



De indicatiestelling bij de Brabantse Bureaus Jeugdzorg nader bekeken

*Een onderzoek naar de kwaliteit van het
indicatieproces en de betrouwbaarheid van het
indicatiebesluit*

Lianne Lekkerkerker
Cora Bartelink
Karin Eijgenraam

Nederlands Jeugdinstituut
Utrecht, oktober 2010

© 2010 Nederlands Jeugdinstituut

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

Opdrachtgever

Provincie Noord-Brabant

Auteur(s)

Lianne Lekkerkerker

Cora Bartelink

Karin Eijgenraam

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website www.nji.nl

Infolijn (030) 230 65 64, e-mail info@nji.nl

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Ontwikkelingen in de indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg	4
1.2	Vraagstelling.....	5
1.3	Opbouw van dit rapport	7
2	Aanpak van het onderzoek	8
2.1	Kwaliteit indicatieproces - algemeen	8
2.2	Kwaliteit indicatieproces - criteria voor de keuze van het zorgaanbod	9
2.3	Betrouwbaarheid indicatiebesluiten	10
2.4	Verschillen tussen vestigingen	10
3	Algemene kwaliteitsaspecten van het indicatieproces	12
3.1	Werkwijze onderzoeksvraag 1	12
3.2	Structuur van het indicatieproces	13
3.3	Duur van het indicatieproces	15
3.4	Inzet van instrumenten en technieken	16
3.5	Het betrekken van de cliënt in het proces	18
3.6	Het vergroten van motivatie bij de cliënt	19
3.7	Explicitering en onderbouwing van de keuze voor het zorgaanbod	20
3.8	Kwaliteitsbeleving	22
3.9	Conclusies.....	22
4	De keuze van het zorgaanbod	24
4.1	Werkwijze onderzoeksvraag 2.....	24
4.2	Indicaties Bureau Jeugdzorg.....	24
4.3	Criteria bij de keuze voor het zorgaanbod	26
4.4	Conclusies.....	29
5	De betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten	31
5.1	Werkwijze onderzoeksvraag 3.....	31
5.2	Resultaten.....	34
5.3	Conclusie	40
6	Conclusies en aanbevelingen	44
6.1	Belangrijkste bevindingen uit het onderzoek.....	44
6.2	De belangrijkste conclusies	47
6.3	Aanbevelingen	49
	Literatuur	51
	Bijlagen	52
	Bijlage 1. Checklist dossieronderzoek.....	53
	Bijlage 2. Criteria zorgaanbod.....	58
	Bijlage 3. Vignetcasusbeschrijvingen	61
	Bijlage 4. Assen, groepen en categorieën uit CAP-J	66
	Bijlage 5. Vragenlijst betrouwbaarheidsonderzoek	71
	Bijlage 6. Resultaten per casus.....	76
	Bijlage 7. Vragen aan de gedragswetenschapper	91
	Het Nederlands Jeugdinstituut	93

1 Inleiding

De Provincie Noord-Brabant heeft het Nederlands Jeugdinstituut gevraagd een onderzoek uit te voeren naar de werking en uniformiteit van het indicatieproces bij de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant en de betrouwbaarheid van indicatiebesluiten opgesteld door hetzelfde Bureau Jeugdzorg. In dit rapport wordt verslag gedaan van dit onderzoek.

In dit hoofdstuk schetsen we eerst het inhoudelijk kader en welke onderzoeksvragen zijn geformuleerd.

1.1 Ontwikkelingen in de indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg

De Wet op de Jeugdzorg (WJZ, Ministeries van VWS en Justitie, 2004) regelt dat het Bureau Jeugdzorg de toegang vormt voor alle jeugdzorg: jeugdhulpverlening, justitiële jeugdinrichtingen, jeugd-GGZ en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Hiervoor dient het Bureau Jeugdzorg een beoordeling te maken van de aard en ernst van de problemen van de jeugdige en/of het gezin en welke zorg is geïndiceerd om de problematiek te verhelpen: de indicatiestelling.

In de afgelopen jaren is in een aantal projecten gewerkt aan het vertalen van de wet naar de dagelijkse werkprocessen. Ten eerste is in opdracht van het Ministerie van VWS en het Ministerie van Justitie het Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg (Ordina, 2005) ontwikkeld, waarin op hoofdlijnen de werkprocessen van de Bureaus Jeugdzorg zijn weergegeven. Daarna hebben de Bureaus Jeugdzorg kwaliteitscriteria ontwikkeld op het gebied van de aanpak van kindermishandeling en de indicatiestelling in het project OCB (Ontwikkeling Criteria Bureaus Jeugdzorg). De criteria zijn vervolgens verwerkt in een handboek voor de indicatiestelling bij Bureau Jeugdzorg in het project VIB (Verbetering Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg), door Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant in 2008 en 2009 geïmplementeerd.

Hoewel de Wet op de Jeugdzorg en het Handboek indicatiestelling Bureau Jeugdzorg de aard en inhoud van de indicatiestelling (in algemene termen) beschrijven, is er veel ruimte voor Bureau Jeugdzorg om het indicatieproces naar eigen inzicht in te richten. Dat betekent dat die individuele wijze van invullen van dat proces bepalend is voor de kwaliteit van zowel het indicatieproces als de indicatiebesluiten.

In de onderzoeken die in het verleden zijn gedaan naar de kwaliteit van diagnostiek en indicatiestelling valt een aantal zaken op. Het Nederlands Jeugdinstituut (toen nog NIZW Jeugd) heeft zowel bij een regionaal Bureau Jeugdzorg (Eijgenraam, Van Deur, Van der Steege & Van Yperen, 2001) als landelijk (Konijn, Metselaar & Stoll, 2002) de kwaliteit van de indicatiestelling onderzocht. De conclusies uit beide onderzoeken kwamen overeen: in de meeste gevallen vonden zorgaanbieders en cliënten dat de juiste zorg was geïndiceerd, maar men vond de explicitering en onderbouwing van die keuze sterk te wensen over laten. Het probleemgedrag van de aangemelde jeugdige en de meest wenselijke hulp werden meestal wel aangegeven, maar het ontbrak 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 bleef het in de meeste

gevallen onduidelijk waarom bepaalde zorg nodig is en welke resultaten worden beoogd met die zorg.

Onderzoeken die betrekking hebben op overeenstemming in het beoordelen en beslissen tussen hulpverleners, laten zien dat er vaak verschillen zijn. Hulpverleners kunnen voor de beoordeling en besluitvorming zelden vertrouwen op duidelijke empirische gegevens, eenduidige theorieën, ondubbelzinnige professionele kennis of expliciete richtlijnen. Omdat dergelijke informatie ontbreekt, blijken allerlei omstandigheden die van dag tot dag kunnen verschillen, zoals de stemming van de hulpverlener of de omgeving van het gezin, hun oordelen en beslissingen te beïnvloeden. Beslissingen worden vaak genomen op basis van praktijkervaring en persoonlijke normen en waarden (Rossi, Schuerman & Budde, 1999; Gambrill & Shlonsky, 2000; Ten Berge, 1998).

Uit de recent gepubliceerde evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (Baecke, De Boer, Bremmer, Duenk, Kroon & Loeffen, 2009) blijkt dat de indicatiestelling nog steeds tekort schiet. Ondanks de differentiatie in drie typen indicatietrajecten op basis van de ingeschatte complexiteit van de problematiek, blijkt dat de werkwijze nog steeds lang duurt. Gezien de snelle veranderingen die zich kunnen voordoen bij opgroei- en opvoedproblemen is het niet wenselijk dat er veel tijd verstrijkt tussen het moment van aanmelden, de indicatiestelling en uiteindelijk het moment waarop hulp ingezet wordt. Ook blijkt de indicatiestelling weinig in samenspraak met kinderen en ouders te verlopen. Werkwijzen als *Signs of Safety* en de Eigen Kracht conferentie worden weinig gebruikt als middelen om cliënten te activeren en te helpen zelf oplossingen te vinden. Daarnaast blijken indicatiestellers van de Bureaus Jeugdzorg vaak pragmatisch te indiceren, waarbij zij kiezen voor geïndiceerde zorg die ook daadwerkelijk geboden kan worden. In lang niet alle gevallen is dit ook de zorg die het beste aansluit bij de vraag en het probleem van cliënten. Gevolg hiervan is dat een vertekening ontstaat van welke zorgvragen cliënten hebben en van de balans tussen vraag en aanbod.

Kortom, in betrekkelijk korte tijd is er al het nodige gedaan om het proces van indicatiestelling te stroomlijnen en de kwaliteit ervan te verbeteren. Een aantal zaken is duidelijk verbeterd ten opzichte van ruim tien jaar geleden: zoals dat hulpverleners niet meer met hun cliënten hoeven te leuren langs allerlei instellingen om een zorgaanbod te krijgen en dat cliënten en zorgaanbieders het meestal eens zijn met het type zorg dat is geïndiceerd door Bureau Jeugdzorg. Dat is winst. Er is echter nog steeds het nodige te verbeteren: o.a. de explicitering en onderbouwing van de keuze voor een bepaald zorgaanbod en de keuze voor zorgaanbod dat echt nodig is in plaats van dat wat snel voorhanden is.

In dit onderzoek hebben we gekeken naar de stand van zaken met betrekking tot de Noord-Brabantse indicatiestelling: wat er goed gaat en wat er daaraan nog te verbeteren valt. Aan de hand van welke onderzoeksvragen we dat hebben onderzocht, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

1.2 Vraagstelling

De Provincie Noord-Brabant en Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant willen weten wat de kwaliteit is van het indicatieproces en hoe betrouwbaar de indicatiebesluiten zijn bij Bureau Jeugdzorg, waarbij expliciet aandacht is voor het onderscheid tussen geïndiceerde jeugdzorg en voorliggende voorzieningen.

We hebben daarvoor de volgende drie onderzoeksvragen geformuleerd, elk weer onderverdeeld in een aantal subvragen:

1. *Hoe is de kwaliteit van het indicatieproces in zijn algemeen bij BJZ Noord-Brabant?*

Hierbij worden de volgende vier deelvragen onderscheiden:

- a. Hoe is de kwaliteit van de volgende facetten van het indicatieproces: duur, structuur, inzet van instrumenten en technieken, explicitering en onderbouwing keuze zorgaanbod, het betrekken van de cliënt in het proces, het vergroten van de motivatie bij de cliënt?
- b. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: zijn er verschillen bij de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg?
- c. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: bestaat er een verschil van benadering ten aanzien van mensen die zichzelf aanmelden bij Bureau Jeugdzorg en degenen die zijn doorverwezen door het voorliggend veld?
- d. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: is er verschil in kwaliteit bij eerste indicaties en herindicaties?

2. *Hoe is de kwaliteit van het indicatieproces met betrekking tot de keuze voor het zorgaanbod bij BJZ Noord-Brabant?*

Hierbij worden de volgende drie deelvragen onderscheiden:

- a. Op welke wijze wordt in het indicatieproces onderscheid gemaakt tussen de keuze voor geïndiceerde provinciale jeugdzorg en voor overige voorzieningen (PGB's, ZIN in het kader van AWBZ en ZVW, voorliggend veld)?
- b. Welke criteria spelen een rol bij de beslissing om wel of geen jeugdzorg te indiceren?
- c. Welke criteria spelen een rol bij de beslissing om ambulante zorg voor enkelvoudige problemen te indiceren?
- d. Zijn er op dit punt verschillen bij de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg?

3. *Hoe betrouwbaar zijn de indicatiebesluiten van Bureau Jeugdzorg?*

Hierbij worden de volgende twee deelvragen onderscheiden:

- a. Maken medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg op een zelfde manier een weging van de urgentie en zwaarte van de zorgvraag, de veiligheid van de jeugdige en risicofactoren voor kindermishandeling?
- b. Komen medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten van het indicatieproces (cq. gelijke indicatiebesluiten)?

De eerste twee vragen hebben betrekking op de kwaliteit van het *proces*, waarbij onderscheid is gemaakt tussen het indicatieproces in zijn algemeen (vraag 1) en de kwaliteit van het indicatieproces met betrekking tot de keuze voor het zorgaanbod (vraag 2). De eerste subvraag van vraag 1 betreft algemene kwaliteitsaspecten, om eerst een indruk te krijgen van de algemene kwaliteit van het indicatieproces alvorens we de overige vragen kunnen beantwoorden. De eerste subvraag van vraag 2 dient om na te gaan welke criteria worden gebruikt voor het indiceren van ambulante zorg voor enkelvoudige problemen. Het Ministerie van Jeugd & Gezin en het IPO hebben een afsprakenkader afgesloten voor de jeugdzorg voor de komende twee jaar, waarin onder meer is opgenomen dat experimenteerruimte wordt gecreëerd voor de inzet van enkelvoudig ambulante zorg zonder indicatie. De subvraag dient om gegevens boven water te krijgen op basis waarvan die experimenteerruimte bepaald kan worden.

De derde onderzoeksvraag heeft betrekking op de kwaliteit van het *product*, het indicatiebesluit als resultaat van het indicatieproces.

1.3 Opbouw van dit rapport

In het volgende hoofdstuk is beschreven volgens welke aanpak het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens komen in hoofdstuk 3 tot en met 5 de resultaten van het onderzoek aan bod: in hoofdstuk 3 komen de algemene kwaliteitsaspecten aan bod, in hoofdstuk 4 komen de factoren aan de orde die een rol spelen bij de keuze van het zorgaanbod en in hoofdstuk 5 beschrijven we wat de resultaten zijn van het onderzoek naar de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de indicatiebesluiten. In hoofdstuk 6 sluiten we het rapport af met conclusies en aanbevelingen.

2 Aanpak van het onderzoek

In dit tweede hoofdstuk staat de aanpak van het onderzoek centraal. Dit doen we aan de hand van de drie onderzoeksvragen. Bij de eerste onderzoeksvraag gaat het om algemene kwaliteitsaspecten van het indicatieproces (2.1), bij de tweede onderzoeksvraag draait het om specifieke criteria die bepalend zijn voor de keuze van het zorgaanbod (2.2) en de laatste onderzoeksvraag betreft de betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten (2.3).

2.1 Kwaliteit indicatieproces - algemeen

Welke (algemene) factoren dragen nu eigenlijk bij aan de kwaliteit van de indicatiestelling? In het ontwikkelen en onderzoeken van interventies wordt steeds meer aandacht gegeven aan algemeen werkzame ingrediënten, dit wil zeggen die delen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht het soort behandeling en doelgroep. Een aantal van deze algemeen werkzame factoren kunnen we vertalen naar het traject van indicatiestelling:

- het aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- goede aansluiting tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds (de keuze voor een) een specifieke interventie: voor de indicatiestelling betekent dit dat een goede onderbouwing nodig is om die aansluiting goed te kunnen expliciteren;
- goede structurering van het proces (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- goede kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de indicatiesteller;
- goede werkomstandigheden van de indicatiesteller (aan de belangrijkste randvoorwaarden is voldaan, zoals een draaglijke case load, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener, goede inbedding in de organisatie).

Om een indruk te krijgen van die algemene kwaliteitsaspecten hebben we in het onderzoek aandacht besteed aan de volgende punten:

- op welke wijze de verschillende stappen in het proces van beoordelen en beslissen zijn gestructureerd in het indicatieproces;
- welke instrumenten en technieken worden gebruikt om de beoordelingen en beslissingen te ondersteunen;
- of en op welke wijze de relatie tussen de geanalyseerde problemen, mogelijke factoren die verband houden met de problemen en oplossingen wordt beschreven;
- of en op welke wijze de visie van de cliënt op de problematiek wordt weergegeven;
- of en hoe wordt aangesloten bij de motivatie van de cliënt cq. op welke wijze gewerkt wordt aan het vergroten van de motivatie;
- of en op welke wijze de keuze voor het zorgaanbod wordt geëxpliciteerd en onderbouwd;
- hoe de zorg wordt geïndiceerd: op basis van benodigde zorg of op basis van beschikbare zorg.

Een bestaande checklist met kwaliteitscriteria (Eijgenraam et al., 2001 en Konijn et al., 2002) is, aan de hand van o.a. deskresearch, geactualiseerd voor dit specifieke onderzoek. Met deze checklist is op een steekproef van dossiers (4 per vestiging van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant, dus in totaal 28

dossiers) nagegaan in hoeverre deze kwaliteitscriteria zijn terug te vinden in het dossier, met name het indicatiebesluit. Deze steekproef diende tevens om te checken of de kwaliteit van de dossiers voldoende was om de onderzoeksvraag 2 op basis van dossieronderzoek te onderzoeken.

Op basis van die checklist is tevens een vragenlijst opgesteld, voor interviews met medewerkers van de Toegang. Per vestiging van Bureau Jeugdzorg (Den Bosch, Breda, Eindhoven, Helmond, Oss, Roosendaal en Tilburg) is een groepsinterview gehouden met drie medewerkers: twee indicatiestellers en een gedragswetenschapper. Dit interview is gecombineerd met een interview voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2.

Er is specifiek gekeken of het indicatieproces verschillend wordt ingevuld wanneer er sprake is van een aanmelding door de cliënt zelf versus een verwijzer of wanneer er sprake is van eerste indicatie versus een herindicatie. Daarnaast is ook bekeken of deze zaken gelijk worden ingevuld bij de zeven vestigingen.

Het gaat om een 'quick & dirty' onderzoek: het streven was niet zo gedegen en uitputtend mogelijk de kwaliteit te onderzoeken, maar om een goede eerste indruk te krijgen op basis waarvan de overige onderzoeksvragen beantwoord konden worden.

2.2 Kwaliteit indicatieproces - criteria voor de keuze van het zorgaanbod

Bij het onderzoeken van de criteria die bepalend zijn voor de keuze van het zorgaanbod, is gekeken naar het onderscheid dat wordt gemaakt tussen jeugdzorg (jeugdhulp, met of zonder verblijf, en observatiediagnostiek) en voorliggende voorzieningen. De Provincie en Bureau Jeugdzorg vinden het van belang helderheid te krijgen over de wijze waarop binnen Bureau Jeugdzorg het onderscheid gemaakt wordt tussen een zorgvraag die in het voorliggend veld (AMW, schoolmaatschappelijk werk etc.) beantwoord kan worden en een zorgvraag waarbij beroep wordt gedaan op de jeugdzorg. Met andere woorden: hoe komt Bureau Jeugdzorg in het indicatieproces tot een afbakening van de groep die aanspraak heeft op jeugdzorg ten opzicht van de groep die behoort tot het voorliggend veld? Welke criteria liggen daaraan ten grondslag? In het Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg zijn hiervoor (nog) geen criteria opgenomen, deze zullen nog ontwikkeld moeten worden.

Daarnaast is tevens specifiek onderzocht welke criteria worden gebruikt om ambulante zorg voor enkelvoudige problemen te indiceren. De subvraag dient om gegevens te verkrijgen voor het inrichten van experimenten voor de inzet van ambulante zorg voor enkelvoudige problemen zonder indicatie.

Bij criteria valt te denken aan verschillen in de aard en de ernst van problemen, de aan- of afwezigheid van beschermende factoren, de doelen die men wil bereiken en de effectiviteit van specifieke interventies voor het bereiken van die doelen.

Op vier fronten zijn criteria gedestilleerd die ten grondslag liggen aan de beslissing 'jeugdzorg' (jeugdhulp, verblijf en observatiediagnostiek), 'ambulante zorg voor enkelvoudige problemen' en 'voorliggende voorzieningen':

1. Desk research om na te gaan wat er bekend is in de 'wat werkt' literatuur (bestaande overzichten van het Kenniscentrum van het NJi) en welke indicatie- en contra-indicatiecriteria worden gehanteerd door zorgaanbieders;
2. Interviews met medewerkers van Bureau Jeugdzorg om de criteria die in de hoofden van mensen zitten te expliciteren (een groepsinterview per vestiging, zie ook onderzoeksvraag 1);

3. Oorspronkelijk was gepland om ook middels dossieronderzoek na te gaan welke criteria bepalend zijn voor de keuze van het zorgaanbod en hoe vaak die criteria voorkomen in de indicatiebesluiten. Uit het dossieronderzoek voor onderzoeksvraag 1 bleek echter dat de beschikbare informatie in de dossiers daarvoor te weinig aanknopingspunten bood. Daarom hebben we het onderzoek naar de betrouwbaarheid uitgebreid met een aantal vragen die specifiek ingaan op dit punt;
4. In het onderzoek naar de betrouwbaarheid van indicatiebesluiten (zie onderzoeksvraag 3) is gevraagd naar de motivatie voor de keuze van het zorgaanbod. Ook uit die beschrijvingen hebben we criteria proberen te halen.

2.3 Betrouwbaarheid indicatiebesluiten

In de derde onderzoeksvraag staat de vraag centraal of medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten komen. Het gaat daarbij enerzijds om een inschatting van de urgentie en benodigde zwaarte van de zorg en aanwezige risicofactoren kindermishandeling en anderzijds om het te nemen indicatiebesluit.

Omdat er in de praktijk per definitie nooit sprake is van twee gelijke casussen, is het niet mogelijk om op basis van dossieronderzoek deze vraag te beantwoorden. Een veel gebruikte manier om te onderzoeken of personen tot hetzelfde oordeel komen in eenzelfde casus, is het werken met casusbeschrijvingen. Door één casusbeschrijving aan verschillende personen voor te leggen en hun oordeel daar over te vragen, kan bekeken worden of personen in hun oordeel overeenstemmen. Ook in dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van een aantal casusbeschrijvingen. Deze beschrijvingen zijn gebaseerd op de dossiers die eerder in dit onderzoek zijn bestudeerd en op ander casusmateriaal dat het Nederlands Jeugdinstuut tot haar beschikking heeft. Voor zover informatie uit dossiers is overgenomen voor het opbouwen van de casusbeschrijvingen, zijn persoonlijke gegevens geanonimiseerd zodat de beschrijvingen niet herleidbaar zijn naar cliënten. Er zijn vijf verschillende casusbeschrijvingen opgesteld, zodat het onderzoek niet afhankelijk is van de kwaliteit van een enkele casus en om variatie te creëren (kenmerken van de cliënt, aard problematiek, ernst problematiek).

De casusbeschrijvingen zijn tijdens een onderzoeksdagdeel voorgelegd aan een aantal indicatiestellers van Bureau Jeugdzorg. Deze werkwijze heeft als voordeel dat indicatiestellers de onderzoekers van het Nederlands Jeugdinstuut ter plekke vragen kunnen stellen. Bovendien vergt het slechts een eenmalige tijdsinvestering van de indicatiestellers.

Voor elke casusbeschrijving hebben we de indicatiestellers gevraagd een inschatting te maken van de problematiek en te beoordelen welke zorg nodig is (wel of geen geïndiceerde jeugdzorg en het type aanspraak). Daarnaast hebben we de indicatiestellers een aantal vragen voorgelegd om inzicht te krijgen in de wijze waarop indicatiestellers tot hun oordeel gekomen zijn.

2.4 Verschillen tussen vestigingen

In de volgende drie hoofdstukken komen de resultaten op de drie onderzoeksvragen aan de orde. Bij de vragen 1b, 2d, 3a en 3b wordt gevraagd de verschillen aan te geven tussen de zeven verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant. Op basis van de resultaten zijn echter geen

steekhoudende verschillen aan te wijzen tussen de vestigingen; daarvoor zijn ten eerste de aantallen te klein, ten tweede is het niet altijd duidelijk of de verkregen informatie om een individuele mening cq. handeling gaat of het beleid van een vestiging. Daar waar de verschillen opvallend zijn, noemen we dat ook expliciet.

3 Algemene kwaliteitsaspecten van het indicatieproces

In dit derde hoofdstuk staat de eerste onderzoeksvraag centraal. Deze vraag heeft betrekking op de kwaliteit van een aantal aspecten van het indicatieproces. Het gaat om de volgende facetten: duur, structuur, inzet van instrumenten en technieken, het betrekken van de cliënt in het proces, het vergroten van de motivatie bij de cliënt en de explicitering en onderbouwing van de keuze voor het zorgaanbod.

Per kwaliteitsaspect komen de bevindingen vanuit het dossieronderzoek en de interviews aan bod. Voor zover aan de orde is er aandacht voor verschillen tussen de verschillende vestigingen, verschillen tussen eerste indicaties en vervolgindicaties¹ en verschillen tussen cliënten die zichzelf aanmelden en cliënten die zijn doorverwezen. Waar het noemen van de namen van de vestigingen geen toegevoegde waarde heeft, zijn deze weggelaten².

Het hoofdstuk begint met een toelichting op de werkwijze die voor de eerste onderzoeksvraag is gevolgd.

3.1 Werkwijze onderzoeksvraag 1

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag is van twee bronnen gebruik gemaakt. Ten eerste heeft een beperkt dossieronderzoek plaatsgevonden en heeft per vestiging een groepsinterview plaatsgevonden met een gedragswetenschapper, een indicatiesteller jeugdzorg en een indicatiesteller jeugd-GGZ.

Het dossieronderzoek was bedoeld om op een snelle manier een indruk te krijgen van een aantal kwaliteitsaspecten die in de inleiding van dit hoofdstuk genoemd zijn. Het dossieronderzoek leverde een globale indruk van de kwaliteit op en diende daarnaast als check om te kunnen beslissen of de tweede onderzoeksvraag ook door middel van dossieronderzoek kan worden beantwoord.

Bureau Jeugdzorg had voor het dossieronderzoek van elke vestiging vier recente dossiers van toegangszaken geselecteerd, plus nog twee 'reservedossiers'. Van de dertig geselecteerde dossiers bleken er na deze bestudeerd te hebben 27 bruikbaar voor analyse. In de overige dossiers ontbraken teveel zaken, doordat het indicatieproces bijvoorbeeld nog niet was afgerond. Voor het dossieronderzoek is een checklist opgesteld, die grotendeels gebaseerd is op een checklist die eerder voor onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling is gebruikt (Konijn, Metselaar & Stoll, 2002). De checklist is opgenomen in bijlage 1.

Het ging in de dossiers om twaalf jongens en vijftien meisjes. De leeftijd van de jeugdigen varieerde bij aanmelding van nul tot zeventien jaar (gemiddeld 10,4 jaar; standaarddeviatie 5,1 jaar). Er waren 26 dossiers waarin een indicatiebesluit was opgenomen. Zeventien dossiers bevatten een indicatie

¹ Hoewel in de onderzoeksvragen wordt gesproken over 'herindicatie' gebruiken we in de tekst de term 'vervolgindicatie', omdat dit een meer gangbare term is binnen Bureau Jeugdzorg.

² Bij het lezen van de tekst is het belangrijk om in het achterhoofd te houden dat, wanneer wordt benadrukt dat een bepaalde vestiging op een bepaalde wijze handelt, dat niet hoeft te betekenen dat deze werkwijze afwijkt van die van de andere vestigingen. Het kan ook zijn dat het specifieke onderwerp niet aan de orde is gekomen in de andere interviews.

voor jeugdzorg, negen een jeugd-GGZ indicatie op grond van de Zorgverzekeringswet en zes een jeugd-GGZ indicatie op grond van de AWBZ³.

Omdat niet alle informatie is terug te vinden in de dossiers (denk bijvoorbeeld aan hoe een indicatiesteller de motivatie van de cliënt heeft vergroot) en om een gedetailleerder beeld te krijgen, heeft na het dossieronderzoek op elk van de zeven vestigingen een interview plaatsgevonden. Tijdens deze interviews hebben de deelnemers inzicht gegeven in hun manier van werken.

3.2 Structuur van het indicatieproces

De structuur van het indicatieproces kwam tijdens de interviews ter sprake. Wat betreft de verschillende onderdelen van het proces, kwam het volgende beeld naar voren.

Algemene werkwijze

Uit de interviews wordt duidelijk hoe de werkwijze van Bureau Jeugdzorg er in het algemeen uit ziet. Wanneer een cliënt zich aanmeldt bij Bureau Jeugdzorg, heeft hij in eerste instantie contact met iemand van het aanmeld- en acceptatieteam. Als besloten wordt de cliënt te accepteren, plant de medewerker van het aanmeld- en acceptatieteam een eerste gesprek in met een indicatiesteller. Er vinden een of meerdere gesprekken plaats met de cliënt. De bevindingen legt de indicatiesteller vast in een opgesteld format dat uitmondt in een diagnostisch beeld. Vervolgens stelt de indicatiesteller – meestal in overleg met de gedragswetenschapper – een indicatiebesluit op en bespreekt deze met de cliënt. Nadat een indicatiebesluit is afgegeven, krijgt de cliënt een casemanager toegewezen die het verloop van de zorg in de gaten houdt. Als een (intensief) casemanagement niet nodig is, kan de cliënt op de meeste vestigingen ook bij het volgen- en toetsenteam terecht komen. De medewerkers van dit team volgen de cliënt op afstand. Zij zijn bijvoorbeeld niet betrokken bij behandelplanbesprekingen met de zorgaanbieder.

Op alle vestigingen is er een onderscheid tussen twee soorten indicatiestellers⁴: indicatiestellers die zich vooral met jeugdzorgindicaties bezighouden en indicatiestellers die zich voornamelijk met GGZ-indicaties bezighouden. Op sommige vestigingen is er bovendien sprake van aparte teams. Tijdens de interviews blijkt dat de werkwijze van de verschillende typen indicatiestellers op een aantal punten verschilt. Deze verschillen komen terug in de tekst.

VIB-handboek

In 2007 is door de MOgroep het zogenaamde VIB-project gestart. VIB staat voor Verbetering Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg. Het project beoogt kwaliteitsverbetering van het indicatieproces bij de toegang van de Bureaus Jeugdzorg door middel van een uniforme werkwijze. In het bijbehorende handboek is het proces van de indicatiestelling beschreven. Het VIB-handboek is in 2010 bijgesteld.

Op vier vestigingen, namelijk Oss, Tilburg, Roosendaal en Breda, is het VIB-handboek ten tijde van de interviews geïmplementeerd. Deze vestigingen volgen het handboek in grote lijnen; op een aantal

³ Bureau Jeugdzorg kan jeugdzorg indiceren in het kader van de Wet op de Jeugdzorg als het gaat om ernstige opvoed- en opgroei-problematiek en jeugd-GGZ in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) als het gaat om psychiatrische problematiek.

⁴ De vestigingen gebruiken verschillende termen voor de medewerkers van Bureau Jeugdzorg die indicaties voorbereiden. Omwille van de leesbaarheid wordt in dit rapport de term indicatiesteller gebruikt.

punten vinden afwijkingen plaats. Op de andere drie vestigingen loopt de implementatie nog. Zo is in Eindhoven VIB al wel geïmplementeerd bij de indicatiestellers die zich voornamelijk met jeugdzorgzaken bezighouden, maar nog niet bij de GGZ-indicatiestellers. In Den Bosch is VIB deels geïmplementeerd. De indicatiestellers daar werken nu nog vrij beknopt met hypothesen en nog niet met VIB-trajecten⁵. In Helmond is het werken met hypothesen nog geen onderdeel van de standaard werkwijze en ook is er nog geen onderscheid tussen de verschillende VIB-trajecten. De meeste vestigingen maken onderscheid tussen de drie VIB-trajecten, al wordt het gevolgde VIB-traject soms pas achteraf vastgesteld. Een huisbezoek maakt soms ook onderdeel uit van een VIB II-traject, wat eigenlijk alleen bij een VIB III-traject hoort. Op sommige vestigingen is gesproken over de verhouding tussen het aantal VIB I-, II- en III-trajecten. Waar op de ene vestiging het leeuwendeel van de cliënten terecht komt in een VIB II-traject, komen op een andere vestiging juist de VIB-III trajecten het meeste voor. Naast verschil in problematiek tussen vestigingen, spelen waarschijnlijk ook verschillen tussen vestigingen in het toekennen van een bepaald traject een rol. Het werken met hypothesen was voor de indicatiestellers nieuw en wordt over het algemeen als lastig ervaren. De meningen over het werken met hypothesen lopen uit een: de een vindt het opstellen van hypothesen onnodig en een extra belasting, terwijl de ander vindt dat de hypothesen het indicatieproces richting geven en dat daardoor de kwaliteit van het indicatieproces omhoog gaat. In het VIB-handboek staat ook welke instrumenten wanneer, op welke moment en bij welke cliënten moeten worden afgenomen. Dit punt komt aan de orde onder het kopje ‘instrumenten en technieken’.

