

Beslissen over effectieve hulp

Wat werkt in indicatiestelling?

© 2013 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.

Auteurs

Cora Bartelink
Ingrid ten Berge
Tom van Yperen

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon (030) 230 63 44
Website www.nji.nl
Email infojeugd@nji.nl



Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| INHOUDSOPGAVE | 3 |
| INLEIDING | 5 |
| DE ONDERZOEKSVRAAG | 7 |
| MAATSCHAPPELIJKE CONTEXT..... | 8 |
| REIKWIJDTE VAN DIT RAPPORT..... | 8 |
| BESCHRIJVING SEARCH..... | 9 |
| LEESWIJZER | 10 |
| 1 Kwaliteit van indicatiestelling | 11 |
| 1.1 WAT IS INDICATIESTELLING? | 11 |
| 1.2 WAT IS KWALITATIEF GOEDE INDICATIESTELLING?..... | 13 |
| 1.3 ALGEMEEN WERKZAME FACTOREN | 14 |
| 2 Thema 1: Professioneel indiceren | 17 |
| 2.1 WETTELIJKE KADERS EN KWALITEITSEISEN AAN DE INDICATIESTELLING | 17 |
| 2.2 BEROEPSCODES..... | 19 |
| 2.3 METHODISCH WERKEN | 20 |
| 2.4 TRANSPARANT EN TOETSBAAR | 26 |
| 2.5 GEBRUIK VAN INSTRUMENTEN..... | 27 |
| 2.6 DISCUSSIE | 31 |
| 3 Thema 2: Evidence based indicatiestelling | 35 |
| 3.1 WELKE ‘EVIDENCE’ HEBBEN HULPVERLENERS NODIG? | 36 |
| 3.2 AANDACHTSPUNTEN VOOR BEOORDELEN VAN DE PROBLEMATIEK EN BESLISSEN OVER HULP | 37 |
| 3.3 KENNIS OVER OPVOEDING EN ONTWIKKELING | 39 |
| 3.4 KENNIS OVER ‘WAT WERKT’ | 46 |
| 3.5 DISCUSSIE | 52 |
| 4 Thema 3: Indiceren in dialoog | 55 |
| 4.1 WAT IS INDICATIESTELLING IN DIALOOG MET DE CLIËNT? | 57 |
| 4.2 DIALOOG MET OUDERS EN JEUGDIGEN..... | 57 |
| 4.3 METHODEN VOOR GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING | 62 |
| 4.4 EFFECTIVITEIT | 65 |
| 4.5 VEILIGHEID VAN KINDEREN | 68 |
| 4.6 OVEREENKOMSTEN EN VERSCHILLEN TUSSEN METHODEN..... | 71 |
| 4.7 DISCUSSIE | 73 |
| 5 Slotconclusie en discussie | 77 |
| 5.1 EFFECTIVITEIT VAN DE INDICATIESTELLING | 77 |
| 5.2 KANTTEKENINGEN | 84 |
| 5.3 AANBEVELINGEN VOOR VERBETERING | 86 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 6 | LITERATUUR | 90 |
| | BIJLAGE 1. EIGEN KRACHT-CONFERENTIE | 98 |
| | BIJLAGE 2. SIGNS OF SAFETY | 113 |
| | BIJLAGE 3. DELTAMETHODE | 123 |
| | BIJLAGE 4. FRAMEWORK FOR THE ASSESSMENT OF CHILDREN IN NEED AND THEIR FAMILIES | 131 |

Inleiding

Een belangrijk proces in de jeugdzorg is de indicatiestelling. Indicatiestelling is het proces waarin een hulpverlener samen met ouders en kinderen (en/of hun omgeving) beoordeelt welke problemen spelen en beslist welke hulp het beste ingezet kan worden. Het is een proces van professionele oordeelsvorming waarin een hulpverlener op basis van een gedegen analyse van de problematiek beoordeelt welk hulpaanbod het meest geschikt is.

Een goede indicatiestelling is een voorwaarde voor effectieve hulpverlening (Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & Aarle, 2003; Poston & Hanson, 2010). Dat betekent dat de manier waarop dit beoordelings- en besluitvormingsproces uitgevoerd wordt, eraan bijdraagt of ouders en kinderen de hulp krijgen die een adequaat antwoord op hun hulpvraag biedt en hun problemen oplost, vermindert of draaglijk maakt.

In de praktijk blijkt de indicatiestelling – het proces van beoordelen en beslissen – niet gemakkelijk te zijn. Er zijn allerlei problemen en knelpunten die de kwaliteit van de indicatiestelling en bruikbaarheid voor de behandeling beïnvloeden. Een belangrijk knelpunt waar hulpverleners zich in de indicatiestelling voor gesteld zien is dat de problematiek van kinderen en gezinnen complex en dynamisch is en dat kinderen zich snel ontwikkelen. Daarmee veranderen de aard en ernst van problemen ook. Er zijn veel factoren die de problemen beïnvloeden; factoren zowel in het gezin als op school en in de omgeving. Dit maakt het moeilijk voor de hulpverlener om te achterhalen waar de hulpvraag precies ligt en wat de kern van de problemen is en dus ook welke hulp daar het beste bij ingezet kan worden.

Hulpverleners vinden het ook niet altijd gemakkelijk om te beslissen welke hulp het beste is voor een kind of gezin. De keuzemogelijkheden voor de gewenste hulp zijn vaak verre van optimaal. Daar is een aantal oorzaken voor. In de eerste plaats is er weinig gedetailleerde kennis beschikbaar over welke hulp het beste past bij specifieke problemen van kinderen en ouders. Empirisch onderbouwde en gemakkelijk toe te passen richtlijnen voor veel voorkomende problemen bij kinderen en ouders ontbreken grotendeels. Tegelijkertijd zijn er veel interventies beschikbaar, wat het moeilijker maakt om een goede beslissing te nemen. Naar schatting zijn er op het terrein van jeugd en opvoeding ongeveer 1500 interventies. Van die interventies is slechts 1 tot 5 procent op effectiviteit onderzocht met gedegen wetenschappelijk onderzoek (zie onder andere Boendermaker et al., 2003; Loeffen et al., 2004; Veerman et al., 2004). Hulpverleners blijken ook niet altijd goed op de hoogte te zijn van geschikt aanbod. Jumelet en collega's (2002) wijzen erop dat ouders soms de indruk hebben dat het een kwestie van toeval is of zij de hulp krijgen die aansluit bij hun vragen en problemen.

Het ontbreken van een goed overzicht van welke hulp beschikbaar en effectief is maakt dat allerlei irrelevante factoren en omstandigheden die van dag tot dag kunnen verschillen, zoals de stemming van de hulpverlener, de besluitvorming beïnvloeden. Berben (2000) toont aan dat in de jeugdhulpverlening en jeugd-ggz allerlei individuele gewoonten van hulpverleners, regionale verwijspatronen en andere inhoudelijk weinig relevante factoren meespelen bij de beoordeling welk zorgaanbod is het beste is. Ook persoonlijke opvattingen van de hulpverlener spelen een rol in de besluitvorming als richtlijnen ontbreken (Ten Berge, 1998; Gambrill & Shlonsky, 2000; Rossi, Schuerman, & Budde, 1999; Scholte & Ploeg, 2003).

Ten tweede blijken praktische bezwaren van invloed te zijn op de beslissing welke hulp een hulpverlener indiceert. Lang niet altijd is de gewenste hulp in de regio beschikbaar. Het kan ook zijn dat er lange wachtlijsten bestaan voor de gewenste hulp. Hulpverleners moeten daardoor afwegen wat gezien de beschikbare hulp mogelijk is bij de hulpvraag en het probleem van een specifiek gezin. In dat geval wordt er vaak gekozen om pragmatisch te indiceren, waarbij hulpverleners kiezen voor 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. Het onderscheid tussen de meest gewenste zorg en vervangende zorg wordt lang niet altijd expliciet gemaakt. Gevolg hiervan is dat op beleidsniveau een vertekening ontstaat van welke zorgvragen cliënten hebben en van de balans tussen vraag en aanbod (Baecke et al., 2009).

Hulpverleners schieten ook tekort in hun besluitvormingsvaardigheden. Zo blijkt in de praktijk dat hulpverleners hun keuze voor een bepaald hulpaanbod niet baseren op een afweging van wat de problemen precies zijn en welke hulp daarbij effectief is (Berben, 2000). In plaats daarvan hangt hun besluitvorming van verschillende andere factoren af. Onderzoek van De Kwaadsteniet, Hagmayer, Krol en Witteman (2010) laat zien dat het oordeel van hulpverleners over welke behandeling het meest geschikt is, afhangt van hoe zij denken over de oorzakelijke en in stand houdende factoren. Hun veronderstellingen over welke factoren van invloed zijn op het probleem van een cliënt bepalen welke behandeling zij voorstellen. Hulpverleners blijken verschillende opvattingen te hebben over welke factoren een probleem veroorzaken en in stand houden. Gevolg hiervan is dat hulpverleners in dezelfde situatie tot verschillende besluiten komen (De Kwaadsteniet, 2009; Rossi et al., 1999). De kans op een hulpaanbod dat minder of niet geschikt is gezien de problematiek, wordt daardoor groter (Scholte & Van der Ploeg, 2003). De kans op fouten als een onnodige uithuisplaatsing of een kind dat onterecht niet uit huis geplaatst wordt, wordt groter. Echter, uiteenlopende conclusies van hulpverleners over wat de beste hulp is in eenzelfde casus betekent niet dat er slechts één hulpverlener is die de 'juiste' hulp indiceert en de anderen 'fout' zitten. Zo eenvoudig ligt het niet in de jeugdzorg. Het kan zijn dat alle hulpverleners die een casus krijgen voorgelegd deels gelijk hebben, maar ook dat ze er soms allemaal naast kunnen zitten. Dat betekent dat de 'juiste' beslissing niet bestaat (Eijgenraam, 2006).

Ook blijken hulpverleners vaak te vertrouwen op intuïtieve vaardigheden. Daarbij verwerken ze snel en onbewust de beschikbare informatie. Intuïtieve besluitvorming is vaak te herkennen aan een gebrekkige onderbouwing. Omdat informatie onbewust verwerkt is, is het moeilijk voor hulpverleners om achteraf te beredeneren waarom zij een bepaald besluit hebben genomen en op basis van welke informatie. Als hulpverleners intuïtief beslissingen nemen over een ingewikkeld probleem, ligt een aantal gevaren op de loer. Dit is overigens niet alleen een gevaar in de jeugdzorg, maar speelt bij elke beslissing in onzekere situaties een rol. Het zijn gevaren die alles te maken hebben met de beperkingen van menselijke informatieverwerkingscapaciteiten in complexe situaties. Eén gevaar is dat de hulpverlener zich een oordeel vormt over de situatie op grond van beperkte informatie. Hulpverleners blijken geneigd om een beslissing te nemen op basis van bewijsmateriaal dat recent en levendig is of emoties oproept. Zo nemen ze eerder mondeling verkregen informatie in hun besluitvorming mee dan schriftelijke gegevens (Munro, 1999). Dat kan hun beeld vertekenen, waardoor ze een verkeerde beslissing nemen (Munro, 2008).

Een ander gevaar is tunnelvisie: de neiging om bevooroordeeld te zijn tegen informatie. Munro (1999) rapporteert dat hulpverleners niet snel hun oordeel over een situatie herzien. De eerste



indruk die zij van een gezin hebben, blijkt van grote invloed op hun reactie op nieuw bewijsmateriaal. Wanneer nieuwe informatie niet overeenkomt met hun eerste indrukken, tonen ze zich sceptisch over de informatie. Wanneer echter de nieuwe gegevens hun inzichten ondersteunen, zijn zij niet kritisch.

Een andere bron van fouten ontstaat doordat hulpverleners onvoldoende in samenspraak met ouders en kinderen een beslissing nemen over welke hulp de meeste kans van slagen heeft (Baecke et al., 2009; Konijn et al., 2002; Pameijer & Van Beukering, 2004). Ouders en kinderen krijgen nauwelijks de kans om hun mening te geven over wat volgens hen de doelen van de hulp zouden moeten zijn en welke hulp zij wensen (Konijn et al., 2002). Werkwijzen als de Eigen Kracht-conferentie en Signs of Safety worden weinig gebruikt om ouders en kinderen te activeren en hen te helpen zelf oplossingen te vinden. Daardoor sluit het geïndiceerde hulpaanbod niet aan bij de wensen en verwachtingen van gezinnen, waardoor de kans groter wordt dat zij voortijdig afhaken. Ook blijken hulpverleners vooral de nadruk te leggen op problematische kenmerken van het kind. Veel minder aandacht schenken zij aan de rol van opvoedings- en/of onderwijsleersituaties. Ook positieve kenmerken van het kind, de ouders en de school zijn nauwelijks in beeld, terwijl dit voor een goede afweging over de benodigde hulp essentieel is. Gevolg van de gebrekkige samenwerking en de eenzijdige nadruk op problemen van het kind is dat de adviezen van hulpverleners niet altijd bruikbaar zijn voor ouders en kinderen (Pameijer & Van Beukering, 2004).

Een nadeel van de manier waarop de indicatiestelling op dit moment wordt uitgevoerd is dat het accent ligt op oplossingen op de korte termijn in plaats van op resultaatgerichte cliënttrajecten waarin oog is voor de lange termijn en continuïteit. Baecke en anderen menen dat er nadrukkelijker gezocht moet worden naar oplossingsmogelijkheden binnen het gezin of het sociale netwerk, waarbij het beoogde eindresultaat op de lange termijn meer centraal staat (Baecke et al., 2009). Voordeel hiervan is dat cliënten niet herhaaldelijk een beroep hoeven te doen op geïndiceerde jeugdzorg.

De onderzoeksvraag

Bovenstaand overzicht van onderzoek laat zien dat er nog de nodige knelpunten in de indicatiestelling bestaan en dat verbetering van de indicatiestelling in de jeugdzorg nodig is. De vraag is wat er voor nodig is om de bestaande knelpunten aan te pakken, zodat ouders en kinderen de hulp krijgen die zij nodig hebben. Dit rapport gaat in op wat kenmerkend is voor een effectief verlopende indicatiestelling. Het besteedt vooral aandacht aan wat er bekend is over effectieve manieren om te beoordelen wat er aan de hand is in een gezin en te beslissen over welke hulp nodig is, zodat hulp de meeste kans van slagen heeft.

De hoofdvraag is: Aan welke kenmerken moet het proces van indicatiestelling voldoen, zodat jeugdigen en hun ouders een effectief hulpaanbod krijgen en de kans groot is dat zij dit ook accepteren, zodat zij effectief geholpen zijn?

De veronderstelling is dat de indicatiestelling aan een aantal criteria moet voldoen om effectief te zijn, namelijk:

- professioneel;
- op basis van kennis over actuele theorieën en ‘wat werkt’;
- in dialoog met de ouders en kinderen;

- met oog voor de veiligheid van het kind, de omgeving en de hulpverlener.

In dit rapport wordt getoetst of de eerste drie veronderstellingen ook daadwerkelijk in de literatuur naar voren komen. De veiligheid van het kind, de omgeving en de hulpverlener komen in dit rapport niet aan bod. Alleen waar het gaat om de mogelijkheden en beperkingen van een indicatiestelling in dialoog wordt enige aandacht besteed aan de veiligheid van het kind. De resultaten van een literatuuronderzoek naar effectieve principes bij het beslissen over de veiligheid van het kind verschijnen eind 2011.

Maatschappelijke context

Er is veel discussie over ‘de indicatiestelling’ in de jeugdzorg. De roep om afschaffing van de onafhankelijke indicatiestelling door bureau jeugdzorg wordt steeds sterker. Redenen dat er gepleit wordt voor afschaffing van de indicatiestelling zijn de bureaucratie die het met zich meebrengt en het gebrek aan aansluiting van hulpaanbod op de wensen en mogelijkheden van cliënten. Een recent onderzoek van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO; 2010) laat dit ook zien, maar toont tegelijkertijd aan dat de indicatiestelling een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van hulpverleners in de jeugdzorg. Uit tevredenheidsonderzoeken blijkt dat cliënten en cliëntenorganisaties positief zijn over onder meer de professionalisering van de diagnostiek en over een toenemende uniformiteit, transparantie en rechtsgelijkheid. De RMO meent dan ook dat het kind met het badwater weggegooid wordt als de indicatiestelling in zijn geheel afgeschaft wordt. Waar de discussie over afschaffing van de indicatiestelling aan voorbijgaat, is dat het – in welke vorm dan ook – nodig blijft om te beoordelen welke problemen cliënten hebben en welke hulp daarvoor nodig is. Het gaat dan om het inhoudelijke proces van beoordelen wat er aan de hand is en beslissen welke hulp ingezet moet worden dat hulpverleners uitvoeren voordat zij een behandeling starten.

