderbouwing van die indicatiestelling laat sterk te wensen over. Op basis van een kwaliteitsbeoordeling met de voor dit onderzoek opgestelde checklist kunnen we constateren dat het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en de meest wenselijke hulp meestal zijn aangegeven. Het ontbreekt de indicatiestelling echter vaak aan de visie van de cliënt op de problematiek en een beargumenteerde relatie tussen het beschreven probleem gedrag, mogelijke oorzaken en oplossingen. Daardoor blijft het in de meeste gevallen onduidelijk waarom bepaalde zorg nodig is. Dit komt vervolgens ook tot uiting in het relatief vaak ontbreken van concrete richtinggevende doelstellingen voor de hulp. Tot slot is een afweging van minimaal noodzakelijke en meest wenselijke hulp, gecombineerd met eventuele specifieke wensen van de cliënt slechts in een minderheid van de indicaties aanwezig.

De onderbouwing van de indicatiestelling en de formulering van de hulpvraag oogsten ook kritiek van de zorgaanbieders. De aspecten waar meer aandacht naar uit zou moeten gaan om de indicatiestelling van beter kwaliteit te laten zijn, zijn de omschrijving van de hulpvraag, de probleemanalyse en concrete doelen. De inspraak van de cliënt laat nog teveel te wensen over naar de mening van de zorgaanbieders. Het totaaloordeel van de zorgaanbieders hangt samen met de beoordeling op basis van de checklist.

De cliënten zijn over de uitkomst van de indicatiestelling het meest tevreden. Ouders en jongeren zijn het hierover ook eens. Het minst tevreden is men over de informatieverstrekking (te beperkt en soms te laat), inspraak in de keuze van de hulp (onvoldoende keuzemogelijkheid) en begrip van de situatie (als resultaat van deze eerste

fase in de hulpverlening). Het algemene oordeel van de cliënten hangt niet samen met die van de zorgaanbieders en ook niet met de beoordeling op basis van de checklist. Het communiceren over de indicatiestelling met cliënten en het vastleggen, omschrijven en beargumenteren ervan in formulieren zijn kennelijk twee van elkaar losstaande praktijken.

De conclusies uit dit onderzoek komen overeen met die destijds uit de stadsregio Amsterdam. De onderzoekers constateerden toen dat er meer aandacht werd besteed aan de probleemanalyse dan aan de indicatiestelling. Bij de probleemanalyse kwam de interpretatie van de problemen door de cliënt wel onvoldoende naar voren. Bij de indicatiestelling ontbrak meestal de motivatie voor het gekozen zorgarrangement en ook het onderscheid tussen de meest wenselijke en de minimaal noodzakelijk hulp. Het stellen van concrete doelen bleek ook in de agglomeratie Amsterdam lastig. De wensen van de cliënt ten aanzien van het zorgaanbod kwamen tot slot vaak onvoldoende naar voren.

Dat de conclusies van de LPJ-monitor en het Amsterdamse onderzoek overeenkomen verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten: het maakt het meer aannemelijk dat de conclusies representatief zijn voor de bureaus jeugdzorg in het land.

5 Discussie en aanbevelingen

Bij de uitvoering van het onderzoek en de bevindingen plaatsen we een aantal kanttekeningen.

Explicitering van de indicatiestelling van belang voor transparantie van de zorg

De kwaliteit van de indicatiestelling door bureau jeugdzorg is onderzocht via analyse van de indicatieformulieren, het oordeel van de zorgaanbieders en het oordeel van de cliënt. De laatste oordelen zijn - in vergelijking met het onderzoek in de stadsregio - een belangrijke aanvulling en relativering van de uitkomsten. Uiteindelijk vinden veel jeugdigen en ouders, en zorgaanbieders dat ondanks de gemiddeld gebrekkige kwaliteit van de indicatiestelling wel dat de juiste zorg is geïndiceerd. Men kan dus stellen dat de praktijk van de indicatiestelling - volgens de zorgaanbieders en cliënten - wel leidt tot de juiste zorg maar gebrekkig wordt geëxpliciteerd en beargumenteerd.