Betrokkenheid gedragswetenschapper

Op alle vestigingen heeft de gedragswetenschapper een rol tijdens het indicatieproces. Er is op dit gebied wel een aantal verschillen tussen de vestigingen. Op sommige vestigingen hebben de gedragswetenschapper een rol tijdens de aanmeld- en acceptatiefase. Zo bespreekt een medewerker van het aanmeld- en acceptatieteam in Oss de Gestructureerde Checklist Toegang (GCT) met een gedragswetenschapper.

Bij enkele vestigingen bespreekt de indicatiesteller een casus met de gedragswetenschapper, voordat het screeningsgesprek plaatsvindt. In Eindhoven stellen de indicatiesteller en de gedragswetenschapper tijdens het zogenaamde ‘VIB-spreekuur’ samen hypothesen op.

Op alle vestigingen hebben de indicatiestellers de mogelijkheid om, na het opstellen van het diagnostisch beeld, deze te bespreken met de gedragswetenschapper. Op de meeste vestigingen gebeurt dit standaard, soms tegelijkertijd met het bespreken van het concept indicatiebesluit. Op andere vestigingen hangt het meer af van de behoefte van de indicatiesteller. Het concept indicatiebesluit gaat altijd naar de gedragswetenschapper.

De verschillen tussen vestigingen zitten vooral in het al dan niet standaard betrekken van de gedragswetenschapper. In Breda is dit niet standaard het geval, maar hangt het af van de indicatiesteller en de casus. Indien er sprake is van een indicatie voor uithuisplaatsing, een VIB-III traject, een raadsverzoek of een indicatiesteller die nog geen jaar in dienst is, dan is de gedragswetenschapper altijd betrokken. Ervaren indicatiestellers (langer dan één jaar in dienst) gebruiken de gedragswetenschapper vooral om eigen indrukken en conclusies te checken.

⁵ Het VIB-handboek maakt onderscheid in drie trajecten om de cliënt zo snel en deskundig mogelijk naar de juiste hulp te leiden: VIB-I trajecten voor gemotiveerde cliënten met enkelvoudige problematiek, VIB-II trajecten voor cliënten met meervoudige problematiek en VIB-III trajecten voor cliënten die te maken hebben met multiprobleemsituaties. Alle trajecten kunnen versneld uitgevoerd worden wanneer er al veel informatie van professionele hulpverleners aanwezig is en er snel een besluit genomen kan worden.

Op de meeste vestigingen vindt overleg tussen de indicatiesteller en gedragswetenschapper op aanvraag plaats voorafgaand aan het screeningsgesprek en tussen het screeningsgesprek en het opstellen van het indicatiebesluit in, en standaard na het opstellen van het concept indicatiebesluit. Over het algemeen vindt bij GGZ-zaken minder overleg met de gedragswetenschapper plaats, omdat bij GGZ-zaken vaker de problematiek van de cliënt al duidelijk is. Daardoor hebben de indicatiestellers minder behoefte om met de gedragswetenschapper te overleggen.

Overige protocollen

De deelnemers aan het onderzoek is gevraagd welke protocollen of richtlijnen, naast het VIB-handboek, richting aan het indicatieproces geven. Tijdens een aantal interviews kwam de mogelijkheid van het inschakelen van een multidisciplinair team aan de orde. Verschillende vestigingen vertelden dat deze mogelijkheid er wel is geweest (overleg met medewerkers van buiten Bureau Jeugdzorg), maar nu niet meer. Het afschaffen van een multidisciplinair overleg ervaren de betreffende deelnemers als een gemis. Bij twijfel of bij een casus de Raad voor de Kinderbescherming moet worden ingeschakeld, kan het Beter Beschermd overleg benut worden. Hieraan nemen medewerkers van Bureau Jeugdzorg en de Raad deel.

Voor GGZ-zaken is de AWBZ werkinstructie richtinggevend. Ook de Beperkingen Score Lijst (BSL) geeft inzicht of een cliënt recht heeft op AWBZ-zorg of niet. Andere hulpmiddelen die de deelnemers noemen zijn het protocol Veiligheid Voorop en het protocol Kindermishandeling. Eindhoven heeft de belangrijkste stappen uit het VIB-handboek samengevat op een A4-tje en voor de indicatiestellers van Breda is een naslagwerk beschikbaar dat uit verschillende hulpmiddelen (met name instrumenten) bestaat.

Vervolgindicaties

Hoe het indicatieproces er bij een vervolgindicatie er uit ziet, is afhankelijk van het type zaak. Jeugdzorgzaken krijgen, nadat het indicatiebesluit is genomen, een casemanager toegewezen of een medewerker van het volgen- en toetsenteam. Dit laatste gebeurt wanneer intensieve bemoeienis van Bureau Jeugdzorg niet nodig is. Wanneer een vervolgindicatie nodig is, verzamelt de indicatiesteller aanvullende informatie (bijvoorbeeld van de zorgaanbieder), stelt het diagnostisch beeld bij en stelt een nieuw indicatiebesluit op.

Bij GGZ-zaken wordt de zaak na de indicatiestelling afgesloten wanneer er sprake is van een indicatie in het kader van de ZVW of een Persoonsgebonden Budget (PGB) in het kader van de AWBZ. Wanneer de cliënt opnieuw een indicatie nodig heeft, is dit een nieuwe zaak. Uiteraard maken de indicatiestellers bij zo'n 'nieuwe zaak' wel gebruik van de informatie uit het bestaande dossier. Als er Zorg in Natura (ZIN) geïndiceerd wordt, blijft Bureau Jeugdzorg de zaak wel volgen nadat de indicatie is gesteld.

3.3 Duur van het indicatieproces

De Wet op de Jeugdzorg stelt geen eisen aan de doorlooptijd van aanmelding tot indicatiestelling. Bureau Jeugdzorg dient zich echter wel te houden aan redelijke termijnen conform de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB). De termijn start op het moment dat de aanvraag of het verzoek is ontvangen. In zaken waarin te voorzien is dat Bureau Jeugdzorg niet binnen acht weken een besluit kan nemen, kan het een langere termijn bepalen waarbinnen het besluit genomen dient te worden (art. 4:14 AWB). Deze termijn dient een redelijke termijn te zijn. Bij wet is niet bepaald wat een redelijke

termijn is, dit hangt van de situatie van het geval af. In de meeste gevallen zal Bureau Jeugdzorg dus binnen acht weken een indicatiebesluit afgeven.

Het VIB-handboek bevat meer specifieke richtlijnen voor doorlooptijden en sleuteltijden. Met doorlooptijd wordt de totale tijd die tussen het moment van aanmelden en het afgeven van het indicatiebesluit bedoeld. De sleuteltijd is de tijd die Bureau Jeugdzorg aan een zaak besteedt. De doorloop- en sleuteltijden zijn als volgt:

- VIB I-traject: doorlooptijd max. twee weken; sleuteltijd ca. tien uur
- VIB II-traject: doorlooptijd twee weken; sleuteltijd ca. veertien uur
- VIB III-traject: doorlooptijd vier weken; sleuteltijd is vooralsnog ingeschat op twintig uur

De deelnemers aan de interviews is gevraagd deze doorloop- en sleuteltijden te vergelijken met de tijden in de praktijk. Het verschilt per vestiging in hoeverre de gedragswetenschapper en de indicatiestellers zicht hebben op doorloop- en sleuteltijden in de praktijk. De gedragswetenschapper blijken de indicatiestellers niet zozeer op de doorloop- en sleuteltijden uit het VIB-handboek, maar meer op de doorlooptijd van acht weken.

Het beeld dat ontstaat tijdens de interviews is dat de tijden die in het VIB-handboek worden genoemd, in de praktijk moeilijk haalbaar zijn. Vooral de doorlooptijden worden overschreden. Dit geldt voor alle drie de trajecten. Een deelnemer licht toe dat de doorlooptijden onder ideale omstandigheden wel te halen zijn, maar in de praktijk komen ideale omstandigheden nauwelijks voor. Verschillende factoren beïnvloeden de doorlooptijd, zoals de omvang van de caseload, ouders die op het concept indicatiebesluit moeten reageren, het verzamelen van informatie bij derden en schoolvakanties.

De sleuteltijden zijn beter haalbaar, dit geldt met name voor VIB I- en II-trajecten. De sleuteltijd voor een VIB III traject lijkt moeilijk haalbaar. Vaak is er sprake van gescheiden ouders en vinden daarom aparte gesprekken plaats, wat tijd kost. Ook het afleggen van huisbezoeken bij VIB II-trajecten kost extra tijd.

Vervolgindicaties en bestaande dossiers

Bij vervolgindicaties neemt het indicatieproces over het algemeen minder tijd in beslag. Veel informatie is dan al beschikbaar; de belangrijkste taak is om de informatie te actualiseren.

Als er al een bestaand dossier is, duurt het indicatieproces vaak korter, zeker als de informatie actueel is. Een bestaand dossier is echter geen garantie voor een kort indicatieproces, het kan bijvoorbeeld om een complexe zaak gaan.

3.4 Inzet van instrumenten en technieken

Volgens het VIB-handboek moeten verschillende instrumenten tijdens het indicatieproces bij alle cliënten worden afgenomen. Het gaat om de Gestructureerde Checklist Toegang (GCT), het Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK), de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) en de Child Behaviour Checklist (CBCL). De GCT en de LIRIK dient het aanmeld- en acceptatieteam in te vullen, de indicatiesteller vult de STEP in en de CBCL wordt ingevuld door ouders. De STEP is bij Bureau Jeugdzorg Brabant nog niet ingevoerd. Op dit moment is nog niet duidelijk of dat in de toekomst wel gaat gebeuren.

GCT, LIRIK en CBCL

In de dossiers is gezocht naar informatie over ingezette instrumenten. Er is specifiek gekeken naar de GCT, LIRIK en de CBCL: zijn deze instrumenten ingevuld, wordt de invuldatum vermeld en bevat het dossier de uitkomsten?

De GCT is in alle dossiers opgenomen. De kopjes van de GCT maken deel uit van het rapportageformat. Mogelijk wordt de GCT niet meer als een apart instrument gebruikt en herkend. Lang niet altijd zijn alle kopjes van de GCT ingevuld. In verschillende dossiers is onder een aantal kopjes te lezen: 'Er is voor gekozen dit onderdeel niet in te vullen'.

In 15 van de 27 dossiers is vermeld dat de LIRIK is afgenomen. Dat de CBCL was afgenomen was slechts in zes dossiers terug te vinden. Naast de LIRIK en de CBCL is geen informatie over andere screenings- en diagnostische instrumenten gevonden. De uitkomsten van de instrumenten waren vrijwel altijd opgenomen in het dossier: 19 van de 21 dossiers waarop dit van toepassing was bevatten de uitkomsten. De afnamedatum ontbrak in een aantal dossiers (5 van de 21).

De deelnemers aan de interviews melden dat de GCT en de LIRIK altijd worden afgenomen. In principe gebeurt het invullen van de LIRIK door het aanmeldteam. De indicatiesteller bekijkt de LIRIK voordat het screeningsgesprek plaatsvindt. Op een aantal vestigingen vult de indicatiesteller na het screeningsgesprek de LIRIK nogmaals in. De reden hiervoor is dat op het moment van invullen door het aanmeld- en acceptatieteam niet altijd voldoende zicht is op signalen voor kindermishandeling. De LIRIK komt als zodanig niet terug in de rapportage.

Het gebruik van de CBCL is wisselend. Tilburg en Breda zijn de enige vestigingen die de CBCL standaard gebruiken bij zowel jeugdzorgzaken als GGZ-zaken. In Eindhoven en Roosendaal is het gebruik van de CBCL standaard bij alleen jeugdzorgzaken. In Den Bosch en Oss wordt de CBCL af en toe gebruikt en in Helmond werken de indicatiestellers nog niet met de CBCL. Over het algemeen vinden de deelnemers het gebruik van de CBCL bij GGZ-zaken minder nuttig, omdat daar al vaak een diagnose is gesteld.

Wat betreft de rapportage over de CBCL is er ook een aantal verschillen tussen de vestigingen. In Tilburg komen de uitkomsten van de CBCL standaard terug in de rapportage, al is niet precies duidelijk op welke wijze. In Roosendaal bespreekt de indicatiesteller de uitkomsten met de ouders en voegt hiervan een verslag toe aan de rapportage. Ook komen de uitkomsten terug in het diagnostisch beeld. Dat laatste geldt ook voor Breda. In Oss voegen de gedragswetenschapper een stukje toe aan het diagnostisch beeld over de uitkomsten. Dit kan alleen vanwege het beperkte aantal ingevulde CBCL's, anders zou het te tijdrovend zijn.

Overige instrumenten

Naast de verplichte instrumenten kunnen de indicatiestellers nog andere instrumenten inzetten, afhankelijk van de casus. De deelnemers van een vestiging vertellen dat er een diagnostiekkast beschikbaar is waar aanvullende instrumenten te vinden zijn. De geïnterviewden noemen een aantal instrumenten. Zo is er vragenlijst c.q. format voor ontwikkelingsanamnese beschikbaar en een schoolvragenlijst. Het instrument Verantwoord beslissen, dat bedoeld is voor de jeugdbescherming om gestructureerd over veiligheid te kunnen beslissen, wordt bij twijfelzaken ook wel eens bij reguliere zaken gebruikt. De GGZ-indicatiestellers gebruiken de eerder genoemde BSL. Andere genoemde vragenlijsten zijn: de Child Abuse Risk Evaluation – NL (CARE-NL), het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA), een gezinsvragenlijst en vragenlijsten gericht op gespreksvoering met kinderen. De indicatiesteller bespreekt met de gedragswetenschapper welke vragenlijst geschikt is. De indruk vanuit de interviews is dat er af en toe extra instrumenten worden ingezet. Voor de meeste cliënten gebruikt Bureau Jeugdzorg alleen de verplichte instrumenten.

Vervolgindicaties en bestaande dossiers

Als er eerder diagnostiek heeft plaatsgevonden, is dat vaak een reden om de CBCL niet af te nemen. Bij jeugdzorgzaken worden bij een eventuele vervolgingindicatie in principe geen nieuwe instrumenten afgenomen. De zorgaanbieders vullen vaak ook vragenlijsten in. Het verschilt per vestiging in hoeverre de betrokken zorgaanbieders de uitkomsten op deze vragenlijsten terugkoppelen aan Bureau Jeugdzorg. Helmond krijgt de gegevens bijvoorbeeld wel teruggekoppeld, terwijl in Eindhoven geen terugkoppeling vanuit de zorgaanbieders plaatsvindt.

3.5 Het betrekken van de cliënt in het proces

In de dossiers is gekeken of het verhaal van de cliënt, ofwel de klachtanalyse, is beschreven en wat de kwaliteit van de klachtanalyse is. Ook is gekeken of in het dossier terug te vinden is wat de rol van de cliënt bij het opstellen van de doelen is en of de cliënt inspraak heeft bij het indicatiebesluit. In de interviews is nagegaan op welke momenten het betrekken van de cliënt gebeurt en op welke manier dit vorm krijgt. De paragraaf start met een overzicht van de momenten waarop contact plaatsvindt met een cliënt op basis van de interviews. Daarna wordt de betrokkenheid van de cliënt verder toegelicht op basis van zowel dossier- als interviewinformatie.

Contactmomenten

De momenten waarop de cliënt contact heeft met Bureau Jeugdzorg komen voor de verschillende vestigingen grotendeels overeen. Bij de aanmelding vindt er telefonisch contact plaats. Vervolgens vindt een face-to-face gesprek plaats met in ieder geval de ouders, het zogenaamde screeningsgesprek. Een gesprek met de jeugdige vindt meestal wel, maar niet altijd plaats. Tijdens het screeningsgesprek vindt vaak een bespreking van de hypothesen plaats, voor zover deze zijn opgesteld. Op welke manier dat gebeurt, verschilt per vestiging en per indicatiesteller. De een benoemt het als hypothesen, de ander vermijdt juist deze term. Ook komt in het screeningsgesprek aan de orde wat de cliënt belangrijk vindt, waar hij aan wil werken. Dit mondt uit in het opstellen van doelen.

Bij jeugdzorgzaken bespreekt de indicatiesteller altijd het concept indicatiebesluit, soms in een face-to-face-gesprek, soms telefonisch. Tussen het screeningsgesprek en dit adviesgesprek vindt eventueel nog telefonisch contact plaats. Bij GGZ-zaken vindt het adviesgesprek niet altijd plaats, althans niet op alle vestigingen.

Klachtanalyse

In alle 27 dossiers is de oorspronkelijke hulpvraag waarmee de cliënt zich bij Bureau Jeugdzorg heeft gemeld opgenomen. In 24 van de 27 dossiers is ook het gedrag/probleem in concrete termen beschreven volgens de visie van de cliënt. Wat de verklaring voor de problemen van de cliënt is, komt in ruim de helft van de dossiers (15) niet naar voren. Met andere woorden: in veel dossiers wordt het niet duidelijk hoe de cliënt het probleem zelf verklaart. Ook is in iets meer dan de helft van de dossiers niet beschreven hoe de cliënt het probleem hanteert (14) en waarom de cliënt het probleem niet zelf op kan lossen (14). De reden waarom de cliënt niet in staat is om het probleem zelf op te lossen, ligt overigens vaak wel voor de hand, maar wordt niet in concrete termen beschreven. In vijftien dossiers is terug te lezen wat de aard en het effect is van eerdere hulp volgens de visie van de cliënt.

Opstellen doelen

Uit vrijwel alle dossiers blijkt dat cliënten betrokken zijn bij het opstellen van de hulpverleningsdoelen. In een enkel dossier (3) is ook terug te vinden welke doelen door de cliënt zelf zijn gesteld en welke doelen daarnaast door de indicatiesteller zijn gesteld. In één dossier is expliciet terug te lezen dat de cliënt instemt met de opgestelde doelen.

Uit de interviews blijkt dat op alle vestigingen de indicatiestellers de doelen samen met de cliënt opstellen. In principe bedenkt de cliënt eerst zelf aan welke doelen hij wil werken. De indicatiesteller stelt daarnaast eventueel nog een aantal doelen voor aan de cliënt. Meerdere indicatiestellers noemen dat cliënten het vaak moeilijk vinden om zelf doelen te formuleren, dan is het nodig om de cliënt 'op gang te helpen'.

Indicatiebesluit

In slechts drie dossiers zijn de wensen van de cliënt met betrekking tot de hulp opgenomen. Het gaat bijvoorbeeld om wensen op het gebied van de hulplocatie. In bijna alle dossiers zijn de wensen van de cliënt dus niet terug te vinden. Het format voor het indicatiebesluit bevat het kopje 'visie van de cliënt'. De visie van de cliënt bestaat in de meeste gevallen uit één zin, namelijk: 'De cliënt is het eens met het indicatiebesluit'.

Het concept indicatiebesluit bespreekt de indicatiesteller altijd tijdens een adviesgesprek met de cliënt, zo komt uit de interviews naar voren. De cliënt kan dan zijn mening geven. Als de cliënt het echt niet met het advies eens, bespreekt de indicatiesteller het advies nogmaals met de gedragswetenschapper en legt daarna nog een aantal andere opties aan de cliënt voor.

3.6 Het vergroten van motivatie bij de cliënt

Niet altijd is de cliënt gemotiveerd voor hulp. Bij GGZ-zaken komt dit nauwelijks voor, maar bij jeugdzorgzaken is de motivatie bij sommige cliënten beperkt. Het gaat wel om een minderheid, de cliënten komen immers via de vrijwillige toegang binnen. Cliënten die op eigen initiatief naar Bureau Jeugdzorg komen zijn over het algemeen meer gemotiveerd dan cliënten die doorverwezen zijn.

Volgens een aantal deelnemers ligt de taak tot motiveren vooral bij het aanmeld- en acceptatieteam. Als de cliënt toch niet voldoende gemotiveerd is, wordt de zaak in die fase afgesloten, tenzij er zorgen zijn. In dat laatste geval wordt een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming gedaan.

In het geval van gescheiden ouders en bij pubers komt het relatief vaak voor dat er een gebrek aan motivatie is. Gescheiden ouders kunnen niet op dezelfde lijn zitten. Het is volgens een deelnemer dan belangrijk om het gezamenlijk belang van het kind te benadrukken. Soms ook komen ouders naar Bureau Jeugdzorg voor hulp voor hun kind, maar vindt de indicatiesteller dat ouders zelf ook hulp nodig hebben. Niet alle ouders zijn daarvoor gemotiveerd.

De deelnemers noemen verschillende manieren waarop zij proberen de motivatie van hun cliënt te vergroten. Allereerst door uit te leggen hoe de indicatiesteller tot het advies voor het indicatiebesluit is gekomen, te beargumenteren waarom deze indicatie volgens hem het beste is. Eventueel kan de indicatiesteller een andere hulpvorm voorstellen. Daarnaast probeert de indicatiesteller uit te zoeken waar de weerstand zit. Als blijkt dat ouders zich schuldig voelen omdat ze hulp nodig hebben, moeten ze gerustgesteld worden. Dan wijst de indicatiesteller erop dat de ouders verantwoordelijk blijven, ook als ze hulp krijgen. Verder wijzen indicatiestellers op de gevolgen wanneer er geen hulp wordt ingezet, noemen ze voorbeelden uit de praktijk waaruit blijkt dat hulp kan helpen en is er

soms de mogelijkheid dat de cliënt een keer bij de zorgaanbieder gaat kijken. Ook vinden ze het belangrijk om bij de vraag van de cliënt aan te sluiten, dat komt de motivatie ten goede. Als de cliënt moeilijk te motiveren is, overlegt de indicatiesteller met de gedragswetenschapper wat te doen: verder gaan met motiveren of de zaak afsluiten. Indien er zorgen zijn, bestaat ook de mogelijkheid om een raadmelding te doen. Enkele deelnemers benoemen dat de mogelijkheden om cliënten te motiveren beperkt zijn. Als voorbeeld noemt een deelnemer dat je niet zomaar een extra adviesgesprek kunt inlassen. Een andere deelnemer geeft aan dat voor sommige cliënten het proces misschien te snel gaat, voornamelijk bij cliënten met psychiatrische problematiek. Binnen een beperkt aantal contacten en op korte termijn moet het indicatiebesluit er liggen. Voor sommige cliënten gaat dat te snel.

3.7 Explicitering en onderbouwing van de keuze voor het zorgaanbod

Nadat de indicatiesteller het diagnostisch beeld heeft opgesteld, maakt hij een keuze voor het te indiceren zorgaanbod en verwerkt dit in een concept indicatiebesluit. Vervolgens vindt in de meeste gevallen een bespreking plaats tussen de indicatiesteller en de gedragswetenschapper. Daarna bespreekt de indicatiesteller het advies met de cliënt.

In de dossiers is nagegaan in hoeverre de keuze voor het zorgaanbod geëxpliciteerd wordt en in hoeverre een onderbouwing voor deze keuze is terug te vinden. Omdat aan de keuze voor een bepaalde zorgvorm een probleemanalyse vooraf gaat, zijn de dossiers ook bestudeerd op een aantal aspecten van de probleemanalyse.

In de interviews is verder uitgediept op welke manier Bureau Jeugdzorg tot een indicatiebesluit komen en welke hulpmiddelen ze daarbij gebruiken.

Probleemanalyse

De probleemanalyse betreft de interpretatie van het verhaal van de cliënt door de indicatiesteller. In de dossiers is nagegaan of en op welke wijze verschillende aspecten van de probleemanalyse terug te vinden zijn. Het gaat om de aard en ernst van de problematiek, factoren die van invloed zijn geweest op het ontstaan en voortbestaan van de problematiek, factoren die een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van de problemen en de inschatting van de indicatiesteller in hoeverre de cliënt hulp nodig heeft om het probleem aan te pakken.

In vrijwel alle dossiers (25) is de aard van de problematiek beschreven. Daarentegen ontbreekt vaak een inschatting van de mate van ernst en omvang van de problemen. In sommige dossiers is wel terug te vinden dat het om 'matige problemen' of om 'ernstige problemen' gaat, maar een onderbouwing daarbij mist dan. In één dossier is wel een onderbouwing teruggevonden.

Achttien dossiers bevatten een samenhangend geheel van uitspraken over de factoren die van invloed zijn/zijn geweest op het ontstaan en voortbestaan van de problematiek. In de zeven overige dossiers ontbreekt deze analyse of is de samenhang onvoldoende duidelijk. In een beperkt aantal dossiers (4) is een samenhangend verhaal te lezen over factoren die een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen of het verlichten van de problematiek. Deze bevinding sluit aan bij een andere bevinding, namelijk dat in de dossiers veel nadruk wordt gelegd op risicofactoren en er nauwelijks aandacht is voor protectieve factoren. Tenslotte is de inschatting van de indicatiesteller in hoeverre de cliënt hulp nodig heeft om het probleem aan te pakken in een klein aantal dossiers (7) terug te lezen.

Bepalen van het indicatiebesluit

Op basis van alle informatie die is verzameld gedurende het indicatieproces en is samengevat in het diagnostisch beeld, stelt Bureau Jeugdzorg een concept indicatiebesluit op. Voor GGZ-zaken is de AWBZ-instructie hierin leidend.

De deelnemers leggen uit dat het bepalen van het zorgaanbod gebeurt aan de hand van de doelen en de hypothesen. Ook kijken ze wat het best bij de hulpvraag past en waarvoor de cliënt gemotiveerd is. Als de cliënt om een lichte vorm van hulp gevraagd heeft, krijgt de cliënt vaak waar hij om gevraagd heeft. Hoe zwaarder de hulp waar de cliënt om vraagt, hoe kritischer Bureau Jeugdzorg kijkt of dit inderdaad de best passende hulp is. Daarnaast spelen de leeftijd van het kind, de nabijheid van het zorgaanbod en ook wachttijden een rol. De indicatiesteller doet aan de cliënt een voorstel voor een zorgvorm wat volgens hem het beste aansluit bij de cliënt. Soms legt hij maar één optie voor, soms meerdere, afhankelijk van het aanbod.

Aan de geïnterviewden is gevraagd wat zij doen met informatie over eventuele eerdere hulpverlening. Dergelijke informatie levert de zorgaanbieder vaak aan en komt standaard terug in het diagnostisch beeld. Bureau Jeugdzorg kijkt wat eerdere hulp heeft opgeleverd, welke doelen wel en niet zijn gehaald en hoeveel tijd er nodig is om de openstaande doelen te behalen. Als blijkt dat bijvoorbeeld ouders onvoldoende leerbaar zijn om van de hulp te profiteren, wordt naar alternatieve hulp gezocht.

Alle vestigingen stemmen bij sommige zaken af met de zorgaanbieder of de cliënt geschikt voor een bepaalde zorgvorm. Op de ene vestiging gebeurt dit 'soms' en op de andere vestiging 'regelmatig'. Op minimaal één vestiging hebben zogenaamde plaatsingscoördinatoren regelmatig overleg met zorgaanbieders. Daardoor hebben zij goed zicht op het hulpaanbod en het aantal beschikbare plaatsen. De indicatiestellers kan met de plaatsingscoördinator overleggen welke hulp beschikbaar is. Op minimaal één vestiging is er eenmaal per maand overleg met de zorgaanbieders waarin zij nieuwe modules presenteren.

Tenslotte vindt ook afstemming plaats met de cliënt of de hulp haalbaar is, bijvoorbeeld of het de cliënt lukt om vervoer te regelen tussen de schoollocatie en de locatie waar de dagbehandeling plaatsvindt. Vooral praktische problemen spelen wel eens een rol, maar dit is vrijwel nooit een reden om de hulp niet te indiceren. In de meeste gevallen zoekt de cliënt zelf of samen met de zorgaanbieder naar een oplossing.

Explicitering

In 26 dossiers is aangegeven wat de gewenste zorg was. Daarvan staat in 22 dossiers ook aangegeven voor welke zorgdomeinen de gewenste zorg ingezet zal worden. Negen dossiers bevatten informatie over de termijn waarop de activiteiten moeten gaan plaatsvinden.

Een uitspraak over de meest wenselijke zorglocatie is in zeventien dossiers opgenomen. Als er sprake is van een indicatie voor jeugdzorg, wordt er meestal concrete zorg bij genoemd en/of de zorgaanbieder die de hulp kan uitvoeren. Een onderbouwing voor deze keuze ontbreekt. In de interviews lichten de deelnemers toe dat in het geval AWBZ geïndiceerd is, geen concrete hulp mag worden genoemd. Bij Zorg in Natura is het wel toegestaan, maar de meeste cliënten vragen een Persoonsgebonden Budget (PGB) aan en daarbij mag het niet.

Het komt niet voor dat naast het gewenste zorgaanbod een vervangend zorgaanbod wordt geformuleerd. Als de hulp niet beschikbaar is, dient de betreffende zorgaanbieder voor een vervangende zorgaanbod te zorgen of overbruggingshulp aan te bieden.

Onderbouwen

In ongeveer de helft van de dossiers (14) is het indicatiebesluit met argumenten onderbouwd. In deze dossiers wordt duidelijk waarom de geïndiceerde zorg geschikt wordt gevonden om aan de gestelde doelen te werken. In de andere dertien dossiers ontbreekt een onderbouwing. In het indicatiebesluit is wel ruimte opgenomen voor de onderbouwing van de keuze voor het zorgaanbod, maar de onderbouwing bestaat hier vaak uit de zin 'Gezien bovenstaande, indiceert Bureau Jeugdzorg ...', waarbij bovenstaande slaat op het diagnostisch beeld. Een vestiging bevestigt dat de overwegingen soms uit één zin bestaan.

In de dossiers valt op dat de onderbouwing bij AWBZ-indicaties vaak uitgebreider is dan bij jeugdzorgzaken. In de interviews komt naar voren dat er voor AWBZ-indicaties een sjabloon beschikbaar is waarin overwegingen terug komen. De onderbouwing wordt daarmee meer gestuurd. De onderbouwing bij AWBZ-indicaties is wettelijk verplicht.

3.8 Kwaliteitsbeleving

De deelnemers aan de interviews is gevraagd wat zij merken van kwaliteitsbewaking door Bureau Jeugdzorg. Een aantal deelnemers noemt het werken met het VIB-handboek. Het handboek bevordert een eenduidige werkwijze en werkt daardoor kwaliteitsverhogend. Ook de betrokkenheid van de gedragswetenschappers ervaren de indicatiestellers als een kwaliteitscheck. Andere punten die worden genoemd, zijn: het volgen van trainingen, het cliënttevredenheidsonderzoek en intervisie/casuïstiek bespreken met collega's. Met betrekking tot het volgen van trainingen en cursussen is de ene vestiging tevreden over de hoeveelheid aanbod, terwijl een andere vestiging vindt dat Bureau Jeugdzorg weinig aanbiedt op dit gebied. Eén vestiging geeft aan dat er door wisselingen binnen het team pas sinds kort weer tijd is voor kwaliteitsverbetering.