Dit rapport biedt kennis die een bijdrage levert aan de professionaliteit van het beoordelings- en besluitvormingsproces en de kwaliteit van werken van hulpverleners. De kennis over ‘wat werkt’ in de indicatiestelling die in dit rapport verzameld is, is relevant zelfs al zou de formele indicatiestelling die recht geeft op toegang tot geïndiceerde jeugdzorg, afgeschaft worden. Welke organisatie in de keten van jeugdzorg dat proces van beoordelen en beslissen uitvoert, maakt feitelijk niet zo veel uit, mits de hulpverlener gebruik maakt van effectieve principes in het beoordelings- en besluitvormingsproces die de kans van slagen van hulpverlening vergroten. De uitvoerder van de indicatiestelling kan dus een formele instelling voor indicatiestelling zijn, zoals de bureaus jeugdzorg, maar het kan ook gaan om hulpverleners bij een centrum voor jeugd en gezin of een zorgaanbieder die beslissen welke hulp ingezet moet worden gezien de problemen van ouders en kinderen. Hulpverleners zullen nooit hulp kunnen bieden zonder een voorafgaand proces van diagnostiek en indicatiestelling.

Reikwijdte van dit rapport

Dit rapport gaat in op effectieve principes in het proces van indicatiestelling. Het gaat daarbij om het inhoudelijke proces van het beoordelen wat er aan de hand is in gezinnen en beslissen over wat er moet gebeuren om deze problemen aan te pakken. Het gaat niet in op de positionering van de indicatiestelling in de keten van de zorg voor jeugd. Gezien de aankondiging van het kabinet van een

stelselwijziging in de jeugdzorg is plaats van de indicatiestelling in de jeugdzorgketen een hot item. Het uitgangspunt van dit rapport is dat het voor het inhoudelijke proces van beoordelen en beslissen niet van belang is wie dat proces uitvoert, als diegene maar gebruik maakt van effectieve principes en technieken om tot een weloverwogen besluit te komen over welke hulp het beste aansluit bij het probleem en de hulpvraag van het gezin.

De term 'hulpverlener' wordt in algemene zin gebruikt. Met deze term wordt iedereen bedoeld die beoordeelt wat er in een gezin aan de hand is en beslissingen neemt over welk hulpaanbod noodzakelijk is. Het kan gaan om een indicatiesteller van bureau jeugdzorg, maar ook om een medewerker van de jeugdgezondheidszorg of het centrum voor jeugd en gezin (CJG) die een screening uitvoert en beslist of een gezin doorverwezen moet worden naar meer gespecialiseerde zorg.

Beschrijving search

Om de laatste stand van zaken rond de effectiviteit van indicatiestelling en de werkzame bestanddelen weer te geven hebben we een systematische literatuursearch uitgevoerd in een aantal elektronische zoekmachines zoals PsychINFO voor onderzoek uit de psychologie en aanverwante terreinen, ERIC voor onderzoek op pedagogisch en onderwijskundig gebied, Cochrane Collaboration, voor onderzoek gericht op gezondheidszorg, en Campbell Collaboration, voor onderzoek gericht op onderwijs, recht en sociale wetenschappen. Daarbij zijn de volgende zoektermen gebruikt: (psychological) assessment, (structured, shared) decision-making, treatment decision making, clinical judgment, evidence based practice, evidence based assessment, client treatment matching, treatment planning, client participation, child protection, child welfare. Voor de Nederlandse literatuur is gebruik gemaakt van Google en Picarta met de volgende zoektermen: indicatiestelling, diagnostiek, besluitvorming, diagnostische besluitvorming, jeugdzorg.

In eerste instantie heeft de search zich gericht op reviews en meta-analyses. In aanvulling hierop zijn ook theoretische artikelen en primair onderzoek dat van voldoende kwaliteit was meegenomen.

De zeggingskracht van de uitkomsten van de meta-analyses en reviews wordt bepaald door hun kwaliteit. Wanneer is een meta-analyse of review een goede studie? Veelgebruikte kwaliteitscriteria voor meta-analyses en reviews zijn dat¹:

- er gebruik gemaakt wordt van studies met een controle- of vergelijkgroep, random clinical trial of dubbelblinde toewijzing aan de experimentele en controlegroep;
- er op een gestructureerde manier gezocht is in gerenommeerde internationale databestanden (onder meer PsycINFO, Medline) met welomschreven zoektermen en een duidelijk gedefinieerde periode waarin de literatuur is gepubliceerd;
- er helder omschreven is welke in- en exclusiecriteria voor de primaire studies zijn toegepast en de selectie door twee personen onafhankelijk van elkaar gedaan is;
- van de oorspronkelijke studies de onderzochte interventies, gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies helder beschreven zijn;

¹ Deze criteria zijn afgeleid van de richtlijn voor het beoordelen van de kwaliteit van systematische reviews, opgesteld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Dutch Cochrane Centre, Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG), Institute for Medical Technology Assessment (IMTA), College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK). Zie ook: Konijn e.a. (2003).

- de conclusies logisch voortkomen uit de gepresenteerde data en gerechtvaardigd en valide lijken.

Belangrijke kwaliteitscriteria voor primaire studies zijn:

- er wordt gebruik gemaakt van een design met experimentele en controlegroep, al dan niet at random samengesteld;
- de interventie is duidelijk omschreven;
- de gehanteerde statistische methoden, effectmaten en conclusies zijn helder beschreven.

De kwaliteitscriteria voor primair onderzoek zijn niet altijd gehanteerd, omdat er soms weinig onderzoeken met een sterke bewijskracht beschikbaar waren. Daarom is ervoor gekozen om toch enkele onderzoeken die volgens een minder gedegen onderzoeksdesign waren opgezet, als aanvulling mee te nemen. Waar nodig zijn kanttekeningen bij de gepresenteerde resultaten geplaatst.

In totaal zijn 81 internationale publicaties en 54 Nederlandse publicaties in dit overzicht opgenomen. Niet alle literatuur bood inzicht in mogelijkheden om de indicatiestelling te verbeteren. Deels is de literatuur ook gebruikt om knelpunten in de bestaande werkwijze in de indicatiestelling te onderbouwen.

Leeswijzer

Het vervolg van het rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Hoofdstuk 1 biedt een definitie van indicatiestelling en gaat in op algemene aspecten die daarin een rol spelen. Vervolgens zijn in hoofdstuk 2 tot en met 4 deze algemene aspecten verder uitgewerkt. Hoofdstuk 2 gaat in op het professioneel indiceren, waarbij de nadruk ligt op het methodisch werken. Hoofdstuk 3 behandelt het evidence based indiceren, waarbij er vooral aandacht is voor het gebruik van theorieën over het ontstaan en in stand blijven van opvoedings- en ontwikkelingsproblemen en het gebruik van kennis over 'wat werkt'. Hoofdstuk 4 besteedt aandacht aan indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen. Tot slot worden in hoofdstuk 5 de algemene conclusies en aandachtspunten voor verdere verbetering van de indicatiestelling gepresenteerd.

1 Kwaliteit van indicatiestelling

Een goede indicatiestelling is belangrijk voor effectieve hulp. In dit deel van het rapport wordt een kader geschetst voor wat indicatiestelling is en welke algemene elementen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de indicatiestelling. Het gaat in op drie vragen:

1. Wat is een kwalitatief goede indicatiestelling?
2. Welke elementen dragen bij aan een kwalitatief goede indicatiestelling? Dat wil zeggen welke elementen van het proces van indicatiestelling vergroten de kans dat hulp effectief is?
3. Welke algemeen werkzame factoren dragen bij aan een kwalitatief goede indicatiestelling?

In paragraaf 1 wordt de term ‘indicatiestelling’ uitgelegd. Paragraaf 2 gaat in op algemene elementen van een kwalitatief goede indicatiestelling. Paragraaf 3 besteedt aandacht aan algemeen werkzame factoren die een rol spelen in de indicatiestelling.

1.1 Wat is indicatiestelling?

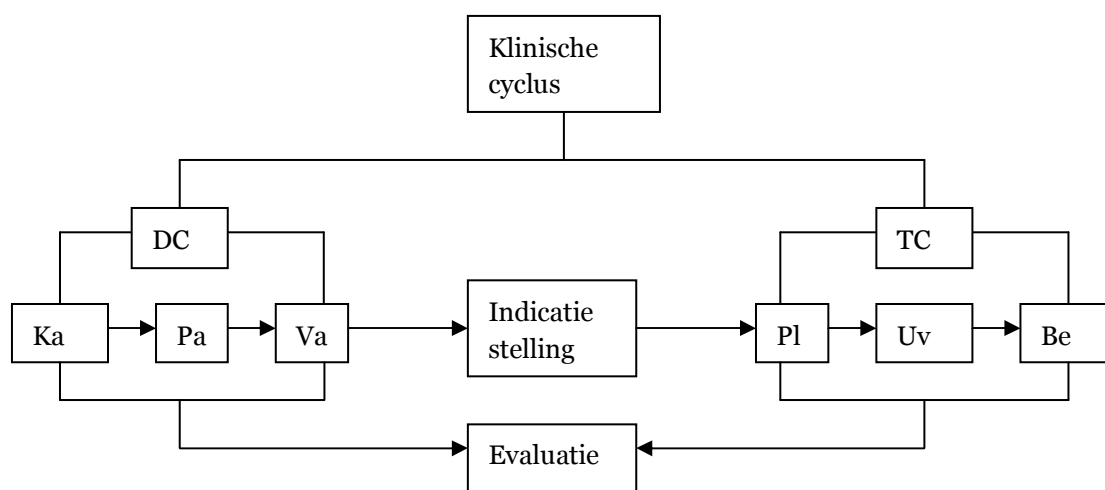
Het begrip ‘indicatiestelling’ kan op verschillende manieren opgevat worden. Enerzijds kan de indicatiestelling beschouwd worden als een beheersingsinstrument, dat wil zeggen een methode om het geld in de sector op een eerlijke manier te verdelen. Dat betekent dat iemand die een positief indicatiebesluit ontvangt, recht heeft op een bepaalde vorm van hulpverlening. Een hulpverlener beoordeelt of problemen ernstig genoeg zijn om voor geïndiceerde zorg in aanmerking te komen. Als dat het geval is, krijgen gezinnen een verwijzing naar de benodigde hulp. Voor de geïndiceerde jeugdzorg voert bureau jeugdzorg dit proces uit.

Anderzijds kan er ook inhoudelijk gekeken worden naar indicatiestelling. In dat geval is indicatiestelling een proces waarin de hulpverlener samen met de cliënt beoordeelt welke problemen spelen in een gezin en beslist welk hulpaanbod het meest geschikt is. Het is een proces van professionele oordeelsvorming waarin op basis van een gedegen analyse van de problematiek beoordeeld wordt welk hulpaanbod het meest geschikt is. Dit inhoudelijke beoordelings- en besluitvormingsproces doet zich niet alleen bij bureau jeugdzorg voor, maar bijvoorbeeld ook in de jeugdgezondheidszorg, als een jgz-arts beoordeelt of het nodig is dat een kind meer of andere hulp nodig heeft dan dat hij zelf kan bieden. Deze laatste vorm van indicatiestelling – indicatiestelling als inhoudelijk proces – staat in dit rapport centraal.

Als over indicatiestelling gesproken wordt, kan onderscheid gemaakt worden tussen indicatiestelling in brede zin en indicatiestelling in enge zin. Indicatiestelling in brede zin is het proces waarin de hulpverlener en de cliënt (of zijn omgeving) onderzoeken welke problemen er spelen in een gezin, een globaal doel voor de hulp opstellen, inventariseren welke typen interventies in aanmerking komen gezien de problemen en het beoogde doel en inschatten wat het nut van verschillende alternatieven is en wat de kans van slagen is van mogelijke interventies. Uiteindelijk resulteert dit in een aanbeveling over de in te zetten hulp, de indicatie (De Bruyn et al., 2003; Pameijer & Van Beukering, 2004). Indicatiestelling in brede zin omvat het totale proces van diagnostiek en besluitvorming.

Indicatiestelling in enge zin is alleen het moment in het proces waarop de besluitvorming plaatsvindt. In feite vormt de indicatiestelling dan de schakel tussen de diagnostiek en de behandeling, zoals zichtbaar is in figuur 1.

Figuur 1. Relatie tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling²



Figuur 1 maakt de verhoudingen tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling duidelijk. Het laat zien dat de indicatiestelling altijd gebaseerd is op diagnostiek. Tijdens de diagnostische fase onderzoekt de hulpverlener wat de problemen zijn en hoe die zich tot elkaar verhouden. Voor een goede beslissing over de benodigde hulp moet de hulpverlener inzicht hebben in:

- de aard en ernst van de problemen (klacht- en probleemanalyse);
- de veroorzakende of in stand houdende factoren (verklaringsanalyse);
- de kans dat problemen zich blijven voordoen indien er geen hulp geboden wordt;
- en de gevolgen van de situatie op dit moment en voor de toekomst wanneer er geen hulp geboden wordt (Hackett, 2003; Knorth & Smit, 1999; Ten Berge & Vinke, 2006).

Bij diagnostiek kan het gaan om een beknopte dan wel uitgebreide informatieverzameling. Een huisarts is een goed voorbeeld van iemand die vaak in korte tijd – slechts vijf tot tien minuten – diagnostiek uitvoert om in te schatten of hij medicatie zal voorschrijven of verwijzen naar een specialist. Het hangt af van het type besluit of uitgebreide of slechts beknopte informatie nodig is voor de beslissing.

De indicatiestelling gaat vooraf aan de inzet van hulp. Indicatiestelling is het omzetten van de hulpvraag en problemen van de cliënt in gedragstermen en aanwijzingen voor gedragsbeïnvloeding. Het is een vertaalslag en vooruitblik, die uiteindelijk aanknopingspunten biedt voor een evaluatie

² Overgenomen uit De Bruyn et al. (2003).

DC = Diagnostische cyclus; TC = Therapeutische cyclus; Ka = klachtenanalyse; Pa = probleemanalyse; Va = verklaringsanalyse; PI = planning; Uv = uitvoering; Be = Beoordeling effecten

van de behandeling en de effecten daarvan. Het geeft handvatten voor de aanpak van de hulpverlener. Tijdens de indicatiestelling stelt de hulpverlener doelen op. Vervolgens bepaalt hij welke middelen en methoden gebruikt kunnen worden om die doelen te bereiken. Hij onderzoekt wat de meest geschikte en effectieve manier is om de problemen aan te pakken (Hackett, 2003; Knorth & Smit, 1999).

Een proces van beoordelen en beslissen gebeurt tijdens zowel de indicatiestelling als de hulpverleningsplanning. De indicatiestelling verschilt van de hulpverleningsplanning in de mate waarin de doelen en activiteiten gespecificeerd zijn. Tijdens de indicatiestelling neemt de hulpverlener een besluit over welke hulp ingezet moet worden en met welk doel. Tijdens de hulpverleningsplanning werkt de hulpverlener dit nader uit tot een concreet werkplan, waarin doelen en activiteiten specifiek zijn geformuleerd, zodat hij samen met ouders en jeugdige hiermee aan de slag kan.

1.2 Wat is kwalitatief goede indicatiestelling?

Een kwalitatief goede indicatiestelling draagt eraan bij dat cliënten (jeugdige, ouders, gezin) effectief geholpen worden. Dat wil zeggen ze krijgen hulp aangeboden die effectief is voor het probleem dat zij ervaren. En dit proces wordt zodanig uitgevoerd dat een cliënt dit aanbod ook accepteert en baat kan hebben bij de hulp.

Verondersteld wordt dat een kwalitatief goede indicatiestelling de volgende kenmerken heeft:

- professioneel;
- evidence based;
- in dialoog met cliënten;
- verantwoord met betrekking tot de veiligheid van het kind, de omgeving en de uitvoerend hulpverlener.

Professionele indicatiestelling betekent dat de indicatie methodisch tot stand komt en dat de indicatie onderbouwd, toetsbaar en transparant is. Professioneel indiceren betekent dat indicatiestellers – in tegenstelling tot leken – niet zomaar wat doen, dat hun besluitvorming niet alleen gebaseerd is op hun eigen mening, maar dat zij gestructureerd werken op basis van voor de sector geldende richtlijnen en een gedegen theoretisch kader, dat zij werken met geschikte instrumenten en hun beslissingen kunnen onderbouwen.

Evidence based indiceren betekent dat hulpverleners een effectief hulpaanbod indiceren op basis van relevante theorieën over het ontstaan en in stand blijven van jeugd- en gezinsproblemen en up-to-date kennis over 'wat werkt'.