Is dat zo erg?, vraagt men zich wellicht af. Je kan immers stellen dat als alle betrokkenen bij de indicatiestelling (het bureau jeugdzorg, de cliënt en de zorgaanbieder) tamelijk tevreden zijn over het resultaat, wat maakt de kwaliteit van de procedure en hoe het is opgeschreven dan nog uit.

Volgens ons is dat echter wel degelijk van belang. Ten eerste is het zorgproces bij een gebrekkige vastlegging weinig transparant en weinig richtinggevend voor de cliënt en voor zorgaanbieders voor het plannen van vervolghulp. Cliënten hebben recht op een helder opgeschreven probleemanalyse en indicatiestelling zodat communicatie hierover mogelijk is; als er 'recht op zorg' bestaat (nieuwe wet op de jeugdzorg) moet wel helder zijn waarop precies recht is. Ten tweede loopt men het gevaar dat de zorgaanbieder (een deel van) de informatieverzameling die bureau jeugdzorg reeds deed, over gaat doen. Dat is niet alleen niet efficiënt, maar ook heel vervelend voor de cliënt. Dit was toch een van de meest belangrijke aanleidingen voor de stelselherziening in de jeugdzorg. Ten derde heeft de medewerker van bureau jeugdzorg met deze gebrekkige onderbouwing

van de indicatiestelling op het moment van herindicatie te weinig informatie (onder meer over verwachte resultaten) om te kunnen nagaan of voortzetting, stopzetting of herziening van de indicatie nodig is. Tot slot heeft de jeugdzorgsector voor een groot deel deze kwaliteitscriteria zelf opgesteld (met name de basiscriteria voor de jeugdzorg en KWIS) en kan men dus stellen dat zij op dit moment niet aan haar eigen professionele normen voldoet.

Tevredenheid zegt niet alles over het resultaat

De tweede kanttekening betreft de bevinding dat zowel zorgaanbieders als cliënten zich positief uitlaten over de gestelde indicaties door bureaus jeugdzorg. Op een studiedag voor medewerkers van bureaus jeugdzorg over de resultaten van dit onderzoek werd dit resultaat met veel scepsis ontvangen: de beleving van de meeste aanwezigen was kennelijk niet zo positief als de resultaten van onderzoek deden vermoeden. Voor deze tegenstelling zijn de volgende verklaringen mogelijk.

Tevredenheid van cliënten en collega's is een belangrijke factor als het gaat om het resultaat van zorg, maar niet de enige. Een adequate beoordeling van het resultaat van de indicatiestelling moet meer behelzen: een beoordeling van een afname van problemen, een verbetering in de kwaliteit van leven of minstens het realiseren van de gestelde doelen. Voor een dergelijke grondige beoordeling van de indicatiestelling was binnen het korte bestek van dit onderzoek geen ruimte; overigens zijn op dit moment voor het meten van de realisatie van doelen in de jeugdzorg de omschrijvingen hiervan in de meeste gevallen ontoereikend. De gemeten tevredenheid is positief maar op basis hiervan kan men nog niet stellen dat de gestelde indicaties de beste waren.

Nog belangrijker is dat de tevredenheid met de indicatiestelling is nagegaan bij cliënten die reeds bij een jeugdzorginstelling hulp kregen. Cliënten die tussen wal en schip zijn beland, uiteindelijk geen zorg hebben gekregen of zelf zijn afgehaakt, zijn niet bij het onderzoek betrokken. De positieve beoordeling betreft dus slechts de cliënten met de meest gunstige ervaringen in de jeugdzorg.