De deelnemers geven ook een aantal punten aan met betrekking tot kwaliteit waarover zij tevreden zijn en een aantal punten die voor verbetering vatbaar zijn. De meeste vestigingen zijn tevreden over de kwaliteit van het uiteindelijke indicatiebesluit. Achteraf blijkt vaak dat er passende hulp geïndiceerd is. Eén vestiging geeft aan dat de zorgaanbieders terugkoppelen dat ze de kwaliteit van het diagnostisch beeld goed vinden. Enkele vestigingen zijn tevreden over het beperkte aantal bezwaren van ouders op hun vestiging.

Punten waarop verbetering mogelijk is, zijn onder andere de klantvriendelijkheid van het indicatiebesluit, het werken met instrumenten en hypothesen en uniformiteit in werkwijzen. Over het algemeen beoordelen de deelnemers de kwaliteit van het uiteindelijke indicatiebesluit hoger dan het proces.

3.9 Conclusies

De invoering van het VIB-handboek heeft er voor gezorgd dat de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant op een meer gestructureerde en meer uniforme wijze tot een indicatiebesluit komen. Dit is een positieve ontwikkeling, want hierdoor is de cliënt niet afhankelijk van de vestiging en de indicatiesteller bij wie hij toevallig terecht komt. Ook is bij één indicatiestellingstraject altijd een indicatiesteller en een gedragswetenschappers betrokken. Het VIB-handboek is echter nog niet op alle vestigingen volledig geïmplementeerd en alle vestigingen

wijken op een aantal punten van het handboek af, waardoor toch verschillen in werkwijzen blijven bestaan.

Twee volgens het VIB-handboek verplicht af te nemen instrumenten, de STEP en de CBCL, worden niet of nauwelijks gebruikt. Voor de STEP geldt dat Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant deze helemaal nog niet gebruikt en het gebruik van de CBCL verschilt per vestiging. Beide instrumenten bieden zicht op de ernst van de problematiek van de cliënt. Omdat de ernst van de problematiek een belangrijke rol speelt bij het bepalen van het indicatiebesluit (zie ook hoofdstuk 4) is het opvallend dat de ernst niet of nauwelijks aan de hand van een instrument in kaart wordt gebracht. Als de ernst van de problematiek in de rapportage terugkomt, ontbreekt vrijwel altijd een onderbouwing. Uit de interviews blijkt dat, wanneer de cliënt bij Bureau Jeugdzorg terug komt voor een vervolgingindicatie, geen tweede afname van de CBCL plaatsvindt. Daardoor blijft onduidelijk in hoeverre de problematiek is afgenomen.

Hoewel de ernst van de problematiek in beperkte mate geëxpliciteerd en onderbouwd wordt, ligt de nadruk in de dossiers wel op problemen en risicofactoren. Er is weinig informatie terug te vinden over protectieve factoren en factoren die een bijdrage kunnen leveren aan het oplossen of verlichten van de problemen.

Een ander opvallend punt in het indicatiestellingproces is de onderbouwing van het indicatiebesluit. Uit de dossiers blijkt dat de onderbouwing beperkt is. Een koppeling met de aard en ernst van de problematiek en de doelen die de cliënt beoogt ontbreekt vaak. Bij GGZ-zaken is de onderbouwing van betere kwaliteit. De Zorgverzekeringswet en AWBZ stellen dan ook strengere eisen aan de onderbouwing. Ook het motiveren van cliënten voor hulp heeft aandacht. Uit de interviews komt naar voren dat zij motiveren vooral opvatten als het overtuigen van de cliënt waarom een bepaalde hulpvorm het meest geschikt is voor de cliënt. De beperkte aandacht voor het motiveren van de cliënt lijkt te maken te hebben met enerzijds tijdsdruk en anderzijds ook met vaardigheden van indicatiestellers.

Op een aantal punten lijken er verschillen te zijn tussen de verschillende vestigingen. De mate waarin het VIB handboek geïmplementeerd is verschilt per vestiging als ook de verhouding tussen de verschillende VIB-trajecten. Daarnaast zijn er verschillen in het gebruik van de CBCL en de mate waarin de gedragswetenschapper bij het proces betrokken is.

Wanneer een cliënt voor een vervolgingindicatie bij Bureau Jeugdzorg komt, worden instrumenten over het algemeen niet opnieuw afgenomen en is het vooral de taak van de indicatiesteller om het diagnostisch beeld bij te stellen voor hij een nieuw indicatiebesluit afgeeft. In de meeste gevallen neemt een vervolgingindicatieproces minder tijd in beslag.

Cliënten die zijn doorverwezen zijn minder vaak gemotiveerd dan cliënten die zichzelf hebben aangemeld, maar dit hoeft niet zo te zijn. Soms nemen cliënten een dossier mee waardoor het indicatieproces minder tijd in beslag hoeft te nemen.

Concluderend kan gesteld worden dat de kwaliteit van de indicatiestelling bevorderd wordt door het gebruik van het VIB-handboek, maar dat er verschillende aspecten zijn die verbetering behoeven. De belangrijkste aandachtspunten zijn het vaststellen en onderbouwen van de ernst van de problematiek en de onderbouwing van het indicatiebesluit.

4 De keuze van het zorgaanbod

Dit hoofdstuk spitst zich toe op de keuze voor het zorgaanbod. In het vorige hoofdstuk kwam al een aantal aspecten met betrekking tot deze keuze aan bod, namelijk de manier waarop Bureau Jeugdzorg tot een indicatiebesluit komt, de explicitering van het zorgaanbod en de mate van onderbouwing. In dit hoofdstuk draait het om de wijze waarop Bureau Jeugdzorg onderscheid maakt tussen geïndiceerde provinciale jeugdzorg en overige voorzieningen zoals voorzieningen in het voorliggend veld en PGB's en ZIN in het kader van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet. Op basis van welke criteria kiest Bureau Jeugdzorg voor het een of het ander?

Het hoofdstuk begint met een toelichting op de werkwijze die is gevolgd voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2. Daarna volgt een paragraaf over de verschillende soorten indicaties die Bureau Jeugdzorg afgeeft en de bijbehorende verschillen in het indicatieproces. Vervolgens komen de criteria zelf aan de orde.

4.1 Werkwijze onderzoeksvraag 2

In het oorspronkelijke projectvoorstel is voorgesteld om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden op basis van dossieronderzoek en interviews met medewerkers van Bureau Jeugdzorg. Tijdens het dossieronderzoek dat is uitgevoerd voor de eerste onderzoeksvraag, is nagegaan of de dossiers voldoende informatie opleveren met betrekking tot de keuze voor het zorgaanbod. Daartoe is bekeken of uit de dossiers in voldoende mate criteria voor het indiceren van jeugdzorg zijn te halen. In het vorige hoofdstuk bleek al dat de onderbouwing van het zorgaanbod met name bij jeugdzorgzaken tamelijk beperkt is. Om die reden was het niet zinvol voor onderzoeksvraag 2 opnieuw dossieronderzoek uit te voeren. Om toch meer zicht te krijgen op de criteria die een rol spelen, is als alternatief tijdens het vignetonderzoek extra aandacht besteed aan de keuze voor het zorgaanbod. De bevindingen hiervan nemen we mee bij onderzoeksvraag 3a in hoofdstuk 5. De informatie in dit hoofdstuk is gebaseerd op de interviews met de indicatiestellers en de gedragswetenschappers.

4.2 Indicaties Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg verzorgt de indicatiestelling voor verschillende soorten zorgaanbod. Allereerst is Bureau Jeugdzorg de toegangspoort tot de provinciaal gefinancierde jeugdzorg. Bij jeugdzorg gaat het altijd om zorg in natura. Daarnaast indiceert Bureau Jeugdzorg jeugd-GGZ. In het kader van de AWBZ geeft Bureau Jeugdzorg indicaties af voor de zorgfuncties begeleiding en behandeling. De cliënt ontvangt dan zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB) waarmee de cliënt zelf zorg kan inkopen. Ook kan Bureau Jeugdzorg vanuit de Zorgverzekeringswet jeugd-GGZ indiceren.

Formele criteria

Om cliënt van Bureau Jeugdzorg te kunnen worden, dient te cliënt aan een aantal formele criteria te voldoen. Deze criteria zijn gebaseerd op de eisen die in de Wet op de Jeugdzorg worden gesteld. De criteria zijn weergegeven in box 4.1.

Box 4.1 Formele criteria (Bron: Wet op de Jeugdzorg)

- Jeugdigen die de meerderjarigheidsgrens nog niet hebben bereikt, en hun ouders of verzorgers.
- Jeugdigen van 18 tot 23 jaar voor wie voortzetting van jeugdzorg, die was aangevangen vóór het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd, of waarvan de aanvraag was ingediend voor het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd, noodzakelijk is. Of voor wie, na beëindiging van jeugdzorg die was aangevangen vóór het bereiken van de meerderjarigheidsleeftijd, binnen een termijn van een half jaar hervatting van jeugdzorg noodzakelijk is.
- Duurzaam (18 maanden) verblijf van de jeugdige in provincie/ grootstedelijke regio waar het Bureau Jeugdzorg gevestigd is.
- Als het bij de aanmelding ook gaat om ouders/verzorgers, moeten zij rechtmatig (=legaal) in Nederland verblijven. Een vreemdeling verblijft rechtmatig in Nederland als hij een geldige verblijfsvergunning heeft of als hij voldoet aan de voorwaarden om hier als EU-onderdaan te verblijven. Ook als er een aanvraag loopt voor een verblijfsvergunning of als er een bezwaar-/ beroepsprocedure loopt, verblijft een vreemdeling (mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan) rechtmatig in Nederland.

Naast bovengenoemde formele criteria dient de cliënt ook een hulpvraag te hebben op het gebied van (dreigende) ernstige opgroei- of opvoedproblemen.

Indien de cliënt een IQ lager dan 85 heeft, kan hij bij het CIZ terecht voor een indicatie.

Om in aanmerking te komen voor AWBZ-hulp moet een psychiatrische grondslag worden vastgesteld. Hiervoor is een diagnose vanuit de GGZ nodig. Wanneer er geen diagnose is vastgesteld, maar er zijn wel aanwijzingen voor een psychische stoornis of een psychiatrisch probleem, dan kan Bureau Jeugdzorg de cliënt naar de GGZ voor onderzoek verwijzen.

Verschillen in indicatieproces bij verschillende indicaties

Wanneer een potentiële cliënt aanklopt bij Bureau Jeugdzorg, is niet alleen de vraag of de cliënt aan de formele criteria voldoet, maar ook of de cliënt inderdaad geïndiceerde zorg nodig heeft of dat hij wellicht voldoende geholpen kan worden in het voorliggend veld. Uit de interviews blijkt dat het aanmeld- en acceptatieteam de taak heeft om te beoordelen of een cliënt geïndiceerde zorg nodig heeft. Zo niet, dan verwijst het aanmeld- en acceptatieteam de cliënt terug naar het voorliggend veld. Cliënten die eenmaal door het aanmeld- en acceptatieteam zijn geaccepteerd, worden volgens de geïnterviewden in de praktijk niet of nauwelijks nog terug verwezen naar het voorliggend veld. Een enkele deelnemer benoemt expliciet dat het niet zijn taak is om te bekijken wat er in het voorliggend veld mogelijk is.

Als de cliënt al een diagnose heeft of als er aanwijzingen zijn voor een psychische stoornis of een psychiatrisch probleem dan komt de cliënt terecht bij een indicatiesteller die gespecialiseerd is in GGZ-zaken. Cliënten bij wie dit niet het geval is, gaan naar een indicatiesteller die zich met name met jeugdzorgindicaties bezig houdt.

Uit de interviews komt naar voren dat er een verschil is in deze twee 'typen' cliënten. Cliënten die in aanmerking komen voor GGZ-zorg weten vaak al wat er aan de hand is; er is vaak al een diagnose

gesteld. De meeste cliënten komen naar Bureau Jeugdzorg om ‘een PGB te halen’. De cliënt kan dit budget vervolgens besteden aan zorg. De rol van Bureau Jeugdzorg lijkt in deze zaken meer toetsend van aard: komt de cliënt in aanmerking voor de hulp die hij vraagt? Of met andere woorden: voldoet de cliënt aan de eisen die de wet stelt?

Bij jeugdzorgzaken is minder vaak het geval dat al duidelijk is wat er precies aan de hand is. Ook gaat het bij jeugdzorg altijd om zorg in natura. Het is de taak van de indicatiesteller om uit te zoeken welke hulp het meest geschikt is voor de cliënt.

4.3 Criteria bij de keuze voor het zorgaanbod

Zoals al in de paragraaf over de werkwijze van onderzoeksvraag 2 is vermeld, zijn de interviews gebruikt om de criteria, die Bureau Jeugdzorg gebruikt bij de beslissing om wel of geen jeugdzorg te indiceren, te expliciteren. Omdat het Ministerie van Jeugd & Gezin en het Interprovinciaal Overleg (IPO) hebben afgesproken om de komende twee jaar experimenteerruimte te creëren voor de inzet van enkelvoudig ambulante zorg zonder indicatie, is ook specifiek naar criteria voor deze vorm van zorg gevraagd. Dit laatste punt komt aan het eind van deze paragraaf aan de orde.

In het eerste interview dat plaatsvond, is de deelnemers gevraagd naar de wijze waarop zij beslissen of er een indicatie voor geïndiceerde jeugdzorg moet komen of niet en welke criteria zij daarbij hanteren. In eerste instantie is deze vraag als open vraag gesteld. Het bleek lastig voor de deelnemers om concrete criteria te formuleren. In de interviews die volgden is geprobeerd de deelnemers te helpen bij het expliciteren van criteria door een matrix te gebruiken en deze gezamenlijk in te vullen. De deelnemers is eerst gevraagd welke factoren een rol spelen bij de keuze voor het zorgaanbod, bijvoorbeeld de ernst van de problematiek. Vervolgens gaven de deelnemers aan wat volgens hen typerend is voor jeugdzorgcliënten op dat gebied en typerend voor cliënten die in het voorliggend veld kunnen worden geholpen. Door deze werkwijze te hanteren en de medewerkers dus enigszins te sturen, kwamen er meer concrete criteria naar boven. Alle deelnemers benadrukten dat er niet één enkel criterium is dat bepaalt of een cliënt jeugdzorg nodig heeft of niet, maar dat het altijd gaat om een combinatie van factoren.

Een reden waarom de geïnterviewden het lastig vonden om criteria te formuleren, was dat in de praktijk de medewerkers van het aanmeld- en acceptatieteam cliënten die in het voorliggend veld geholpen kunnen worden al terug verwijzen. De indicatiestellers en de gedragswetenschapper verwijzen nauwelijks nog cliënten terug.

Criteria per factor

De deelnemers aan de interviews noemen verschillende factoren die een rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod. Factoren die genoemd worden zijn: ernst van de problematiek, aard van de problematiek, de motivatie, het intelligentieniveau, de leeftijd van het kind, het aanbod, de wensen van de cliënt, het sociaal netwerk en gebeurtenissen in het verleden. Wat betreft intelligentieniveau en leeftijd van het kind spelen formele criteria een rol, zie box 4.1 op pagina 25. Voor de overige factoren bestaan vanuit de Wet op de Jeugdzorg geen ‘harde’ criteria. De ernst en aard van de problematiek zijn volgens de deelnemers de factoren die het zwaarst meewegen in het bepalen van de zorg. Bijlage 2 (op pagina 58) betreft een overzicht van alle factoren die volgens de geïnterviewden een rol spelen en de bijbehorende criteria.

Ernst van de problematiek

Afgaande op de interviews speelt de ernst van de problematiek een belangrijke rol in het bepalen van het zorgaanbod. Alle geïnterviewden noemen deze factor als een van de eerste.

In het algemeen vinden de deelnemers dat cliënten met ernstige problemen die al langere tijd spelen in de jeugdzorg thuishoren. Onduidelijk blijft waar de grens ligt en hoe Bureau Jeugdzorg deze grens bepaalt: hoe ernstig moet de problematiek zijn om voor jeugdzorg in aanmerking te komen? En op welke manier bepaalt de indicatiesteller of de problematiek inderdaad ernstig is? Er blijkt geen 'harde grens' te zijn, die bijvoorbeeld aan de hand van een instrument vast te stellen is. Bij GGZ-zaken biedt de BSL houvast. Dit instrument helpt om te bepalen of er sprake is van ernstige problemen. Als uit de BSL blijkt dat er geen sprake is van ernstige problemen, kan de cliënt geen aanspraak maken op AWBZ-hulp.

De veiligheid van het kind speelt ook mee. Als er een zorgmelding door derden is gedaan en/of de veiligheid van het kind in het geding is, is jeugdzorg eerder geïndiceerd. Als het in het kader van de veiligheid van het kind niet nodig is om zicht te houden op het gezin, behoort hulp in het voorliggend veld tot de mogelijkheden.

Als ouders preventief hulp willen, verwijst Bureau Jeugdzorg hen door naar het voorliggend veld. Spelen er veel risicofactoren (bijvoorbeeld lage sociaal economische status, gescheiden ouders, beperkt sociaal netwerk, psychische problemen ouders) dan lijkt jeugdzorg geïndiceerd.

Bij de ernst van de problematiek speelt ook de complexiteit van de problematiek een rol. In de interviews komt naar voren dat aan de ene kant mee speelt op wie de problemen betrekking hebben (de ouders, het kind of het systeem) en aan de andere kant op welke leefgebieden de problemen spelen. Cliënten die een indicatie voor jeugdzorg krijgen kenmerken zich volgens de geïnterviewden door problemen in het systeem en problemen die zich op meerdere gebieden voor doen. Als ouders persoonlijke problemen hebben kunnen ze naar het voorliggend veld verwezen worden.

Aard van de problematiek

Wat betreft de aard van de problematiek geven verschillende geïnterviewden aan dat zij soms te maken hebben met ouders die via Bureau Jeugdzorg de omgangsregeling willen wijzigen. Bureau Jeugdzorg verwijst deze 'ruziënde' ouders naar hun advocaat of het voorliggend veld. Ook als een jongere het moeilijk heeft met de scheiding van zijn/haar ouders kan in het voorliggend veld passende hulp gevonden worden.

De medewerkers van een vestiging noemen dat, wanneer er primair sprake is van drugsproblemen, er vanuit het voorliggend veld hulp kan komen. Dit heeft te maken met het feit dat voor verslavingszorg zoals Novadic Kentron die biedt geen indicatie nodig is.

Een andere vestiging noemt dat gedragsproblemen, zowel externaliserend als internaliserend, vaak in de jeugdzorg terecht komen. Als er sprake is van problemen als bedplassen, eetproblemen of slaaproblemen kan hulp vanuit het voorliggend veld voldoende zijn, tenzij deze problemen al langere tijd spelen.

Motivatie

Motivatie is volgens de deelnemers geen doorslaggevende factor in het bepalen van het zorgaanbod, maar speelt wel een rol. In de geïndiceerde jeugdzorg komen zowel gemotiveerde als niet gemotiveerde cliënten terecht. Wanneer een cliënt terug wordt verwezen naar het voorliggend veld, is het volgens verschillende deelnemers wel belangrijk dat de cliënt voldoende gemotiveerd is.

Leerbaarheid en probleembesef

Om te kunnen profiteren van hulp in het voorliggend veld, is het volgens de geïnterviewden belangrijk dat ouders voldoende probleembesef hebben en leerbaar zijn. Een medewerker formuleert het zo: ouders moeten binnen vijf gesprekken kunnen profiteren van de geboden zorg.

Een andere medewerker noemt dat ook binnen de geïndiceerde jeugdzorg de leerbaarheid van ouders een rol speelt bij het bepalen van het zorgaanbod. Sommige zorgaanbieders zijn gespecialiseerd in zorg aan ouders met een licht verstandelijke beperking. Een medewerker vertelt dat hij ouders die minder leerbaar zijn verwijst naar zo'n type zorgaanbieder.

Eerdere hulp

In het vorige hoofdstuk is besproken wat medewerkers van Bureau Jeugdzorg doen met informatie over eerdere hulp. Met betrekking tot de keuze van het zorgaanbod blijkt uit de interviews dat hulp in het voorliggend veld een optie is wanneer er nog geen eerdere hulp voor de betreffende hulpvraag is geweest. Als ouders al van alles geprobeerd hebben, lijkt hulp binnen de jeugdzorg aangewezen te zijn. Binnen de geïndiceerde jeugdzorg geldt dat een cliënt vaak start met ambulante hulp en pas zwaardere zorg krijgt wanneer ambulante hulp onvoldoende effect heeft.

Aanbod

Of een cliënt een indicatie krijgt voor jeugdzorg of niet, hangt volgens de geïnterviewden voor een deel ook af van het (gebrek aan) aanbod binnen het voorliggend veld. Wanneer het voorliggend veld goed georganiseerd is, bijvoorbeeld wanneer de regio over een goed functionerend Centrum voor Jeugd en Gezin beschikt, hoeft de cliënt minder snel een beroep te doen op de geïndiceerde jeugdzorg.

Wensen van de cliënt

Naast bovengenoemde factoren spelen de wensen van de cliënt ook een grote rol bij het bepalen van het zorgaanbod. Op basis van de interviews ontstaat de indruk dat 'in principe de wensen van de cliënt gevolgd worden, tenzij...'. Dit punt heeft echter met name betrekking op de hulp binnen de geïndiceerde jeugdzorg en niet zozeer op de keuze tussen het voorliggend veld en geïndiceerde jeugdzorg.

Overige factoren

Tenslotte noemt een enkele deelnemer de beschikbaarheid van het sociaal netwerk van de cliënt als meespelende factor. Het indiceren van respijtzorg vanuit de AWBZ gebeurt vooral wanneer er geen beroep gedaan kan worden op het sociaal netwerk van de cliënt en/of wanneer in het verleden is gebleken dat dit niet voldoende was.

Ook noemt een deelnemer het hebben van een belast verleden als factor die meeweegt in de keuze voor het zorgaanbod. Als ouders een belast verleden hebben dat het handelen nu beïnvloedt indiceert deze indicatiesteller eerder jeugdzorg.

Onderbouwing van de criteria

Bij het ter sprake komen van bovengenoemde factoren tijdens de interviews, is de deelnemers gevraagd aan te geven waar de criteria op zijn gebaseerd. Het bleek lastig voor de deelnemers om hier concrete antwoorden op te geven, vooral wanneer het om specifieke factoren, bijvoorbeeld ernst van de problematiek, ging. De deelnemers geven aan dat de criteria die zij hanteren bij het bepalen van het zorgaanbod vooral in hun hoofd zitten. Voor een gedeelte zijn deze impliciete criteria gebaseerd op kennis vanuit de opleiding die indicatiestellers hebben gehad. Daarnaast zijn ze voor

een groot deel gebaseerd op de ervaring, zo geven zij zelf aan. Criteria kunnen ook vanuit de zorgaanbieders komen. Zo is voor bepaalde hulpvormen van belang dat de cliënt achter de behandeling staat, terwijl voldoende motivatie bij andere behandelingen juist weer geen vereiste is. Sommige deelnemers aan het interview noemen 'theorie' als basis voor criteria. Het is niet duidelijk om welke theorieën het hier precies gaat. Ook het VIB-handboek en de AWBZ-werkinstructie worden genoemd als bronnen waarop de criteria gebaseerd zijn.

Ambulante zorg bij enkelvoudige problemen

Aan het begin van deze paragraaf is al genoemd dat het Ministerie van Jeugd & Gezin en het IPO hebben afgesproken om te gaan experimenteren met het inzetten van enkelvoudig ambulante zorg zonder indicatie. Daarom is tijdens de interviews gevraagd naar criteria die momenteel een rol spelen bij de beslissing om dergelijke zorg te indiceren. Ook voor deze criteria geldt dat de deelnemers het moeilijk vonden om concrete criteria te formuleren. Daarbij komt dat de meeste deelnemers geen duidelijk beeld hadden van welke concrete vormen van hulp behoren tot ambulante zorg bij enkelvoudige problemen. Uit alle interviews werd wel duidelijk dat de groep cliënten die in aanmerking komt voor dergelijke hulp meer lijkt op de groep cliënten die in het voorliggend veld geholpen kan worden dan de groep cliënten die is aangewezen op geïndiceerde jeugdzorg. Uit de verschillende interviews komen de volgende kenmerken naar voren: er is sprake van kortdurende problemen, ouders hebben voldoende draagkracht, zijn goed gemotiveerd en hebben een hoge mate van leerbaarheid.

Een vestiging neemt een groepscursus Triple P als voorbeeld om de groep cliënten die in aanmerking komt voor ambulante zorg bij enkelvoudige problemen te omschrijven. Volgens de deelnemers van deze vestiging kenmerken ouders die kunnen profiteren van een groepscursus Triple P zich door een goede motivatie, een goed probleembesef, het vermogen om op het eigen handelen te reflecteren en afwezigheid van persoonlijke problemen.

Het belangrijkste punt waarop deze groep verschilt van cliënten die naar het voorliggend veld worden verwezen lijkt een licht gebrek aan opvoedingsvaardigheden. Waar het voorliggend veld vooral geschikt lijkt voor ouders die niet zozeer een tekort aan opvoedingsvaardigheden hebben, maar eerder een tekort aan kennis, lijkt ambulante zorg bij enkelvoudige problemen geschikt voor ouders die een licht gebrek aan opvoedingsvaardigheden ervaren en daarin getraind willen worden. Dit verschil is echter benoemd op basis van enkele interviews. In het algemeen blijkt het lastig voor de deelnemers om de doelgroep voor ambulante zorg voor enkelvoudige problemen te onderscheiden van andere doelgroepen.

4.4 Conclusies

In dit hoofdstuk staat de keuze voor het zorgaanbod centraal. Vanwege de beperkte informatie in de dossiers met betrekking tot de onderbouwing van het zorgaanbod is de informatie voornamelijk op de interviews gebaseerd.

Al in een vroeg stadium van het indicatieproces bepaalt Bureau Jeugdzorg of de cliënt terug wordt verwezen naar het voorliggend veld, in aanmerking komt voor GGZ-hulp en/of in aanmerking komt voor geïndiceerde jeugdzorg. Het aanmeld- en acceptatieteam is met deze zaak belast. Uit de interviews blijkt dat wanneer een cliënt eenmaal door Bureau Jeugdzorg geaccepteerd is, de kans klein is dat de indicatiesteller hem alsnog naar het voorliggend veld verwijst. Aangezien meerdere indicatiestellers en gedragswetenschappers aangeven tevreden te zijn over de schifting die het

aanmeld- en acceptatieteam maakt, kun je aan de ene kant concluderen dat het aanmeld- en acceptatieteam zijn werk goed doet. Anderzijds is het wel opvallend dat de mogelijkheid om een cliënt in een later stadium van het indicatieproces alsnog naar het voorliggend veld te verwijzen door de meeste indicatiestellers zelfs niet meer wordt overwogen. Het aanmeldteam baseert zijn keuze immers op beperkte informatie en bovendien kunnen de omstandigheden van de cliënt tijdens het indicatieproces veranderen waardoor het voorliggend veld wellicht wel voldoende mogelijkheden biedt.

De deelnemers aan de interviews noemen verschillende factoren die een rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod: ernst van de problematiek, aard van de problematiek, de motivatie, het intelligentieniveau, de leeftijd van het kind, het aanbod, de wensen van de cliënt, het sociaal netwerk, gebeurtenissen in het verleden en de beschikbaarheid van het aanbod. De doelen van de hulp en de effectiviteit van specifieke interventies worden niet genoemd als meespelende factoren. Er is volgens de deelnemers niet één doorslaggevende factor die bepaalt of en welke vorm van jeugdzorg geïndiceerd wordt. Het gaat altijd om een combinatie van factoren. Wel noemen de meeste deelnemers dat de ernst van de problematiek het zwaarst meeweegt in de beslissing. Een aspect daarvan betreft de veiligheid van het kind. Als die in gevaar is terugverwijzen naar het voorliggend veld geen optie.

Ook is de deelnemers gevraagd naar criteria die meespelen bij het inzetten van ambulante hulp voor enkelvoudige problemen. De deelnemers vonden het moeilijk om aan te geven welke criteria doorslaggevend zijn, maar uit het interview bleek wel dat de groep cliënten die voor deze hulp in aanmerking komt meer lijkt op de groep die naar het voorliggend veld wordt verwezen dan op de groep bij wie jeugdzorg geïndiceerd is. Dit betekent dat er sprake is van kortdurende problemen, ouders hebben voldoende draagkracht, zijn goed gemotiveerd en hebben een hoge mate van leerbaarheid. Het belangrijkste punt waarop deze groep verschilt van cliënten die naar het voorliggend veld worden verwezen lijkt een licht gebrek aan opvoedingsvaardigheden.

Op welke manier indicatiestellers beslissen of een cliënt aan een bepaald criterium voldoet, bijvoorbeeld of de problemen ernstig zijn, blijft onduidelijk. Er is geen 'harde' grens. Opvallend is dat de CBCL niet als instrument genoemd wordt als (hulp)middel bij het vaststellen van de ernst van de problematiek, terwijl dit instrument voor verschillende probleemgebieden de ernst in beeld brengt. Aangezien de medewerkers het lastig vinden om criteria te expliciteren, lijkt het alsof de criteria vooral in de hoofden van medewerkers zitten. De medewerkers bevestigen dit beeld. Zij geven aan dat de criteria voornamelijk zijn gebaseerd op kennis en ervaring. Sommige criteria worden door de zorgaanbieders gesteld.

Kortom, voor het bepalen van het zorgaanbod hanteren de medewerkers van Bureau Jeugdzorg weinig expliciete criteria. Daardoor is de kans groot dat verschillende medewerkers op basis van dezelfde informatie een andere beslissing nemen. Dit geldt voor zowel medewerkers binnen een vestiging als medewerkers tussen vestigingen. Omdat er voor geen van de vestigingen duidelijke expliciete criteria naar voren kwamen, is het lastig om de verschillende vestigingen op dit punt met elkaar te vergelijken. Er zijn immers geen duidelijke criteria die naast elkaar gelegd kunnen worden. Ook is niet zuiver om de genoemde factoren die van invloed zijn tussen de vestigingen met elkaar te vergelijken, aangezien we tijdens meerdere interviews de deelnemers bij het formuleren van criteria hebben geholpen door mogelijke factoren te noemen. Tenslotte was het vanwege het beperkte aantal medewerkers van Bureau Jeugdzorg dat geïnterviewd is onduidelijk, of het om een individuele werkwijze of opvatting van de medewerker gaat of dat het om de werkwijze of opvatting van de hele vestiging gaat. Om die reden is het niet mogelijk steekhoudende verschillen tussen vestigingen aan te wijzen.

5 De betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten

In de derde onderzoeksvraag staat de vraag centraal of medewerkers van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten komen. Het ging daarbij enerzijds om een inschatting van ernst van de problematiek, de huidige veiligheid van het kind en aanwezige risicofactoren kindermishandeling, de urgentie en anderzijds om het te nemen indicatiebesluit, dat wil zeggen het type zorgaanspraak en de zwaarte van de zorg.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de onderzoeksvragen en de methode waarmee het onderzoek is uitgevoerd. Vervolgens komen in paragraaf 5.2 de resultaten aan bod. Daarna is ook over het geheel gekeken hoe de betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten is. Tot slot worden de conclusies in paragraaf 5.3 gepresenteerd en enkele kanttekeningen bij de uitvoering van het onderzoek en de resultaten geplaatst.

5.1 Werkwijze onderzoeksvraag 3

Onderzoeksvragen

Met dit vignetonderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag: Hoe betrouwbaar zijn de indicatiebesluiten van Bureau Jeugdzorg?