Een kwalitatief goede indicatiestelling komt tot stand in dialoog met de cliënt, dat wil zeggen zowel ouders als jeugdigen. Zowel de hulpverlener als de cliënt brengt zijn kennis in. Bij de hulpverlener is dat zijn professionele kennis, zoals zijn theoretisch kader en kennis over wat werkt. De cliënt is ervaringsdeskundige en brengt kennis in over zijn specifieke situatie, zoals zijn inzichten in wat precies de problemen zijn, hoe die ontstaan zijn en welke oplossingen al uitgeprobeerd zijn. Er vindt een gezamenlijke afweging plaats tussen wat volgens de hulpverlener noodzakelijk is (een effectief hulpaanbod) en wat ouders en jeugdigen willen.

Een belangrijk onderdeel van een goede indicatiestelling is dat de indicatiesteller rekening houdt met de veiligheid van de jeugdige, de omgeving en de uitvoerend hulpverlener. Een jeugdige heeft het recht om veilig op te groeien binnen het gezin. Bij de besluitvorming houdt de hulpverlener hier rekening mee. De veiligheid van de jeugdige heeft invloed op het type hulp dat geboden wordt. Als een jeugdige in een onveilige opvoedingssituatie opgroeit, betekent dit dat er vaak een veelheid aan problemen speelt. Dit vraagt om een veelomvattend hulpaanbod, waarin hulp is voor de jeugdige, de ouders en het gezin als geheel. Enkelvoudige hulp die gericht is op één aspect van het probleem heeft weinig kans van slagen (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004). Maar veiligheid heeft niet alleen invloed op de hulp die geboden gaat worden, maar ook op de manier waarop het indicatiebesluit tot stand komt. Het kan zijn dat een gezin zich niet zelf bij een hulpverleningsinstantie heeft gemeld, maar dat anderen een melding hebben gedaan vanwege zorgen rondom de veiligheid van een jeugdige. Wanneer de veiligheid van de jeugdige in het geding is, stelt dit grenzen aan de manier waarop er samengewerkt wordt of kan worden met het gezin en de mogelijkheden die het gezin heeft om zelf te beslissen over het al dan niet accepteren van een bepaald hulpaanbod (PI-Research & Van Montfoort, 2009).

Bij de veiligheid van de omgeving gaat het erom dat de jeugdige of het gezin geen ernstige overlast bezorgt voor de omgeving, bijvoorbeeld vanwege crimineel of orde verstorend gedrag. Wanneer een hulpverlener beoordeelt welke hulp het meest geëigend is, houdt hij rekening met de veiligheid in de omgeving. Ook wanneer een jeugdige of gezin een bedreiging vormt voor de veiligheid van de omgeving, stelt dit beperkingen aan de manier van samenwerken tussen hulpverlener en gezin. Tot slot moet ook de hulpverlener zelf veilig zijn taak kunnen uitvoeren binnen een gezin. In de overwegingen welk hulpaanbod geschikt is, dient de indicatiesteller dit mee te nemen. Als bekend is dat een ouder agressief kan reageren, is het niet verstandig hulp aan huis te bieden waar een individuele hulpverlener niet snel de assistentie van een collega kan inroepen als een situatie uit de hand dreigt te lopen.

1.3 Algemeen werkzame factoren

Welke algemeen werkzame factoren dragen bij aan een effectief verlopende indicatiestelling, dat wil zeggen vergroten de kans dat ouders ingaan op een hulpaanbod en er baat bij hebben? Algemeen werkzame ingrediënten zijn die delen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht het soort behandeling en de doelgroep. Belangrijke factoren zijn:

- een goede aansluiting tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds de specifieke invulling van de interventie;
- het aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- een goede relatie tussen de cliënt en de behandelaar (of indicatiesteller);
- een goede structurering van de interventie;
- professionaliteit van de behandelaar (goede opleiding en training);
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (aan de belangrijkste randvoorwaarden is voldaan, zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener, goede inbedding in de organisatie) (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010).

Een aantal van deze algemeen werkzame factoren spelen ook in het traject van indicatiestelling een rol.

Een goede aansluiting tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds de specifieke invulling van de interventie betekent voor de indicatiestelling dat de indicatiesteller kennis moet hebben over welke factoren een rol spelen in de afweging welke hulp het beste aansluit op het probleem en de hulpvraag. Boendermaker (2008) betoogt dat in ieder geval de ernst van de problemen, veranderbare factoren in de problematiek en de manier waarop een cliënt leert een rol spelen in het type behandeling dat geboden zou moeten worden. Dat betekent dat de indicatiesteller tijdens de diagnostische fase onder meer hierover informatie nodig heeft, zodat hij samen met de cliënt kan afwegen welke hulp het beste aansluit.

Interventies blijken tot betere uitkomsten te leiden als cliënten gemotiveerd zijn (Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003). Dit betekent in de indicatiestelling dat het niet zinvol is om afspraken met cliënten te maken over welke doelen zij willen bereiken of welke hulp het meest geschikt is, zolang zij niet bereid zijn om te veranderen. De indicatiesteller moet dus kunnen inschatten of ouders en jeugdige bereid zijn om te veranderen. Al tijdens de indicatiestelling heeft de indicatiesteller allerlei technieken tot zijn beschikking om de motivatie te vergroten. In tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, is motivatie geen statisch gegeven (je hebt het of je hebt het niet). Onderzoek laat zien dat motivatie tot ontwikkeling gebracht kan worden wanneer een hulpverlener de juiste technieken toepast (Bartelink, 2009; Underwood et al., 2004).

Ook een goede relatie tussen de hulpverlener en de cliënt heeft invloed op de uitkomsten van de behandeling (Van Yperen et al., 2010). Als het om geïndiceerde jeugdzorg gaat, wordt de indicatiestelling uitgevoerd door een andere persoon dan de behandelaar. Dit neemt niet weg dat het wel eens zo zou kunnen zijn dat de relatie die de cliënt met de indicatiesteller heeft van invloed is op de uitkomsten van de behandeling. Of op zijn minst op de kans dat de cliënt het hulpaanbod dat de indicatiesteller voorstelt, accepteert en daadwerkelijk met deze hulp start.

Als een goede structurering in de behandeling van belang is, is het dat waarschijnlijk ook in de diagnostiek en indicatiestelling. Dit betekent dat de indicatiesteller aan de cliënt helder de stappen uitlegt die hij neemt om te komen tot een beslissing. Goede structurering van de indicatiestelling in brede zin houdt in dat er voorafgaand aan de besluitvorming goede diagnostiek plaatsvindt. Structurering van de indicatiestelling in enge zin betekent dat het indicatiebesluit logisch en samenhangend is opgebouwd, waarbij er realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen voor de behandeling zijn geformuleerd en er een duidelijke koppeling is tussen de hulpvraag, de geconstateerde problemen en de doelen en de middelen die ingezet worden.

Professionaliteit van de hulpverlener speelt niet alleen een rol in (de kwaliteit en effectiviteit van) de behandeling, maar ook in de indicatiestelling. De indicatiesteller dient de juiste kennis en vaardigheden te hebben om de problematiek van gezinnen te kunnen beoordelen en te kunnen beslissen welke hulp het meest effectief is. Dit stelt eisen aan de opleiding en training die hij heeft gehad.

Goede werkomstandigheden hebben ook effect op de indicatiesteller. Zijn caseload dient zodanig te zijn dat hij voldoende tijd heeft om samen met het gezin een goed onderbouwde beslissing te nemen over wat de beste hulp is. Ook aan andere randvoorwaarden, zoals veiligheid van de indicatiesteller, ondersteuning in het werkproces en inbedding van de indicatiestelling in de organisatie, moeten

goed geregeld zijn. Hoewel randvoorwaarden belangrijk zijn, voert het voor dit rapport te ver om dit uit te werken. Dit rapport gaat alleen in op de inhoudelijke kant van indicatiestelling en de manier waarop dit proces moet worden vormgegeven.

Hieruit vloeien drie thema's voort die uitgewerkt zijn in een aantal deelvragen:

Thema 1: Professioneel indiceren

1. Wat is een professionele indicatiestelling?
2. Wat is kenmerkend voor een professionele indicatiestelling?
3. Hoe draagt een professionele werkwijze bij aan een goede indicatiestelling?

Thema 2: Evidence based indiceren

4. Wat is evidence based indiceren?
5. Hoe draagt het gebruik van actuele theorieën en up-to-date kennis over 'wat werkt' bij aan een effectieve indicatiestelling?
6. Op welke manier kunnen hulpverleners in de indicatiestelling gebruik maken van up-to-date kennis over 'wat werkt'?

Thema 3: Indicatiestelling in dialoog

7. Wat is indicatiestelling in dialoog?
8. Op welke manier draagt een indicatie in dialoog met de cliënt bij aan een goede indicatiestelling?
9. Aan welke kenmerken moet een indicatiestelling in dialoog voldoen om ervoor te zorgen dat ouders en kinderen effectief geholpen worden?

Deze vragen zullen in de volgende hoofdstukken besproken worden.

2 Thema 1: Professioneel indiceren

Een professionele indicatiestelling betekent dat de indicatie methodisch tot stand komt en dat de indicatie onderbouwd, toetsbaar en transparant is. In een professionele indicatiestelling bestaat er helderheid over de werkwijze die de indicatiesteller gevolgd heeft om tot een beslissing over een effectief hulpaanbod te komen. Deze werkwijze houdt rekening met de wettelijke kaders voor indicatiestelling en voor de sector geldende beroepscodes. Daarnaast is het een methodische werkwijze. Of met andere woorden het indicatiebesluit komt via een doelgerichte en gestructureerde werkwijze tot stand. Daarbij maken hulpverleners gebruik van voor de sector geldende richtlijnen en een gedegen theoretisch kader en zetten geschikte instrumenten in.

Professioneel indiceren betekent ook dat indicatiestellers – in tegenstelling tot leken – niet zomaar wat doen. De besluitvorming is niet gebaseerd op hun persoonlijke mening over wat goed zou kunnen zijn, maar zij beschikken over kennis waarmee zij hun professionele oordeel kunnen onderbouwen. Daardoor werken zij in hun besluitvorming transparant. In de eerste plaats kunnen zij voor jeugdigen en ouders inzichtelijk maken waarom zij een bepaalde vorm van hulp aanbevelen. Maar ook voor collega's, leidinggevendenden, andere hulpverleners en anderen die om rekenschap vragen over de genomen beslissingen moeten zij in staat zijn om inzicht te geven in hun besluitvorming, zodat hun beslissingen toetsbaar zijn. Professionele indicatiestelling betekent dus ook dat indicaties helder onderbouwd zijn, zodat zij toetsbaar en transparant zijn voor anderen.

De vraag die dan rijst, is hoe dit het beste vormgegeven kan worden. Hoe ziet een professionele indicatiestelling eruit? Welke bruikbare kaders zijn er al om de indicatiestelling professioneel vorm te geven? Met welke bestaande wettelijke kaders moet er rekening gehouden worden? Paragraaf 1 besteedt aandacht aan de wettelijke kaders voor de indicatiestelling in de jeugdzorg.

Vervolgens wordt in paragraaf 2 ingegaan op het methodisch werken met daarbij de diagnostische cyclus van De Bruyn en collega's (2003) en de handelingsgerichte diagnostiek van Pameijer en Van Beukering (2004) als specifieke uitwerking. Paragraaf 3 gaat in op kwaliteitscriteria voor instrumenten, omdat het gebruik van instrumenten deel uitmaakt van een professionele werkwijze. Tot slot worden in paragraaf 4 de conclusies en aandachtspunten voor ontwikkeling en verbetering van de indicatiestelling gepresenteerd.

2.1 Wettelijke kaders en kwaliteitseisen aan de indicatiestelling

De samenleving vindt enkele aspecten in de indicatiestelling zo belangrijk dat zij zijn vastgelegd in een wettelijk kader. Bij wijze van voorbeeld is in deze paragraaf beschreven hoe de uitwerking van de kwaliteitseisen ten aanzien van de indicatiestelling in de Wet op de Jeugdzorg zijn uitgewerkt naar een specifiek handboek voor de indicatiestelling bij de bureaus jeugdzorg.

De Wet op de Jeugdzorg (2004) regelt op hoofdlijnen de taken van de bureaus jeugdzorg. Daarin worden ook eisen aan de uitvoering van de indicatiestelling gesteld. In Kader 1 zijn de wettelijke bepalingen rondom indicatiestelling voor de bureaus jeugdzorg weergegeven. Ook voor andere vormen van zorg, zoals de GGZ en speciaal onderwijs, zijn wettelijke kaders voor de indicatiestelling vastgelegd, onder meer in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet.

Kader 1 Enkele voor de indicatiestelling relevante bepalingen uit de Wet op de Jeugdzorg

Artikel 5

Lid 1. De stichting (het Bureau Jeugdzorg) heeft tot taak te bezien of een cliënt zorg nodig heeft in verband met opgroei-, opvoedings- of psychiatrische problemen, dan wel in verband met problemen van een cliënt, niet zijnde een jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren.

Artikel 6

Lid 1. Indien de stichting een besluit neemt, waarbij wordt vastgesteld dat een cliënt is aangewezen op zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, geeft zij daarbij in ieder geval:

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

(...).

Lid 4. Uitgangspunt bij het uitoefenen van de taak, bedoeld in het eerste lid, is dat zorg het belang van een onbedreigde ontwikkeling van een jeugdige dient en aansluit bij de behoefte van de cliënt. Deze zorg is in verband hiermee niet ingrijpender dan noodzakelijk en wordt geboden zo dicht mogelijk bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode.

Artikel 13

(...).

Lid 2. De stichting draagt zorg voor een verantwoorde uitvoering door het Bureau Jeugdzorg van de in deze wet aan de stichting opgedragen taken hetgeen in ieder geval een doeltreffende, doelmatige en gerichte uitvoering inhoudt.

Lid 3. Tot een verantwoorde uitvoering van de taken (...) behoort in ieder geval dat de taken worden uitgevoerd op basis van een plan dat is afgestemd op de behoeften van de cliënt. Het plan wordt niet vastgesteld dan na overleg met de cliënt.

(...)

Lid 7. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld omtrent de deskundigheden waarover de stichting moet beschikken en kunnen regels worden gesteld over de deskundigheid waarover bij de stichting werkzame personen moeten beschikken om een verantwoorde uitvoering van de taken te kunnen realiseren.

Het spreekt voor zich dat professioneel werken betekent dat de indicatiesteller zich houdt aan de bepalingen van de wet. De wettelijke bepalingen op zich leveren nog geen werkbare situatie op voor de indicatiestelling. Daarvoor is een verdere concretisering nodig, zodat de indicatiesteller handvatten heeft voor zijn handelen. Een nadere uitwerking van de bepalingen uit de Wet op de

Jeugdzorg is te vinden in het referentiewerkmodel (Zwier, 2005) en het handboek indicatiestelling voor de bureaus jeugdzorg (MOgroep, 2010).

Het referentiewerkmodel is een vertaling van de wet en onderliggende regelgeving in concretere werkprocessen. De uitwerking in het referentiewerkmodel gaat niet verder dan de kaders die de wet stelt. De memorie van toelichting op Wet op de Jeugdzorg stelt bijvoorbeeld dat de doelgroep van de jeugdzorg bestaat uit jeugdigen, hun ouders, stiefouders en anderen, die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden. Het referentiewerkmodel beschrijft vervolgens wat dit betekent voor welke formele en inhoudelijke criteria hulpverleners moeten toetsen om iemand als cliënt van bureau jeugdzorg aan te merken. Deze criteria zijn direct gerelateerd aan de wettelijke bepalingen, maar verwoorden de criteria in minder juridische termen, zodat het de hulpverlener inzicht biedt wat zijn vervolgstappen zijn in het werkproces. Zo stelt het referentiewerkmodel:

“Wanneer is vastgesteld dat de mogelijke cliënt een hulpvraag heeft met betrekking tot jeugdzorg en daarmee geholpen wil dan wel moet worden, heeft acceptatie plaatsgevonden en dient een aantal zaken te worden geregistreerd. Welke zaken dat zijn, is vastgelegd in het Besluit beleidsinformatie jeugdzorg.

Wanneer blijkt dat de mogelijke cliënt 'aan het verkeerde adres' is, wordt het proces afgesloten. Eventueel kan de cliënt worden verwezen naar een instantie waar hij of zij met zijn vraag, klacht of probleem terecht zou kunnen. In het processchema is dit weergegeven als *verwijzen*.”