Tot slot kan men vraagtekens plaatsen bij de tevredenheid van de zorgaanbieders over de juistheid van de gestelde indicatie: als je als hulpverlener wordt gevraagd of een jeugdige bij jou aan het goede adres is, zal er wel een grondige *mismatch* moeten zijn, wil je 'nee' zeggen. Hulpverleners zijn nu eenmaal geneigd bij elke cliënt een hulpverlenende taak voor zichzelf te zien⁸.

Aanbeveling 1: meer eenheid in de indicatieformulieren

De kwaliteit van de indicatiestellingen is onderzocht door de indicatieformulieren te analyseren. Hierbij komt afhankelijk van de kwaliteit van het formulier sommige informatie wel en andere niet aanbod. Immers, als bepaalde informatie niet wordt gevraagd, terwijl het volgens de beleidsdocumenten wel belangrijk is voor de indicatiestelling, zal dit als negatief uit de analyse naar voren komen. Dit hoeft nog niet te betekenen dat die informatie door de hulpverlener niet is verzameld of niet is betrokken bij de bepaling van de geïndiceerde zorg. Een gebrekkige explicitering van de indicatiestelling heeft echter de hierboven beschreven nadelen. Op grond van de bevindingen stellen we dus in ieder geval voor dat de indicatieformulieren van alle regio's nader bekeken worden en dat er voorstellen worden gedaan over een minimale

⁸ L. Neijmeijer (1994). Vijf blikken psychosociaal. Doktoraalscriptie Algemene Sociale Wetenschappen, Universiteit Utrecht.

en uniforme opbouw. Dit zou kunnen worden uitgewerkt in het ondersteuningsprogramma voor onder meer de verdere ontwikkeling van de bureaus jeugdzorg waarover NIZW en Collegio met de MOGroep, in opdracht van het ministerie van VWS, voor 2003 afspraken hebben gemaakt.

Aanbeveling 2: Eenheid van taal en visie

Op de studiedag in november 2002 waar de resultaten van dit onderzoek zijn besproken met medewerkers van diverse bureaus jeugdzorg, werd een ding heel duidelijk: de diversiteit in gehanteerde begrippen en terminologie. Soms moest er in workshops veel tijd besteed worden aan verheldering van waar de discussie nu precies over ging. Wat in de ene regio screening wordt genoemd, heet in een andere intake of basisdiagnostiek; in de ene regio betreft het indicatiestellingsproces alle activiteiten vanaf de aanmelding bij bureau jeugdzorg, in een andere alleen de bespreking in een indicatiecommissie; in de ene regio is het kernoverleg binnen het bureau het screeningsoverleg (dat ook de indicatiestelling bespreekt) en in een andere zijn er diverse overleggen maar vormt de kern de zorgtoewijzingscommissie waar indicatiebesluiten worden gefiatteerd. Kortom, er zijn grote regionale verschillen in gebruikte terminologie en er is veel behoefte aan stroomlijning hiervan: behoefte aan meer eenheid van taal. Het ondersteuningsprogramma van NIZW, Collegio en de MOgroep dat in 2003 start zal aan deze behoefte tegemoet dienen te komen. De behoefte aan meer uniforme indicatieformulieren - zoals hierboven genoemd - zal in dit kader moeten worden geplaatst.

Wil men het eens worden over de gebruikte termen dan zal men ook eensgezind dienen te zijn over de reikwijdte en de inhoud van de begrippen; dat wil zeggen: men dient één visie op indicatiestelling te hebben. Op de eerder genoemde studiedag bleken sommige bureaus het werkproces te organiseren vanuit de opvatting dat indicatiestelling vooral het zo goed en snel mogelijk begeleiden van cliënten naar de juiste zorgaanbieder is (globale indicatiestelling), terwijl andere veel meer tijd besteden aan het onderzoeken van de problematiek en een tamelijk gedetailleerde indicatiestelling. Deze verschillen tonen aan dat er nog geen eenduidige visie is op welk resultaat de indicatiestelling precies dient op te leveren. Belangrijk onderdeel van een discussie die leidt tot meer eenheid van taal, is een visiedebat over de indicatiestelling of wellicht nog beter: op de taak en functie van de bureaus jeugdzorg. Bij deze discussie dienen alle samenwerkingspartners en beleidsmakers betrokken te worden.