Dit is uitgewerkt in twee deelvragen:

1. Maken medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg op een zelfde manier een weging van de urgentie en zwaarte van de zorgvraag, de veiligheid van de jeugdige en risicofactoren voor kindermishandeling?
2. Komen medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten van het indicatieproces (cq. Gelijke indicatiebesluiten)?

Methode

Er is gekozen voor een vignetonderzoek, omdat het voor het beoordelen van de betrouwbaarheid van de besluitvorming nodig is dat indicatiestellers over dezelfde casus een oordeel vellen. Een vignet is een beschrijving van een casus zoals die in de praktijk kan voorkomen. De codeurs beoordelen het vignet onafhankelijk van elkaar. In de praktijk is er per definitie nooit sprake van twee gelijke casussen, omdat elke cliënt unieke kenmerken en omstandigheden heeft. Daarom is het niet mogelijk om op basis van dossieronderzoek de vraag te beantwoorden of personen dezelfde beslissing nemen. In dat geval is het werken met vignetten een veel gebruikte manier om te onderzoeken of personen tot hetzelfde oordeel komen in eenzelfde casus. Door één vignet aan verschillende personen voor te leggen en hun oordeel daar over te vragen, kan bekeken worden of personen in hun oordeel overeenstemmen. Op die manier ontstaat een beeld van de betrouwbaarheid van beslissingen.

Casussen opstellen

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van een vijftal casusbeschrijvingen (zie bijlage 3 op pagina 61). Deze beschrijvingen zijn gebaseerd op de dossiers die eerder in dit onderzoek zijn bestudeerd en op ander casusmateriaal dat het Nederlands Jeugdinstituut tot zijn beschikking heeft. Er zijn vijf

verschillende casussen opgesteld, zodat het onderzoek niet afhankelijk is van de kwaliteit van een enkele casus en om voor variatie te zorgen in de casuïstiek, zoals kenmerken van de cliënt en de aard en ernst van de problematiek.

Vragenlijst

Daarnaast is een vragenlijst ontwikkeld waarmee de vijf casussen systematisch beoordeeld kunnen worden. Met die vragenlijst worden eerst de problematiek en de situatie in het gezin beoordeeld aan de hand van vragen als: Wat is de kern van de problematiek? En: Wat is de ernst van de problematiek? En: Hoe schat je de motivatie van het kind voor hulp in?

De kern van de problematiek hebben indicatiestellers beoordeeld aan de hand van categorieën uit het classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg (CAP-J; Konijn, Bruinsma, Lekkerkerker, Eijgenraam, Van der Steege, & Oudhof, 2009) . Met CAP-J kunnen hulpverleners en onderzoekers onder andere gemakkelijker de problematiek van cliënten verkennen. Omdat de indicatiestellers nog niet bekend waren met CAP-J is hen niet gevraagd om op het niveau van de concrete probleembeschrijvingen een classificatie toe te kennen aan een casus. In plaats daarvan is hen gevraagd op het niveau van de groepen een classificatie aan een casus te koppelen. De CAP-J categorieën die zij kregen voorgelegd, zijn opgenomen in bijlage 4 (op pagina 66).

Voor de inschatting van de veiligheid van het kind en de risicotaxatie zijn de concluderende vragen uit de LIRIK overgenomen.

Daarnaast beoordeelden de indicatiestellers welke zorg nodig is: wel of geen geïndiceerde jeugdzorg en het type zorgaanspraak. Vervolgens werd hen gevraagd om hun keuze voor een zorgaanspraak te motiveren.

De vragenlijst bestond deels uit multiple choice vragen en deels uit open vragen. De open vragen dienden om inzicht te krijgen de onderbouwing van de beoordelingen en beslissingen. De vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 5 (op pagina 71).

Onderzoeksmiddag

Tijdens een onderzoeksmiddag zijn de vignetten voorgelegd aan twintig indicatiestellers van Bureau Jeugdzorg. De bedoeling was dat van alle vestigingen minimaal drie indicatiestellers aan het onderzoek zouden deelnemen. Bureau Jeugdzorg was verantwoordelijk voor de organisatie van de middag en voor de werving van de deelnemers.

Aan het onderzoek deden negentien vrouwen en een man mee. Hun leeftijd varieerde van 24 tot 53 jaar met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar (standaardafwijking 7,5 jaar). De respondenten werkten tussen een half jaar en elf jaar bij Bureau Jeugdzorg met een gemiddelde van ruim drie jaar (standaardafwijking 2,9). Zeventig procent van de respondenten werkt drie jaar of korter bij Bureau Jeugdzorg. Gemiddeld werkten de respondenten al langer in de jeugdzorg: gemiddeld 6,1 jaar (standaardafwijking 4,96) met een maximum van 20 jaar.

Van alle vestigingen in Noord-Brabant was er een vertegenwoordiging aanwezig: twee personen uit zowel Den Bosch als Eindhoven, drie uit Breda, Oss, Roosendaal en Tilburg en vier uit Helmond.

Van de respondenten voeren vier personen alleen de indicatiestelling voor de AWBZ uit, zijn er drie casemanagers, zijn er twee die zowel AWBZ-indicaties afgeven als casemanagement doen, zijn er twee die screening en Volgen & Toetsen uitvoeren en is er een die zich bezighoudt met zorgmeldingen. Van de overige vijf is het niet duidelijk welke taak zij precies uitvoeren in de indicatiestelling. Zij omschreven hun functie bij Bureau Jeugdzorg als 'toegang', 'indicatiesteller' (evt. met toevoeging jeugdhulpverlening) of 'screener'.

Ondanks dat de bedoeling was dat men individueel de casus beoordeelde, heeft een aantal regelmatig met een collega overlegd hoe zij de situatie beoordeelde. Sommige indicatiestellers hadden graag

gezien dat er een mogelijkheid bestond om te overleggen met collega's of een gedragswetenschapper, omdat zij normaal gesproken ook die mogelijkheid hebben. Aan het eind van de middag merkte iemand op dat er mogelijk meer verschillen uit het vignetonderzoek naar voren konden komen dan dat er normaal gesproken zouden zijn doordat iedereen individueel werkte.

Er is een aantal opmerkingen geweest over de casus. Vooral bij de eerste casus vonden de indicatiestellers de informatie te summier. Men vond dat er te weinig informatie beschikbaar was om een goede inschatting van de situatie te kunnen maken en te beslissen welke hulp het beste aansluit bij de cliënt.

Analyses

Alle verzamelde gegevens zijn in het statistische programma SPSS ingevoerd. Omdat de onderzoeksgroep klein was en er dus weinig data waren, is er voor een vooral beschrijvende aanpak gekozen en niet voor een toetsende waarbij gecontroleerd kon worden of er daadwerkelijk verschillen tussen indicatiestellers bestaan.

In de eerste plaats is per casus geanalyseerd in hoeverre indicatiestellers overeenstemmen in hun beoordeling van de aard en ernst van de problematiek, de veiligheid en risicotaxatie van het kind, de zwaarte van de zorg, de urgentie van de zorg en indicatiebesluit. Daarvoor zijn frequenties berekend van het aantal indicatiestellers dat een bepaalde score heeft op een vraag in de vragenlijst. Ook de indicatiebesluiten zijn geanalyseerd door de frequenties te berekenen. De resultaten hiervan zijn in bijlage 6 (op pagina 76) opgenomen.

Vervolgens zijn overall analyses uitgevoerd om na te gaan in hoeverre indicatiestellers overeenstemmen in hun oordeel welke hulp nodig is (indicatiebesluit, duur en intensiteit van de hulp) en over de ernst van de problematiek en in hoeverre belangrijke inhoudelijke factoren in een casus een voorspellende waarde hebben voor de uitkomsten van het indicatiebesluit. Eerst zijn intraclass correlatiecoëfficiënts (ICC) berekend om de mate van overeenstemming te bepalen. De ICC is een maat voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De ICC is een goede maat voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als er meer dan twee codeurs een vignet hebben beoordeeld en de gemeten variabelen continu zijn. De volgende vuistregels kunnen gehanteerd worden voor het interpreteren van de ICC (zie Tabel 1). Ter vergelijking is daarbij het gebruikelijke schema voor de Cohen's Kappa toegevoegd.

Tabel 1. Kwalificatie overeenstemmingsmaat

Kwalificatie	Overeenstemmingsmaat	
	ICC	Cohen's Kappa
Slecht	-1.00 - .30	-1.00 - .20
Matig	.31 - .50	.21 - .40
Voldoende	.51 - .70	.41 - .60
Goed	.71 - 1.00	.61 - .80
Zeer Goed		.81 - 1.00

Daarna is gekeken welke factoren volgens indicatiestellers een rol spelen in hun besluitvorming. Vervolgens is met statistische analyses gekeken welke factoren daadwerkelijk een voorspellende waarde hebben voor het indicatiebesluit en de gewenste duur en intensiteit van de hulp. In de analyses is onderzocht of indicatiestellers de ernst van de problematiek, de veiligheidsinschatting en risicotaxatie en urgentie van de zorg op een zelfde manier laten meewegen in hun besluitvorming voor het gewenste zorgaanbod. Daarvoor is gebruik gemaakt van regressieanalyse. Met een

regressieanalyse kan de invloed worden nagegaan van onafhankelijke variabelen (bijv. ernst van de problematiek of urgentie van de zorg) op een afhankelijke variabele (bijv. het indicatiebesluit: wel of geen geïndiceerde jeugdzorg). Om te controleren of deze overall analyses gemaakt konden worden is met een enkelvoudige variantieanalyse onderzocht of er op de onafhankelijke variabelen systematische verschillen tussen indicatiestellers bestonden.

De antwoorden op de open vragen, die inzicht moesten bieden in de wijze waarop indicatiestellers tot hun oordeel gekomen zijn, zijn niet in SPSS verwerkt, maar op kwalitatieve wijze beoordeeld.

5.2 Resultaten

In deze paragraaf worden de resultaten over het geheel gepresenteerd. Eerst wordt de inschatting van de problematiek besproken, waarna de afgegeven indicatiebesluiten en het oordeel van over de gewenste duur en intensiteit van de hulp aan bod komen. Vervolgens is onderzocht welke factoren een rol spelen in de besluitvorming van indicatiestellers. Daarbij komt eerst naar voren welke factoren indicatiestellers menen dat er van invloed zijn op hun beslissing. Daarna worden de analyses besproken waarmee getoetst is welke criteria daadwerkelijk een rol spelen in de besluitvorming.

Problematiek

Bij de inschatting van de problematiek is gekeken naar de inschatting van de ernst van de problematiek, de aanwezigheid van kindermishandeling en de risicotaxatie.

In Tabel 2 is te zien dat de verschillen in de inschatting van de ernst van de problematiek vrij klein zijn. Omdat de ernst van de problematiek zo'n belangrijke rol speelt in de weging voor het indicatiebesluit, is het interessant om na te gaan hoe groot de overeenkomst in de inschatting van de ernst is tussen indicatiestellers. De berekening van de overeenstemmingsmaat ICC bevestigt dat de verschillen klein zijn (ICC = .69, wat betekent dat de overeenstemming voldoende tot goed is).

Tabel 2. Ernst van de problematiek per casus

Ernst van de problematiek	Casus				
	1	2	3	4	5
Helemaal niet ernstig	1	0	0	0	0
Niet zo ernstig	11	0	0	4	0
Een beetje ernstig	7	16	3	16	14
Heel ernstig	0	4	17	0	5
Totaal	19	20	20	20	19

ICC = .69

De vraag is wel of de ernst van de problematiek voldoende betrouwbaar is gemeten. De vraag naar de ernst van de problematiek is overgenomen uit de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP; Van Yperen et al., 2010). Daarin is helder verantwoord wat met de verschillende antwoordmogelijkheden wordt bedoeld. In dit onderzoek hadden de medewerkers dit niet tot hun beschikking. Het totaal beeld laat zien dat er vrij weinig variatie in de reacties is. Meer dan de helft van alle oordelen is dat de situatie “een beetje ernstig” is en nog eens vijftien “niet zo ernstig”. Het is mogelijk dat

medewerkers niet goed wisten wat het verschil tussen deze twee antwoordmogelijkheden was. Uit de literatuur is bekend dat normaal gesproken de overeenstemming van hulpverleners vrij laag is als zij zonder de hulp van een (gestandaardiseerd) instrument de ernst van de problemen inschatten (zie Eijgenraam et al., 2008). De tamelijk grote overeenstemming is dus een opvallend resultaat en moet met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Aan de hand van de concluderende vragen uit de LIRIK is indicatiestellers gevraagd een inschatting te maken of er sprake is van kindermishandeling en wat de risico's voor de toekomst zijn (zie Tabel 3 en Tabel 4). De overeenstemming over de huidige veiligheid van het kind is hoog (ICC = .71). De overeenstemming over de risico's op kindermishandeling in de toekomst is matig (ICC = .45).

Tabel 3. Huidige veiligheid van het kind

Veiligheid van het kind	Casus				
	1	2	3	4	5
Er is sprake van een levensbedreigende situatie	0	0	1	0	0
Er is sprake van feitelijk aangetoonde kindermishandeling	0	0	13	0	0
Er is mogelijk sprake van kindermishandeling	5	13	6	8	19
Er zijn geen aanwijzingen voor kindermishandeling	15	7	0	12	0
Totaal	20	20	20	20	19

Tabel 4. Risico van kindermishandeling in de toekomst

Risico van kindermishandeling	Casus				
	1	2	3	4	5
Zeer groot	0	0	6	1	0
Groot	0	4	11	0	10
Reëel	10	10	1	13	7
Klein	10	6	2	6	2
Totaal	20	20	20	20	19

Indicatiebesluit

Aan de indicatiestellers is expliciet gevraagd of zij geïndiceerde jeugdzorg wilden indiceren. Vervolgens konden zij op de vragenlijst invullen welk indicatiebesluit zij afgaven. Gebleken is dat de indicatiestellers voor vrijwel alle voorgelegde casussen een indicatie voor jeugdzorg afgaven. Slechts in vijf van de honderd besluiten in dit onderzoek besloten indicatiestellers dat geïndiceerde jeugdzorg niet nodig was. Uit hun reacties blijkt dat zij in dat geval vermoeden dat er in het voorliggend veld nog mogelijkheden zijn om de problemen aan te pakken.

Tabel 5 op pagina 36 laat zien welke indicaties indicatiestellers afgeven per casus en in totaal. Daaruit blijkt dat vooral jeugdhulp thuis veel ingezet wordt. Uit de beschrijvingen in eigen woorden van indicatiestellers valt op dat hier allerlei verschillende hulpvormen onder vallen, die verschillen in duur en intensiteit. Dus hoewel het erop lijkt dat indicatiestellers vaak dezelfde zorgaanspraak indiceren, betekent dit niet dat ook dezelfde hulp geboden wordt. De beschrijvingen van indicatiestellers doen vermoeden dat er aanzienlijke verschillen zijn.

Tabel 5. Zorgaanspraken geïndiceerd per casus

Zorgaanspraak	Casus					Totaal
	1	2	3	4	5	
Jeugdhulp thuis	4	15	17	16	18	70
Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder (individueel)	2	1	1	0	1	5
Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder (groep)	4	2	2	2	0	10
Pleegouders (24 uur)	0	0	1	2	0	3
Pleegouders (deeltijd)	0	0	2	0	0	2
24-uurs verblijf zorgaanbieder	0	0	0	0	0	0
Deeltijd verblijf zorgaanbieder	2	0	3	0	2	7
Observatiediagnostiek	6	7	0	0	4	17
Behandeling volgens zorgverzekeringswet	10	10	1	1	4	26

Het wordt beter zichtbaar dat indicatiestellers verschillende hulpvormen op het oog hebben als gekeken wordt naar de gewenste duur en intensiteit van de hulp. In onderstaande tabellen is een overzicht gemaakt per casus en in totaal hoe indicatiestellers oordelen over de duur en intensiteit van de hulp. De berekende ICC's laten zien dat de overeenstemming tussen indicatiestellers voor de duur van de hulp matig is (ICC=.40) en voor de intensiteit van de hulp zelfs slecht is (ICC=.26).

Tabel 6. Duur van de hulp

Duur van de hulp	Casus				
	1	2	3	4	5
Zeer kort	0	0	0	1	0
Kort	4	1	0	4	0
Matig lang	13	6	3	8	3
Lang	1	13	11	6	16
Zeer lang	0	0	6	0	0

Tabel 7. Intensiteit van de hulp

Intensiteit van de hulp	Casus				
	1	2	3	4	5
Zeer licht	0	0	0	0	0
Licht	11	4	2	8	2
Matig zwaar	5	15	6	11	12
Zwaar	2	1	12	0	5
Zeer zwaar	0	0	0	0	0

Wanneer gekeken wordt naar hoe indicatiestellers de duur en intensiteit in relatie tot elkaar inschatten (zie Tabel 8), blijkt dat naarmate de duur van de benodigde hulp langer wordt geschat, ook de intensiteit van de hulp toeneemt. Langere hulp gaat dus in de meeste gevallen ook samen met meer intensieve hulp. Maar te zien is ook dat dit niet één op één opgaat: soms wil een indicatiesteller langdurig lichte hulp en in andere gevallen kortdurende zware hulp. Er is een phi-toets uitgevoerd om te toetsen of het inderdaad zo is dat naarmate langere hulp wordt ingezet ook intensievere hulp wordt geïndiceerd. Phi is een maat om te berekenen of er samenhang tussen variabelen bestaat. De uitkomsten laten zien dat dit het geval is ($\phi = .43$; $p < .01$).

Tabel 8. Samenhang tussen duur en intensiteit van de hulp

Duur van de hulp	Intensiteit van de hulp			Totaal
	Licht	Matig zwaar	Zwaar	
Zeer kort	0	1	0	1
Kort	6	1	2	9
Matig lang	14	18	1	33
Lang	7	28	12	47
Zeer lang	0	1	5	6
Totaal	27	49	20	96

Phi = .43, $p < .01$ (duur van de hulp teruggebracht naar 3 categorieën)

Ook voor de urgentie van de hulp is een ICC berekend. De overeenstemming van indicatiestellers over de urgentie waarmee de hulp ingezet moet worden is matig (ICC = .38). Tabel 9 laat ook zien dat er verschillen tussen indicatiestellers zijn. Vooral bij casus 3 en 4 zijn de verschillen groot.

Tabel 9. Urgentie van de hulp

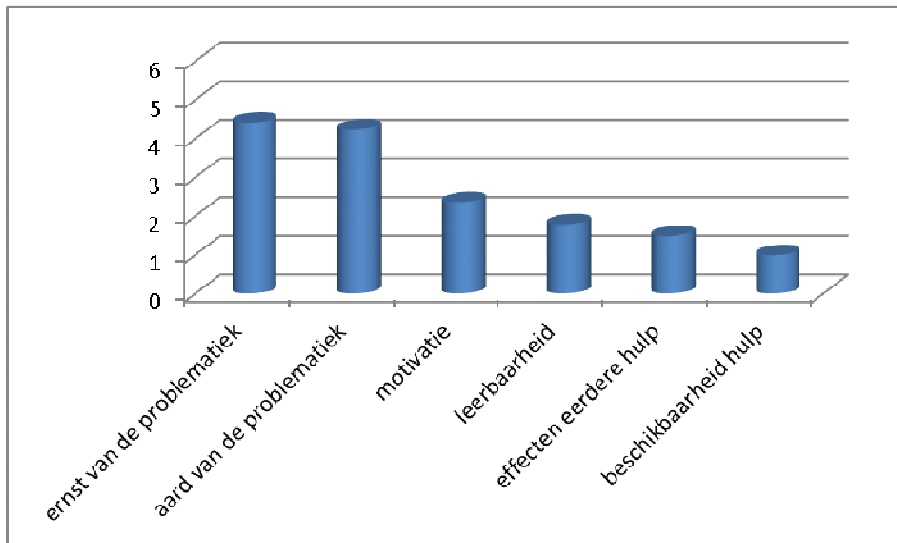
Urgentie van de hulp	Casus					Totaal
	1	2	3	4	5	
De zorg kan zonder nadere tijdsbepaling uitgesteld worden	1	0	0	1	0	2
De interventie kan zeker tot 12 weken uitgesteld worden	10	4	0	1	1	16
De interventie binnen 4 weken starten of continueren	5	15	7	11	12	50
De interventie binnen 5 dagen starten of continueren	0	0	9	4	5	18
De interventie binnen 24 uur starten of continueren	0	0	4	1	0	5
Totaal	16	19	20	18	18	91

Oordeel van de indicatiestellers over criteria voor indicatiebesluit

Welke criteria spelen volgens indicatiestellers een rol in hun besluitvorming? In figuur 1 op de volgende pagina is weergegeven hoeveel belang indicatiestellers gemiddeld hechten aan de verschillende factoren. De figuur laat zien dat hoe hoger het staafje is, des te groter is de invloed volgens de indicatiestellers op hun besluitvorming. Vooral de aard en de ernst van de problematiek spelen een rol.

Uit de reacties van indicatiestellers blijkt dat vooral de aard en ernst van de problematiek van belang zijn in hun overwegingen. Van de indicatiestellers meende 93 procent dat de ernst van de problematiek de belangrijkste of op een na belangrijkste factor was in hun overwegingen. Negentig procent van de indicatiestellers meende dat de aard van de problematiek de belangrijkste of op een na belangrijkste factor was in hun overwegingen. De motivatie van cliënten kwam vaak op de derde plaats. De leerbaarheid van cliënten, effecten van eerdere hulp en de beschikbaarheid van hulp speelden een kleinere rol (zie ook Tabel 13 in bijlage 2 op pagina 59).

Figuur 1. Criteria voor indicatiebesluit



Analyse van criteria voor indicatiebesluit

Vervolgens is met statistische analyses onderzocht of deze factoren daadwerkelijk een rol in de besluitvorming van indicatiestellers spelen. Met een logistische regressie analyse is onderzocht of de inschatting van de ernst van de problematiek, de huidige veiligheid van het kind, de risicotaxatie en de urgentiebepaling van invloed waren op het oordeel over de gewenste duur en intensiteit van de hulp. De factoren motivatie en leerbaarheid van ouders en kinderen zijn in deze analyses niet meegenomen, omdat bleek dat veel indicatiestellers deze lastig vonden om in te schatten op basis van de beschikbare informatie. Ook de inschatting wat de effecten van eerdere hulp waren en de factor 'beschikbaarheid van het hulpaanbod' zijn niet meegenomen, omdat hiervoor niet voldoende gegevens beschikbaar waren.

Uit de logistische regressie analyses blijkt dat alleen de inschatting van de ernst van de problematiek significante invloed heeft op de duur en intensiteit van de gewenste zorg (zie Tabel 10).

Tabel 10. Logistische regressie 'duur van de hulp' en 'intensiteit van de hulp'

Tabeltekst	Duur van de hulp			Intensiteit van de hulp		
	Odds ratio	95% betrouwbaarheidsinterval Ondergrens	Bovengrens	Odds ratio	95% betrouwbaarheidsinterval Ondergrens	Bovengrens
Ernst van de problematiek	6,170*	1,009	37,739	7,582*	1,248	46,071
Huidige veiligheid van het kind	1,157	0,283	4,740	1,242	0,190	8,128
Risicotaxatie	0,554	0,246	1,249	1,524	0,493	4,717
Urgentiebepaling	0,711	0,280	1,805	2,212	0,555	8,810

* p < 0.05

Tabel 11 en Tabel 12 illustreren ook dat naarmate de inschatting van de ernst van de problematiek ernstiger is de kans dat langere en intensievere hulp groter wordt. Een chi-kwadraattoets bevestigt dat dit significant is (chi-kwadraat voor de duur van de hulp = 28,9; $p < .01$ en chi-kwadraat voor de intensiteit van de hulp = 29,5; $p < .01$). Bij heel ernstige problemen wordt vaker langdurige tot zeer langdurige hulp ingezet dan bij niet ernstige problemen. Ditzelfde geldt voor de intensiteit van de hulp: bij heel ernstige problemen wordt vaker zware tot zeer zware hulp ingezet dan bij niet ernstige problemen.

Er moet hierbij rekening gehouden dat de overeenstemming tussen indicatiestellers over de duur en intensiteit van de hulp vrij laag is. Dit betekent dat hun oordeel over de ernst van de problematiek nog tot verschillende uitkomsten leidt wat betreft de duur en intensiteit van de gewenste hulp.

Tabel 11. Duur van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Niet ernstig	14	0	14
Een beetje ernstig	25	30	55
Heel ernstig	3	23	26
Totaal	42	55	95

Tabel 12. Intensiteit van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit van de hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Niet ernstig	14	0	14
Een beetje ernstig	50	5	55
Heel ernstig	11	15	26
Totaal	75	20	95

Er is onderzocht of eenzelfde trend zichtbaar is voor de zorgaanpakken die de respondenten indiceren, dat wil zeggen of de inschatting van de ernst van de problematiek, de huidige veiligheid en risico's op kindermishandeling en de urgentie een voorspellende waarde hadden voor de zorgaanpak die indicatiestellers indiceerden. Omdat er vrij weinig variatie was in de zorgaanpakken, zijn er twee nieuwe variabelen gecreëerd waarin een aantal zorgaanpakken werden gecombineerd. De eerste nieuwe variabele was 'ambulante hulpverlening', bestaande uit de zorgaanpakken jeugdhulp thuis, individuele en groepsbehandeling op de locatie van de zorgaanbieder. De tweede nieuwe variabele was 'verblijf', bestaande uit deeltijd en 24-uurs pleegzorg en deeltijd en 24-uurs verblijf bij de zorgaanbieder. De resultaten van deze logistische regressie analyses waren niet significant. De inschatting van de ernst van de problematiek, de huidige veiligheid, de risico's van kindermishandeling en de urgentie hebben dus geen voorspellende waarde

voor het indiceren van ambulante hulpverlening of verblijf. Omdat er geen significante resultaten zijn, zijn de exacte gegevens van de analyses niet in een tabel opgenomen.

Betrokkenheid van de gedragswetenschapper

In vrijwel alle situaties zouden de indicatiestellers de casus aan de gedragswetenschapper voorleggen. Een aantal geeft hierbij aan dat het deel uitmaakt van de normale werkwijze om een casus met de gedragswetenschapper te bespreken. Slechts twaalf keer is aangegeven dat een indicatiesteller de casus niet zou bespreken. De vraag welke concrete vraag indicatiestellers aan de gedragswetenschapper willen voorleggen, levert echter weinig informatie op.

Indicatiestellers plaatsen vooral algemene opmerkingen. Globaal vallen die in twee categorieën uiteen. Deels gaan de opmerkingen over de inschatting van de problematiek. Het lijkt erop dat zij daar vooral vragen over stellen aan de gedragswetenschapper als zij zich zorgen maken over mogelijke kindermishandeling. Het merendeel van de opmerkingen gaat over de hulp die geïndiceerd moet worden. Het gaat dan om vragen over het soort hulp dat geboden moet worden en de volgorde waarin dat gebeurt. Ook stellen zij vragen over de hulp die nodig is als de veiligheid van het kind mogelijk gevaar loopt en op welke personen de hulp gericht moet zijn. In bijlage 7 is een overzicht van de antwoorden opgenomen die indicatiestellers hebben gegeven op de vraag: “Welke concrete vraag had je aan de gedragswetenschapper willen voorleggen?”

5.3 Conclusie

Dit vignetonderzoek dient antwoord te geven op de vraag hoe betrouwbaar de indicatiebesluiten van Bureau Jeugdzorg zijn. Als er over de betrouwbaarheid van besluiten gesproken wordt, dan gaat het vooral om de vraag of indicatiestellers tot dezelfde besluiten komen bij dezelfde casus. Voorafgaand aan het besluit beoordelen indicatiestellers de situatie van een cliënt. Ook hierin kunnen indicatiestellers overeenkomen of verschillen. Daarom is de andere vraag die met dit onderzoek beantwoord of indicatiestellers dezelfde criteria hanteren voor hun besluitvorming en of er verschillen zijn in de beoordeling van die criteria.

1. Maken medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg op een zelfde manier een weging van de urgentie en zwaarte van de zorgvraag, de veiligheid van de jeugdige en risicofactoren voor kindermishandeling?

In de eerste plaats is onderzocht hoe indicatiestellers de problematiek inschatten en in hoeverre zij daarin van elkaar verschillen. De overeenstemming van indicatiestellers blijkt voor de inschatting van de ernst van de problematiek en de huidige veiligheid van het kind vrij groot te zijn. Zij verschillen echter wel in hun inschatting van de risico's van kindermishandeling in de toekomst. Ook is onderzocht in hoeverre zij overeenstemmen in hun oordeel over de benodigde hulp. De overeenstemming van indicatiestellers over de duur, intensiteit en urgentie van de hulp is laag. Dit betekent dat indicatiestellers verschillend inschatten welke hulp (hoe lang en hoe intensief) ingezet moet worden. Ook verschillen zij van mening over hoe snel de hulp ingezet moet worden. Vervolgens is onderzocht hoe medewerkers inhoudelijke argumenten over een casus laten meewegen in hun beslissing welke hulp het beste geïndiceerd kan worden. Indicatieestellers zelf menen dat vooral de aard en ernst van de problematiek en de motivatie van cliënten een rol speelt in hun besluitvorming. Een kleinere invloed op het indicatiebesluit hebben de leerbaarheid van cliënten, de inschatting van de effecten van eerdere hulp en de beschikbaarheid van hulpaanbod.

De logistische regressie analyses bevestigen dit beeld wat betreft ernst van de problematiek. Uit de analyse blijkt dat ernst een rol speelt in de zwaarte van de zorg. De andere criteria die de indicatiestellers zelf noemden, konden niet in de regressie-analyse worden meegenomen. Op basis van de analyses bleek dat de inschatting van de veiligheid van het kind en de risico's van kindermishandeling in de toekomst geen rol in het indicatiebesluit speelden.

2. Komen medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten van het indicatieproces (cq. gelijke indicatiebesluiten)?

Indicatiestellers blijken tot verschillende indicatiebesluiten voor de vignetten te komen. Sommige indicatiestellers blijken ambulante hulp te indiceren, terwijl anderen menen dat pleegzorg of (deeltijd) verblijf bij een zorgaanbieder nodig is. Ook de inschattingen van de gewenste duur en intensiteit van de zorg laten zien dat er verschillen zijn tussen indicatiestellers. Wanneer hiervoor de overeenstemmingsmaat ICC berekend wordt, blijkt de overeenstemming laag te zijn. Gaandeweg de analyses bleek dat de geïndiceerde zorgaanspraken weinig houvast boden voor het type hulp dat daadwerkelijk geboden moet worden. Met type hulp wordt in dit geval bedoeld hoe lang de geboden hulp duurt, hoe intensief de hulp is en wat de inhoud van de hulp is. Vooral 'jeugdhulp thuis' wordt veel geïndiceerd bij de voorgelegde vignetten. Uit de omschrijvingen in eigen woorden van indicatiestellers blijkt dat onder de zorgaanspraak 'jeugdhulp thuis' allerlei verschillende vormen van zorg vallen, variërend van lichte tot zware hulp. Er kunnen geen uitspraken gedaan worden over de vraag of andere zorgaanspraken ook weinig houvast bieden ten aanzien van de duur en intensiteit van de hulp, aangezien die weinig geïndiceerd werden.

Opvallende resultaten

In de analyse van de gegevens is een aantal dingen opgevallen.