Dat het referentiewerkmodel niet verder gaat dan de eisen in de Wet op de Jeugdzorg betekent dat de bureaus het model naar eigen inzicht verder kunnen vormen. Het referentiewerkmodel doet daarmee ook geen uitspraken over inhoudelijke kanten van het werk van de bureaus. Welke onderzoeksmethoden en gesprekstechnieken gekozen worden, is de verantwoordelijkheid van de bureaus zelf. Het referentiewerkmodel beperkt zich tot de formele aspecten van het werkproces (Zwier, 2005).

Het handboek indicatiestelling bureaus jeugdzorg (MOgroep, 2010) biedt hulpverleners een werkwijze voor de indicatiestelling. Dit gaat meer concreet in op de manier waarop een medewerker tot een besluit over de benodigde zorg komt. Het biedt handreikingen voor de inhoudelijke criteria die een rol spelen in de besluitvorming en beschrijft welke instrumenten en protocollen een hulpmiddel vormen in de oordeels- en besluitvorming.

Als het gaat om de aanmelding en acceptatie van een cliënt beschrijft het handboek indicatiestelling dat de medewerker van bureau jeugdzorg dit doet aan de hand van de Gestructureerde Checklist Toegang (GCT). Daarin zijn onder meer de vragen opgenomen:

- wat de leeftijd van de cliënt is;
- wat de woonplaats van de cliënt is;

Vervolgens is aangegeven welke vervolgstappen de medewerker moet zetten. Bijvoorbeeld dat als iemand die zich aanmeldt tussen de achttien en 22 jaar is en niet eerder jeugdzorg heeft ontvangen, verwezen kan worden naar een voorziening voor volwassenen. Het handboek indicatiestelling biedt dus de concrete vertaling van de wettelijke kaders.

2.2 Beroepscode

Een professionele indicatiestelling betekent ook dat rekening gehouden wordt met voor het werkveld geldende beroepscode. In een beroepscode staan eisen, richtlijnen en gedragsregels vermeld die aan

het beroepsmatig handelen van een professional worden gesteld. Hulpverleners moeten zich in het algemeen verantwoordelijk, integer, respectvol en deskundig gedragen. De beroepscode werkt dit in specifiekere gedragsregels uit. Door gedragsregels op te stellen in een beroepscode is het voor zowel de cliënt als de hulpverlener duidelijk wat hij kan verwachten. Zo staat daarin onder meer omschreven hoe hulpverleners hun cliënten dienen te bejegenen en hoe zij met privacy gevoelige informatie van cliënten in dossiers en (wetenschappelijk) onderzoek dienen om te gaan. Dit beschermt de cliënt tegen mogelijk onzorgvuldig handelen van een hulpverlener. Belangrijke beroepscodes van hulpverleners in de indicatiestelling zijn die van de Nederlandse Vereniging voor Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW).

2.3 Methodisch werken

Essentieel onderdeel van professioneel indiceren is het methodisch werken. In reactie op eerder genoemde valkuilen in de diagnostiek en indicatiestelling (zie o.a. Gambrill, 2005; Garb, 1998; Munro, 1999) wordt de oplossing gezocht in het expliciteren en systematiseren van het proces van indicatiestelling (zie onder meer De Bruyn et al., 2003; Eijgenraam, 2006; Pameijer & Beukering, 2004). Daarbij wordt geput uit zowel wetenschappelijk onderzoek en recente literatuur als praktijkervaringen.

2.3.1 Definitie van methodisch werken

Methodisch werken betekent dat hulpverleners gestructureerd, planmatig en doelgericht de benodigde informatie verzamelen en analyseren, zodat zij kunnen beslissen welke hulp nodig is. Deze combinatie van gestructureerd beslissen, planmatig en doelgericht informatie verzamelen zorgt ervoor dat hulpverleners kritisch nadenken over de situatie in het gezin waar zij een oordeel over moeten vormen en een beslissing over nemen. Gambrill (2005) noemt deze manier van werken 'kritisch denken'. Kritisch denken is een unieke manier van doelgericht denken waarbij standaarden zoals helderheid en eerlijkheid gebruikt worden. Het houdt in dat een hulpverlener zorgvuldig zijn overtuigingen en handelingen onderzoekt en evalueert, zodat hij tot een goed onderbouwde beslissing komt. Kritisch denken betekent dat een hulpverlener zijn uitspraken en argumenten helder beschrijft en zorgvuldig evalueert en alternatieve zienswijzen beschouwt om tot een beslissing te komen die meer goed doet dan schade toebrengt (Gambrill, 2005).

Kritisch denken is niet alleen een manier van denken, maar omvat de attitude, vaardigheden en kennis van een persoon. Bij de attitude gaat het onder meer om echte nieuwsgierigheid naar de situatie en motieven van cliënten en om de discipline om gestructureerd en doelgericht te werken. Belangrijke vaardigheden die kenmerkend zijn voor het kritisch denken zijn onder andere het analyseren van overtuigingen en theorieën, het herkennen van tegenstrijdigheden en kunnen onderscheiden van relevante en irrelevante vragen, gegevens en redeneringen. De kennis van hulpverleners in het proces van kritisch denken bestaat uit twee aspecten. In de eerste plaats heeft een hulpverlener goede inhoudelijke kennis nodig over het vraagstuk waar hij zich mee bezighoudt. Zonder deze kennis is hij niet in staat om op een kritisch manier tot zijn besluit te komen welke hulp het beste is. Welke kennis van belang is voor de besluitvorming in de indicatiestelling komt in hoofdstuk 4 van dit rapport aan bod. Ten tweede heeft hij kennis nodig over wat veelgemaakte tekortkomingen zijn in besluitvorming en hoe hij die het beste kan vermijden (Gambrill, 2005).

Kritisch denken is een vaardigheid die aangeleerd kan worden. Belangrijk daarbij is dat hulpverleners zich steeds meer bewust worden van hun denkproces, ook wel metacognitie genoemd. Door zichzelf vragen te stellen als ‘Hoe doe ik het’, ‘Klopt dit’, ‘Welke vooroordelen heb ik’ en ‘Is er een andere manier om dit probleem te benaderen’ komt die bewustwording tot stand.

Gestructureerd beslissen

Gestructureerd werken betekent dat een hulpverlener een aantal vaste denkstappen doorloopt:

- hij maakt een nauwkeurige analyse van wat de klachten zijn waarmee de ouders en/of kinderen zich hebben aangemeld;
- hij bedenkt wat hij in deze situatie verder zou moeten onderzoeken en met welke middelen hij het beste inzicht krijgt in de problemen;
- hij verzamelt tijdens de diagnostische fase informatie over de problemen in het gezin;
- vervolgens analyseert hij wat er precies aan de hand is en trekt hierover zijn conclusies;
- waarna hij beslist welke hulp het beste aansluit bij de klachten en problemen van het gezin.

Door op deze gestructureerde manier te werken zijn hulpverleners beter in staat bewuste keuzes te maken voor hun aanpak van de diagnostiek en indicatiestelling. Dit maakt het ook eenvoudiger om achteraf te reflecteren op de uitkomsten van hun handelen. Door te reflecteren gaan hulpverleners na of het plan verloopt zoals zij het bedacht hebben en of dit ook het gewenste resultaat oplevert (Knorth & Smit, 1999). Gestructureerd beslissen helpt valkuilen in de besluitvorming te vermijden en weldoordachte beslissingen te nemen.

Ook in het handboek indicatiestelling van de bureaus jeugdzorg zijn deze denkstappen om gestructureerd te beslissen uitgewerkt. Het gaat om de volgende negen stappen:

1. *Aanmelding en Acceptatie*: de beoordeling of de potentiële cliënt formeel en inhoudelijk geaccepteerd kan worden als cliënt. Op basis van de aard en ernst van de eerste, globale beoordeling van de problematiek wordt bepaald wat het meest geëigende indicatietraject is.
2. *Analyse*: informatie verzamelen, analyseren en taxeren van informatie over klacht en hulpvraag (visie cliënt), aard en ernst problematiek, risico- en beschermende factoren (visie hulpverlener), oplossingsmogelijkheden en aangrijpingspunten voor hulp.
3. *Opstellen diagnostisch beeld*: een kernachtige samenvatting en integratie van de klacht en de hulpvraag (en/of hulpbehoefte) van de cliënt, de aard en ernst van de problematiek/beperking, risico- en beschermende factoren, een verklaring over het ontstaan en voortbestaan van de problematiek/beperking, oplossingsmogelijkheden en een prognose.
4. *Opstellen doelen*: het vaststellen van doelen die beschrijven welk(e) gedrag/situatie gewenst en haalbaar is.
5. *Vaststellen benodigde zorg*: een beargumenteerde vaststelling van wat de cliënt (aan middelen) nodig heeft om het probleem te kunnen oplossen en/of hanteren cq. om de gestelde doelen te kunnen behalen.
6. *Opstellen (ontwerp)indicatiebesluit*: vastleggen van de doelen en benodigde hulp in een (ontwerp)indicatiebesluit.
7. *Opstellen hulpverleningsplan*: een verdere vertaling van de algemene doelen en middelen uit het indicatiebesluit door de zorgaanbieder in een hulpverleningsplan met specifieke doelen en middelen.

8. *Uitvoering*: de zorgaanbieder(s) en cliënt werken aan de doelen, volgens het hulpverleningsplan. Bureau Jeugdzorg volgt dit proces op afstand (casemanagement).
9. *Evaluatie*: de bereikte resultaten, zoals vastgelegd in het indicatiebesluit, worden geëvalueerd. Indien er nog hulp nodig is, wordt opnieuw een indicatiebesluit opgesteld.

Bij elke stap beantwoordt een hulpverlener voor zichzelf twee vragen: “Is het (diagnostisch) beeld helder?” (beeldvorming) en “Welke vervolgstap is er nodig en/of mogelijk?” (besluitvorming). Het expliciet doorlopen van deze stappen helpt planmatig en gestructureerd te werken en te reflecteren op het verloop van het proces en de uitkomsten. De stappen zijn bedoeld als houvast voor expliciete en goed onderbouwde besluitvorming. In de praktijk worden ze meestal meerdere keren herhaald. Waar nodig kunnen ze snel doorlopen worden.

Doelgericht werken

Doelgericht werken betekent dat de diagnostiek een bijdrage levert aan de beslissing over welke hulp ingezet moet worden om de klachten en problemen te verhelpen. Dat betekent dat diagnostiek niet om de diagnostiek alleen – om het weten – wordt uitgevoerd, maar ook dat zonder diagnostiek een hulpverlener geen beslissing kan nemen over de meest geschikte behandeling en een behandeling starten kan. Als het niet duidelijk is wat er aan de hand is, weet een hulpverlener ook niet welke interventie hij effectief kan inzetten. Daarbij is het belangrijk dat het functioneren van het kind of gezin op verschillende levensterreinen voldoende wordt onderzocht, zodat het concrete aanknopingspunten biedt voor de behandeling en mogelijk voor het monitoren van resultaten (De Haan, 2003; Hodges, 2004; Hunsley & Mash, 2007). Tegelijkertijd betekent het ook dat een hulpverlener niet meer informatie verzamelt dan hij nodig heeft om zijn beslissing te kunnen nemen (De Haan, 2003).

In meer concrete vorm is het methodisch werken vormgegeven in de diagnostische cyclus als onderdeel van de klinische cyclus (De Bruyn et al., 2003) en de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & Van Beukering, 2004). Dit zijn belangrijke kaders, omdat alle academisch geschoolde hulpverleners geschoold zijn in deze kaders voor methodisch werken. Daarom komen ze hier aan bod.

2.3.2 De diagnostische cyclus

De Bruyn en collega's (2003) stellen een klinische cyclus voor. De klinische cyclus geeft inzicht in de relatie tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. De klinische cyclus bestaat uit de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. In deze paragraaf wordt aan zowel de diagnostische als de therapeutische cyclus aandacht besteed, omdat deze beide van belang zijn in het proces van indicatiestelling, maar de nadruk ligt op de diagnostische cyclus als onderdeel van indicatiestelling in brede zin.

De diagnostische cyclus bestaat uit het proces van klachtanalyse, probleemanalyse en verklaringsanalyse. De klachtanalyse is bedoeld om te verhelderen welke situatie of welk gedrag de cliënt als ongewenst, storend of belemmerend ervaart. In de probleemanalyse gaat de diagnosticus na of de klachten daadwerkelijk een probleem vormen. Dat wil zeggen dat aannemelijk is op grond van empirische bevindingen of theorieën dat er sprake is van een situatie of gedrag die de psychosociale aanpassing en ontwikkeling van de cliënt verstoort of bedreigt. Vervolgens onderzoekt

een diagnosticus welke condities een bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan dan wel in stand houden van het probleem; de verklaringsanalyse.

Bij de therapeutische cyclus gaat het om de planning, de uitvoering en beoordeling van het effect van de hulp. De indicatiestelling – in termen van De Bruyn en collega's (2003) de indicatieanalyse – vormt het scharnierpunt tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. De diagnosticus formuleert in de indicatieanalyse een globaal doel voor de hulp en gaat na welke typen interventies in aanmerking komen bij de klachten en problemen van de cliënt. Indicaties zijn empirisch of theoretisch onderbouwde aanbevelingen voor één of meerdere interventies. Wanneer er verschillende alternatieven zijn, schat hij de kans van slagen in en formuleert een uiteindelijke aanbeveling.

Volgens de Bruyn en collega's (2003) werkt een diagnosticus professioneel wanneer hij:

- expliciet werkt met theorieën en de verschillende theorieniveaus duidelijk met elkaar in verband brengt;
- er zich bewust rekenschap van geeft in welke gevallen hij wel en in welke gevallen hij niet voor een bepaalde theorie kiest;
- duidelijk de denkstappen vastlegt die geleid hebben tot het advies;
- onderzoek doet naar de waarde van theorieën voor de problemen waar ze betrekking op hebben en naar het effect van ingrijpen;
- de resultaten van het eigen werk uitwisselt met collega's.

Hoe doorzichtiger en zorgvuldiger een diagnosticus de empirische toetsing in elke processtap uitvoert, des te beter de kwaliteit van de indicatiestelling (De Bruyn et al., 2003).

Voor de kans van slagen van de interventie is het belangrijk dat de diagnostische informatie juist is. Wanneer een behandelaar het effect van de behandeling evalueert, evalueert hij dus ook de indicatiestelling. De uitkomst van de diagnostiek (de gestelde diagnose) en van de indicatiestelling (het voorstel voor de noodzakelijke behandeling) zou moeten kunnen dienen als een voorwaardelijke voorspelling mits de behandeling correct is uitgevoerd. Dat wil zeggen: als de diagnose en indicatie juist zijn gesteld, kan beoordeeld worden of de interventie effectief is. En andersom: als de interventie correct is uitgevoerd en bekend is dat deze werkt voor een bepaald probleem, kan beoordeeld worden of de voorafgaande diagnose en indicatie juist was. Zo ontstaat een wisselwerking tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling, die informatie oplevert over de kwaliteit en effectiviteit van elk afzonderlijk element.

Wat belangrijk is uit de klinische cyclus voor professioneel indiceren is het onderscheid tussen diagnostiek (klacht-, probleem- en verklaringsanalyse), indicatiestelling en behandeling. Dit betekent dat er een fasering in het werkproces van de indicatiestelling ontstaat, waardoor de hulpverlener genooddaakt is om systematisch te werken. De klinische cyclus maakt daarbij een onderscheid tussen de klachten en het feitelijke probleem en tussen het oordeel over wat er aan de hand is en de beslissing wat er moet gebeuren. De klachten beschrijven hoe de cliënt aankijkt tegen de situatie en hoeveel last hij hiervan heeft. Bij het feitelijke probleem gaat het om het professionele oordeel van de hulpverlener. Het kan zijn dat een cliënt veel klachten ervaart, maar dat er geen sprake is van een probleem. Andersom kan ook: de hulpverlener ziet een probleem, maar de cliënt

ervaart dat niet zo. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen het oordeel over wat er aan de hand is en de beslissing wat er moet gebeuren is. Daar zijn verschillende redenen voor:

- het maakt het gemakkelijker om zorgvuldig af te wegen wat er aan de hand is en wat er moet gebeuren om de situatie te verbeteren;
- kwalitatief verschillende factoren beïnvloeden het beoordelingsproces en het besluitvormingsproces: de beoordeling van de situatie is afhankelijk van casusspecifieke factoren (o.a. gegevens over het kind, de ouders en het gezin), terwijl het besluit afhangt van kenmerken van de hulpverlener, zoals (werk)ervaring en voorgeschiedenis, en kenmerken van de organisatie (o.a. werkomgeving en organisatiecultuur) (Dalglish, 2003 in Calder & Hackett, 2003);
- het geeft inzicht in wat de redenen zijn voor meningsverschillen tussen hulpverleners in hun advies over wat de meest gewenste hulp is: ligt dat aan een verschil in de beoordeling van de situatie (beoordelingsconflict) of aan een meningsverschil over de gewenste aanpak (beslissingsconflict).