Aanbeveling 3: Verbetering opleiding van medewerkers

De kwaliteitsbeoordeling van de indicatiestelling door bureaus jeugdzorg geeft aan dat de meeste medewerkers er niet in slagen concrete en meetbare doelen te formuleren ten aanzien van de hulpverlening van jeugdigen en hun ouders. Dit dient echt verbeterd te worden want een concrete doelstelling kan gezien worden als de kern van de indicatiestelling: deze wordt beargumenteerd vanuit de probleemanalyse en geeft richting aan de geïndiceerde zorg. Bovendien behoort de doelstelling tot de kerninstrumenten van de medewerkers van bureau jeugdzorg bij de herindicatie. Dat juist dit onderdeel lastig blijkt en kwalitatief onder de maat, is een belangrijke constatering waaraan iets moet worden gedaan. Hetzelfde geldt eigenlijk voor het onvoldoende aanwezig zijn van het perspectief van de cliënt in de indicatiestelling. Niet alleen in de analyse met de checklist kwam dit naar voren maar ook in de beoordeling

van de cliënten (te weinig informatie, geen keuzemogelijkheden bij indicatiestelling). De kwaliteit van de dialoog met de cliënt - die door alle actoren in de jeugdzorg (medewerkers, managers, beleidsmakers en cliënten) van groot belang gevonden - is dus ook voor verbetering vatbaar. Ook hierop zal het ondersteuningsprogramma zich nadrukkelijk moeten richten.

Het is de vraag of deze aanbevolen verbeteringen (leren doelen stellen en verbeteren vraaggericht werken) zo simpel zijn aan te brengen als dat zij klinken. We zagen namelijk bij de kwaliteitsbeoordeling ook dat de meeste medewerkers onvoldoende capaciteiten hebben om relaties en verbanden te leggen. Zo blijkt het lastig een verband te leggen tussen de verzamelde informatie over de probleemsituatie, de conclusie (wat is er precies aan de hand?) en de indicatiestelling (wat kan de jeugdzorg bijdragen aan verbetering van de situatie?). Daarbij is de slag naar wat er dan precies moet worden bereikt met die hulp (concrete doelen), vaak een brug te ver. Ook blijkt het lastig verschillende hulpmogelijkheden te onderscheiden, deze na elkaar te plaatsen of in aanvulling op elkaar en aan te geven wat minimaal nodig is en wat wenselijk.

Kortom, er valt aan de vaardigheden van de medewerkers het nodige te verbeteren. Het is daarbij de vraag of het een kwestie is van een na- of bijscholingscursus doelen stellen en vraaggericht werken, of dat er iets fundamenteel aan de opleiding van medewerkers van bureaus jeugdzorg moet worden verbeterd. Op de eerder genoemde studiedag voor bureaus jeugdzorg brachten een paar bureaus naar voren dat zij voor alle nieuwe medewerkers een interne opleiding organiseren om dergelijke vaardigheden te leren onder begeleiding van een senior medewerker. Deze meester-gezel-constructie werd door meerdere bezoekers op de studiedag als een adequate manier van opleiding van bureau jeugdzorg medewerkers gezien. Op dit moment knappen nog maar al te vaak nieuwe medewerkers af omdat een goede inwerkperiode ontbreekt en zij direct in het diepe worden gegooid. Vanuit deze constatering zou er wellicht ook kunnen worden gekeken naar de basisopleiding voor medewerkers van bureau jeugdzorg. Gezien de eisen waaraan voldaan moet worden (zie de checklist voor de kwaliteit van de indicatiestelling) kan men zich tevens afvragen of een MBO- of hooguit HBO-niveau wel voldoende is voor de voorkeurmedewerkers in de jeugdzorg.