In de eerste plaats valt op dat indicatiestellers vrijwel altijd jeugdzorg indiceren als zij een casus voorgelegd krijgen. Er is indicatiestellers expliciet gevraagd of zij geïndiceerde zorg willen inzetten. Zij zetten geïndiceerde zorg ook in bij zaken waar zij de problematiek als relatief licht inschatten (bijvoorbeeld casus 1). De vraag wat er in het voorliggend veld of binnen het sociale netwerk mogelijk is om de problemen aan te pakken, lijken indicatiestellers nauwelijks te overwegen. Indicatiestellers merken hierover op dat het aanmeldteam al beslist op basis van de GCT of een cliënt terugverwezen wordt naar het voorliggend veld of door Bureau Jeugdzorg geaccepteerd wordt voor een indicatietraject richting geïndiceerde jeugdzorg. Blijkbaar meenden indicatiestellers dat zich die vraag tijdens dit onderzoek ook niet hoefden te stellen. Het automatisme waarmee indicatiestellers veronderstellen dat zij de mogelijkheden in het voorliggend veld of het sociale netwerk niet hoeven af te wegen, roept vragen op over de zorgvuldigheid van de afweging welke hulp het meest geschikt is voor een kind of gezin.

Wat ook opvalt, is dat bij alle casussen – met uitzondering van casus 1 – bijna iedereen koos voor 'jeugdhulp thuis'. Het lijkt erop dat dit een zorgaanspraak is waar allerlei uiteenlopende vormen van hulp bij ingezet kunnen worden. Er lijkt weinig samenhang te bestaan tussen de geïndiceerde zorgaanspraak enerzijds en de duur en intensiteit van de hulp anderzijds.

In de tweede plaats valt het op dat bij vrijwel alle voorgelegde vignetten een vrij grote groep indicatiestellers meent dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling. Ook bij vignetten waar er geen aanleiding is om te denken aan kindermishandeling (bijvoorbeeld casus 2) vermoedt een meerderheid dat er sprake kan zijn van kindermishandeling. In casus 2 wordt expliciet gesproken over ouders als 'warm en goed functionerend'. Toch oordeelt tweederde dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling. Een verklaring hiervoor kan zijn dat indicatiestellers door bepaalde informatie

in de vignetten getriggerd worden, waardoor zij zich richten op hun vermoeden van kindermishandeling zonder verder oog te hebben voor informatie die dit tegenspreekt. Ten derde lijkt het erop dat bepaalde informatie in de vignetten indicatiestellers tot een bepaalde denkrichting verleidde. Zo vallen de resultaten van casus 3, wat een zorgmelding was. Hoewel de omschrijving verder vergelijkbaar is met de problemen in andere casus, lijken indicatiestellers de problemen veel zwaarder in te schatten en zwaardere hulp in te zetten. Veel vaker dan bij de andere casussen wordt de problematiek als heel ernstig ingeschat. Indiciestellers zijn ook geneigd om langere en intensievere hulp te bieden in deze situatie. Maar als gekeken wordt naar de geïndiceerde zorgaanspraak, kiest vrijwel iedereen voor 'jeugdhulp thuis', wat ook bij de andere casussen te zien is. De toevoeging dat het om een zorgmelding gaat, zet mensen blijkbaar op een bepaald spoor. Ook bij casus 2 valt die denkrichting op: een groot deel van de indicatiestellers heeft een vermoeden van kindermishandeling, terwijl in het vignet gesproken wordt over warme en goed functionerende ouders. Dit doet vermoeden dat bepaalde informatie in het vignet ervoor heeft gezorgd dat indicatiestellers meenden dat er sprake van kindermishandeling zou kunnen zijn, ook al was er duidelijke informatie die dit tegensprak.

Kanttekeningen

Bij de uitvoering van dit vignetonderzoek zijn enkele kanttekeningen te plaatsen. Een belangrijke kanttekening is dat een dergelijk vignetonderzoek altijd enigszins verschilt van de dagelijkse praktijk. Een belangrijk verschil tussen de praktijk en dit onderzoek is dat de indicatiestellers de beslissingen individueel, terwijl zij normaal gesproken de mogelijkheid hebben om met een gedragswetenschapper of een collega te overleggen. Uit dit onderzoek blijkt desgevraagd dat zij dat in de meeste gevallen ook hadden willen doen. Daarbij valt op dat indicatiestellers weinig specifieke vragen opschrijven als ze de vraag krijgen welke concrete vraag zij aan de gedragswetenschapper willen stellen. Zij plaatsen vooral algemene opmerkingen, zoals 'iemand met andere ogen naar de casus te laten kijken', 'inschatting van de veiligheid maken' of 'mogelijkheid van andere hulpvormen'.

Een ander belangrijk verschil met de praktijk is de beperkte en voorgestructureerde informatie die de indicatiesteller heeft. In de praktijk is het mogelijk nadere informatie over de cliënt in te winnen, al dan niet bij de cliënt zelf. Bij het casusonderzoek moesten de deelnemers het doen met de informatie uit het vignet. Om te voorkomen dat belangrijke informatie ontbrak zijn de vignetten gebaseerd op dossiermateriaal en vergeleken met wat indicatiestellers zelf in hun dossiers aan informatie vermelden. De onderzoekers meenden dat dit redelijk overeenkwam. Toch blijken indicatiestellers een aantal aspecten in de vignetten moeilijk te kunnen beoordelen, zoals de leerbaarheid en motivatie van ouders en kinderen. Wat hierin mogelijk een rol speelt, is dat indicatiestellers door gesprekken met ouders over meer informatie beschikken dan zij in hun dossiers vermelden, zoals non-verbale informatie en intuïtieve oordelen.

Er kan ook een kanttekening geplaatst worden bij de manier waarop indicatiestellers is gevraagd de ernst van de problematiek te beoordelen. Voor de inschatting van de ernst van de problematiek hebben zij geen vragenlijst of checklist gebruikt die ervoor kan zorgen dat zij de ernst systematisch beoordelen. In de dagelijkse praktijk doen zij dat ook niet. Hier kleeft als nadeel aan dat dit weinig betrouwbaar is. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat het klinisch oordeel van hulpverleners varieert door factoren die weinig te maken hebben met een casus zelf, zoals persoonlijke ervaringen en normen en waarden van de hulpverlener (zie o.a. Eijgenraam en collega's, 2008; Ten Berge, 1998). Een vragenlijst of checklist vergroot de kans dat indicatiestellers elke casus op dezelfde

manier beoordelen en dat er meer uniformiteit tussen indicatiestellers in de beoordeling ontstaat doordat deze minder afhankelijk is van persoonlijke opvattingen.

6 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk zetten we eerst de belangrijkste resultaten uit het onderzoek op een rij, aan de hand van de onderzoeksvragen (6.1). Vervolgens destilleren we daaruit de belangrijkste conclusies in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk. Op basis van die conclusies komen we tot slot tot een aantal aanbevelingen in de slotparagraaf.

6.1 Belangrijkste bevindingen uit het onderzoek

Aan de hand van de onderzoeksvragen zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij, eerst met betrekking tot algemene kwaliteitsaspecten, daarna gaan we meer in op de criteria die een rol spelen bij de keuze voor een zorgaanbod en tot slot beantwoorden we de vragen met betrekking tot de betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten.

Algemene kwaliteitsaspecten van het indicatieproces

De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is: “Hoe is de kwaliteit van het indicatieproces in zijn algemeen bij BJZ Noord-Brabant?”. Hierbij worden de volgende vier deelvragen onderscheiden:

1.a. Hoe is de kwaliteit van de volgende facetten van het indicatieproces: duur, structuur, inzet van instrumenten en technieken, explicitering en onderbouwing keuze zorgaanbod, het betrekken van de cliënt in het proces, het vergroten van de motivatie bij de cliënt?

De invoering van het VIB-handboek heeft er voor gezorgd dat de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant op een meer gestructureerde en meer uniforme wijze tot een indicatiebesluit komen. Het VIB-handboek is echter nog niet op alle vestigingen volledig geïmplementeerd en alle vestigingen wijken op een aantal punten van het handboek af, waardoor toch verschillen in werkwijzen blijven bestaan.

De doorlooptijden die in het VIB-handboek worden genoemd, blijken in de praktijk moeilijk haalbaar te zijn (dit geldt voor alle drie de trajecten). De sleuteltijden zijn beter haalbaar, dit geldt echter niet voor VIB-III trajecten.

Twee volgens het VIB-handboek verplicht af te nemen instrumenten, de STEP en de CBCL, worden niet of nauwelijks gebruikt. Dit is opvallend, aangezien beide instrumenten zicht bieden op de ernst van de problematiek van de cliënt en dit een belangrijke rol speelt bij het bepalen van het indicatiebesluit.

Een ander opvallend punt in het indicatiestellingproces is de onderbouwing van het indicatiebesluit. Uit de dossiers blijkt dat de onderbouwing beperkt is. En een koppeling met de aard en ernst van de problematiek, de doelen die de cliënt beoogt en oplossingsmogelijkheden ontbreekt vaak. Bij GGZ-zaken is de onderbouwing overigens van betere kwaliteit.

Aan het betrekken van de cliënt in het proces en het vergroten van de motivatie van de cliënt wordt mondjesmaat aandacht besteed. Die beperkte aandacht lijkt te maken te hebben met enerzijds tijdsdruk en anderzijds met vaardigheden van indicatiestellers.

Concluderend kunnen we stellen dat de kwaliteit van de indicatiestelling wordt bevorderd door het gebruik van het VIB-handboek, maar er zijn nog verschillende aspecten die verbetering

behoeven. De belangrijkste aandachtspunten zijn het vaststellen en onderbouwen van de ernst van de problematiek en de onderbouwing van het indicatiebesluit.

1.b. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: zijn er verschillen bij de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg?

Op een aantal punten lijken er verschillen te zijn tussen de verschillende vestigingen. De mate waarin het VIB handboek geïmplementeerd is verschilt per vestiging, als ook de verhouding tussen de verschillende VIB-trajecten. Daarnaast zijn er verschillen in het gebruik van de CBCL en de mate waarin de gedragswetenschapper bij het proces betrokken is. Op basis van de resultaten zijn deze verschillen tussen de vestigingen echter niet steekhoudend; daarvoor zijn ten eerste de aantallen te klein, ten tweede is het niet altijd duidelijk of de verkregen informatie om een individuele mening cq. handeling gaat of het beleid van een vestiging.

1.c. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: bestaat er een verschil van benadering ten aanzien van mensen die zichzelf aanmelden bij Bureau Jeugdzorg en degenen die zijn doorverwezen door het voorliggend veld?

Cliënten die zijn doorverwezen zijn minder vaak gemotiveerd dan cliënten die zichzelf hebben aangemeld (maar dit hoeft niet zo te zijn). Uit de interviews bleek echter dat men weinig ruimte in het indicatieproces ziet om de motivatie bij cliënten te vergroten.

Cliënten die zijn doorverwezen nemen soms een dossier mee, waardoor het indicatieproces minder tijd in beslag hoeft te nemen.

1.d. Met betrekking tot de genoemde facetten bij subvraag 1a: is er verschil in kwaliteit bij eerste indicaties en herindicaties?

Voor beide soorten indicaties geldt dat de onderbouwing beperkt is, de kwaliteit op dat gebied is dus bij beiden voor verbetering vatbaar.

Wanneer een cliënt voor een vervolgingindicatie bij Bureau Jeugdzorg komt, worden instrumenten over het algemeen niet opnieuw afgenomen en is het vooral de taak van de indicatiesteller om het diagnostisch beeld bij te stellen voor hij een nieuw indicatiebesluit afgeeft. In de meeste gevallen neemt een vervolgingindicatieproces minder tijd in beslag.

De keuze van het zorgaanbod

De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is: “Hoe is de kwaliteit van het indicatieproces met betrekking tot de keuze voor het zorgaanbod bij BJJ Noord-Brabant?”. Hierbij worden de volgende drie deelvragen onderscheiden:

2.a. Op welke wijze wordt in het indicatieproces onderscheid gemaakt tussen de keuze voor geïndiceerde provinciale jeugdzorg en voor overige voorzieningen (PGB's, ZIN in het kader van AWBZ en ZVW, voorliggend veld)?

Direct bij de aanmelding bepaalt het aanmeld- en acceptatieteam of de cliënt terug wordt verwezen naar het voorliggend veld, in aanmerking komt voor GGZ-hulp en/of in aanmerking komt voor geïndiceerde jeugdzorg. De mogelijkheid om een cliënt in een later stadium van het indicatieproces (op basis van meer en gedetailleerde informatie) alsnog naar het voorliggend veld te verwijzen, wordt door de meeste indicatiestellers niet meer wordt overwogen. Dit is opmerkelijk, het aanmeldteam baseert zijn keuze immers op beperkte informatie en bovendien kunnen de omstandigheden van de cliënt tijdens het indicatieproces veranderen waardoor het voorliggend veld wellicht wel voldoende mogelijkheden biedt. Overigens werd een beperkt

aanbod in het voorliggend veld genoemd als een van de redenen om cliënten niet terug te verwijzen.

2.b. Welke criteria spelen een rol bij de beslissing om wel of geen jeugdzorg te indiceren?

Bij de beslissing wel of geen jeugdzorg te indiceren hanteren de medewerkers van Bureau Jeugdzorg weinig expliciete criteria. Ook worden er niet of nauwelijks instrumenten gebruikt die hiervoor een 'harde' grens kunnen geven. Daardoor is de kans groot dat verschillende medewerkers op basis van dezelfde informatie een andere beslissing nemen. Tot op zekere hoogte konden er wel factoren worden geïdentificeerd die een rol spelen bij het bepalen van het zorgaanbod: de ernst van de problematiek, de aard van de problematiek, de motivatie, het intelligentieniveau, de leeftijd van het kind, het aanbod, de wensen van de cliënt, het sociaal netwerk, gebeurtenissen in het verleden en de beschikbaarheid van het aanbod (met name binnen het voorliggend veld). De doelen van de hulp en de effectiviteit van specifieke interventies worden niet genoemd als meespelende factoren. Ook de inschatting van de veiligheid van het kind en de risico's van kindermishandeling in de toekomst bleken geen rol te spelen in de besluitvorming. Hoewel het altijd gaat om een combinatie van factoren, wordt de ernst van de problematiek als de meest doorslaggevende factor gezien.

Kortom, het besluitvormingsproces gebeurt weinig expliciet en daardoor is ook in dit onderzoek vrijwel niet in kaart te brengen welke factoren bepalend zijn, welke criteria bij die factoren maken dat het wel/of geen jeugdzorg wordt en op welke wijze die criteria worden vastgesteld.

2.c. Welke criteria spelen een rol bij de beslissing om ambulante zorg voor enkelvoudige problemen te indiceren?

Ook voor deze vraag geldt dat niet is aan te geven welke criteria doorslaggevend zijn. In de interviews kwam wel naar voren dat de groep cliënten die in aanmerking komt voor dergelijke hulp meer lijkt op de groep cliënten die in het voorliggend veld geholpen kan worden dan de groep cliënten die is aangewezen op geïndiceerde jeugdzorg. Dit betekent dat er sprake is van kortdurende problemen, ouders hebben voldoende draagkracht, zijn goed gemotiveerd en hebben een hoge mate van leerbaarheid. Het belangrijkste punt waarop deze groep verschilt van cliënten die naar het voorliggend veld worden verwezen lijkt een licht gebrek aan opvoedingsvaardigheden.

2.d. Zijn er op dit punt verschillen bij de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg?

Omdat er voor geen van de vestigingen duidelijke expliciete criteria naar voren kwamen, is het lastig om de verschillende vestigingen op dit punt met elkaar te vergelijken. Er zijn immers geen duidelijke criteria die naast elkaar gelegd kunnen worden. Daarnaast is het, vanwege het beperkte aantal medewerkers van Bureau Jeugdzorg dat geïnterviewd is, onduidelijk of het om een individuele werkwijze of opvatting van de medewerker gaat of dat het om de werkwijze of opvatting van de hele vestiging gaat. Om die reden is het niet mogelijk steekhoudende verschillen tussen vestigingen aan te wijzen.

De betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten

De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is: “Hoe betrouwbaar zijn de indicatiebesluiten van Bureau Jeugdzorg?”. Hierbij worden de volgende twee deelvragen onderscheiden:

3.a. Maken medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg op een zelfde manier een weging van de urgentie en zwaarte van de zorgvraag, de veiligheid van de jeugdige en risicofactoren voor kindermishandeling?

Hoewel er verschillen worden gevonden in de inschatting van de problematiek, blijkt er een vrij grote overeenstemming te zijn voor de ernst van de problematiek en de huidige veiligheid van het kind. Zij verschillen echter wel in hun inschatting van de risico's van kindermishandeling in de toekomst. Bij vrijwel alle voorgelegde vignetten meent een vrij grote groep indicatiestellers dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling (ook als de casus daar geen aanleiding voor geeft).

De overeenstemming over de duur, intensiteit en urgentie van de hulp is laag. Dit betekent dat indicatiestellers verschillend inschatten hoe zwaar de hulp moet zijn en hoe snel die hulp ingezet moet worden.

Daarnaast hebben we gekeken hoe zwaar de indicatiestellers de verschillende factoren mee laten wegen in de beoordeling en beslissing. Hieruit blijkt dat vooral de aard en ernst van de problematiek en de motivatie van cliënten een rol speelt in hun besluitvorming. Een kleinere invloed op het indicatiebesluit hebben de leerbaarheid van cliënten, de inschatting van de effecten van eerdere hulp en de beschikbaarheid van hulpaanbod. De inschatting van de veiligheid van het kind en de risico's van kindermishandeling in de toekomst speelden geen rol in het indicatiebesluit.

3.b. Komen medewerkers/vestigingen van Bureau Jeugdzorg in gelijke casussen tot gelijke uitkomsten van het indicatieproces (cq. gelijke indicatiebesluiten)?

De overeenstemming over het indicatiebesluit is laag. Sommige indicatiestellers blijken bijvoorbeeld ambulante hulp te indiceren, terwijl anderen menen dat pleegzorg of (deeltijd) verblijf bij een zorgaanbieder nodig is. Ook de inschattingen van de gewenste duur en intensiteit van de zorg laten zien dat er verschillen zijn tussen indicatiestellers.

Let wel: bovenstaande bevindingen (bij 3a en 3b) hebben betrekking op de besluiten over de casussen die in het betrouwbaarheidsonderzoek zijn voorgelegd. Het is waarschijnlijk dat de verschillen in de praktijk iets kleiner zijn omdat er dan met collega's en de gedragswetenschapper overlegd kan worden. Wat overigens niet betekent dat er in de praktijk geenverschillen zullen zijn.

6.2 De belangrijkste conclusies

Op basis van de bevindingen in 6.1 zetten we de belangrijkste conclusies op een rij. Hierbij maken we een onderscheid tussen de kwaliteit van het indicatieproces en de betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten.

De kwaliteit van het indicatieproces

1. De invoering van het VIB-handboek heeft er voor gezorgd dat de verschillende vestigingen van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant op een meer gestructureerde en meer uniforme wijze tot een indicatiebesluit komen. Dit is een positieve ontwikkeling, want hierdoor is de cliënt niet afhankelijk van de vestiging en de indicatiesteller bij wie hij toevallig terecht komt. Ook is bij één indicatiestellingstraject altijd een indicatiesteller en een gedragswetenschappers betrokken. De kwaliteit van de indicatiestelling wordt bevorderd door het gebruik van het VIB-handboek, maar er zijn nog verschillende aspecten die verbetering behoeven. De belangrijkste aandachtspunten zijn het vaststellen en onderbouwen van de ernst van de problematiek en de onderbouwing van het indicatiebesluit.
2. De schifting tussen lichte en zwaardere hulp wordt te definitief gedaan bij de aanmelding. De werkwijze van een apart aanmeldteam werkt als een fuik: eenmaal besloten dat het jeugdzorg of een verwijzing naar het voorliggend veld wordt, komt deze vraag niet meer aan de orde. De GCT wordt hiervoor als leidend instrument gezien, terwijl dit een hulpmiddel is om een eerste inschatting te maken op basis van een beperkt aantal gegevens. Op het moment dat er meer (gedetailleerde) gegevens voorhanden zijn, zou nogmaals gecheckt moeten worden: is het probleem van de cliënt (nog steeds) ernstig genoeg om een beroep op de jeugdzorg te kunnen doen of kan hij/zij ook geholpen worden met lichtere hulp uit het voorliggend veld? Niet om de collega uit het aanmeldteam te controleren, maar omdat bij de indicatiestelling nu eenmaal meer gegevens zijn waar het besluit op gebaseerd kan worden. Bovendien kan de situatie van een cliënt dermate veranderd zijn dat jeugdzorg niet langer nodig is (bijv. meer ondersteuning vanuit het netwerk, terugkomst óf vertrek van één van de ouders of een andere significante volwassene, een ander probleem dat speelde is inmiddels opgelost, kind gaat naar een andere school waar hij zich beter op zijn plek voelt, etc. kortom een verandering waardoor de verhouding draagkracht/draaglast naar de positieve kant uitslaat en er niet langer zware hulp nodig is, maar lichte hulp afdoende is).
3. In de helft van de dossiers ontbreekt een duidelijke onderbouwing van de indicatie. Zo komen de uitkomsten van de instrumenten in beperkte mate terug in de rapportage. Gegevens over de ernst van de problematiek zijn nauwelijks terug te vinden in de dossiers; als de ernst wel wordt genoemd, ontbreekt een onderbouwing. In de dossiers bestaat het diagnostisch beeld in veel zaken uit een opsomming van concrete problemen. Een samenhangend geheel van uitspraken over factoren die van invloed zijn geweest op het ontstaan en voortduren van de problemen ontbreekt in een derde van de dossiers. 'AWBZ-zaken' zijn beter onderbouwd dan 'jeugdzorg-zaken' (de wet stelt dan ook hogere eisen aan de onderbouwing bij AWBZ-zaken).
4. Verschillende factoren spelen een rol bij het bepalen van het zorgaanbod: ernst en complexiteit van de problematiek, aard van de problematiek, de motivatie, het intelligentieniveau, de leeftijd van het kind, het aanbod, de wensen van de cliënt, het sociaal netwerk, gebeurtenissen in het verleden en de beschikbaarheid van het aanbod. Hoewel er niet één doorslaggevende factor is die bepaalt of en welke vorm van jeugdzorg geïndiceerd wordt, weegt de ernst van de problematiek het zwaarst mee in de beslissing. Deze criteria worden nauwelijks expliciet gemaakt in de beslissing welk zorgaanbod het beste past bij de vraag van de cliënt.

De betrouwbaarheid van de indicatiebesluiten

5. Bij gelijke casussen blijken indicatiestellers van Bureau Jeugdzorg Noord-Brabant het redelijk eens te zijn over de problematiek.
6. Bij gelijke casussen blijken indicatiestellers echter tot verschillende indicatiebesluiten te komen. Niet alleen verschillen ze in welk type hulp nodig is, ze verschillen ook van mening over de gewenste duur en intensiteit van de zorg.
7. Bij casussen waarbij de ernst als niet heel zwaar werd ingeschat door de indicatiestellers, werd toch jeugdzorg geïndiceerd.

Samenvattend

De structuur van het indicatieproces is verbeterd sinds de invoering van het VIB-handboek, dat is goed nieuws. De onderbouwing van de indicatiebesluiten kan nog steeds beter, met name als het gaat om het expliciet vermelden van resultaten van instrumenten en het opbouwen van het diagnostisch beeld.

Medewerkers verschillen niet zozeer in hoe ze de problematiek van cliënten beoordelen, maar wel in hun beslissing wat er aan zorg nodig is om de problemen op te lossen. Waar ligt dat aan? We hebben geconstateerd dat de factoren en criteria die aan die beslissing ten grondslag liggen niet helder zijn. Dit betekent dat een ieder haar persoonlijke afweging maakt, waarbij de persoonlijke beslisdrempel (d.w.z. hoe snel en hoe stevig ga je ingrijpen bij een bepaald probleem?) een te sterke rol speelt. Dit is niet wenselijk, omdat die persoonlijke beslisdrempel sterk kan verschillen per persoon (op basis van persoonlijke ervaringen, normen en waarden) en de cliënt daarmee te zeer afhankelijk wordt van een toevallige medewerker die hij toebedeeld heeft gekregen.

6.3 Aanbevelingen

Op basis van voorgaande conclusies doen we de volgende aanbevelingen:

1. Gebruik (of ontwikkel indien nodig) een hulpmiddel waarmee tijdens het indicatieproces een extra check gedaan kan worden of het terecht is dat de cliënt jeugdzorg krijgt. Laat bijvoorbeeld de ernst van de problematiek systematisch en gestructureerd beoordelen (én goed documenteren): bij een aantal cliënten zal dan snel duidelijk worden dat ze geen ernstige problemen hebben en dus niet op de goede plek bij jeugdzorg zitten.
Deze aanbeveling is 7 oktober jl. voorgelegd aan de Ontwikkelgroep Inhoudelijke Standaarden (OGIS), met de vraag om deze concreet uit te werken. Er is op het moment van het schrijven van dit rapport nog geen reactie op deze vraag. Navraag bij OGIS heeft opgeleverd dat op de heel korte termijn hier nog geen reactie op is te verwachten (zijn nu nog bezig met visie en hoofdlijnen met betrekking tot het werkproces uit te werken).
2. Uit onderzoek weten we dat een afgewogen oordeel mede gebaseerd op de uitkomsten van instrumenten, betrouwbaarder is dan de zgn. 'klinische blik'. Maak om die reden (eenduidiger) gebruik van instrumenten. Gebruik standaard de instrumenten uit VIB (waarvan *beredeneerd* mag worden afgeweken) en spreek duidelijk af hoe de uitkomsten van instrumenten worden opgenomen in de rapportage. Dit kan tevens de onderbouwing van het indicatiebesluit ten goede komen.

Een subgroep van OGIS is bezig om een advies uit te brengen met betrekking tot het gebruik van instrumenten (naar verwachting komt dit advies in december dit jaar). Navraag bij OGIS leert dat hun advies waarschijnlijk niet zal overeenkomen met deze aanbeveling. Vanuit het standpunt dat medewerkers zelf bij elke casus een professionele en onderbouwde afweging moeten maken of het inzetten van een of meer instrumenten nodig is. De OGIS groep is van mening dat het standaard inzetten van instrumenten ertoe leidt dat mensen het doen 'omdat het moet' en niet meer zelf nadenken over nut, noodzaak en verhouding investering-opbrengst.

3. Aanvullend op 2: gebruik in ieder geval een instrument om de ernst te taxeren. Redenen:
 - Om te voorkomen dat cliënten onterecht een jeugdzorgindicatie krijgen wanneer hun problemen niet ernstig genoeg zijn.
 - Om ervoor te zorgen dat medewerkers op een meer eenduidige wijze de ernst gaan beoordelen (en meer overeenstemming bereiken in de uiteindelijke beoordeling).
4. Verbeter de onderbouwing/explicitering in het dossier:
 - Vermeld klachten, wensen en oplossingsmogelijkheden zoals door de cliënt zelf verwoord explicieter.
 - Vermeld én onderbouw de ernst van de problematiek explicieter .
 - Zorg ervoor dat het diagnostisch beeld bestaat uit een samenhangend geheel van uitspraken over factoren die van invloed zijn geweest op het ontstaan en voortduren van de problemen en welke factoren kunnen helpen bij het oplossen/verlichten van die problemen.
5. Besluit met betrekking tot de keuze voor een bepaald zorgaanbod:
 - Aan de hand van welke factoren een keuze wordt gemaakt (zoals aard, ernst, motivatie, etc.).
 - Welke criteria gelden voor welk aanbod (bijv. alleen jeugdzorg bij een bepaalde ernstscore, waar overigens *beredeneerd* van moet kunnen worden afgeweken).
 - Op welke wijze die criteria worden vastgesteld (bijv. middels een instrument).

Literatuur

- Baecke, J., Boer, R. d., Bremmer, P., Duenk, M., Kroon, D., & Loeffen, M. (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. Amersfoort: BMC.
- Berge, I. t. (1998). *Besluitvorming in de kindbescherming. De ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming*. Delft: Eburon.
- Eijgenraam, K., Deur, H. v., Steege, M. v., & Yperen, T. v. (2001). *Indicaties voor kwaliteit. Onderzoek naar de ontwikkeling van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg in de agglomeratie Amsterdam*. Utrecht: NIZW.
- Eijgenraam, K., Yperen, T. van, Pijll, M. van der, Lekkerkerker, L., Post, F. & Graaf, M. de (2008). *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Gambrill, E., & Shlonsky, A. (2000). Risk assessment in context. *Children and Youth Services Review*, 22 (nummer 11/12), 813-837.
- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. v., & Oudhof, M. (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Konijn, C., Metselaar, J., & Stoll, J. (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Deeltraject 3 van de Monitor LPJ*. Den Haag/Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg/NIZW.
- Ministeries van VWS en Justitie. (2004). *Wet van 22 april 2004, houdende regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg)*. Den Haag: Staatsblad van 6 juli 2004.
- MOgroep. (2006). *Uitvoeringsplan Verbetering indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg*. Utrecht: MOgroep.
- Nederlands Jeugdinstituut. (2009). Themabericht Evaluatie Wet op de jeugdzorg. Maatregelen missen samenhang: een visie op jeugdzorg is nodig. *Jeugd & Samenleving*, 2009/3.
- Ordina Public Management Consulting BV. (2005). *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg. Versie 2.0 (definitief)*. Den Haag: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie.
- Rossi, P., Schuerman, J., & Budde, S. (1999). Understanding decisions about childmaltreatment. *Evaluation Review*, 23 (nummer 6), 579-598.
- Yperen, T. van, Eijgenraam, K., Berg, G. van de, Graaf, M. de & Chênevert, C. (2010). *STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek: Handleiding 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlagen

Bijlage 1. Checklist dossieronderzoek	53
Bijlage 2. Criteria zorgaanbod	58
Bijlage 3. Vignetcasusbeschrijvingen.....	61
Bijlage 4. Assen, groepen en categorieën uit CAP-J	66
Bijlage 5. Vragenlijst betrouwbaarheidsonderzoek	71
Bijlage 6. Resultaten per casus.....	76
Bijlage 7. Vragen aan de gedragswetenschapper	91

Bijlage 1. Checklist dossieronderzoek

Algemene informatie

1. Dossiernummer:
2. Vestiging:
 - Den Bosch
 - Breda
 - Eindhoven
 - Helmond
 - Oss
 - Roosendaal
 - Tilburg
3. Aanmelddatum:
4. Datum indicatiebesluit:
5. Geboortedatum jeugdige:
6. Sekse jeugdige
 - Jongen
 - Meisje

Informatieverzameling: inhoudelijke gegevens

Geef aan of de volgende inhoudelijke gegevens in het indicatierapport naar voren komen:

-
7. De oorspronkelijke vraag (hulpvraag) waarmee de cliënt zich heeft aangemeld ja nee
-

8. Informatiebronnen / diagnostische instrumenten

-
- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| a. geraadpleegde informatiebronnen (informanten/dossiers) zijn vermeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| b. data van de informatiebronnen zijn vermeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| c. gebruikte screenings- en/of diagnostische instrumenten zijn vermeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| Indien ja, welke: | | | |
| <input type="checkbox"/> LIRIK | | | |
| <input type="checkbox"/> STEP | | | |
| <input type="checkbox"/> CBCL | | | |
| <input type="checkbox"/> NOSI | | | |
| <input type="checkbox"/> CARE-NL | | | |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | | | |
| d. uitkomsten van (specialistische) diagnostiek zijn vermeld (incl. herkomst) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
| e. data van de afname van instrumenten zijn vermeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> n.v.t. |
-

9. Situatiegegevens leefgebieden

a. probleemgedrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
b. risico-/steunfactoren t.a.v. jeugdige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
c. risico-/steunfactoren t.a.v. opvoed-/thuissituatie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
d. risico-/steunfactoren t.a.v. school/werk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
e. risico-/steunfactoren t.a.v. vrienden/vrije tijd	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
f. risico-/steunfactoren t.a.v. sociaal maatschappelijke omstandigheden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

10. Hoe is de informatie in het dossier geordend?

a. Naar bron (van wie is de informatie afkomstig?)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
b. Naar inhoud (over wie/wat gaat informatie: kind, ouder/opvoeder, omgeving etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
c. Naar aard (soort informatie: feit, mening)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.
d. Anders, namelijk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> n.v.t.