De klinische cyclus maakt ook duidelijk dat het noodzakelijk is eerst te onderzoeken wat de klachten van de cliënt zijn, welk probleem precies speelt en welke verklaringen er voor het ontstaan of in stand blijven ervan zijn, voordat een indicatie gesteld kan worden.

Een sterk punt in de diagnostische cyclus is ook de expliciete aandacht voor het gebruik van theoretisch en empirisch bewijs in de oordeelsvorming en besluitvorming. Dit helpt namelijk om theoretisch goed onderbouwde beslissingen te nemen over wat de meest geschikte behandeling is voor een bepaald probleem.

Een gevaar is dat de diagnostiek los van de indicatiestelling komt te staan. Daardoor gaan hulpverleners diagnostiek uitvoeren enkel om te weten wat er aan de hand is zonder dat dit leidt tot een advies over welke behandeling gewenst is. Diagnostiek om het weten alleen is zinloos. Het doel van diagnostiek is altijd om te beslissen welke hulp ingezet moet worden om de problemen te verhelpen, te verminderen of draaglijk te maken (De Haan, 2003).

Er bestaat twijfel of het altijd nodig is om te onderzoeken wat de oorzaken zijn van bepaalde problemen. De vraag is wat een uitgebreide analyse van verklaringen voor het ontstaan van de problematiek oplevert voor de indicatiestelling. Wetenschappelijk onderzoek is nog niet eenduidig over de oorzaken van allerlei vormen van psychopathologie. Daar komt bij dat in diagnostisch onderzoek lang niet altijd goed is vast te stellen wat de oorzaak en het gevolg was van twee fenomenen die zich in een gezin voordoen. Bijvoorbeeld: Is een kind angstig omdat zijn moeder overbezorgd is of reageert de moeder met bezorgdheid op haar angstige kind? De informatie die een hulpverlener verzamelt, moet betekenis hebben voor de behandeling die hij voorstelt. Op grond van de verzamelde informatie moet hij kunnen vaststellen welke behandeling hij gaat aanbieden. Daarom is het het beste om alleen die informatie te verzamelen die nodig is voor de beslissing welke behandeling het meest geschikt is gezien de problemen in het gezin (De Haan, 2003).

2.3.3 Handelingsgerichte diagnostiek

Handelingsgerichte diagnostiek van Pameijer en Van Beukering (2004) is een werkwijze voor de praktijk om te beoordelen wat voor problemen een kind of gezin ervaart en vervolgens een beslissing te nemen over wat er moet gebeuren om deze te verhelpen. Het is gebaseerd op de diagnostische cyclus van De Bruyn en collega's (2003). Het kan beschouwd worden als een aanvulling op de diagnostische cyclus, waarbij expliciet aandacht besteed wordt aan wat er moet gebeuren om de

situatie te verbeteren. Handelingsgerichte diagnostiek levert op handelingsniveau aanwijzingen op voor bijvoorbeeld ouders, leerkrachten en hulpverleners.

Pameijer en Van Beukering (2004) vinden het belangrijk dat de diagnostische informatie die verzameld wordt, relevant is voor de beslissing over wat de beste hulp is. Een uitgebreide anamnese hoeft dus niet altijd plaatsvinden. Het gaat erom die informatie te verzamelen die aanknopingspunten biedt voor de behandeling.

De handelingsgerichte diagnostiek heeft vijf uitgangspunten:

- het verloopt volgens systematische procedures;
- het is gericht op advisering, dat wil zeggen dat het concrete handelingsadviezen biedt voor het hanteren van de problemen door kind, ouders en/of school;
- het hanteert een transactioneel referentiekader;
- het acht samenwerken met school, ouders en kind cruciaal;
- het besteedt aandacht aan positieve kenmerken.

Het proces verloopt volgens vijf fasen: intake, strategie, onderzoek, indicering en advisering. In de intakefase gaat de diagnosticus na wat de reden van aanmelding is en welke hulpvragen, wensen en verwachtingen een kind of gezin heeft. Hij inventariseert welke gedragingen en situatie zij als problematisch ervaren en besteedt aandacht aan positieve aspecten van het kind en gezin. Hij onderzoekt welke 'theorie' het kind en het gezin erop na houden met betrekking tot het ontstaan of in stand houden van het probleem.

Vervolgens gaat de diagnosticus in de strategiefase na wat hij al weet en welke informatie hij nog nodig heeft om de situatie te beoordelen en een beslissing te nemen. Hij stelt hiervoor een aantal hypothesen en onderzoeksvragen op.

Op deze onderzoeksvragen probeert hij een antwoord te krijgen in de onderzoeksfase. Hierbij werkt hij samen met het kind, de ouders en (eventueel) de school. Hij besteedt expliciet aandacht aan sterke kanten en beschermende factoren. Ook gaat hij na wat de veranderingsmogelijkheden zijn. Daarna stelt de diagnosticus in de indicatiefase een diagnose en advies voor de behandeling op. De diagnose geeft aan wat er moet veranderen. Maar weten wat er aan de hand is en wat er moet veranderen, geeft niet automatisch een antwoord op de vraag hoe dit het beste kan gebeuren. Voor een advies over de behandeling moet een diagnosticus bedenken welke begeleiding gewenst is en wat haalbaar is in deze specifieke situatie. Rekening houden met indicaties en contra-indicaties is hierbij belangrijk, omdat die de kans van slagen van een behandeling beïnvloeden.

In de adviesfase gaat de diagnosticus van een wenselijke aanbeveling naar een haalbaar advies.

Hiervoor overlegt hij met het kind en de ouders en eventueel andere betrokken partijen. Kans van slagen van advies voor behandeling is afhankelijk van de wetenschappelijke fundering ervan (dus gebruik maken van 'wat werkt' kennis) en van de afstemming van de hulpverlener op het referentiekader van de cliënt. Deskundigheid van de hulpverlener en samenwerking zijn dus beide belangrijk voor een geslaagde indicatiestelling en een effectieve behandeling. De diagnosticus blijft verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diagnostiek en het advies. Samenwerken met de cliënt betekent niet dat hij afdoet aan de eis om wetenschappelijk te werk te gaan. Het is nodig dat hij zijn besluitvorming op wetenschappelijke kennis weet te baseren en tegelijkertijd de visie van de cliënt hierin weet te betrekken. Als praktijkwetenschapper combineert hij op een transparante en verantwoorde manier cliëntbetrokkenheid en wetenschappelijke kennis. Indicatiestelling is

schipperen tussen wat wenselijk en wat haalbaar is met als richtlijn 'redeneer van wenselijk naar haalbaar' (Pameijer & Van Beukering, 2004).

Wat opvalt in de handelingsgerichte diagnostiek en wat ook van belang is voor een professionele indicatiestelling is de doelmatigheid van het hele proces. De hulpverlener inventariseert welke problemen cliënten ervaren en stelt op basis daarvan onderzoeksvragen op, die hij tracht te beantwoorden, zodat hij uiteindelijk een advies kan uitbrengen over wat de meest geschikte aanpak is. Hij gaat dus heel doelgericht te werk. Zo'n doelgerichte methode, waarbij eerst een plan van aanpak wordt opgesteld voor de diagnostiek, maakt het ook mogelijk om te reflecteren op de vraag of het heeft opgeleverd dat hij een advies over de meest geschikte behandeling kon geven.

Interessant is ook de manier waarop in de handelingsgerichte diagnostiek een verbinding tussen enerzijds de deskundigheid van de hulpverlener en anderzijds de samenwerking met het kind, de ouders en de school wordt gelegd. Het maakt inzichtelijk wat de beste insteek voor een hulpverlener kan zijn als het gaat om de indicatiestelling voor een effectieve behandeling. Pameijer en Van Beukering (2004) adviseren om de behandeling waarvan uit de theorie of wetenschappelijk onderzoek bekend is dat die het beste werkt, als startpunt te nemen als een hulpverlener met een cliënt praat over wat de meest geschikte behandeling is. Als dit niet aansluit bij wat de cliënt wil of kan, kan hij als hulpverlener altijd nog alternatieven voorleggen. Dat levert de richtlijn op om te redeneren van wat wenselijk is naar wat haalbaar is.

Handelingsgerichte diagnostiek levert bruikbare aanwijzingen op individueel cliëntniveau op, maar voor groepsleiding en leerkrachten is (soms) de vraag hoe zij deze aanwijzingen binnen hun groep kunnen uitvoeren. Het kan voorkomen dat een orthopedagoog of psycholoog tips geeft voor de aanpak van problemen van een specifiek kind, maar dat het advies aan de groepsleiding of leerkracht geen houvast biedt voor hoe hij dat binnen zijn groep moet uitvoeren. Zeker wanneer er meerdere kinderen in een groep zijn waarvoor een verschillende bijzondere aanpak nodig is, vereist dit nogal wat van de capaciteiten van de leerkracht of groepsleider om dit binnen de groep te kunnen uitvoeren, rekening houdend met de behoeften van alle kinderen en de groepsdynamiek.

2.4 Transparant en toetsbaar

In een professionele indicatiestelling is het van belang transparant en toetsbaar te werken. Cliënten hebben recht op een heldere verantwoording (Beroepscode voor psychologen, 2007; Beroepscode van de NVO, 2009), zeker waar het gaat om ingrijpende beslissingen. Dan gaat het bijvoorbeeld om de beslissing tot een ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing of terugplaatsing na een uithuisplaatsing over te gaan. Maar ook bij minder ingrijpende beslissingen mogen cliënten erop rekenen dat hulpverleners helder kunnen verantwoorden waarom zij menen dat een bepaald hulpaanbod het meest geschikt is. Transparante besluitvorming door de hulpverlener is van belang voor een weloverwogen besluit van de cliënt om in te stemmen met het indicatiebesluit. Dit kan ervoor zorgen dat de cliënt meer de regie over zijn eigen leven houdt.

Transparante besluitvorming is dus belangrijk voor de verantwoording van beslissingen naar cliënten, maar ook naar collega's en andere organisaties. Daarnaast is het essentieel voor de overdraagbaarheid aan collega's of andere instellingen. Als hulpverleners heldere beslissingen hebben genomen en deze goed onderbouwd hebben, is het gemakkelijker om een cliënt over te dragen aan een collega of andere instelling. De collega of nieuwe hulpverlener kan in dat geval



gemakkelijk de draad oppakken en op dezelfde manier met de cliënt verder gaan (Beroepscode voor psychologen, 2007).

In de meeste beroepscodes voor hulpverleners zijn hiervoor gedragsregels vastgelegd. Wanneer hulpverleners gestructureerd en doelgericht werken is het eenvoudiger om inzicht te geven in welke beslissingen genomen zijn en met welke argumenten (Ten Berge & Vinke, 2006). Voor een transparante en toetsbare besluitvorming is het belangrijk om zowel de verzamelde informatie als het eigen oordeel van de hulpverlener en zijn beslissing helder vast te leggen, zodat hijzelf en anderen inzicht hebben in de beweegredenen voor zijn beslissing.

Bijvoorbeeld vermeldt de beroepscode van maatschappelijk werkers hierover:

“De maatschappelijk werker verzamelt over de persoon en de omstandigheden van de cliënt en over de voortgang van het hulpverleningsproces in het cliëntdossier gegevens die relevant zijn voor de doelstelling van de professionele relatie.

Toelichting:

Een goede professionele gegevensverzameling in een dossier – dossiervorming - is nodig om een verantwoord hulpverleningsproces op te bouwen en dit te kunnen verantwoorden aan de cliënt.”

Kortom, voor transparante en toetsbare besluitvorming is het van belang dat hulpverleners gestructureerd en doelgericht werken en verzamelde informatie, oordelen en beslissingen helder vastleggen in een dossier over de cliënt.

2.5 Gebruik van instrumenten

Het gebruik van instrumenten maakt eveneens onderdeel uit van een professionele indicatiestelling. Ze vormen een hulpmiddel in het besluitvormingsproces. Ze helpen hulpverleners om systematisch informatie te verzamelen en analyseren. Een goed instrument kan de besluitvorming vergemakkelijken en helpt beslissingen te onderbouwen. Instrumenten zijn altijd enkel een hulpmiddel; het vervangt nooit de kennis en ervaring van de hulpverlener. Kennis en ervaring zijn juist nodig om een instrument zo te gebruiken dat het de juiste informatie oplevert en goed geïnterpreteerd wordt.

In de [Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden](#) van het Nederlands Jeugdinstituut zijn instrumenten als volgt gedefinieerd:

“Een instrument is een hulpmiddel waarmee een beroepskracht systematisch gegevens kan verzamelen, ordenen en analyseren over zijn doelgroep of over zijn professionele handelen in relatie tot de doelgroep. Met die informatie kan de beroepskracht zijn beslissingen beter onderbouwen. Voorbeelden hiervan zijn vragenlijsten om psychische problemen bij jongeren op te sporen, checklists om risicovolle situaties vast te stellen of observatielijsten om de ontwikkeling van peuters te volgen.”

In de Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden worden verschillende soorten instrumenten onderscheiden:

- Vragenlijst
Een vragenlijst is een opsomming van vragen met als doel informatie te verzamelen.

Varianten hiervan zijn bijvoorbeeld een zelfbeoordelingsvragenlijst of een vragenlijst die ter beoordeling wordt voorgelegd aan personen die de betrokkene goed kennen.

- **Checklist**
Een checklist is een systematische controlelijst die vaak gebruikt wordt om een bepaalde situatie te kunnen beoordelen, bijvoorbeeld de thuissituatie van een kind. Daarmee kan onder andere een inschatting gemaakt worden van het risico op kindermishandeling.
- **(Semi-)gestructureerd interview**
Een (semi-)gestructureerd interview is een vraagsprek om waardevolle inlichtingen te verkrijgen, gedeeltelijk of volledig volgens vaste vragen.
- **Test**
In een test of toets moeten vragen worden beantwoord of opdrachten worden uitgevoerd om op wetenschappelijk verantwoorde wijze inzicht te krijgen in de eigenschappen, capaciteiten, het temperament en karakter van het kind of de jongere.
- **Observatieschema**
Een observatieschema geeft een overzicht van belangrijke punten die een observator moet waarnemen bij zijn onderzoek van een kind of jongere.

Wanneer in dit rapport de term ‘instrument’ gebruikt wordt, kan het dus gaan om elk van deze soorten instrumenten. Dit betekent dat het niet alleen met streng wetenschappelijk onderzoek gevalideerde vragenlijsten zijn, maar ook kan gaan om checklists die ontwikkeld zijn op basis van literatuuronderzoek of geëxpliciteerde praktijkkennis.

2.5.1 Belang van instrumenten

Er is een aantal redenen waarom het belangrijk is om instrumenten als hulpmiddel in het indicatieproces in te zetten.

In de eerste plaats zorgen instrumenten voor een objectivering van de oordeelsvorming. Ze bieden handreikingen voor de informatie die van belang is voor de oordeelsvorming. In veel gevallen zijn deze gebaseerd op uitgebreid wetenschappelijk onderzoek, waaruit gebleken is welke aspecten relevant zijn voor de beoordeling van wat er aan de hand is. Het geeft dus sturing aan de oordeelsvorming van de hulpverlener; het wijst hem op de relevante aspecten in het gedrag van de cliënt en helpt hem de informatie te wegen. Wanneer de oordeelsvorming niet gestuurd wordt door een instrument, is de kans groter dat de hulpverlener afgeleid wordt door de veelheid aan signalen van de cliënt of door aspecten van de problemen die een emotioneel beroep op hem doen en zich laat leiden door die informatie die zijn eerdere ideeën en vermoedens bevestigen (Bell & Mellor, 2009; Gambrill, 2005; Garb, 1998; JensenDoss & Weisz, 2008).