Klacht- en Probleemanalyse

Klachtenanalyse: verhaal van de cliënt

*Geef aan of de **klachtanalyse** voldoet aan de volgende kwaliteitscriteria:*

11. Het gedrag/de situatie/het probleem is in concrete termen beschreven volgens de visie van de cliënt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
12. De visie van de cliënt op die klachten (verklaring van het probleem) is beschreven	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
13. Hoe de cliënt het probleem hanteert is beschreven	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
14. De reden dat de cliënt het probleem niet zelf kan oplossen is beschreven	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
15. De aard en het effect van eerdere hulp zijn beschreven volgens de visie van de cliënt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Probleemanalyse: interpretatie verhaal van de cliënt door hulpverlener

*Geef aan of de **probleemanalyse** voldoet aan de volgende kwaliteitscriteria:*

16. De aard van de problematiek is beschreven (interpretatie van de door cliënt beschreven klachten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
17. Er is een inschatting gemaakt van de mate van ernst en omvang van de problemen (onderbouwd met argumenten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
18. Een samenhangend geheel van uitspraken over de factoren die van invloed zijn/zijn geweest op het ontstaan en voortbestaan van de problematiek	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
19. Een samenhangend geheel van uitspraken over de factoren die een bijdrage kunnen leveren bij het oplossen/verlichten van die problematiek	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
20. De inschatting van de hulpverlener in hoeverre de cliënt hulp nodig heeft om het probleem aan te pakken (mogelijkheden en beperkingen van cliënt om het probleem zelf op te lossen en met hulp op te lossen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Doelen

Indien er geïndiceerde hulp nodig is, worden vervolgens de doelen geformuleerd (voor de jeugdige, de opvoeders en andere betrokkenen) ja nee

Indien hier nee is ingevuld: ga dan direct door naar Gewenste/noodzakelijke zorg.

Indien hier ja is ingevuld: geef aan of de doelen voldoen aan de volgende kwaliteitscriteria:

-
- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 21. Een uitspraak over welke doelen gesteld zijn door de cliënt en welke door de hulpverlener | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 22. De doelen zijn concreet en richtinggevend | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 23. De doelen zijn geformuleerd in resultaten en niet in procestermen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 24. Er is een onderscheid gemaakt in betrokkenen op wie de doelen betrekking hebben | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 25. De keuze voor deze doelen is onderbouwd met argumenten (koppeling met hulpvraag, aandachtsgebieden/zorgdomeinen) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 26. Er is in het formulier aangegeven of de cliënt instemt met de doelen ja nee | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 27. Er is een onderscheid gemaakt in korte termijn- en lange termijn doelen <ul style="list-style-type: none">• Korte termijn = < 6 maanden• Lange termijn = > 6 maanden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 28. Er is een prioritering van doelen aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Gewenste / Noodzakelijke zorg

Nadat de doelen zijn geformuleerd, wordt bepaald welke middelen het meest wenselijk zijn om die doelen te bereiken ja nee

Indien hier nee is ingevuld: ga dan direct door naar Vervangende zorg.

Indien hier ja is ingevuld: geef aan of de gewenste/noodzakelijke zorg voldoende gespecificeerd is:

-
- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 29. De meest wenselijke zorgfunctie(s) is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 30. De meest wenselijke zorglocatie is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 31. De betreffende zorgdomeinen, waarvoor de gewenste zorg ingezet moet worden is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 32. Op welke termijn de activiteiten moeten plaatsvinden is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 33. Het meest wenselijke doel is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Geef aan of de gewenste/noodzakelijk zorg voldoet aan de volgende kwaliteitscriteria:

-
- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 34. Er is in het formulier aangegeven of de cliënt instemt met de gekozen middelen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 35. Er wordt beargumenteerd om welke reden(en) deze (combinatie van) middelen geschikt worden gevonden om aan de gekozen doelen te werken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 36. Het te verwachten effect van de gewenste zorg is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 37. De wensen van de cliënt met betrekking tot de eventueel in te zetten hulp is beschreven (zoals hulplocatie en sekse/ethniciteit van hulpverlener) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Vervangende zorg

Na het formulieren van de meest wenselijke middelen wordt aangegeven wat de vervangende zorg is ja nee

Indien hier nee is ingevuld: ga door naar 'Indicatiebesluit'.

Vul eventueel nog de voorkant en/ of achterkant van deze checklist in (opmerkingen ten aanzien van de kwaliteit van de indicatiestelling).

Indien hier ja is ingevuld: geef aan of de vervangende zorg voldoende gespecificeerd is:

-
- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 38. De vervangende zorgfunctie(s) is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 39. De vervangende zorglocatie is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 40. De betreffende zorgdomeinen, waarvoor de vervangende zorg ingezet moet worden is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 41. Op welke termijn de activiteiten moeten plaatsvinden is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 42. De minimaal noodzakelijke doelen zijn aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Geef aan of de vervangende zorg voldoet aan de volgende kwaliteitscriteria:

-
- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 43. Er is in het formulier aangegeven of de cliënt instemt met de gekozen vervangende middelen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 44. Er wordt beargumenteerd om welke reden(en) deze (combinatie van) middelen geschikt worden gevonden om aan de gekozen doelen te werken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 45. Het te verwachten effect van de vervangende zorg is aangegeven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| 46. De wensen van de cliënt met betrekking tot de eventueel in te zetten hulp is beschreven (zoals hulplocatie en sekse/ethniciteit van hulpverlener) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
-

Geef aan welke aspecten de **bandbreedte** bepalen:

47. De bandbreedte, oftewel het verschil tussen de gewenste/noodzakelijke en vervangende zorg, is te vinden in de volgende aspecten:

- zorgfunctie
- zorglocatie
- zorgdomeinen
- termijn waarop de activiteiten dienen te worden ingezet
- omvang van het geïntegreerde hulppakket
- doelen van de zorg

Indicatiebesluit

48. Welke hulp is daadwerkelijk geleverd?

- Gewenste/noodzakelijke hulp
- Vervangende hulp
- Het is niet duidelijk of geleverde hulp de gewenst/noodzakelijk of vervangend was

49. Welke type zorg is geïndiceerd/geleverd?

- a. Voorliggende voorzieningen: Ambulante zorg voor enkelvoudige problemen ja nee
- b. Geïndiceerde provinciale jeugdzorg ja nee (Indien ja, specificeer)
 - Jeugdhulp thuis, individueel

- Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, individueel
- Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, groep
- Verblijf pleegouders 24-uurs
- Verblijf pleegouders deeltijd
- Verblijf accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
- Verblijf accommodatie zorgaanbieder deeltijd (dagbehandeling)
- Observatiediagnostiek
- c. Zorgverzekeringswet (geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) ja nee
- d. AWBZ-zorg (in verband met psychiatrische aandoening of beperking) ja nee
(Indien ja, specificieer)
- PGB
- Zorg in natura
- of
- Begeleiding – individueel
- Begeleiding – groep
- Verblijf – tijdelijk
- Verblijf – langdurend
- Persoonlijke verzorging
- e. Opname in Jeugdzorg Plus/gesloten jeugdzorg ja nee

Bijlage 2. Criteria zorgaanbod

Onderstaand schema is gebaseerd op de criteria die door de medewerkers van verschillende vestigingen zijn genoemd.

Factor	Voorliggende voorzieningen	Ambulante zorg bij enkelvoudige problemen	Geïndiceerde jeugdzorg
Ernst problematiek	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen op één leefgebied - Ouders met voldoende draagkracht - Kortdurende problemen - Fasegebonden problemen (bijvoorbeeld slaapproblemen bij jonge kinderen) - Weinig risicofactoren aanwezig - Geen risico's voor de veiligheid van het kind - Alleen kindproblemen 	<ul style="list-style-type: none"> - Ouders met voldoende draagkracht / geen of weinig eigen problemen bij ouders - Kortdurende problemen 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemen op meerdere leefgebieden of problemen op één leefgebied maar met een grote impact - Overbelaste ouders - Zorgmeldingen - Langdurige problemen - Complexe vragen Bedreiging ontwikkeling kind - Veiligheid kind in het geding - Combinatie van aan ontwikkelingsfase gebonden problemen en andere problemen (bijv. psychiatrie) - Niet-fasegebonden problemen - Veel risicofactoren aanwezig - Problemen in het systeem - Zowel kind- als ouderproblemen
Aard problematiek	<ul style="list-style-type: none"> - Persoonlijke problemen van ouders die de ontwikkeling van het kind (nu) niet beïnvloeden - Praktische vragen - Ouders hebben echtscheidingsproblematiek/ omgangsproblemen - Jongere heeft het moeilijk met scheiding van ouders - Gebrek aan kennis - Bedplassen, eetproblemen, slaapproblemen (tenzij langdurend) - Zwakbegaafdheid/licht verstandelijke beperking - Primair drugsproblematiek 	<ul style="list-style-type: none"> - Licht gebrek aan vaardigheden ouders 	<ul style="list-style-type: none"> - (Gebrek aan) pedagogische vaardigheden ouders - Externaliserende en internaliserende gedragsproblemen
Motivatie	<ul style="list-style-type: none"> - Goede motivatie - Bij weerstand tegen Bureau Jeugdzorg: drempel verlagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Goede motivatie 	<ul style="list-style-type: none"> - Weinig motivatie
Probleembesef en leerbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - Leerbaarheid hoog - Ouders hebben voldoende aan voorlichting - Ouders hebben zelf zicht op wat er aan de hand is - Ouders kunnen profiteren van kortdurende hulp 	<ul style="list-style-type: none"> - Leerbaarheid hoog 	<ul style="list-style-type: none"> - Leerbaarheid laag
Eerdere hulp	<ul style="list-style-type: none"> - Geen eerdere hulp voor het betreffende problemen 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Wel eerdere hulp voor het betreffende probleem
Aanbod	<ul style="list-style-type: none"> - Geen alternatief in jeugdzorg - Goed ontwikkeld voorliggend veld 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen alternatief in voorliggend veld
Overig	<ul style="list-style-type: none"> - Goede ondersteuning vanuit sociaal netwerk beschikbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - 	<ul style="list-style-type: none"> - Geen mogelijkheid om beroep op sociaal netwerk te doen - Er is sprake van een belast verleden dat het handelen nu beïnvloedt

Tabel 13. Belang van factoren die een rol spelen in de besluitvorming

Score	Ernst van de problematiek		Aard van de problematiek		Motivatie		Leerbaarheid		Effecten eerdere hulp		Beschikbaarheid hulp	
	Frequentie	Cumulatief percentage	Frequentie	Cumulatief percentage	Frequentie	Cumulatief percentage	Frequentie	Cumulatief percentage	Frequentie	Cumulatief percentage	Frequentie	Cumulatief percentage
1	37	39,4	54	57,4	4	4,3	0	0	2	2,2	3	3,3
2	48	90,4	33	92,6	3	7,4	3	3,2	7	9,9	3	6,6
3	5	95,7	2	94,7	44	54,3	18	22,6	14	25,3	9	16,5
4	3	98,9	3	97,9	23	78,7	36	61,3	11	37,4	12	29,7
5	0	98,9	1	98,9	11	90,4	28	91,4	55	73,6	12	42,9
6	1	100	1	100	9	100	8	100	24	100	52	100
Totaal	94		94		94		93		91		91	

Analyse van criteria voor indicatiebesluit

Om te analyseren welke factoren daadwerkelijk een rol spelen in het indicatiebesluit is een logistische regressie uitgevoerd. Met een logistische regressie analyse wordt onderzocht in hoeverre een of meerdere onafhankelijke variabelen een voorspellende waarde hebben voor een afhankelijke variabele. In dit onderzoek naar de indicatiestelling vormden de duur en intensiteit van de gewenste hulp de afhankelijke variabelen en als onafhankelijke variabelen (ook wel covariaten genoemd) zijn de casus, de inschatting van de ernst van de problematiek, de huidige veiligheid van het kind, de risicotaxatie en de urgentie meegenomen.

Bij een regressie analyse is het altijd van belang om de odds ratio en het betrouwbaarheidsinterval te presenteren. De odds ratio (de exponent van het regressiegewicht) geeft de verhouding tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele weer bij een stijging van 1 op de onafhankelijke variabele. De odds ratio is in dit geval de verhouding van de kans dat een indicatiesteller langdurige (langer dan zes maanden) of intensievere (1-7 dagen per week) inzet bij een stijging van 1 op de variabelen ernst van de problematiek, huidige veiligheid van het kind, risicotaxatie en urgentie. Een odds ratio groter dan 1 betekent dat de kans op de langdurige of intensievere hulp groter is bij een hogere waarde op de onafhankelijke variabele.

Het 95% betrouwbaarheids interval van de odds ratio omschrijft hoe precies de schatting van de odds ratio is. Wanneer de waarde 1 niet in het betrouwbaarheidsinterval zit, dan is de bijdrage van de odds ratio significant. We weten 95% zeker dat de werkelijke odds ratio bij een stijging van 1 op bijvoorbeeld de variabele 'ernst van de problematiek tussen 1,009 en 37,739 ligt.

Voordat deze logistische regressie analyse kon worden uitgevoerd, is met een enkelvoudige variantieanalyse gecontroleerd of er geen systematische verschillen waren tussen de gemiddelde scores van de indicatiestellers op hun inschatting van de ernst van de problematiek, de huidige veiligheid van het kind, de risicotaxatie en de urgentiebepaling. Dit bleek voor geen van de variabelen het geval te zijn (zie Tabel 14).

Tabel 14. Resultaten enkelvoudige variantieanalyse

	F	Degrees of freedom	Significantie
Ernst van de problematiek	0,599	19	0,896
Huidige veiligheid van het kind	0,839	19	0,655
Risicotaxatie	0,976	19	0,497
Urgentiebepaling	0,692	19	0,814

Bijlage 3. Vignetcasusbeschrijvingen

Casus 1 - Nesrin

De 6-jarige Nesrin is in februari vanuit school aangemeld bij Bureau Jeugdzorg vanwege problemen op school. Nesrin heeft moeite met contact leggen met klasgenootjes en kan zich moeilijk concentreren. Haar gedrag valt al op sinds groep 1, maar nu ze in groep 3 zit, heeft ze er meer last van.

Nesrin woont bij haar vader en moeder, haar broertje Khalid van 8 en haar zusje Nadia van 3. Vader en moeder komen uit Marokko en wonen sinds tien jaar in Nederland. Ze spreken beiden redelijk goed Nederlands. Zowel vader als moeder heeft geen baan, ze leven van een uitkering.

Thuis is Nesrin een lieve meid, vindt moeder. Zij heeft geen problemen met haar dochter. Vader en moeder hebben een goede band met Nesrin en zijn beiden bij de opvoeding betrokken. Moeder geeft aan dat ze consequent is in haar optreden naar haar dochter toe: nee is nee. Als Nesrin niet luistert, wordt ze gestraft door haar bijvoorbeeld een avond televisie kijken te onthouden. Ze legt haar dochter ook uit waarom iets niet mag en waarom ze straf krijgt. Vader is wat makkelijker en ziet ongewenst gedrag vaker door de vingers.

De problemen lijken zich vooral op school voor te doen. Moeder bezoekt regelmatig ouderavonden en is goed op de hoogte van de ontwikkelingen van Nesrin op school. Nesrin is een meisje dat opvalt in de klas. Ze is onrustig en snel afgeleid. Ze wil overal bij betrokken zijn en concentreert zich niet op waar ze mee bezig is. Daarnaast maakt Nesrin moeilijk contact met andere kinderen. Ze is stellig en ferm en houdt weinig rekening met anderen. Nesrin kan bijvoorbeeld moeilijk samenspelen. Ze wil wel graag vriendinnen maken en doet daarvoor erg haar best, maar dit mislukt vaak. Nesrin wordt dan boos en verdrietig en trekt zich terug. Ze blijft lang in haar boosheid hangen. De leraar probeert haar dan te troosten en over het 'probleem' te praten. Nesrin wil echter niet altijd erkennen dat er een probleem is. Soms blijft Nesrin thuis ook in haar boosheid hangen, maar meestal is er weinig aan haar te merken. Ze speelt bijna niet met kinderen uit de buurt. Moeder denkt dat dit vooral te maken heeft met het feit dat ze in de stad wonen. Nesrin kan redelijk opschieten met haar broer, maar speelt liever met haar jongere zusje of alleen.

Toen Nesrin in groep 3 kwam, heeft ze een sociale vaardigheidstraining via het algemeen maatschappelijk werk gevolgd. De training had een positief effect op Nesrins gedrag. Nesrin kreeg een vriendinnetje, Charissa, een meisje uit haar klas. Sindsdien is ook het contact met andere klasgenootjes langzaam vooruit gegaan. Charissa is echter een tijdje geleden verhuisd. Nesrin kreeg hierdoor een terugval en lijkt weer in haar oude gedrag terug te vallen. Haar leraar vraagt zich af of Nesrin vanzelf weer nieuwe vriendinnen krijgt of dat Nesrin op een andere manier geholpen moet worden. De leraar maakt zich geen grote zorgen over Nesrin, maar denkt dat het misschien verstandig is op tijd in te grijpen.

De ouders van Nesrin zien op dit moment geen probleem en achten ingrijpen niet noodzakelijk. Ze zijn wel bereid aan een eventuele behandeling mee te werken, mocht Bureau Jeugdzorg dat nodig vinden.

Casus 2 – Esther

Esther is een meisje van bijna 8 jaar en woont in een gezin met vader, moeder en jonger broertje. Ze heeft een Nederlandse achtergrond. Esther kan niet goed omgaan met negatieve emoties en is star in haar denken. Ze heeft moeite om aan te sluiten bij leeftijdsgenootjes, omdat ze sterk bepalend is in haar spel. Ze heeft een sterk negatief zelfbeeld, heeft periodes dat ze zegt dat ze dood wil zijn.

Er is veel strijd in de gezinssituatie met ouders en met haar jongere broertje Thomas. Esther heeft periodes dat ze bijvoorbeeld steeds beneden komt omdat ze niet kan slapen of dat ze voor het eten steeds zegt dat ze misselijk is. Ouders reageren er nuchter op: “Goh vervelend” en gaan vervolgens over tot de orde van de dag. Als er geen strijd is, is Esther gezellig. Ze heeft gevoel voor humor, is verbaal sterk en scherp. Ze houdt van gezelschapsspelletje en kan dan volgens haar ouders ‘opvallend goed’ tegen haar verlies.

Het gedrag van Esther heeft, doordat het al zo'n lange tijd speelt, een zware impact op de sfeer in het gezin en vooral op moeder. Ouders hebben een goede relatie en beiden komen uit een stabiel gezin. Er zijn geen andere problemen binnen het gezin en er zijn geen problemen met de jongste zoon. Moeder heeft na de geboorte van Esther waarschijnlijk een depressie gehad, wat verholpen was na het slikken van vitamine B. Eerdere hulpverlening (pedagogisch versterkende gesprekken en kanjertraining) is onvoldoende geweest om de problemen te verhelpen.

Esther trekt sterk naar moeder toe. Ouders vergelijken het met een navelstreng die niet voldoende is doorgeknipt. Moeder heeft in 2004 enkele keren achter elkaar longontsteking gehad en op school kon de leerkracht dat merken in Esthers gedrag.

Ouders komen over als warm en goed functionerend als oudersysteem en hebben geen problematiek in hun voorgeschiedenis. Moeder is een positieve vrouw, die snel met huilen reageert op emoties als boosheid. Moeder heeft in het verleden daarvoor hulp gezocht bij het Riagg, maar het werd niet als een problematiek gezien, meer horend bij moeder als persoon. Op advies heeft moeder wel een assertiviteitscursus gevolgd.

Esther is erg intelligent. Ze heeft een klas overgeslagen en ze moet nu voor het eerst moeite doen om het goed te doen. Ze vindt het erg als ze fouten maakt.

Ze heeft geen aansluiting bij klasgenootjes, mogelijk door haar bepalende gedrag. Kinderen willen niet naast haar zitten of in de rij lopen. Ze speelt in het speekwartier wel voetbal met de jongens.

Esther heeft buiten school wel vriendinnetjes waar ze mee speelt: buiten en bij kennissen. Dat zijn kinderen die zelf ook pittig zijn. Esther zit op hockey en op blokfluit. Ze zit pas op hockey en pakt alles bijzonder snel op.

Casus 3 - Bas

De ouders van een vriendje bellen Bureau Jeugdzorg over Bas. Bas is 11 jaar oud en woont bij zijn moeder. Vader is enkele jaren geleden vertrokken na veel geruzie. Moeder werkt zes dagen in de week in de horeca met onregelmatige werktijden. Het komt vaak voor dat ze 's avonds niet thuis is. Bas zorgt regelmatig voor zijn eigen eten. Hij brengt de avonden door met tv kijken en gaat dikwijls te laat naar bed. Na een heftige ruzie met moeder is Bas weggelopen en heeft de nacht bij zijn vriendje doorgebracht. Hij wil wel weer terug naar huis, maar de ouders van het vriendje maken zich ernstig zorgen over de thuissituatie.

In het gesprek met moeder geeft zij aan dat Bas nog op was toen zij uit haar werk kwam. Ze vertelt dat ze met hem wilde bespreken dat hij eerder naar bed moet gaan, maar toen werd Bas boos en liep weg. Moeder vertelt weinig, maar lijkt wel bezorgd om Bas. Moeder geeft aan dat er financiële problemen zijn en dat ze daarom veel werkt. Ze heeft de vader van Bas vanwege zijn gokverslaving de deur uitgezet. Vader liet hen achter met schulden. Vader probeert wel contact met Bas te houden, maar dat wil moeder niet. Moeder vindt Bas opstandig sinds zijn vader weg is: zij werkt veel om de schulden af te lossen, maar Bas wil allerlei dingen waar geen geld voor is, zij maakt eten voor hem als ze moet werken, maar hij eet het niet op, zij schrijft op een briefje wanneer ze werkt, hij verscheurt die. Moeder maakt een vermoeide en gehaaste indruk.

Bas vertelt dat zijn moeder inderdaad 's avonds veel weg is vanwege haar werk. Bas weet niet altijd van tevoren of zijn moeder wel of niet moet werken, hij merkt het meestal als hij uit school komt. Na school speelt Bas vaak bij zijn vriendje, soms mag hij daar ook blijven eten. Anders maakt hij thuis een boterham en eet die voor de tv op. Bas mag zelf weten hoe laat hij naar bed gaat. Hij vindt dat wel prima. Veel hobby's heeft Bas niet, maar hij zou graag op voetbal willen. Hij houdt ook erg van lezen. Volgens Bas heeft moeder geen familie en weinig vrienden. Ze heeft geen vaste vriend, maar neemt af en toe een man mee naar huis.

De leerkracht van Bas vertelt dat hij veel problemen op school heeft. Hij loopt erg achter met zijn taken, doordat hij zich moeilijk kan concentreren op zijn werk. Bas is vaak heel moe op school en valt zelfs wel eens in slaap tijdens de les. Het gedrag van Bas is wisselend. Soms maakt hij om niets ruzie met klasgenoten, op andere momenten is hij stil en teruggetrokken. Bas heeft één vriendje in de klas, waar hij ook vaak na schooltijd mee speelt. School heeft weinig contact met moeder. Bas komt meestal alleen naar school en gaat ook zelfstandig naar huis. Moeder komt wel op de oudergesprekken, zij maakt dan een betrokken indruk.

Casus 4 - Michael

Michael is een jongen van 17 jaar en van Surinaamse afkomst. Hij ziet het niet meer zitten om bij zijn moeder te wonen. Er spelen al langere tijd problemen tussen Michael en zijn moeder. Ze hebben vaak ruzie. De ruzies tussen moeder en Michael lijken nu te escaleren.

Michael woont op dit moment alleen met zijn moeder. Zijn vader, met wie hij een goede band heeft, zit sinds een klein jaar in de gevangenis. Sindsdien is de relatie tussen Michael en zijn moeder verslechterd. Moeder en zoon geven veel om elkaar, maar de communicatie verloopt stroef. Ze lijken niet goed naar elkaar te luisteren en zijn overtuigd van hun eigen standpunt. Michael beschuldigt moeder er van dat zij geen moeite doet om hem te begrijpen. Moeder daarentegen zegt dat het niet uitmaakt wat zij zegt: Michael gaat er toch tegen in. Moeder vindt dat Michael slecht luistert. Zij vindt, omdat zij en Michael op dit moment zonder vader wonen, dat Michael meer zou moeten doen in het huishouden. Michael geeft aan dat hij “best wel eens de afwas wil doen”, maar dat hij wel betere dingen te doen heeft, zoals het zien van zijn vrienden. Tijdens de discussies gaat het er heftig aan toe. Michael en moeder schreeuwen en schelden tegen elkaar. Op een gegeven moment trekt Michael zich terug in zijn kamer of loopt het huis uit. Wanneer hij terugkomt wordt er gezwegen.

Op school gaat het goed. Michael zit in het examenjaar van het vmbo en verwacht zijn diploma dit jaar te gaan halen. Zijn cijfers zijn ten opzichte van voorgaande jaren wel iets lager. Moeder zegt dat dit komt doordat Michael thuis weinig tijd aan zijn huiswerk besteedt. Na schooltijd is Michael meestal bij zijn vrienden te vinden. Moeder weet wie de vrienden van Michael zijn en geeft aan dat het een leuke groep jongens is. Soms komt Michael niet thuis om te eten zonder iets van zich te laten horen. Wanneer Michael dan ‘s avonds thuis komt, volgt er onvermijdelijk een heftige discussie tussen moeder en Michael. Moeder vindt het ongemanierd, Michael zegt dat hij wel thuis wil eten, maar dat hij daar geen zin in heeft als er thuis zo’n negatieve sfeer hangt.

Vader komt over ongeveer vijf maanden vrij. Moeder en Michael kijken daar allebei naar uit. Ze hopen dat de rust in het gezin dan weer terugkeert. Tot die tijd moet er iets gebeuren, vinden beiden, anders loopt het uit de hand. Michael gaat het liefst ergens anders wonen totdat zijn vader terug is, hij heeft alleen geen idee waar hij zou willen wonen. Naast zijn vrienden, kan hij goed opschieten met de zus van zijn moeder. Zij woont echter niet in de buurt, dus dat is geen optie geeft Michael aan. Moeder heeft liever dat haar zoon thuis blijft wonen. Anders is ze zo alleen en dan heeft ze helemaal geen controle meer over Michael, aldus moeder. Het is opvallend hoe beschermend moeder naar Michael is. Zij wil hem voornamelijk behoeden voor het maken van fouten. Michael lijkt juist behoefte te hebben aan meer autonomie. Volgens Michael gaan veel discussies over wat hij wel en niet mag, hoe laat hij thuis moet zijn, etc. Michael vindt dat zijn moeder meer aan hem zelf zou moeten over laten nu hij 17 is.

Ondanks de ruzies houden Michael en moeder veel van elkaar. Ze hebben kritiek op elkaar maar lijken elkaar ook te beschermen. Ze voelen zich verantwoordelijk voor elkaar.

Casus 5 - Jaco

Jaco is een jongen van 10 jaar van Nederlandse afkomst, die bij zijn moeder in een flat woont. Zijn ouders zijn uit elkaar gegaan toen Jaco acht maanden oud was. Jaco heeft geen broertjes of zusjes. Moeder heeft Jaco bij Bureau Jeugdzorg aangemeld, omdat haar zoon liegt en steelt en zij wil voorkomen dat Jaco een criminele carrière tegemoet gaat.

Toen Jaco 1,5 jaar was, is hij met zijn moeder naar België verhuisd. Moeder wilde een nieuw leven beginnen. Toen Jaco naar school ging, zijn ze weer in Nederland komen wonen. In België hadden ze weinig vrienden en konden ze niet wennen. Toen Jaco weer in Nederland woonde, zocht zijn vader regelmatig contact met hem. Jaco had weinig plezier in de contacten met zijn vader, maar deed tegenover zijn vader alsof hij het naar zijn zin had. Jaco begon steeds meer op te zien tegen de bezoeken van zijn vader. Hij durfde zelfs niet meer buiten te spelen, uit angst dat zijn vader langs zou komen en hem mee zou nemen. Na overleg tussen vader en moeder is besloten het contact te stoppen. Jaco bleef ook na de bezoeken nog een tijd angstig gedrag vertonen. Hij durfde nog steeds niet buiten te spelen. Jaco is toen een aantal keer bij de psycholoog geweest. Sindsdien vertoont hij geen angstig gedrag meer.

Op dit moment maakt moeder zich grote zorgen over Jaco. Haar zoon liegt en vier maanden geleden is ze erachter gekomen dat hij ook steelt. Het stelen doet hij niet om de kick, maar omdat hij iets graag wil hebben. Volgens moeder is het liegen een dagtaak voor hem geworden. Jaco zegt dat hij liegt omdat moeder dreigt dat ze hem uit huis zet. Jaco heeft meerdere keren geld gestolen uit moeders portemonnee. Hij zegt zelf dat hij ongeveer zes tot acht keer geld gepakt heeft, meestal twee euro. Moeder denkt dat dit meer is. Twee weken geleden heeft Jaco in een speelgoedwinkel iets voor zijn Playstation gestolen ter waarde van ongeveer vijftig euro. Jaco is toen betrapt door het personeel. Moeder is gebeld en heeft haar zoon op moeten halen. Omdat Jaco nog geen twaalf is, kan hij nog geen straf krijgen.

Moeder denkt dat Jaco verkeerde vrienden heeft. Ze heeft hier weinig zicht op, omdat ze 32 uur per week werkt, alleen op woensdag is zij vrij. 's Middags speelt Jaco vaak buiten en zoekt dan wat oudere jongens op die moeder niet kent. Jaco zegt dat het geen echte vrienden zijn. Hij steelt ook niet samen met hen, maar alleen. Jaco speelde tot een half jaar geleden vaak met zijn buurjongen. Een keer toen Jaco bij hem ging spelen, viel het moeder op dat Jaco snel terug was. Jaco mocht niet langer van de buurman komen spelen, omdat hij seksspelletjes zou doen met zijn zoon. Volgens Jaco kijkt zijn buurjongen samen met zijn vader naar pornofilms en heeft zijn buurjongen hem gevraagd dit ook met hem te doen. Een aantal keer heeft Jaco dit gedaan, maar daarna heeft hij aangegeven dat hij dat niet meer wil. Nu heeft hij geen contact meer met zijn buurjongen.

Op school heeft Jaco twee goede vrienden. Moeder kent deze jongens amper, omdat ze niet vaak bij Jaco komen spelen. Jaco gaat vaak naar zijn vrienden toe. Moeder vindt dit wel leuke jongens. Op school doet Jaco het goed. Hij presteert goed, pakt nieuwe dingen snel op. Het is een rustige leerling die niet opvalt in de klas. Er zijn geen problemen op school.

Moeder geeft aan dat Jaco heel bijdehand kan zijn. Hij is wijs voor zijn leeftijd en gebruikt soms woorden die niet bij zijn leeftijd passen. Hij kan ook heel lief en behulpzaam zijn. Er zijn tijden waarin Jaco zijn moeder helpt in het huishouden, maar dit is niet altijd zo. Jaco lijkt zelf weinig tot geen problemen met zijn gedrag te hebben. Hij vindt het onzin dat zijn moeder naar Bureau Jeugdzorg is gegaan.