Ten tweede helpen instrumenten om betere uitspraken te doen over toekomstig gedrag van cliënten, zoals de kans op recidive of behandeluitkomsten (AEgisdottir et al., 2006; Grove et al., 2000). JensenDoss en Weisz (2008) onderzochten wat de gevolgen van diagnostische verschillen tussen een ongestructureerd klinisch oordeel van de hulpverlener en gestructureerde interviews (Diagnostic Interview Schedule for Children/DISC) waren voor de behandeling bij gezinnen met een kind tussen zeven en zeventien jaar die ambulante hulp bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg ontvingen. Het ging hen om het effect van een verkeerde diagnose op het behandelproces (o.a. deelname aan sessies en voortijdige beëindiging van de behandeling) en de behandeluitkomsten. Uit het onderzoek blijkt dat cliënten beter deelnamen aan de behandeling als het oordeel van de hulpverlener overeenkwam met de uitkomst van de DISC, dat wil zeggen minder voortijdige uitval en

afwezigheid bij behandelsessies en grotere effecten van de behandeling. De onderzoekers veronderstellen op basis van eerder onderzoek dat de DISC tot een meer valide diagnose leidt dan een ongestructureerd professioneel oordeel. Dat betekent dat een betere behandeluitkomst verwacht kan worden wanneer hulpverleners gestructureerde interviews gebruiken voor de diagnostiek van de problemen dan wanneer zij op hun eigen wijze tot een diagnose komen. Cliënten met een goede diagnose zeggen minder vaak afspraken af, vallen minder vaak voortijdig uit en hebben meer profijt van de behandeling. Nauwkeurige diagnostiek vormt dus een belangrijke voorbode voor een succesvolle behandeling.

Ook uit andere onderzoeken blijkt dat klinici slecht in staat zijn om uitspraken over de situatie van de cliënt en voorspellingen over toekomstig gedrag te doen wanneer zij daarbij niet worden ondersteund door een hulpmiddel. Systematische manieren om informatie te verzamelen en ordenen blijken consequent tot betere voorspellingen – zoals de kans op recidive of de kans dat een interventie effectief zal zijn – te leiden dan wanneer hulpverleners een ongestructureerd oordeel vormen (AEgisdottir et al., 2006; Grove, Zald, Lebow, Snitz, & Nelson, 2000). Zelfs ervaren hulpverleners blijken betere oordelen over de problemen te vormen, als zij een instrument ter ondersteuning gebruiken (Spengler et al., 2009). Dit komt doordat ervaring vaak niet leidt tot systematische kennis over wat werkt bij welke type cliënt. De ervaringen van de hulpverlener zijn beperkt tot wat hij ziet en daar sluipen snel vertekeningen in. Een voorbeeld daarvan uit de kinderscherming: Een hulpverlener kan veronderstellen dat er maar weinig ouders zijn die daadwerkelijk stoppen met de mishandeling van hun kinderen nadat eenmaal kindermishandeling heeft plaatsgevonden, omdat hij alleen diegenen opnieuw ziet die nog steeds of weer hun kind mishandelen en niet diegenen die hun kind niet meer mishandelen. Een andere reden dat ervaring niet tot betere oordeelsvorming leidt, is dat hulpverleners zich vooral die informatie herinneren die levendig is of sterke emoties oproept, wat vaak ook tot een vertekening in de beeldvorming leidt (Gambrill, 2005). Het voorkomen van systematische vertekening in de oordeelsvorming is een derde reden om instrumenten te gebruiken. Doordat een hulpverlener die factoren onderzoekt en meeweegt in zijn oordeelsvorming waarvan uit literatuur of onderzoek gebleken is dat die van belang zijn, bestaat de kans op vertekening minder snel en ontstaat een betrouwbaarder beeld van een situatie of een cliënt.

2.5.2 Keuze van instrumenten

Goede instrumenten zijn belangrijk voor een goede oordeelsvorming, maar leiden niet zonder meer tot betere resultaten. Onjuist gebruik van een instrument kan ook leiden tot verkeerde beslissingen. Daarnaast kunnen er ook andere nadelen aan kleven, zoals een grote tijdsinvestering die het kost om een instrument af te nemen en te interpreteren en hoge kosten voor de implementatie van een instrument. Daarom moeten organisaties een weldoordacht besluit nemen over welke instrumenten zij willen inzetten in het indicatieproces. Het heeft weinig zin om rücksichtslos instrumenten in de indicatiestelling te implementeren vanuit de gedachte dat het zonder meer altijd beter is om een instrument te gebruiken bij de oordeelsvorming. Zonder een visie op waarvoor en waarom instrumenten gebruikt moeten worden, zal er uiteindelijk weinig van de implementatie terecht komen, omdat hulpverleners het dan meer als een bureaucratische last dan als zinvol hulpmiddel zien.

Wanneer heeft het dan zin om een instrument te gebruiken? Het meest korte antwoord daarop is: als het een bijdrage levert aan de indicatiestelling. Met andere woorden, als het de hulpverlener helpt

om doelgericht informatie te verzamelen en gestructureerd met cliënten te bespreken wat er mogelijk aan de hand is. Een instrument kan ook een handig hulpmiddel zijn om de effecten van een behandeling te evalueren en te beslissen of er nog verdere hulp ingezet moet worden.

Om een weloverwogen keuze voor een instrument te maken, moet een organisatie of hulpverlener voor zichzelf een aantal vragen beantwoorden:

1. Is het instrument geschikt voor deze doelgroep en voor dit doel?
2. Is het instrument of de meetprocedure voldoende objectief: beschikt het over een duidelijke instructie over de te volgen werkwijze, beschikt het over passende normen voor de interpretatie en maakt het gebruik van meerdere informanten?
3. Wat zijn de psychometrische kwaliteiten van het instrument? Is het voldoende betrouwbaar en valide? Zijn de normen van voldoende kwaliteit, d.w.z. is de normgroep representatief?
4. Hoe is de verhouding tussen wat de toepassing van een instrument oplevert en wat het kost?
5. Hoe bruikbaar is een instrument om te beslissen over wat er moet gebeuren in de behandeling? (Hodges, 2004; Van Yperen & Veerman, 2008)

Dit zijn namelijk belangrijke kwaliteitscriteria voor instrumenten. Kwalitatief goede instrumenten beschikken over een heldere beschrijving van het doel en de doelgroep en een degelijke theoretische onderbouwing. Een hulpverlener of organisatie weegt voor zichzelf af of een instrument het meest geschikt is voor het doel dat hij beoogt en de doelgroep waarmee hij te maken heeft. Zo is het niet zinvol om voor screeningsdoeleinden – bij een grote groep kinderen nagaan of er mogelijk problemen bestaan – een diagnostisch interview in te zetten, waarmee psychiatrische problematiek vastgesteld kan worden. Dat kost veel te veel tijd en die tijdsinvestering weegt niet op tegen de resultaten van de screening – slechts een enkel kind met zulke ernstige problemen. In zo'n geval levert een eenvoudig instrument dat snel af te nemen is als de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) veel meer op, bijvoorbeeld een idee over welke kinderen doorverwezen moeten worden voor nader onderzoek en wellicht verdere behandeling. Maar als een hulpverlener zich afvraagt of er hulp in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ-zorg) ingeschakeld moet worden, heeft hij een diagnose van psychiatrische problematiek nodig. In dat geval is een diagnostisch interview wel een geschikt instrument. Zo maakt een hulpverlener een afweging voor welk doel hij een instrument wil gebruiken en welk instrument daar het beste op aansluit.

Door een duidelijke handleiding kunnen verschillende hulpverleners het instrument op eenzelfde manier gebruiken. Dit voorkomt dat er verschillen in de uitkomsten ontstaan doordat hulpverleners items verschillend opvatten of op een andere manier werken.

De uitkomsten van een instrument zijn pas goed te interpreteren als die afgezet kunnen worden tegen de resultaten van anderen. Daarom is het van belang dat een instrument normen heeft die gebaseerd zijn op een representatieve normgroep.

Daarnaast moet een instrument betrouwbaar en valide zijn. Een hulpverlener moet er zeker van kunnen zijn dat het instrument daadwerkelijk meet wat het pretendeert te meten. Er mogen geen toevallige fouten in zitten. Of met andere woorden de test moet op verschillende momenten en bij afname door verschillende personen tot dezelfde uitkomsten leiden. Ook mogen er geen systematische fouten in zitten, dat wil zeggen dat het instrument iets anders meet dan waar het voor bedoeld is (Van Yperen & Veerman, 2008).

Een instrument is van waarde voor de praktijk wanneer het meer oplevert dan het kost. Het moet dus relatief weinig tijd kosten om het instrument te gebruiken en tegelijkertijd waardevolle

informatie opleveren voor bijvoorbeeld het bepalen van de doelen voor de behandeling, het beslissen over de in te zetten behandeling of het evalueren van de behandeling. Idealiter is een instrument niet alleen geschikt voor gebruik in de intake, maar ook om de impact van de behandeling te evalueren (Hodges, 2004).

Een instrument is goed bruikbaar als het gemakkelijk in het gebruik is en ook gemakkelijk uit te leggen is aan leken. In dat geval helpt het de hulpverlener om met het gezin te communiceren, doordat het voorziet in een gemeenschappelijk kader en eenheid van taal. Dit vereenvoudigt het gesprek over de mogelijke behandeling. Een instrument kan helpen om voor alle partijen helder te krijgen waar precies de problemen liggen en welke doelen gesteld moeten worden (Hodges, 2004). Hodges (2004) stelt dat het gebruik van een instrument door de eenheid van taal en gedeelde visie op de problematiek de effecten van de behandeling zou kunnen versterken en uitval verminderen.

2.6 Discussie

Een professionele indicatiestelling betekent dat hulpverleners werken binnen de wettelijke kaders en gedragsregels die in beroepscode gesteld zijn en volgens de principes die in belangrijke handboeken voor hulpverleners zijn vastgelegd. Daaruit blijkt dat het belangrijk is dat zij methodisch, transparant en toetsbaar te werk moeten gaan. Onder allerlei noemers zijn vormen van methodisch werken ontwikkeld. Het methodisch werken in de diagnostische cyclus, de handelingsgerichte diagnostiek en het handboek indicatiestelling voor de bureaus jeugdzorg is helder uitgewerkt. Wat deze kaders gemeenschappelijk hebben is dat ze hulpverleners dwingen doelgericht en gestructureerd te werken.

Wat bijdraagt aan een doelgerichte en gestructureerde werkwijze is dat hulpverleners een plan van aanpak voor hun onderzoek opstellen op basis van de eerste informatie die zij tot hun beschikking hebben gekregen tijdens de aanmelding van de cliënt voordat ze van start gaan. Daardoor kunnen zij doelgericht informatie verzamelen die bijdraagt aan hun besluitvorming. Daarin leggen zij vast wat ze willen weten en van wie. Dit helpt hen niet uit het oog te verliezen welke informatie zij daadwerkelijk nodig hebben voor hun besluit en geen overbodige gegevens te verzamelen. Vooral de handelingsgerichte diagnostiek vestigt de aandacht op het belang om geen overbodige informatie te verzamelen, doordat het in zijn uitgangspunten expliciet heeft vastgelegd dat diagnostiek dient bij te dragen aan het besluit over de meest wenselijke behandeling.

Een andere overeenkomst tussen de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek is dat zij een stapsgewijs proces van informatieverzameling en analyse en besluitvorming volgen om tot een besluit te komen welke hulp het meest geschikt is gezien de klachten en problemen van de cliënt. In de diagnostische cyclus is het proces van beoordelen van de problematiek uitgewerkt met een onderscheid tussen de klachtanalyse, de probleemanalyse en de verklaringsanalyse.

Wanneer hulpverleners hun oordeelsvorming en besluitvorming vervolgens ook helder vastleggen, wordt die ook transparant en toetsbaar. In alle beroepscode wordt ook van hulpverleners verwacht dat zij in dossiers gegevens van hun cliënten vastleggen, zodat zij zich kunnen verantwoorden voor cliënten en collega's en informatie overdraagbaar is.

De inzet van instrumenten past goed binnen een kader van doelgericht en gestructureerd werken. Instrumenten zijn een hulpmiddel bij het verzamelen en ordenen van beschikbare informatie en het maken van een afweging over wat er aan de hand is en hoe ernstig dat is. Daarbij moet een

hulpverlener zich steeds de vraag stellen wat het hem oplevert als hij een instrument ter ondersteuning van zijn besluitvormingsproces gebruikt.

Zowel de diagnostische cyclus als de handelingsgerichte diagnostiek vestigt de aandacht op de noodzaak van een theoretisch kader voor de interpretatie van problemen en een besluit over de noodzakelijke hulp. Daarbij doen Pameijer en Van Beukering (2004) voor de handelingsgerichte diagnostiek een expliciet voorstel, namelijk een transactioneel referentiekader. Het belang van een inhoudelijk kader voor de indicatiestelling en hoe dat er uitziet wordt in het volgende hoofdstuk nader uitgewerkt.

In een professionele indicatiestelling zijn de wettelijke kaders en gedragsregels uit beroepscodes vertaald in concrete aanwijzingen voor het werkproces.

2.6.1 Een kritische noot

Er moeten enkele kritische kanttekeningen geplaatst worden bij de gepresenteerde kaders voor een professionele indicatiestelling. Ten eerste, de vraag is of een doelgerichte en gestructureerde werkwijze in de indicatiestelling tot betere besluiten leidt voor de cliënt. Voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar het werken met de diagnostische cyclus en handelingsgerichte diagnostiek. Het is dus lastig te zeggen wat de effecten van doelgericht en gestructureerd werken in diagnostiek en indicatiestelling zijn voor cliënten. Levert het hen daadwerkelijk een betere beslissing op over de hulp die noodzakelijk is om hun problemen op te lossen? Zijn de beslissingen meer uniform en transparant? Is de geboden hulp effectiever als hulpverleners werken volgens de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek? Tot op heden kan op die vraag geen definitief antwoord gegeven worden. Er zijn echter wel aanwijzingen voor. Het bewijs hiervoor is vooral te vinden in onderzoek naar diagnostiek waaruit blijkt dat hulpverleners de aard van de problemen beter beoordelen wanneer zij hiervoor een systematisch instrument gebruiken (Gambrill, 2005; Garb, 1998).

Pameijer en Van Beukering (2004) hebben op beperkte schaal de handelingsgerichte diagnostiek geëvalueerd. Zij beschrijven niet hoe en bij wie dit onderzoek is uitgevoerd. Uit deze evaluatie komen enkele knelpunten naar voren:

- de richtlijn om alleen datgene te onderzoeken wat strikt noodzakelijk is, blijkt moeilijk toe te passen;
- het kan lastig zijn om grenzen te hanteren in het overleg met de cliënt wanneer er een meningsverschil is over het uit te voeren diagnostisch onderzoek of het advies;
- het cliëntgericht en vraaggericht rapporteren is niet eenvoudig, omdat het van de diagnosticus vraagt dat hij vakjargon loslaat en afstemt op het referentiekader van de cliënt;
- er is een gebrek aan kennis die wetenschappelijk verantwoord en praktisch bruikbaar is;
- het kost veel tijd om handelingsgerichte diagnostiek uit te voeren.

Ook positieve ervaringen zijn ermee opgedaan:

- het helpt om systematisch te werken en maakt zo het diagnostische proces helder en transparant;
- het biedt hulpverleners een gemeenschappelijk referentiekader, wat de onderlinge communicatie bevordert;
- het kan als ideaalmodel dienen en zo inspireren om veranderingen in de praktijk te brengen;
- het zorgt voor tevreden cliënten;

- het maakt diagnostiek uitdagend doordat elke casus anders is (Pameijer & Van Beukering, 2004).

Vergelijkbare positieve ervaringen hebben ook maatschappelijk werkers bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling opgedaan met de ORBA-werkwijze (ORBA = Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming AMK's). De ORBA-werkwijze helpt hen gestructureerd te werken en vestigt de aandacht op relevante aandachtspunten, waardoor een beter beeld van de situatie in het gezin ontstaat (Ten Berge, 2009). Onderzoek laat ook zien dat sinds de AMK's de invoering van ORBA meer transparant en systematisch werken, maar daarmee is nog niet gezegd dat de kwaliteit van de besluitvorming op het gewenste niveau ligt. Ketenpartners (Toegang van BJZ en de Raad voor de Kinderbescherming) vinden de conclusies van het AMK-onderzoek en de onderbouwing daarvan nog niet altijd duidelijk. Ook verschillen AMK-medewerkers nog steeds vrij sterk van mening over de gewenste aanpak na de conclusie dat er sprake is van (een vermoeden van) kindermishandeling (Ten Berge, Bartelink, & De Kwaadsteniet, 2011). Uiteindelijk zou het hele proces van diagnostiek en indicatiestelling empirisch geëvalueerd moeten worden (Hunsley & Mash, 2007) om na te gaan wat daadwerkelijk het effect is voor ouders en kinderen.

In de tweede plaats is het niet duidelijk in hoeverre de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek en gestandaardiseerde instrumenten in de huidige praktijk bruikbaar is. De reden dat hierover twijfel bestaat, is dat de indicatiestelling op dit moment vooral door HBO-geschoolde hulpverleners wordt uitgevoerd, terwijl zowel de diagnostische cyclus als de handelingsgerichte diagnostiek voor universitair geschoolde hulpverleners ontwikkeld lijkt te zijn. Zowel de diagnostische cyclus als de handelingsgerichte diagnostiek stelt dat het van belang is om specifieke informatie uit een casus in verband te brengen met algemene theorieën. Er is echter niet helder uitgewerkt hoe hulpverleners dit moeten uitvoeren. Het vereist training om een dergelijke vaardigheid onder de knie te krijgen. De HBO-geschoolde maatschappelijk werkers zijn hierin niet standaard getraind, terwijl dit in de opleiding van pedagogen en psychologen ruimschoots aan bod komt. De vraag is dan ook of de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek geschikt zijn als kader voor professioneel werken voor maatschappelijk werkers. Om de bruikbaarheid te vergroten moet expliciet uitgewerkt worden welk theoretisch kader voor hulpverleners in de indicatiestelling van belang is en hoe zij informatie uit een casus hiermee kunnen verbinden. Ook voor veel gestandaardiseerde instrumenten geldt dat deze door een gedragswetenschapper afgenomen en geïnterpreteerd moeten worden. Zeker waar het gaat om instrumenten die gebruikt moeten worden in de beslissing om te verwijzen naar geïndiceerde jeugdzorg.

Een andere vraag die gesteld kan worden, is of maatschappelijk werkers de indicatiestelling zouden moeten uitvoeren, wanneer blijkt dat zij daar niet in geschoold zijn en de beschikbare kaders voor indicatiestelling bedoeld zijn voor universitair geschoolde psychologen en pedagogen. Het antwoord op die vraag kan 'ja, mits' of 'nee' zijn. In de huidige situatie, waarin het een feit is dat maatschappelijk werkers beslissen welke hulp het beste ingezet kan worden, is het op zijn minst van belang dat zij beter geschoold zijn in professionele kaders voor indicatiestelling, zodat gegarandeerd kan worden dat ouders en kinderen een weloverwogen advies krijgen over de hulp die het beste bij hun hulpvraag en problemen aansluit.

2.6.2 Aandachtspunten voor de toekomst

Als het om een professionele indicatiestelling gaat, is er voor de toekomst een aantal aandachtspunten. De werkwijze voor indicatiestelling moet gericht zijn op de hbo'ers die er gebruik van maken. Dat betekent dat goed onderzocht moet worden welke kennis en vaardigheden zij hebben, zodat de werkwijze hierop aansluit. De werkwijze moet een heldere koppeling leggen tussen de inhoudelijke informatie die verzameld moet worden en de manier waarop dit geïnterpreteerd moet worden aan de hand van een helder theoretisch kader.

De instrumenten moeten goed ingebed zijn in het werkproces, zodat ze hulpverleners daadwerkelijk ondersteunen in hun besluitvormingsproces. Het moet duidelijk zijn voor welke doeleinden en hoe hulpverleners instrumenten dienen te gebruiken. Dit betekent dat er ook een heldere visie is op het nut van instrumenten in de indicatiestelling. Het moet hulpverleners duidelijk zijn waarom ze belangrijk zijn en waar de instrumenten hen in hun werkproces bij kunnen ondersteunen en waar ze niet bruikbaar voor zijn.

Er moet nader onderzoek gedaan worden naar de effecten van gestructureerde besluitvorming. Het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre gestructureerd beslissen daadwerkelijk leidt tot betere beslissingen, dat wil zeggen dat de uitkomsten voor ouders en kinderen ook beter zijn.

3 Thema 2: Evidence based indicatiestelling

Een professionele indicatiestelling is van belang voor goede besluitvorming. Methodisch en transparant werken is echter niet het enige dat nodig is voor een goede indicatiestelling. Het is essentieel aandacht te schenken aan de inhoudelijke kant van het indicatieproces. Vragen waar het voor hulpverleners vooral om gaat, zijn:

1. Welke aandachtspunten zijn van belang om helder in kaart te brengen wat er in een gezin aan de hand is?
2. Welke interventies zijn effectief om de problemen aan te pakken?
3. Hoe komt de beslissing over wat de meest effectieve hulp is tot stand? Of met andere woorden, hoe kan een hulpverlener zijn beoordeling over wat er aan de hand is samen brengen met de beslissing welke hulp daar het beste bij aansluit?

In dit hoofdstuk gaan we ervan uit dat hulpverleners hiervoor het beste gebruik kunnen maken van de best beschikbare ‘evidence’, oftewel kennis uit wetenschappelijk onderzoek. Dat wil – met andere woorden – zeggen dat zij evidence based indiceren: hulpverleners indiceren een effectief hulpaanbod op basis van relevante theorieën over het ontstaan en in stand blijven van ontwikkelings- en opvoedingsproblemen en up-to-date kennis over ‘wat werkt’ (welke interventies zijn bij welk probleem effectief). Theorieën en kennis over ‘wat werkt’ vormen de inhoudelijke input die hulpverleners nodig hebben om een goed onderbouwde beslissing te kunnen nemen.

Expliciete en goed onderbouwde besluitvorming over de noodzakelijke hulp, die gebaseerd is op kennis over ‘wat werkt’, creëert een sterke basis voor de verdere invulling van het behandelplan (Metselaar, Knorth, Noom, Van Yperen & Konijn, 2004) en daarmee uiteindelijk voor een effectief verlopende hulpverlening (Poston & Hanson, 2010).

Hulpverleners bij de bureaus jeugdzorg en zorgaanbieders zoeken naar een manier waarop zij problemen en hulpvragen van ouders en kinderen kunnen verbinden met effectieve zorgtrajecten. Zij willen dat zorgtrajecten een duidelijke relatie hebben met de bestaande kennis over ‘wat werkt’ bij bepaalde problematiek.

In de praktijk blijkt de beslissing voor een specifiek hulpaanbod weinig te maken te hebben met de vastgestelde problematiek (Berben et al., 1997). Allerlei andere factoren, zoals de ervaringen van de hulpverlener zelf of zijn kennis van het beschikbare hulpaanbod, bepalen de keuze (Ten Berge, 1998). Het lijkt er zelfs op dat naarmate de problematiek van het gezin ernstiger en complexer is, de besluitvorming irrationeler wordt. Ingrijpende beslissingen om een kind onder toezicht te stellen of uit huis te plaatsen zijn hier voorbeelden van. Wanneer de problemen in een gezin complexer zijn, speelt kennis over ‘wat werkt’ steeds minder een rol in de besluitvorming, terwijl de invloed van persoonlijke kennis, ervaring en normen en waarden van de beslissende hulpverlener toeneemt (Ten Berge, 1998).

Dat hulpverleners weinig gebruik maken van kennis over ‘wat werkt’, betekent niet dat zij maar wat doen. Zij nemen hun besluiten over welke hulp voor een cliënt met een bepaald probleem nodig is op basis van (impliciete ideeën over) wat zij *denken* dat werkt. Hulpverleners hebben voor zichzelf duidelijke opvattingen over hoe problemen van een cliënt ontstaan en in stand gehouden worden. Onderling lopen de meningen van hulpverleners echter sterk uiteen. Verschillen in opvattingen over

de problemen, het ontstaan en in stand blijven daarvan, hangen samen met verschillen in opvattingen over wat effectieve interventies zijn (De Kwaadsteniet, Hagmayer, Krol & Witteman, 2010).

De vraag is hoe kennis over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen, theorieën die het ontstaan en in stand blijven van problemen hierin en up-to-date kennis over ‘wat werkt’ bijdragen aan een effectieve indicatiestelling. Een tweede vraag die in dit hoofdstuk aan bod komt, is hoe hulpverleners in de indicatiestelling gebruik kunnen maken van deze kennis.

3.1 Welke ‘evidence’ hebben hulpverleners nodig?

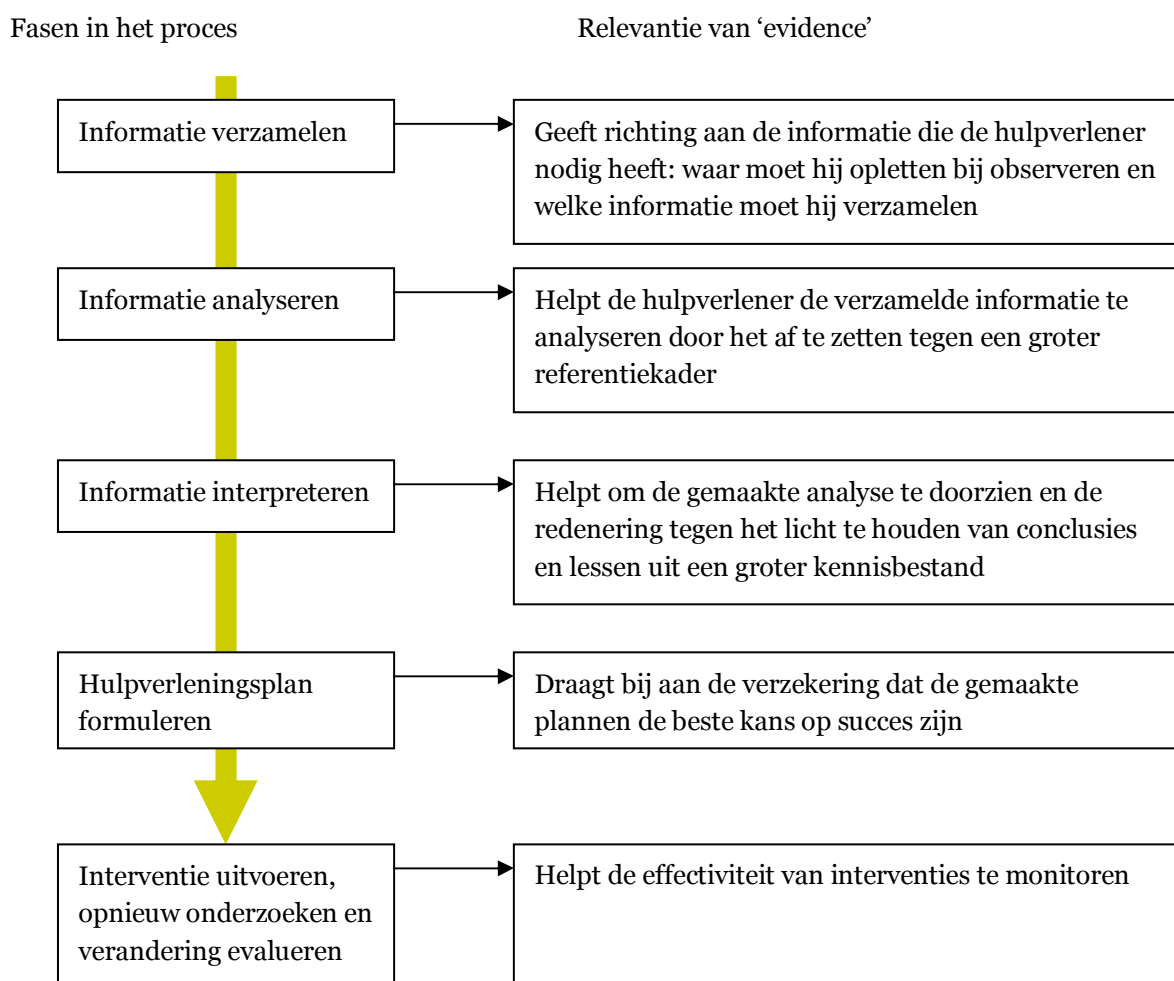
Een belangrijke vraag is welke kennis (evidence) hulpverleners nodig hebben om de indicatiestelling goed uit te voeren. Figuur 1 laat zien welke kennis hen in een specifieke fase van de beoordeling en besluitvorming kan ondersteunen.

Hulpverleners hebben kennis nodig over welke informatie zij moeten verzamelen, hoe zij die moeten analyseren en interpreteren in het licht van een groter referentiekader en welke beslissing zij vervolgens moeten nemen, zodat zij tot een betrouwbare conclusie over de aard en de ernst van de problematiek in een gezin komen en een betrouwbaar besluit over de beste hulp nemen.

Tijdens de fasen van informatie verzamelen, analyseren en interpreteren spelen vooral kennis over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en theorieën die een verklaring bieden voor hoe de problemen zijn ontstaan en waardoor ze in stand blijven een rol.

Tijdens het opstellen van indicatiebesluit en hulpverleningsplan speelt kennis over ‘wat werkt’ een belangrijke rol. Door rekening te houden met kennis over ‘wat werkt’ wordt de kans dat de gemaakte plannen succes hebben groter.

Figuur 1. Proces van indicatiestelling en de relevantie van ‘evidence’ (Hackett, 2003)



3.2 Aandachtspunten voor beoordelen van de problematiek en beslissen over hulp

Er is een aantal algemene factoren dat altijd een rol speelt in de beoordeling van de problematiek die voorafgaat aan de besluitvorming over een specifiek zorgaanbod. Dit zijn factoren die niet alleen van belang zijn voor besluitvorming in de jeugdzorg, maar bij elke vorm van indicatiestelling, ook voor bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen welke informatie verzameld moet worden (inhoudelijke aandachtspunten) en bij wie de informatie vandaan komt. Inhoudelijke aandachtspunten komen in paragraaf 4.2.1 aan bod, aandachtspunten voor de keuze van informanten in paragraaf 4.2.2.

In de uitwerking van een werkwijze voor de indicatiestelling moet met deze algemene aandachtspunten rekening worden gehouden.

3.2.1 Inhoudelijke aandachtspunten

Welke informatie hebben hulpverleners zeker nodig om een beslissing te kunnen nemen over effectieve hulp? Een eerste belangrijke algemeen werkzame factor is dat een effectieve interventie

aansluit bij de hulpvraag en het probleem van de cliënt. Dat betekent onder andere dat de intensiteit van de behandeling aansluit bij de ernst van de problemen. Bij gezinnen met normale opvoedingsvragen of een relatief klein probleem voldoet een lichte interventie. Bij ernstige problemen is een intensieve en langdurige interventie beter. Hulpverleners moeten een opname in een instelling alleen overwegen wanneer de problemen zeer ernstig zijn of de kans op verergering groot is. Intensieve interventies bij mensen met weinig problemen blijken een averechts effect te hebben en de problemen te verergeren (Boendermaker, 2008). Een interventie dient dus afgestemd te zijn op de ernst van het probleem. Dit betekent voor de indicatiesteller dat hij afweegt hoe ernstig de problemen zijn aan de hand van theorieën over opvoeding en ontwikkeling en welke behandeling dit vraagt met welke duur en intensiteit.

Ook moet de behandeling gericht zijn op veranderbare factoren (Boendermaker, 2008). Een voorbeeld. Een vrouw die al jong moeder is geworden, heeft een groter risico haar kind te gaan mishandelen. De vroege leeftijd waarop zij moeder is geworden is een stabiele factor die niet meer te veranderen valt. Maar een aangrijpingspunt voor de behandeling zouden haar beperkte opvoedingsvaardigheden kunnen zijn. De interventie moet dus gericht zijn op de factoren die bij de desbetreffende persoon het probleemgedrag veroorzaken en die veranderbaar zijn. Hoewel het belangrijk is om (onveranderbare) risicofactoren voor bijvoorbeeld kindermishandeling in kaart te brengen, is het altijd van belang om na te gaan welke invloed de aanwezige risicofactoren hebben op de opvoedingsvaardigheden van ouders en het gedrag en de ontwikkeling van kinderen. De daadwerkelijk aanwezige opvoedingsvaardigheden van ouders en eventueel probleemgedrag van het kind vormen een betere basis voor de besluitvorming over de meest gewenste hulp dan enkel de risicofactoren.

Voor een evenwichtig beeld van de aard en ernst van de situatie van een cliënt is het belangrijk om niet alleen aandacht te schenken aan de problemen en risicofactoren die zich voordoen. Ook de sterke kanten en beschermende factoren in de situatie van de cliënt zijn van belang. Sterke kanten van cliënten kunnen namelijk gebruikt worden om de problemen aan te pakken met vaardigheden die zij al tot hun beschikking hebben (Bakker, 1998; Bakker & Bannink, 2008; Turnell & Edwards, 1999).

Tot slot moet een behandeling aansluiten bij de eigenschappen van de cliënt. Een persoon die vaardigheden leert door te doen, moet op die manier benaderd worden. Hij moet ze oefenen door rollenspellen te doen en gedrag uit te proberen in plaats van te luisteren naar het verhaal van een hulpverlener of het lezen van een boek. De nadruk moet dan liggen op oefenen van vaardigheden in tegenstelling tot een cliënt die leert door het bestuderen van een zelfhulpboek (Boendermaker, 2008).