Bijlage 4. Assen, groepen en categorieën uit CAP-J

In deze bijlage is de inhoudsopgave van het Classificatiesysteem Aard Problematiek Jeugdzorg (CAP-J) opgenomen. De volledige beschrijvingen zijn te vinden in Konijn, C., W. Bruinsma, L. Lekkerkerker, K. Eijgenraam, M. van der Steege en M. Oudhof (2009). *Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

As A Psychosociaal functioneren jeugdige

Groep A100 Emotionele problemen

A101	Introvert gedrag
A102	Angstproblemen
A103	Stemmingsproblemen

Groep A200 Gedragsproblemen

A201	Druk en impulsief gedrag
A202	Opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag

Groep A300 Problemen in de persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling)

A301	Problemen met de competentiebeleving
A302	Problemen in de gewetensvorming/morele ontwikkeling
A303	Identiteitsproblemen

Groep A400 Gebruik van middelen/verslaving

A401	Problematisch gebruik van alcohol
A402	Problematisch gebruik van amfetamine
A403	Problematisch gebruik van cafeïne
A404	Problematisch gebruik van cannabis
A405	Problematisch gebruik van cocaïne
A406	Problematisch gebruik van (synthetische of natuurlijke) stoffen die hallucinaties opwekken zoals LSD, XTC en paddo's
A407	Problematisch gebruik van een vluchtige stof
A408	Problematisch gebruik van nicotine
A409	Problematisch gebruik van overige middelen
A410	Problematisch afhankelijkheidsgedrag niet aan middelen gerelateerd

Groep A900 Overige psychosociale problemen jeugdige

A901	Problemen bij de verwerking van ingrijpende gebeurtenissen
A902	Overmatige stress
A903	Automutilatie
A904	Andere problemen psychosociaal functioneren jeugdige

As B **Lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

Groep B100 **Lichamelijke ziekte, aandoening of handicap**

B101	Gehoorandoeningen
B102	Oogaandoeningen
B103	Spraakaandoening
B104	Motorische handicap
B105	(Chronische) lichamelijke ziekte

Groep B200 **Gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze**

B201	Problemen met zelfverzorging en zelfhygiëne
B202	Ongezonde levenswijze
B203	Overgewicht

Groep B300 **Aan lichamelijke functies gerelateerde klachten**

B301	Lichamelijke klachten
B302	Voedings-/eetproblemen
B303	Zindelijkheidsproblemen
B304	Slaapproblemen
B305	Groeioproblemen
B306	Onverklaarbare lichamelijke klachten

Groep B900 **Overige problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige**

B901	Andere problemen lichamelijke gezondheid, aan lichaam gebonden functioneren jeugdige
------	--

As C **Vaardigheden en cognitieve ontwikkeling jeugdige**

Groep C100 **Problemen in de cognitieve ontwikkeling**

C101	Problemen met schoolprestaties/leerproblemen
C102	Aandachtsproblemen
C103	Problemen verband houdend met hoogbegaafdheid
C104	Problemen met het sociaal aanpassingsvermogen

Groep C200 **Problemen met vaardigheden**

C201	Sociale vaardigheidsproblemen
------	-------------------------------

Groep C900 Overige problemen vaardigheden en cognitieve ontwikkeling

- C901 Andere problemen cognitieve ontwikkeling jeugdige
- C902 Andere problemen vaardigheden jeugdige

As D Gezin en opvoeding**Groep D100 Ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding**

- D101 Ontoereikende opvoedingsvaardigheden
- D102 Problemen met ondersteuning, verzorging en bescherming kinderen
- D103 Pedagogische onwil
- D104 Onenigheid tussen ouders over opvoedingsaanpak
- D105 Problematische gezinscommunicatie

Groep D200 Problemen in de ouder-kindrelatie

- D201 Gebrek aan warmte in ouder-kindrelatie
- D202 Symbiotische relatie tussen ouder en jeugdige
- D203 Jeugdige in de rol van ouder (parentificatie)
- D204 Vijandigheid tegen of zondebok maken van jeugdige door de ouder
- D205 Problemen in de loyaliteit van jeugdige naar ouder
- D206 Problemen in de hechting van jeugdige aan ouder
- D207 Generatieconflict
- D208 Problemen door religieuze en/of culturele verschillen tussen ouder en jeugdige
- D209 Mishandeling ouder door jeugdige
- D210 Jeugdige weggelopen van huis
- D211 Jeugdige weggestuurd door ouders

Groep D300 Verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, incest, seksueel misbruik van de jeugdige in het gezin

- D301 Jeugdige slachtoffer verwaarlozing
- D302 Jeugdige slachtoffer mishandeling
- D303 Jeugdige slachtoffer seksueel misbruik

Groep D400 Instabiele opvoedingssituatie

- D401 Problemen bij scheiding ouders
- D402 Problemen met omgangsregeling
- D403 Problemen met gezagsrelaties
- D404 Problemen die gepaard gaan met het samengaan van twee gezinnen/samengestelde gezinnen
- D405 Problematische relatie tussen ouders
- D406 Problematische relatie jeugdige met partner opvoeder
- D407 Problematische relatie (stief)broers/zussen

Groep D500 Problemen van ouder

D501	Negatieve jeugdervaring/traumatische ervaring ouder
D502	Problemen met werkloosheid ouder
D503	Problemen bij zwangerschap of bevalling
D504	Moeilijke start ouderschap
D505	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ouder
D506	Antisociaal gedrag ouder
D507	Gebruik van middelen/verslaving ouder
D508	Pleger seksueel misbruik
D509	Overmatige stress ouder
D510	Psychische/psychiatrische problematiek ouder

Groep D600 Problemen van ander gezinslid

D601	Gezondheidsproblemen of handicap/invaliditeit ander gezinslid
D602	Antisociaal gedrag ander gezinslid
D603	Gebruik van middelen/verslaving ander gezinslid
D604	Psychische/psychiatrische problematiek ander gezinslid

Groep D700 Problemen in het sociaal netwerk gezin

D701	Problemen in de familierelaties (niet het gezin)
D702	Gebrekkig sociaal netwerk gezin

Groep D800 Problemen in omstandigheden gezin

D801	Problemen met huisvesting
D802	Financiële problemen
D803	Problemen met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
D804	Problematische maatschappelijke positie gezin als gevolg van migratie

Groep D900 Overige problemen gezin en opvoeding

D901	Andere problemen gezin en opvoeding
------	-------------------------------------

As E Jeugdige en omgeving**Groep E100 Problemen op speelzaal, school of werk**

E101	Problematische relatie met leerkracht, werkgever of leidinggevende/problemen met hiërarchische relatie
E102	Problematische relatie met medeleerlingen, collega's of groepsleden
E103	Motivatieproblemen op school of werk (onder andere spijbelen)
E104	Van school gestuurd
E105	Problemen met school-, studie- of beroepskeuze of vakkenpakket
E106	Problemen met werkloosheid jeugdige
E107	Problemen met speelzaal, schoolorganisatie of onderwijsstijl, arbeidsorganisatie

Groep E200 *Problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd*

E201	Problemen met vrijetijdsbesteding
E202	Problemen met verliefdheid/liefde en relaties
E203	Problematische relatie met leeftijdgenoten (onder andere gepest worden buiten school/werk)
E204	Gebrekkig sociaal netwerk jeugdige
E205	Risicovolle vriendenkring (antisociaal gedrag, gebruik middelen)

Groep E300 *Problemen in omstandigheden jeugdige*

E301	Problemen met zelfstandige huisvesting jeugdige
E302	Financiële problemen jeugdige
E303	Problemen van jeugdige met hulpverleners of (vertegenwoordigers van) instanties
E304	Problematische maatschappelijke positie jeugdige (onder meer als gevolg van migratie)
E305	Problemen jeugdige met justitiële instanties

Groep E900 *Overige problemen omgeving jeugdige*

E901	Andere problemen jeugdige en omgeving
------	---------------------------------------

Bijlage 5. Vragenlijst betrouwbaarheidsonderzoek

Algemene gegevens

1. Naam:
2. Sekse:
 Man
 Vrouw
3. Leeftijd:
4. Aantal jaren werkzaam bij BJZ:
5. Aantal jaren werkzaam in jeugdzorg:
6. Functie bij BJZ:.....
7. Vestiging:
 Den Bosch
 Breda
 Eindhoven
 Helmond
 Oss
 Roosendaal
 Tilburg

Vragenlijst bij casus

1. Wat is de kern van de problematiek?

Gebruik hiervoor de bijlage van CAP-J. Omschrijf kort en bondig wat volgens jou de kern van de problematiek is en gebruik daarbij de naam van het probleem/de problemen zoals deze in CAP-J worden beschreven.

CAP-J groep	Omschrijving

2. Wat is de ernst van de problematiek?

helemaal niet ernstig niet zo ernstig een beetje ernstig heel ernstig

Leg uit waarom je de ernst van de problematiek zo inschat?

.....

.....

3. Wat is je conclusie met betrekking tot de huidige veiligheidssituatie van het kind?

Je kunt hierbij gebruik maken van de LIRIK.

- Er is sprake van een levensbedreigende situatie of direct fysiek gevaar
- Er is sprake van feitelijk aangetoonde kindermishandeling
- Er is mogelijk sprake van kindermishandeling
- Er zijn geen aanwijzingen voor kindermishandeling

Leg uit op basis waarvan je deze conclusie trekt.

.....

.....

4. Wat zijn je conclusies met betrekking tot de risico's voor de jeugdige?

Op dit moment zijn de risico's voor de jeugdige zeer groot groot reëel klein

Leg uit op basis waarvan je deze conclusie trekt.

.....

.....

5. Wat zijn je conclusies met betrekking tot de risico's, wanneer je op dit moment voorziet dat een verandering zich zal voordoen in de situatie?

Bij voorziene veranderingen in de nabije toekomst zijn de risico's voor de jeugdige

- zeer groot groot reëel klein

Leg uit op basis waarvan je deze conclusie trekt.

.....

.....

6. Hoe schat je de motivatie van het kind voor hulp in?

- geen motivatie aanwezig
- weinig motivatie aanwezig
- veel motivatie aanwezig
- onbekend; er zijn geen aanwijzingen dat er geen motivatie aanwezig is

7. Hoe schat je de motivatie van de ouder(s) voor hulp in?

- geen motivatie aanwezig
- weinig motivatie aanwezig
- veel motivatie aanwezig
- onbekend; er zijn geen aanwijzingen dat er geen motivatie aanwezig is

8. Hoe schat je de leerbaarheid van het kind in?

- de leerbaarheid is zeer beperkt
- de leerbaarheid is licht beperkt
- de leerbaarheid is normaal
- onbekend; er zijn geen aanwijzingen dat de leerbaarheid beperkt is

9. Hoe schat je de leerbaarheid van de ouders in?

- de leerbaarheid is zeer beperkt
- de leerbaarheid is licht beperkt
- de leerbaarheid is normaal
- onbekend; er zijn geen aanwijzingen dat de leerbaarheid beperkt is

10. Hoe schat je de effecten van eerdere hulp in?

- Er is geen eerdere hulp geweest
- Eerdere hulp was niet toereikend, maar meer van dezelfde hulp is voldoende om de problemen aan te pakken
- Eerdere hulp was niet toereikend en er is andere hulp nodig om de problemen aan te pakken

11. Welk indicatietraject uit het VIB-handboek zou je in deze zaak inzetten?

- Indicatietraject 1
- Indicatietraject 2
- Indicatietraject 3
- Wij werken niet met de indicatietrajecten uit het VIB-handboek

12. Geef in eigen woorden weer welke hulp gewenst is (bijv. in termen van een specifiek hulpaanbod van een zorgaanbieder of in het voorliggend veld) en beschrijf in algemene termen wat voor hulp dit is:

.....
.....

13. Is er geïndiceerde zorg nodig?

- ja, ga door naar vraag 14
- nee, beargumenteer waarom je geïndiceerde zorg niet nodig vindt en waarom hulp in het voorliggend veld afdoende is. Ga vervolgens door naar vraag 18.

.....
.....

14. Welke type zorg is gewenst?

(Kruis indien nodig meerdere opties aan)

a. Geïndiceerde provinciale jeugdzorg

ja nee

(Indien ja, specificeer)

- Jeugdhulp thuis, individueel
- Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, individueel
- Jeugdhulp op accommodatie zorgaanbieder, groep
- Verblijf pleegouders 24-uurs
- Verblijf pleegouders deeltijd
- Verblijf accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
- Verblijf accommodatie zorgaanbieder deeltijd (dagbehandeling)
- Observatiediagnostiek

- b. Behandeling volgens de Zorgverzekeringswet (geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) ja nee
- c. AWBZ-zorg (in verband met psychiatrische aandoening of beperking) ja nee
 Indien ja, geef dan aan op welke zorg de cliënt aanspraak kan maken

- d. Opname in Jeugdzorg Plus/gesloten jeugdzorg ja nee

Beargumenteer waarom deze hulp gewenst is:

.....

.....

15. Hoe lang zal het hulpverleningstraject naar schatting duren?

- Zeer kort (hoogstens 1 maand)
- Kort (hoogstens 3 maanden)
- Matig lang (hoogstens 6 maanden)
- Lang (7 tot 12 maanden)
- Zeer lang (meer dan 12 maanden)

16. Hoe groot is de intensiteit van de contacten?

- Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand)
- Licht (hoogstens 2-4 contacten per maand)
- Matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)
- Zwaar (1 tot 5 dagen per week)
- Zeer zwaar (6-7 dagen per week)

17. Hoe zwaar schat je de urgentie van de in vraag 6 en 7 beschreven zorg in?

- De zorg kan zonder nadere tijdsbepaling uitgesteld worden
- De interventie kan zeker tot 12 weken (3 maanden) uitgesteld worden
- De interventie binnen 4 weken starten of continueren
- De interventie binnen 5 dagen starten of continueren
- De interventie binnen 24 uur starten of continueren

18. In hoeverre spelen de volgende factoren een rol in je besluit welke hulp gewenst is?

- Aard van de problemen: speelt geen rol speelt wel een rol: *
 Licht toe:
- Ernst van de problemen: speelt geen rol speelt wel een rol: *
 Licht toe:
- Motivatie van de cliënt: speelt geen rol speelt wel een rol: *
 Licht toe:

- **Leerbaarheid van de cliënt:** speelt geen rol speelt wel een rol: *

Licht toe:

.....

- **Eerder hulp en de effecten daarvan:** speelt geen rol speelt wel een rol: *

Licht toe:

.....

- **Beschikbaarheid van zorgaanbod:** speelt geen rol speelt wel een rol: *

Licht toe:

.....

* Geef aan hoe belangrijk deze factor is bij je besluit d.m.v. een getal tussen de 1 en de 6 (1= meest doorslaggevend, 6= minst doorslaggevend).

19. Indien het type zorg (dat je hebt gekozen bij vraag 12) op dit moment niet beschikbaar zou zijn, welk type zorg is dan volgens jou het beste alternatief?

.....

.....

20. Zou je in deze zaak een gedragswetenschapper hebben willen raadplegen?

- Nee
- Ja

Zo ja, welke concrete vraag/vragen had je dan willen voorleggen?

.....

.....

Bijlage 6. Resultaten per casus

Casus 1

Casus 1 gaat over Nesrin, een Marokkaans meisje van zes jaar dat op school problemen met haar sociale vaardigheden heeft (voor een uitgebreide beschrijving zie Bijlage 2. Criteria zorgaanbod op pagina 58).

Inschatting van de problematiek

Er is aan de respondenten gevraagd om de aard van de problemen in te schatten aan de hand van de CAP-J categorieën. De respondenten schreven één tot vijf CAP-J categorieën toe aan casus 1 met een gemiddelde van ruim drie. De respondenten varieerden sterk in welke categorieën zij toekenden gezien het grote aantal verschillende toegekende categorieën (in totaal elf). Het meest meenden indicatiestellers dat problemen in de cognitieve ontwikkeling (15 keer) en problemen met vaardigheden (19 keer) voorkwam. Daarnaast meenden meerdere indicatiestellers ook dat emotionele problemen (5 keer), gedragsproblemen (7 keer), ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (3 keer), problemen in de gezinsomstandigheden (3 keer), problemen op school (4 keer) en problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd (6 keer) voorkwamen. Een enkeling noemde problemen in de persoonlijkheid (ontwikkeling) en identiteits(ontwikkeling), problemen in de ouder-kindrelatie en problemen in de omstandigheden van de jeugdige.

Daarnaast maakten zij ook een inschatting van de ernst van de problemen, de huidige veiligheid van het kind en de risico's van kindermishandeling in de toekomst, de motivatie en leerbaarheid van de ouders en het kind en van de eerdere effecten van de hulp. Zij schatten de situatie als niet zo ernstig (11 personen) of als een beetje ernstig in (7 personen).

Vijf respondenten oordeelden dat er mogelijk sprake was van kindermishandeling. De overige vijftien menen dat er geen aanwijzingen voor kindermishandeling zijn. Als het om de risico's van kindermishandeling gaat, schat de ene helft het risico als reëel in en de andere helft als klein. In Tabel 15 is te zien hoe de respondenten de motivatie en leerbaarheid van het kind en de ouders inschatten. Veertien respondenten vonden de motivatie van het kind lastig in te schatten. Van de overige zes vonden er drie dat het kind weinig motivatie had en drie veel motivatie. Veertien indicatiestellers vonden dat de ouders weinig gemotiveerd waren. Drie vonden dat de ouders veel motivatie hadden en drie wisten het niet.

Tabel 15. Aantal indicatiestellers over de motivatie en leerbaarheid

	Geen motivatie	Weinig motivatie	Veel motivatie	Onbekend
Motivatie kind	0	3	3	14
Motivatie ouders	0	14	3	3
	Zeer beperkt	Licht beperkt	Normaal	Onbekend
Leerbaarheid kind	0	7	9	3
Leerbaarheid ouders	0	4	4	12

Er was variatie in de inschatting van de leerbaarheid van het kind. Zeven respondenten vonden dat die licht beperkt was en negen dat die normaal was. De andere drie respondenten konden de leerbaarheid niet inschatten met de informatie in de casus.

De leerbaarheid van de ouders konden twaalf indicatiestellers niet inschatten met de beschikbare informatie. Van de andere acht vond de helft dat de leerbaarheid van de ouders licht beperkt was en de helft dat die normaal was.

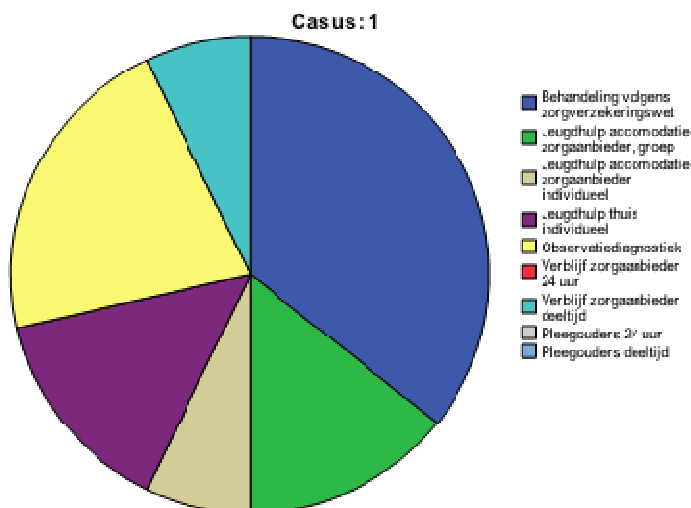
Ten aanzien van de effecten van eerdere hulp oordeelden negen indicatiestellers dat de eerdere hulp niet toereikend was en er andere hulp nodig was. Twee meenden dat de eerdere hulp niet toereikend was geweest, maar dat het voldoende was om opnieuw dezelfde hulp in te zetten. Acht meenden dat de eerdere hulp wel een positief effect had gehad.

Indicatiebesluit

Vervolgens is de respondenten gevraagd om een indicatiebesluit af te geven voor de casus. Zij hebben eerst in eigen woorden omschreven welke type hulp zij zouden willen inzetten. De indicaties bij casus 1 lopen uiteen. De omschrijvingen in eigen woorden variëren van sociale vaardigheidstraining (al dan niet in het voorliggend veld) tot diagnostisch onderzoek naar psychiatrische problematiek bij het kind en behandeling bij een Boddaertcentrum en ouderbegeleiding. Het meest noemen respondenten een sociale vaardigheidstraining en verder diagnostisch onderzoek naar kindfactoren en/of de thuissituatie.

Vervolgens is hen gevraagd dit in een indicatiebesluit om te zetten. Zeventien van de twintig vonden dat er geïndiceerde zorg nodig was in deze casus. Gemiddeld genomen adviseerden zij één of twee zorgaanpakken, maar er waren ook respondenten die zelfs vier verschillende zorgaanpakken indiceerden. Twaalf indiceerden provinciale jeugdzorg en tien behandeling volgens de zorgverzekeringswet. De verschillen wat voor zorg er geboden zou moeten worden, waren groot: vier wilden jeugdhulp thuis inzetten; twee individuele jeugdhulp op de accommodatie van de zorgaanbieder, vier groepsbehandeling op de accommodatie van de zorgaanbieder, twee wilden deeltijd verblijf en zes observatiediagnostiek.

Figuur 1. Geïndiceerde zorgaanpakken



Daarnaast is de respondenten gevraagd om een inschatting te maken van de noodzakelijke duur en intensiteit van de hulp en de urgentie waarmee de hulp geboden moet worden.

Ten aanzien van de duur vonden vier dat de hulp kort (hoogstens drie maanden) hoefde te duren, dertien matig lang (hoogstens zes maanden) en één lang (zeven tot twaalf maanden).

Elf respondenten oordeelden dat lichte hulp (2-4 contacten per maand) voldoende was, vijf dat matig zware hulp (gemiddeld meer dan 1 contact per week) nodig was en twee dat zware hulp (1 tot 5 dagen per week) hulp nodig was.

De helft van de respondenten oordeelde dat de hulp zeker tot twaalf weken uitgesteld kon worden. Een respondent meende dat de zorg zonder nadere tijdsbepaling uitgesteld kon worden en vijf meenden dat de hulp binnen vier weken van start zou moeten gaan.

Analyse van de samenhang tussen de problematiek en geïndiceerde hulp

Tabel 16 en Tabel 17 laten zien hoe indicatiestellers de duur en intensiteit van de hulp inschatten in samenhang met de ernst van de problematiek. Verwacht zou mogen worden dat naarmate de ernst hoger ingeschat wordt, ook de duur van de hulp langer is en er een intensievere behandeling geboden wordt. De inschatting van de ernst van de problemen verschilt enigszins, maar dit vertaalt zich nauwelijks in verschillen in de duur en intensiteit van de hulp. Daar kan bij meespelen dat de indicatiestellers allemaal inschatten dat de problemen niet zo ernstig zijn, wat dan ook weinig variatie oplevert in hun inschatting van de gewenste duur en intensiteit van de hulp. Het valt wel op dat vrijwel iedereen jeugdzorg indiceert ondanks dat de problematiek als niet zo ernstig wordt ingeschat.

Tabel 16. Duur van de hulp naar de ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Helemaal niet ernstig	1	0	1
Niet zo ernstig	9	0	9
Een beetje ernstig	6	1	7
Totaal	16	1	17

Tabel 17. Intensiteit van de hulp naar de ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Helemaal niet ernstig	1	0	1
Niet zo ernstig	9	0	9
Een beetje ernstig	5	2	7
Totaal	15	2	17

Conclusie over casus 1

Er was vrij veel overeenstemming over de aard van de problematiek. De meeste indicatiestellers meenden dat er problemen met de (cognitieve en sociale) vaardigheden van de jeugdige speelden.

Daarnaast wordt nog een behoorlijk aantal andere problemen gezien waar minder overeenstemming over is. De problematiek van de casus wordt gemiddeld genomen als niet zo ernstig ingeschat. Wat daarbij opvalt is dat er aanzienlijke verschillen zijn in de zorgaanpakken die indicatiestellers indiceren. Een aantal mensen indiceert zelfs vrij zwaar aanbod, terwijl de problematiek relatief licht is: dagbehandeling (deeltijd verblijf) van het kind. Er is een redelijke mate van overeenstemming over de duur en intensiteit van de gewenste hulp. Het meest wordt observatiediagnostiek of behandeling volgens de zorgverzekeringswet met als doel verder onderzoek naar mogelijke kindproblematiek geïndiceerd.

Casus 2

Casus 2 gaat over Esther, een Nederlands meisje van bijna acht jaar. Ze is erg intelligent en heeft problemen in de omgang met klasgenoten (kan slecht omgaan met negatieve emoties, is erg bepalend in het spel). Eerdere hulpverlening (pedagogisch versterkende gesprekken en kanjertraining) is onvoldoende geweest om de problemen te verhelpen (voor een uitgebreide beschrijving zie Bijlage 2. Criteria zorgaanbod op pagina 58).

Inschatting van de problematiek

De respondenten schreven één tot negen CAP-J categorieën toe aan casus 2 met een gemiddelde tussen de vijf en zes. De respondenten varieerden sterk in welke categorieën zij toekenden gezien het grote aantal verschillende toegekende categorieën (in totaal veertien). Het meest meenden zij dat er emotionele problemen (17 keer), problemen in de ouder-kindrelatie (15 keer), problemen met vaardigheden van de jeugdige (12 keer), problemen van de ouder (10 keer) of problemen in de cognitieve ontwikkeling van de jeugdige (9 keer) speelden. Ook meerdere malen genoemd zijn gedragsproblemen (7 keer), problemen in de persoonlijkheid (ontwikkeling) en identiteit (ontwikkeling) van de jeugdige (5 keer), problemen op school (5 keer), overige psychosociale problemen (3 keer), aan lichamelijke functies gerelateerde klachten (3 keer), ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (2 keer), problemen van een ander gezinslid (2 keer) en problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd (2 keer). Eén keer werd een instabiele opvoedingssituatie genoemd.

Zij schatten de situatie als een beetje ernstig (16 personen) of als heel ernstig in (4 personen). Dertien respondenten oordeelden dat er mogelijk sprake was van kindermishandeling. De overige zeven menen dat er geen aanwijzingen voor kindermishandeling zijn. Als het om de risico's van kindermishandeling gaat, schatten vier de risico's als groot, tien als reëel en zes als klein.

Tabel 18. Motivatie en leerbaarheid

	Geen motivatie	Weinig motivatie	Veel motivatie	Onbekend
Motivatie kind	0	1	2	17
Motivatie ouders	0	0	11	9
	Zeer beperkt	Licht beperkt	Normaal	Onbekend
Leerbaarheid kind	1	2	12	5
Leerbaarheid ouders	0	2	8	10

In Tabel 18 is te zien hoe de respondenten de motivatie en leerbaarheid van het kind en de ouders inschatten. Zeventien respondenten vonden de motivatie van het kind lastig in te schatten op basis

van de beschikbare informatie. Ook de motivatie van de ouders konden negen respondenten niet inschatten. De andere elf vonden dat de motivatie van de ouders groot was.

Er was variatie in de inschatting van de leerbaarheid van het kind. Twaalf respondenten vonden dat die normaal was, een zeer beperkt en twee licht beperkt. De andere vijf respondenten konden de leerbaarheid niet inschatten met de informatie in de casus.

De leerbaarheid van de ouders kon de helft van de indicatiestellers niet inschatten met de beschikbare informatie. Van de anderen vonden acht dat de leerbaarheid van de ouders normaal was en de twee dat die licht beperkt was.

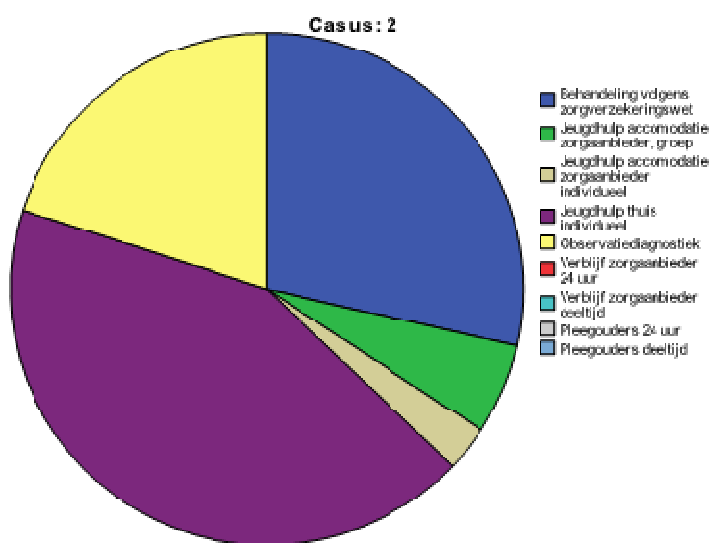
Ten aanzien van de effecten van eerdere hulp oordeelden vijftien indicatiestellers dat de eerdere hulp niet toereikend was en er andere hulp nodig was. Drie meenden dat de eerdere hulp toereikend was en dat dezelfde hulp voldoende was. Twee oordeelden dat er geen eerdere hulp was ingezet.

Indicatiebesluit

De indicaties in eigen bewoordingen bij casus 2 lopen uiteen. Het meest genoemd worden opvoedingsondersteuning en hulp aan huis, gevolgd door psychologisch onderzoek naar de aanwezigheid van kindfactoren (bijv. IQ, gedrag, emotie en sociaal). Ander zorgaanbod dat genoemd wordt, is intensieve ambulante thuisbegeleiding, gezinsbegeleiding, speltherapie/danstherapie, sociale vaardigheidstraining en behandeling (volgens zorgverzekeringswet) om kindfactoren uit te sluiten.

Zeventien van de twintig vonden dat er geïndiceerde zorg nodig was in deze casus. Gemiddeld genomen adviseerden zij één of twee zorgaanpakken. Zeventien indiceerden provinciale jeugdzorg en tien behandeling volgens de zorgverzekeringswet. Er waren enkele verschillen in de zorgaanpakken voor provinciale jeugdzorg: vijftien wilden jeugdhulp thuis inzetten; één individuele jeugdhulp op de accommodatie van de zorgaanbieder, twee groepsbehandeling op de accommodatie van de zorgaanbieder en zeven observatiediagnostiek.

Figuur 2. Geïndiceerde zorgaanpakken



Ten aanzien van de duur vond een dat de hulp kort (hoogstens drie maanden) hoefde te duren, zes matig lang (hoogstens zes maanden) en dertien lang (zeven tot twaalf maanden).

Vier respondenten oordeelden dat lichte hulp (2-4 contacten per maand) voldoende was, vijftien dat matig zware hulp (gemiddeld meer dan 1 contact per week) nodig was en een dat zware hulp (1 tot 5 dagen per week) hulp nodig was.

Vijftien respondenten meenden dat de hulp binnen vier weken van start zou moeten gaan. Vier oordeelden dat de hulp zeker tot twaalf weken uitgesteld kon worden.

Analyse van de samenhang tussen problematiek en geïndiceerde hulp

Tabel 19 en Tabel 20 laten zien hoe indicatiestellers de duur en intensiteit van de hulp inschatten in samenhang met de ernst van de problematiek. Hoewel de meeste indicatiestellers inschatten dat de problemen een beetje ernstig zijn, varieert hun inschatting van de gewenste duur van de hulp, maar van de gewenste intensiteit van de hulp niet.

Tabel 19. Duur van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Een beetje ernstig	6	10	16
Heel ernstig	1	3	4
Totaal	7	13	20

Tabel 20. Intensiteit van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit van de hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Een beetje ernstig	16	0	16
Heel ernstig	3	1	4
Totaal	19	1	20

Conclusie over casus 2

Er is vrij veel overeenstemming over de aard van de problematiek. De meeste indicatiestellers menen dat er emotionele problemen en problemen in de ouder-kindrelatie spelen. Daarnaast wordt een vrij groot aantal andere problemen genoemd waar minder overeenstemming over is. Over het algemeen schatten de indicatiestellers de problemen als een beetje ernstig in. Hier is dus vrij veel overeenstemming over. Meer verschil zit er in hoe lang de hulp moet duren. Tweederde wil langer dan zeven maanden hulp inzetten, terwijl een derde hoogstens zes maanden hulp nodig acht, terwijl het oordeel over de ernst van de problemen sterk overeenkomt. De overeenstemming over de intensiteit van de hulp is vrij groot: driekwart wil gemiddeld meer dan één contact per week. Toch zijn er ook een paar die lichtere of zwaardere hulp willen inzetten. De meeste indicatiestellers wilden jeugdhulp thuis inzetten. De helft meende daarnaast dat behandeling volgens de zorgverzekeringswet geïndiceerd was. Hier lijkt dus een redelijke mate van overeenstemming over te zijn, maar uit de beschrijvingen in eigen woorden lijkt het toch dat er verschillen bestaan in de hulpvorm die indicatiestellers voor ogen hebben.

Wat opvalt is dat tweederde van de indicatiestellers denkt dat er mogelijk sprake is van kindermishandeling, terwijl in de casus beschreven staat dat de ouders overkomen als warm en goed functionerend als oudersysteem en geen problematiek in hun voorgeschiedenis hebben.

In de beschrijving van het gewenste hulpaanbod valt ook op dat de indicatiestellers vooral inzetten op opvoedingsondersteuning, soms zelfs op behoorlijke zware varianten hiervan.

Casus 3

Casus 3 is een zorgmelding over Bas, een jongen van elf jaar, die regelmatig door zijn moeder alleen thuisgelaten wordt wanneer zij werkt (voor een uitgebreide beschrijving zie Bijlage 2. Criteria zorgaanbod op pagina 58).

Inschatting van de problematiek

De respondenten schreven één tot negen CAP-J categorieën toe aan casus 3 met een gemiddelde tussen de vijf en zes. De respondenten varieerden sterk in welke categorieën zij toekenden gezien het grote aantal verschillende toegekende categorieën (in totaal zestien). Het meest werden problemen in het gezin en de opvoeding genoemd: een instabiele opvoedingssituatie (16 keer), ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (11 keer), problemen in het sociaal netwerk van het gezin (11 keer), problemen in omstandigheden van het gezin (10 keer), problemen van de ouder (10 keer), verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling (9 keer), problemen in de ouder-kindrelatie (8 keer). Daarnaast zijn ook meerdere keren emotionele problemen (5 keer), gedragsproblemen (6 keer), overige psychosociale problemen (5 keer), problemen in de cognitieve ontwikkeling (5 keer), problemen op school (5 keer), problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd (5 keer) en aan lichamelijke functies gerelateerde klachten (3 keer) genoemd. Een enkeling noemde een gebrekkige zelfverzorging, zelfhygiëne, ongezonde levenswijze en problemen van een ander gezinslid. Indiciestellers schatten de situatie als een beetje ernstig (n=3) of als heel ernstig in (n=17).

Dertien respondenten oordeelden dat er sprake was van feitelijk aangetoonde kindermishandeling. Zes oordeelden dat er mogelijk sprake was van kindermishandeling. Een meende dat er zelfs sprake was van een levensbedreigende situatie. Hierbij valt op dat slechts negen indicatiestellers de CAP-J categorie verwaarlozing/mishandeling hebben genoemd.

Als het om de risico's van kindermishandeling gaat, schatten zes de risico's als zeer groot, elf als groot, één als reëel en twee als klein.

Tabel 21. Motivatie en leerbaarheid

	Geen motivatie	Weinig motivatie	Veel motivatie	Onbekend
Motivatie kind	0	3	2	15
Motivatie ouders	1	7	3	9
	Zeer beperkt	Licht beperkt	Normaal	Onbekend
Leerbaarheid kind	0	2	7	11
Leerbaarheid ouders	2	4	1	13

In Tabel 21 is te zien hoe de respondenten de motivatie en leerbaarheid van het kind en de ouders inschatten. Vijftien respondenten vonden de motivatie van het kind lastig in te schatten op basis van de beschikbare informatie. Van de anderen meenden twee dat er veel motivatie was en drie dat er weinig motivatie bij het kind was voor hulp. Ook de motivatie van de ouders konden negen

respondenten niet inschatten. Van de anderen vonden er drie dat de motivatie van de ouders groot was, zeven dat die klein was en één dat er geen motivatie was.

Elf respondenten vonden dat de leerbaarheid van het kind niet te beoordelen was. Zeven respondenten vonden dat die normaal was en twee licht beperkt. De leerbaarheid van de ouders konden dertien indicatiestellers niet inschatten met de beschikbare informatie. Van de anderen vond één dat de leerbaarheid van de ouders normaal was, vier dat die licht beperkt was en twee dat die zeer beperkt was.

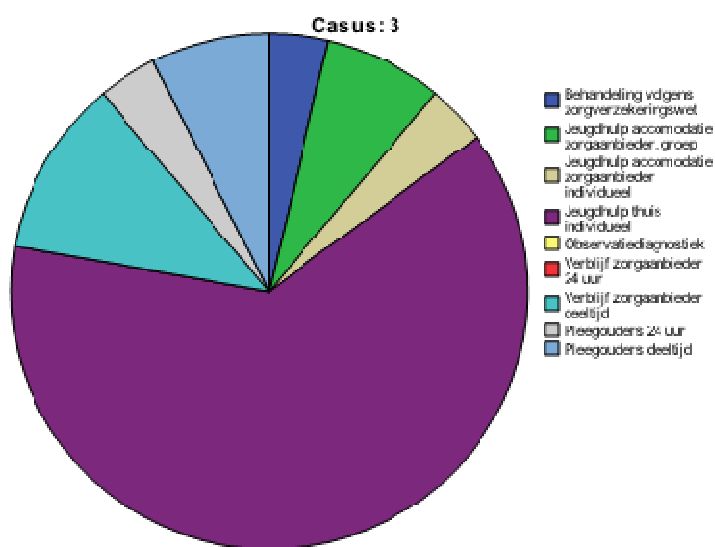
Ten aanzien van de effecten van eerdere hulp oordeelde iedereen dat er geen eerdere hulp was ingezet.

Indicatiebesluit

Casus 3 was een zorgmelding. Bij de beschrijvingen in eigen woorden valt op dat indicatiestellers meteen zwaar op hulp lijken in te zetten met dreigement dat als hulp niet werkt of niet geaccepteerd wordt dat er een uithuisplaatsing dreigt. Veelgenoemd zorgaanbod is intensieve ambulante begeleiding van de moeder, vaak in combinatie met schuldhulpverlening en/of Boddaertcentrum voor het kind. Ook hulp aan het kind, bijvoorbeeld in de vorm van gesprekken met een psycholoog of hulp voor het kind gericht op de verwerking van de echtscheidingsproblematiek, wordt diverse keren genoemd. Ook als eerste mogelijkheid genoemd worden een uithuisplaatsing en een pleeggezin in combinatie met jeugdhulp thuis.

Gemiddeld genomen adviseerden zij één zorgaanspraak. Iedereen indiceerde provinciale jeugdzorg en één behandeling volgens de zorgverzekeringswet. Er waren enkele verschillen in de zorgaanspraken voor provinciale jeugdzorg: zeventien wilden jeugdhulp thuis inzetten; één individuele jeugdhulp op de accommodatie van de zorgaanbieder, twee groepsbehandeling op de accommodatie van de zorgaanbieder, één 24-uurs pleegzorg, twee deeltijd pleegzorg en drie deeltijd verblijf bij een zorgaanbieder.

Figuur 3. Geïndiceerde zorgaanspraken



Ten aanzien van de duur vonden drie dat de hulp matig lang (hoogstens zes maanden) moest te duren, elf lang (zeven tot twaalf maanden) en zes zelfs zeer lang (meer dan twaalf maanden).

Twee respondenten oordeelden dat lichte hulp (2-4 contacten per maand) voldoende was, zes dat matig zware hulp (gemiddeld meer dan 1 contact per week) nodig was en twaalf dat zware hulp (1 tot 5 dagen per week) hulp nodig was.

Zeven respondenten meenden dat de hulp binnen vier weken van start zou moeten gaan. Negen oordeelden dat de hulp binnen vijf dagen van start zou moeten gaan en vier dat de hulp zelfs binnen 24 uur zou moeten starten.

Analyse van de samenhang tussen problematiek en geïndiceerde hulp

Tabel 22 en Tabel 23 laten zien hoe indicatiestellers de duur en intensiteit van de hulp inschatten in samenhang met de ernst van de problematiek. Zowel over de inschatting van de ernst van de problemen als de duur van de hulp zijn indicatiestellers het redelijk met elkaar eens. De meeste indicatiestellers schatten de problemen als heel ernstig in en menen dat lange tot zeer lange hulp bij geboden moet worden. Over de gewenste intensiteit van de zorg bestaan verschillende meningen: ongeveer een derde van de mensen die de problemen als heel ernstig inschat, meent dat lichte tot matig zware hulp geboden moet worden, terwijl tweederde van hen zware tot zeer zware hulp zou inzetten.

Tabel 22. Duur van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Een beetje ernstig	2	1	3
Heel ernstig	1	16	17
Totaal	3	17	20

Tabel 23. Intensiteit van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit van de hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Een beetje ernstig	3	0	3
Heel ernstig	5	12	17
Totaal	8	12	20

Conclusie over casus 3

Indicatiestellers schreven vrij veel problemen (gemiddeld meer dan vijf) aan deze casus toe. Dat er sprake was van een instabiele opvoedingssituatie waren zij het over eens. Verder zijn er vrij veel verschillen in de aard van de problematiek die zij aan deze casus toeschreven. Daarbij overheersen wel de problemen in de opvoedings- en gezinssituatie. Het valt op dat iedereen oordeelt dat er sprake is van kindermishandeling als daar expliciet naar gevraagd wordt, maar dat slechts de helft mishandeling/verwaarlozing als CAP-J categorie die van toepassing op de casus is, kiest. De meerderheid beoordeelde de problemen als heel ernstig. De indruk bestaat dat dit komt doordat het

een zorgmelding is en er een vermoeden van kindermishandeling bestaat. Dit wordt weerspiegeld in de manier waarop indicatiestellers het gewenste hulpaanbod beschrijven. Daaraan zijn opmerkingen toegevoegd dat als de hulp geen of weinig effect heeft, het kind uit huis geplaatst moet worden. Ook in de geïndiceerde zorgaanpakken zijn aanzienlijke verschillen zichtbaar, hoewel er overeenstemming is over dat er jeugdhulp thuis moet worden ingezet. Waar indicatiestellers het redelijk over eens zijn is dat de hulp lang – 7 tot 12 maanden – moet duren en vrij intensief – 1 of meerdere dagen per week – moet zijn.

Casus 4

Casus 4 gaat over Michael, een Surinaamse jongen van zeventien jaar. Hij heeft problemen in de communicatie met zijn moeder, terwijl zijn vader in de gevangenis zit (voor een uitgebreide beschrijving zie Bijlage 2. Criteria zorgaanbod op pagina 58).

Inschatting van de problematiek

De respondenten schreven één tot vijf CAP-J categorieën toe aan casus 1 met een gemiddelde van ruim drie. De respondenten varieerden in welke categorieën zij toekenden gezien het aantal verschillende toegekende categorieën (in totaal acht). Het meest oordeelden zij dat er problemen in de ouder-kindrelatie (15 keer) waren. Ook veel genoemd zijn problemen van de ouder (12 keer), ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (11 keer), gedragsproblemen (10 keer), problemen in de instabiele opvoedingssituatie (7 keer) en overige psychosociale problemen van de jeugdige (6 keer). Een paar indicatiestellers noemden ook problemen van een ander gezinslid (2 keer) en problemen in de omstandigheden van het gezin (2 keer).

Zij schatten de situatie als niet zo ernstig (4 personen) of als een beetje ernstig in (16 personen). Acht respondenten oordeelden dat er mogelijk sprake was van kindermishandeling. Twaalf meenden dat er geen aanwijzingen voor kindermishandeling waren. Als het om de risico's van kindermishandeling gaat, schatte een de risico's als zeer groot, dertien schatten de risico's als reëel en zes als klein.

Tabel 24 beschrijft hoe indicatiestellers oordeelden over de motivatie en leerbaarheid van het kind en de ouders. Vijf respondenten vonden de motivatie van het kind lastig in te schatten op basis van de beschikbare informatie. Van de anderen meenden negen dat er veel motivatie was en zes dat er weinig motivatie bij het kind was voor hulp. Dertien meenden dat de motivatie van de ouders voor hulp groot was en drie dat er weinig motivatie was. Vier konden de motivatie van de ouders niet inschatten.

Tabel 24. Motivatie en leerbaarheid

	Geen motivatie	Weinig motivatie	Veel motivatie	Onbekend
Motivatie kind	0	6	9	5
Motivatie ouders	0	3	13	4
	Zeer beperkt	Licht beperkt	Normaal	Onbekend
Leerbaarheid kind	0	2	12	6
Leerbaarheid ouders	0	0	11	9

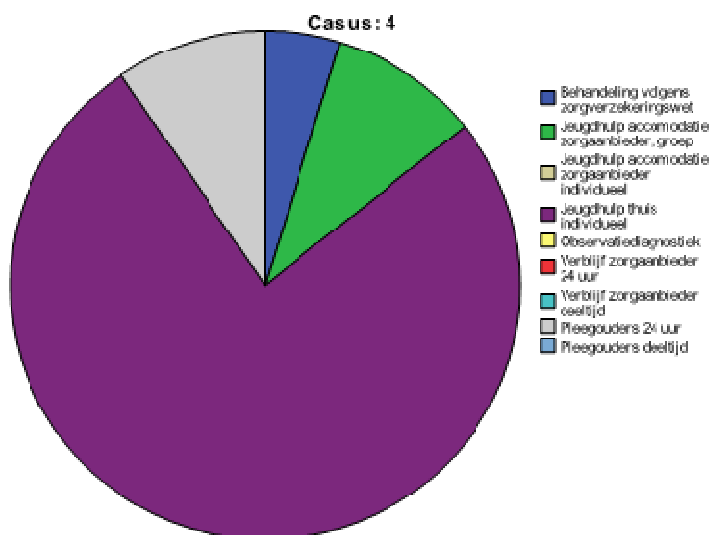
Twaalf respondenten vonden dat de leerbaarheid van het kind normaal was en twee licht beperkt. Zes respondenten vonden dat de leerbaarheid van het kind niet te beoordelen was.

De leerbaarheid van de ouders konden negen indicatiestellers niet inschatten met de beschikbare informatie. De andere elf vonden dat de leerbaarheid van de ouders normaal was. Ten aanzien van de effecten van eerdere hulp oordeelde iedereen dat er geen eerdere hulp was ingezet.

Indicatiebesluit

De omschrijvingen duiden veelal op ambulante gezinsbegeleiding, maar er werden wel verschillende aanduidingen gebruikt, waardoor het niet helemaal duidelijk was of overal hetzelfde mee bedoeld werd of dat er verschillen bestonden in de zwaarte van de zorg. Genoemd werden: (ambulante) gezinsbegeleiding, ambulante opvoedingsondersteuning, ambulante spoedhulp, FFT, hulp aan huis en jeugdhulp thuis. Twee respondenten opperden dat er in het voorliggend veld iets mogelijk is, maar het was niet duidelijk wat dit inhield (de afkortingen IMW en ARW gebruikt). Ook kamertraining en tijdelijke netwerkpleegzorg werden als mogelijkheid genoemd. Zeventien respondenten vonden dat er geïndiceerde zorg nodig was in deze casus. Gemiddeld genomen adviseerden zij één of twee zorgaanpakken. Zestien indiceerden provinciale jeugdzorg en één behandeling volgens de zorgverzekeringswet. Er waren enkele verschillen in de zorgaanpakken voor provinciale jeugdzorg: zestien wilden jeugdhulp thuis inzetten, twee groepsbehandeling op de accommodatie van de zorgaanbieder en twee 24-uurs pleegzorg.

Figuur 4. Geïndiceerde zorgaanpakken



Ten aanzien van de duur vond een dat de hulp zeer kort (hoogstens 1 maand) hoefde te duren, vier kort (hoogstens drie maanden), acht matig lang (hoogstens zes maanden) en zes lang (zeven tot twaalf maanden).

Acht respondenten oordeelden dat lichte hulp (2-4 contacten per maand) voldoende was en elf dat matig zware hulp (gemiddeld meer dan 1 contact per week) nodig was.

Het merendeel (n=11) oordeelde dat de hulp binnen vier weken van start zou moeten gaan. Vier oordeelden dat de hulp binnen vijf dagen van start zou moeten gaan en één dat de hulp zelfs binnen 24 uur zou moeten starten. De andere twee respondenten oordeelden dat de interventie ook met twaalf weken of zelfs voor onbepaalde tijd uitgesteld kon worden.

Analyse van de samenhang tussen problematiek en geïndiceerde hulp

Tabel 25 en Tabel 26 laten zien hoe indicatiestellers de duur en intensiteit van de hulp inschatten in samenhang met de ernst van de problematiek. Van de indicatiestellers die de problemen als een beetje ernstig inschatten, kiezen negen voor korte tot matig lange hulp en zes voor lange hulp. Voor de intensiteit van de gewenste hulp maakt het bij deze casus niet uit hoe ernstig indicatiestellers de situatie inschatten.

Tabel 25. Duur van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Niet zo ernstig	4	0	4
Een beetje ernstig	9	6	15
Totaal	13	6	19

Tabel 26. Intensiteit van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit van de hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Niet zo ernstig	4	0	4
Een beetje ernstig	15	0	15
Totaal	19	0	19

Conclusie over casus 4

Indicatiestellers zijn het erover eens dat er problemen in de ouder-kindrelatie zijn. Daarnaast menen veel dat er een of meerdere andere problemen in de opvoedings- en gezinssituatie zijn. Welke problemen dat zijn, verschilt. Over het algemeen oordelen de indicatiestellers dat de problemen niet zo ernstig zijn. De meeste indicatiestellers indiceren dan ook hulp die maximaal een half jaar duurt. Toch indiceert een derde langdurige hulp (7 tot 12 maanden). De meeste indicatiestellers indiceren jeugdhulp thuis, maar een paar stelt 24-uurs pleegzorg voor. Als er verschillen zijn, dan zijn die ook vrij groot. De urgentie waarmee de hulp van start moet gaan is ook vrij groot, hoewel ongeveer de helft oordeelt dat de hulp binnen vier weken moet starten. Een enkeling meent dat de hulp binnen 24 uur zou moeten starten, terwijl een ander vindt dat die best voor onbepaalde tijd uitgesteld kan worden.

Casus 5

Casus 5 gaat over Jaco, een Nederlandse jongen van 10 jaar. Moeder heeft Jaco bij Bureau Jeugdzorg aangemeld, omdat haar zoon liegt en steelt en zij wil voorkomen dat Jaco een criminele carrière tegemoet gaat (voor een uitgebreide beschrijving zie Bijlage 2. Criteria zorgaanbod op pagina 58).

Inschatting van de problematiek

De respondenten schreven één tot zes CAP-J categorieën toe aan casus 5 met een gemiddelde van bijna vier. De respondenten varieerden sterk in welke categorieën zij toekenden gezien het grote aantal verschillende toegekende categorieën (in totaal twaalf). Het meest genoemd werden gedragsproblemen (14 keer), problemen in de ouder-kindrelatie (12 keer) en problemen met relaties, vrienden, sociaal netwerk en vrije tijd (10 keer) en ontoereikende kwaliteiten van de opvoeding (9 keer). Ook zijn meerdere malen problemen in persoonlijkheid(sontwikkeling) en identiteit(sontwikkeling) (7 keer), instabiele opvoedingssituatie (5 keer), emotionele problemen (3 keer), overige psychosociale problemen (9 keer) genoemd. Een enkeling noemt problemen van de jeugdige met vaardigheden, verwaarlozing, lichamelijke/psychische mishandeling, problemen in het sociaal netwerk van het gezin, en problemen in de omstandigheden van de jeugdige. Zij schatten de situatie als een beetje ernstig (14 personen) of als heel ernstig in (5 personen). Negentien respondenten oordeelden dat er mogelijk sprake was van kindermishandeling. Als het om de risico's van kindermishandeling gaat, schatten tien de risico's als groot, zeven als reëel en twee als klein.

Tabel 27 beschrijft hoe indicatiestellers oordeelden over de motivatie en leerbaarheid van het kind en de ouders. Negen meenden er geen motivatie was en acht dat er weinig motivatie bij het kind was voor hulp. Een kon het met de beschikbare informatie niet inschatten. Zeventien vonden dat de ouders veel motivatie voor hulp hadden. Twee anderen meenden dat er onvoldoende informatie was om het te beoordelen.

Tabel 27. Motivatie en leerbaarheid

	Geen motivatie	Weinig motivatie	Veel motivatie	Onbekend
Motivatie kind	9	8	0	1
Motivatie ouders	0	0	17	2
	Zeer beperkt	Licht beperkt	Normaal	Onbekend
Leerbaarheid kind	2	3	6	8
Leerbaarheid ouders	0	1	9	9

Acht respondenten vonden dat de leerbaarheid van het kind niet te beoordelen was. Twee respondenten schatten de leerbaarheid als zeer beperkt in, drie als licht beperkt en zes als normaal. De leerbaarheid van de ouders konden negen indicatiestellers niet inschatten met de beschikbare informatie. Van de anderen vonden negen dat de leerbaarheid van de ouders normaal was en een dat die licht beperkt was.

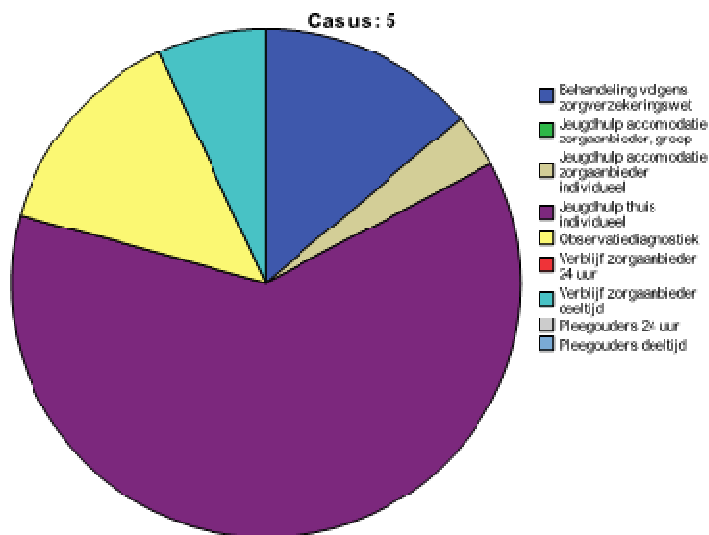
Ten aanzien van de effecten van eerdere hulp oordeelden zes dat er geen eerdere hulp was ingezet. Vijf meenden dat eerdere hulp ontoereikend was en dat er andere hulp nodig was. Acht beoordeelden de eerdere hulp als positief afgerond.

Indicatiebesluit

De reacties van de respondenten liepen uiteen. Sommige adviseerden ambulante gezins- of opvoedingsondersteuning. Anderen richtten zich op de behandeling van het kind. Een aantal beval een combinatie van opvoedingsondersteuning en begeleiding/behandeling van het kind aan. Ook de mogelijkheid om eerst verdere diagnostiek uit te voeren werd een paar keer genoemd (aanwezigheid van kindfactoren en/of gezinssituatie).

Iedereen vond dat er geïndiceerde zorg nodig was in deze casus. Gemiddeld genomen adviseerden zij één zorgaanspraak. Iedereen indiceerde provinciale jeugdzorg en vier behandeling volgens de zorgverzekeringswet. Er waren enkele verschillen in de zorgaanspraken voor provinciale jeugdzorg: achttien wilden jeugdhulp thuis inzetten, één individuele jeugdhulp op de accommodatie van de zorgaanbieder, twee deeltijd verblijf bij een zorgaanbieder en vier observatiediagnostiek.

Figuur 5. Geïndiceerde zorgaanspraken



Ten aanzien van de duur vonden drie dat de hulp matig lang (hoogstens zes maanden) moest te duren en zestien lang (zeven tot twaalf maanden).

Twee respondenten oordeelden dat lichte hulp (2-4 contacten per maand) voldoende was, twaalf dat matig zware hulp (gemiddeld meer dan 1 contact per week) nodig was en vijf dat zware hulp (1 tot 5 dagen per week) nodig was.

Twaalf respondenten meenden dat de hulp binnen vier weken van start zou moeten gaan. Vijf oordeelden dat de hulp binnen vijf dagen van start zou moeten gaan en één dat de hulp zeker tot 12 weken kon worden uitgesteld.

Analyse van de samenhang tussen problematiek en geïndiceerde hulp

Tabel 28 en Tabel 29 laten zien hoe indicatiestellers de duur en intensiteit van de hulp inschatten in samenhang met de ernst van de problematiek. Het lijkt weinig uit te maken of indicatiestellers de ernst van de problemen als een beetje ernstig of als heel ernstig inschatten. In deze casus indiceren zij in beide gevallen lange tot zeer lange hulp. Van de indicatiestellers die menen dat de problemen een beetje ernstig zijn, indiceert het grootste deel lichte tot matig zware hulp. Van de indicatiestellers die menen dat de problemen heel ernstig zijn, indiceert ruim de helft ook lichte tot matig zware hulp en bijna de helft zware hulp.

Tabel 28. Duur van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Duur van de hulp		Totaal
	Zeer kort (hoogstens 1 maand) tot matig lang (hoogstens 6 maanden)	Lang (7 tot 12 maanden) tot zeer lang (meer dan 12 maanden)	
Een beetje ernstig	2	12	14
Heel ernstig	1	4	5
Totaal	3	16	19

Tabel 29. Intensiteit van de hulp naar ernst van de problematiek

Ernst van de problematiek	Intensiteit van de hulp		Totaal
	Zeer licht (hoogstens 1 contact per maand) tot matig zwaar (gemiddeld meer dan 1 contact per week)	Zwaar (1-5 dagen per week) tot zeer zwaar (6-7 dagen per week)	
Een beetje ernstig	11	3	14
Heel ernstig	3	2	5
Totaal	14	5	19

Conclusie over casus 5

De meningen zijn verdeeld of er sprake is van kindgebonden problemen of problemen in de ouder-kindrelatie. Beide problemen zijn door een kleine meerderheid aan deze casus toegeschreven. De meerderheid oordeelt dat de problemen een beetje ernstig zijn, maar ook een kwart meent dat de problemen heel ernstig zijn. De meningen over welke hulp het beste ingezet kan worden, verschillen ook. Een deel meent dat er behandeling voor het kind nodig is, anderen ondersteuning in de opvoeding. Desondanks indiceert vrijwel iedereen jeugdhulp thuis. Hoewel de problemen in het algemeen als een beetje ernstig worden ingeschat, wil de meerderheid langdurig hulp inzetten, maar met een lichte tot matig zware intensiteit.

Bijlage 7. Vragen aan de gedragswetenschapper

Reacties van de indicatiestellers op de vraag: “Welke concrete vraag had je aan de gedragswetenschapper willen voorleggen?”

Algemene opmerkingen

- Iemand anders mee laten kijken naar de zaak
- Standaard dat gedragswetenschapper geraadpleegd wordt
- Welke info zal ik nog meer verzamelen

Vragen met betrekking tot problematiek

- Zorgen over ontwikkeling van het kind
- Zorgen over mogelijk seksueel misbruik van het kind
- Inschatting maken
- Mate van kindermishandeling vaststellen
- Hoe bedreigend is situatie voor jeugdige?
- Moet ik iets met signalen van de buurjongen/buurman?
- Heeft dit kind baat bij plaatsing in dagbehandeling voor het verbeteren van het contact met leeftijdgenootjes? Is dit kind niet ‘jong’ gezien problemen om nu al te indiceren?
- Gezien vermoeden seksueel misbruik overleggen met gedragswetenschapper
- Waar denkt gedragswetenschapper dat stelen/liegen vandaan komt
- Is er aanleiding om te denken dat kindeigen problematiek op voorgrond staat

Algemene vragen met betrekking tot hulp

- Welke hulp en hoe snel?
- Is deze hulp afdoende?
- Mogelijkheid van andere hulpvormen
- Hoe urgent is de problematiek?
- Onderzoeksvragen t.b.v. aanvraag onderzoek
- Voor hulp bij formuleren van onderzoeksvragen

Type hulp en volgorde

- Meteen starten met jeugdhulp of eerst observatiediagnostiek afwachten
- Wel/geen inzet jeugdhulp thuis of verder onderzoek
- Of een psychologisch onderzoek geïndiceerd is
- Is observatiediagnostiek meest passend?
- Voldoende grond voor onderzoek GGZ?
- Direct GGZ of eerst intern onderzoek?
- Hulp voor kind meteen inzetten of afwachten welk effect de overige hulp geeft?
- Of de communicatietraining geïndiceerd moet worden of dat het via jeugdhulp allemaal kan?
- SOVA of gesprekken psycholoog met evt. onderzoek naar kindfactoren
- Keuze geïndiceerde zorg versus terugverwijzen voorliggend veld
- Ambulant inzetten of FFT?
- Crisis of reguliere hulp?
- Observatiediagnostiek of indicatie voor behandeling?
- Is casemanagement voldoende? Anders indiceren

- Is intern onderzoek (IQ bepaling kind) mogelijk?
- Met alles tegelijk te starten of niet?

Vragen met betrekking tot hulp in relatie tot veiligheid

- Evt. aanvragen OTS
- Bespreken of dit in het afstemmingsoverleg moet worden ingebracht. Vraag is of moeder tijd en ruimte vrij gaat maken voor hulp
- Of er spoedhulp nodig is
- Overwegen of kind thuis kan blijven indien moeder hard aan de slag gaat. Eventueel overwegen raadsonderzoek indien moeder geen hulp accepteert
- Noodzaak van uithuisplaatsing
- Inschatten thuis nog proberen of uit huis

Vragen over welke personen de hulp op gericht moet zijn

- Moet vader betrokken worden bij hulp
- Meer inzetten op moeder?
- Alleen investering in gezin voldoende/mogelijk
- Moeten we ook al iets inzetten op het systeem
- Hulp aan huis voldoende of ook op kind gerichte hulp
- Of het zinvol is om voor kind zelf hulp in te zetten

Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut: hét expertisecentrum over jeugd en opvoeding

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

Missie

De bestaansgrond van het Nederlands Jeugdinstituut ligt in het streven naar een gezonde ontwikkeling van jeugdigen, en verbetering van de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

Doelgroep

Het Nederlands Jeugdinstituut werkt voor beleidsmakers, staffunctionarissen en beroepskrachten in de sector jeugd en opvoeding. Wij maken kennis beschikbaar voor de praktijk, maar genereren ook kennisvragen vanuit de praktijk. Op die manier wordt een kenniscyclus georganiseerd, die de jeugdsector helpt het probleemoplossend vermogen te vergroten en de kwaliteit en effectiviteit van de dienstverlening te verbeteren.

Producten

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uiteenlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

Meer weten?

Wilt u meer weten over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen, dan kunt u terecht op onze website www.nji.nl. Wilt u op de hoogte blijven van nieuws uit de jeugdsector? Neem dan een gratis abonnement op onze digitale *Nieuwsbrief Jeugd*.