Het is dus nodig tijdens de diagnostiek en besluitvorming aandacht te besteden aan de ernst van het probleem, factoren die de problemen veroorzaken en in stand houden, de sterke kanten van de cliënt en beschermende factoren en de manier waarop een cliënt leert.

3.2.2 Keuze van informatiebronnen

Bij het verzamelen en analyseren van informatie speelt niet alleen kennis over wat belangrijke aandachtspunten zijn een rol. Een hulpverlener moet ook weten bij welke persoon hij bepaalde informatie het beste kan verzamelen en welke impact de persoon van de informant heeft op de betrouwbaarheid daarvan.

Er is bewijs dat laat zien dat verschillende typen problemen om verschillende informanten vragen. Bij gedragsstoornissen blijken de observaties van ouders betrouwbaarder te zijn dan die van het kind zelf. Echter, bij angst- en stemmingsproblemen is dit omgekeerd: een kind heeft beter inzicht in de ernst van de problemen dan ouders (Mash & Hunsley, 2005). Zo blijkt ook de leeftijd van het kind een factor te zijn die van invloed is op hoe een kind zijn problemen presenteert en welke informant dan het beste zicht heeft op de problemen. Kinderen kunnen in verschillende situaties uiteenlopend gedrag laten zien. Sommige problemen doen zich overal op dezelfde manier voor, terwijl andere problemen afhankelijk van de situatie zijn en zich dus in verschillende situaties anders voordoen (Mash & Hunsley, 2005). Dit betekent dat hulpverleners rekening moeten houden met de informanten die zij benaderen, als zij zich een goed oordeel over de problematiek willen vormen. Om een zo volledig mogelijk beeld van de problemen en mogelijke oplossingen te krijgen hebben hulpverleners verschillende informanten nodig, zodat verschillen in het gedrag van kinderen per situatie in beeld komen.

Er is echter nog maar weinig bekend over hoe hulpverleners informatie van verschillende informanten en instrumenten moeten wegen. Onduidelijk is voor veel problemen en stoornissen hoe kenmerken van de informant – bijvoorbeeld psychopathologie van de ouder of het kind – van invloed zijn op de uitkomsten van de diagnostiek. Welke hiaten ontstaan er in de informatie wanneer een hulpverlener van een bepaalde informant informatie krijgt? Hoe zijn kenmerken van de cliënt systematisch van invloed op de informatie die hij geeft? En waar moet de hulpverlener dus rekening mee houden als hij zijn informatie interpreteert en conclusies trekt (Hunsley & Mash, 2007; Mash & Hunsley, 2005)? Daarom is het belangrijk om informatie bij verschillende personen en met verschillende methoden te verzamelen. Hierdoor ontstaat een zo volledig en objectief mogelijk beeld van de problemen (Berger, Ten Berge & Geurts, 2004).

De hulpverlener speelt een centrale rol in de weging van informatie van verschillende personen en methoden. Verwacht mag worden dat hij in staat is om te verantwoorden op basis van welke gegevens en veronderstellingen hij tot een oordeel of besluit is gekomen. Dat er zo weinig bekend is over de rol van verschillende informatiebronnen in de besluitvorming maakt het extra belangrijk dat hij verantwoord wat er ten grondslag ligt aan zijn beoordeling en beslissing, zodat de besluitvorming transparant en toetsbaar wordt.

3.3 Kennis over opvoeding en ontwikkeling

Kennis over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen speelt een belangrijke rol in de besluitvorming voor gewenste hulp in de jeugdzorg. Het helpt om een goede indicatie te stellen en de behandeling te plannen. Grotendeels bestaat deze kennis uit een of meerdere theoretische kaders. Een goed theoretisch kader in de indicatiestelling helpt hulpverleners om te beoordelen of er sprake is van een probleem en hoe ernstig dat probleem is en biedt aanknopingspunten voor het ontstaan en in stand blijven van de problemen.

Tijdens de informatieverzameling geeft deze kennis richting aan de informatie die de hulpverlener nodig heeft voor zijn oordeelsvorming. Tijdens de analyse en interpretatie van informatie helpt een theoretisch kader bij het beoordelen of klachten van ouders en kinderen daadwerkelijk een probleem vormen waarvoor hulp geboden moet worden. Wetenschappelijke theorieën over de normale en problematische ontwikkeling en opvoeding van kinderen geven richting aan wat een hulpverlener

moet onderzoeken (Hunsley & Mash, 2007; Knorth & Smit, 1999). Tijdens de behandeling helpt een theoretisch kader om te bepalen wat een hulpverlener gaat doen, welke activiteiten hij inzet met welk doel. Het ondersteunt ook bij de evaluatie van de voortgang en resultaten van de behandeling. Er is een aantal belangrijke kaders voor de jeugdzorg die richting geven aan de oordeelsvorming over wat er met een kind of gezin aan de hand is: het model van ontwikkelings- en opvoedingsopgaven, het transactionele kader en de systeemtheorie. Een andere bron van kennis die een rol in de oordeelsvorming speelt, zijn (internationale) richtlijnen voor diagnostiek van een aantal veel voorkomende problemen in de jeugdzorg. In de volgende paragrafen is de essentie van deze kaders kort samengevat.

3.3.1 *Ontwikkelings- en opvoedingsopgaven*

Een eerste belangrijk kader voor het beoordelen van opvoedings- en ontwikkelingsproblematiek is het model van ontwikkelingsopgaven en opvoedingsopgaven. Een voorbeeld van een uitwerking daarvan is te vinden bij Rispens, Goudena en Groenendaal (1994). Ontwikkelingsopgaven zijn essentieel voor de ontwikkeling van het kind. Het leren beheersen ervan draagt bij aan de verdere ontwikkeling en het welbevinden van het kind. In aansluiting op de ontwikkelingsopgaven hebben ouders en andere opvoeders opvoedingsopgaven. Het is hun taak om een opvoedingsklimaat te creëren dat de ontwikkeling van het kind optimale kansen biedt. Dit model helpt om te onderzoeken welke problemen bij het kind gerelateerd aan de ontwikkeling er kunnen ontstaan en wat de relatie daarvan is met de opvoeding. In onderstaande tabel staan de belangrijkste ontwikkelingsopgaven van kinderen.

| Leeftijdperiode | Ontwikkelingsopgaven | Opvoedingsopgaven |
|----------------------------------|---|--|
| Baby/peuter (0-2 jaar) | Fysiologische zelfregulatie; veilige gehechtheid; exploratie; autonomie en individuatie | Soepel verzorgingsritueel en sensitieve en responsieve interactie aanbieden; beschikbaar zijn; ruimte maar ook steun geven |
| Peuter/kleuter (2-4 jaar) | Representationele vaardigheden; omgaan met leeftijdgenoten; internaliseren van maatschappelijke eisen; sekserol-identificatie | Sensitief zijn voor cognitieve niveau van het kind; positief en bevestigend omgaan met kind; soepel omgaan met ambiguïteit van het kind; disciplineren; seksespecifieke benadering |
| Basisschoolperiode (4-12 jaar) | Decentratie; acceptatie door leeftijdgenoten; lezen, schrijven en rekenen; ijver | Gelegenheid geven voor omgang met leeftijdgenoten; schools onderricht; waarderen van schoolse prestaties; democratische en warme opvoedingsstijl |
| Vroege adolescentie (12-16 jaar) | Emotionele zelfstandigheid; omgaan met de eigen en andere sekse; ontwikkeling van waardensysteem: persoonlijke | Emotionele steun bieden; tolerantie voor experimenten; leeftijdsadequate grenzen stellen; voorbeeldfunctie |

Diverse onderzoekers stellen een kader voor het beoordelen van opvoedingscapaciteiten van ouders voor. Budd (2005) stelt een praktijkmodel voor de diagnostiek van opvoedingscapaciteiten voor.

Volgens Budd (2005) heeft de diagnostiek bij ouders drie essentiële inhoudelijke aandachtspunten:

1. hulpverleners moeten in het oog houden dat het gaat om de opvoeding: het draait om wat de capaciteiten (en tekortkomingen) als ouder zijn en hoe de relatie tussen de ouder en het kind is;
2. de diagnostiek moet functioneel (handelingsgericht) zijn: dat wil zeggen dat de hulpverlener zich richt op gedrag en vaardigheden van alledag, opvoedingsvaardigheden moeten in relatie tot individuele behoeften van het kind beoordeeld worden;
3. de diagnostiek gaat uit van 'goed genoeg ouderschap' (in plaats van optimaal functioneren): dat wil zeggen dat de opvoeding adequaat is om aan basis veiligheids- en emotionele behoeften van het kind te voldoen.

Wat opvalt in het betoog van Budd (2005) is dat zij niet aangeeft wat 'goed genoeg ouderschap' betekent. Over de inhoud en reikwijdte van het begrip 'goed genoeg ouderschap' bestaat ook veel discussie over. Bestaande richtlijnen, zoals wetgeving met betrekking tot ondertoezichtstelling en ontheffing en ontzetting uit de ouderlijke macht, zijn weinig specifiek en kunnen per land verschillen. Ook ontbreekt goed onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit vaak bij checklists en vragenlijsten voor hulpverleners om de minimale opvoedingscompetenties te beoordelen.

Een met het praktijkmodel van Budd (2005) vergelijkbaar kader voor het beoordelen van de opvoedingscapaciteiten biedt het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000). Evenals Budd (2005) plaatst dit framework de opvoedingscapaciteiten van ouders in het licht van de ontwikkelingsbehoeften van het kind. Dit framework biedt echter een breder kader om de jeugdige, het gezin en de omgeving van de jeugdige in samenhang te zien doordat het ook ingaat op gezins- en omgevingsfactoren die van invloed zijn op de ontwikkelingsbehoeften van het kind en de opvoedingscapaciteiten van de ouders. Het Framework for the Assessment of Children in Need and their Families is door praktijkwerkers en wetenschappers in Groot-Brittannië ontwikkeld voor het onderzoeken van problematische opvoedingssituaties. Het kader wordt weergegeven door de volgende driehoek:



In het midden van de driehoek staat het welzijn van het kind. Bij het in kaart brengen wat er aan de hand is, staat het bewaken (zo nodig veiligstellen) en bevorderen van het welzijn van het kind steeds centraal. Het welzijn van het kind wordt bepaald door de interactie tussen drie domeinen (de drie zijden van de driehoek):

1. de ontwikkelingsbehoeften van het kind
2. de capaciteiten van de ouders (opvoeders) om in die behoeften te voorzien
3. de invloed van gezins- en omgevingsfactoren op enerzijds de capaciteiten van de ouders en anderzijds het kind.

Deze drie domeinen zijn onderling verbonden. Elk daarvan bestaat uit een aantal essentiële dimensies, die beschreven zijn in bijlage 4. Horwath (2009) geeft een uitgebreide beschrijving en onderbouwing van dit framework in het boek *The Child's World*.

3.3.2 Transactioneel referentiekader

De ontwikkeling van kinderen vindt altijd plaats in interactie met anderen. De manier waarop ouders en anderen met het kind omgaan, beïnvloedt hoe een kind zich ontwikkelt. Maar ook andersom: de manier waarop het kind zich gedraagt en ontwikkelt, beïnvloedt hoe ouders en anderen met het kind omgaan. De interactie tussen de ontwikkeling van het kind en opvoedingsgedrag valt te verklaren vanuit twee theoretische modellen: het transactionele model van Sameroff en collega's en het ecologische model van Bronffenbrenner.

Sameroff en Chandler (1975 in Pameijer & Van Beukering, 2004) menen dat op de ontwikkeling van kinderen drie factoren van invloed zijn: kindfactoren, gezinsfactoren en omgevingsfactoren. Bij kindfactoren gaat het vooral om die kenmerken en eigenschappen waarvan verondersteld wordt dat er een genetisch-biologische basis voor is, zoals intelligentie en temperament. Bij gezinsfactoren spelen kenmerken van de ouders, de opvoeding en het gezin een rol, zoals de samenstelling en het klimaat, maar ook opvattingen en competenties van de ouders. Bij omgevingsfactoren gaat het om onder meer de sociale steun die een gezin krijgt en allerlei demografische kenmerken, zoals de buurt

waar het gezin woont. Kenmerkend voor het transactioneel model van Sameroff is dat de kenmerken van het kind, het gezin en de omgeving elkaar over en weer beïnvloeden. Sameroff gaat ervan uit dat een kind niet een passieve ontvanger van deze invloeden is, maar een actieve bijdrage levert aan zijn eigen ontwikkelingsproces door interactie met zijn omgeving. Dat betekent ook dat opvoedings- en ontwikkelingsproblemen nooit ontstaan door één factor, maar voortvloeien uit een ongunstige wisselwerking tussen het kind, het gezin en de omgeving.

Bronffenbrenner (1977 in Pameijer & Van Beukering, 2004) gaat ervan uit dat omgeving waarin een kind zich ontwikkelt op te vatten is als een verzameling van hiërarchisch geordende subsystemen, namelijk het microsysteem, mesosysteem, exosysteem en macrosysteem. Het microsysteem bestaat uit de relaties tussen het kind en de directe omgeving waarin deze zich ontwikkelt, zoals het gezin en de school. Het mesosysteem omvat de relaties tussen de verschillende microsystemen. Het exosysteem is de bredere sociale context waar het kind niet direct deel van uitmaakt, maar die wel zijn directe omgeving beïnvloedt, zoals het werk van zijn ouders. Het macrosysteem heeft betrekking op de overkoepelende institutionele patronen van de cultuur of subcultuur waar het kind deel van uitmaakt, zoals het sociale, politieke of opvoedkundige systeem. Deze vier subsystemen werken op elkaar in, maar daarnaast is er ook wederzijdse beïnvloeding tussen het zich ontwikkelende kind en deze subsystemen.

Deze modellen laten zien dat er verschillende factoren van invloed zijn op de ontwikkeling van kinderen. Vanuit verschillende kanten kunnen bedreigingen in de draaglast en draagkracht van het kind zich voordoen. Er wordt van een bedreigende of risicofactor gesproken wanneer er een grotere statistische kans bestaat op de ontwikkeling van problemen dan wanneer deze factor niet aanwezig zou zijn. Risicofactoren kunnen zich bij het kind, in het gezin en de omgeving voordoen. Voorbeelden van risicofactoren bij het kind zijn biologische factoren die het kwetsbaar maken voor een problematische ontwikkeling, temperament en ingrijpende gebeurtenissen. Risicofactoren in het gezin kunnen psychiatrische problematiek van ouders, de levensgeschiedenis van de ouders, specifiek opvoedingsgedrag, het gezinsklimaat en ingrijpende gebeurtenissen zijn. De bekendste risicofactoren in de omgeving zijn een lagere sociaal-economische status en achterstandssituaties en traumatische gebeurtenissen zoals oorlog of natuurrampen (Rispen et al., 1994). Door een opeenstapeling van problemen en risicofactoren raakt de balans tussen draaglast en draagkracht verstoord. Als het evenwicht tussen draaglast en draagkracht verstoord is, kan dit een belemmering voor de ontwikkeling van het kind gaan vormen en verstoort dit het vermogen van de ouders om het kind de opvoeding te bieden die het nodig heeft. Naar mate er meer problemen en risicofactoren aanwezig zijn, wordt de kans op het ontstaan van problemen bij het kind en in het gezin groter (Bakker e.a., 1998).

Het spreekt niet voor zich dat er zich daadwerkelijk problemen voordoen bij de aanwezigheid van risicofactoren. Beschermende factoren kunnen eraan bijdragen dat er ondanks de aanwezigheid van risicofactoren geen problemen ontstaan. Beschermende factoren zwakken de relatie tussen de risicofactor en de verwachte problemen af. Ze werken als een buffer wanneer er zich bedreigingen van de ontwikkeling voordoen. Belangrijke beschermende factoren bij het kind zijn competentie, veerkracht, humor en intelligentie. Op gezinsniveau zijn een goede relatie tussen de ouders, het gezinsklimaat en een ondersteunende en ontwikkelingsstimulerende relatie tussen ouder en kind

beschermende factoren. Een belangrijke beschermende factor vanuit de omgeving is de mate van sociale steun (Rispen et al., 1994).

Deze modellen wijzen hulpverleners erop dat het van belang is om na te gaan welke factoren van invloed kunnen zijn op de problemen en hoe deze factoren elkaar onderling beïnvloeden. Welke factoren hebben bijgedragen aan het ontstaan ervan? En welke zorgen ervoor dat de problemen in stand gehouden worden? Daarbij is het essentieel de factoren die de draagkracht vergroten of een beschermende werking hebben, niet uit het oog te verliezen. Deze geven namelijk inzicht in de ernst van de problemen. Bijvoorbeeld als een kind te maken heeft met veel conflicten in de thuissituatie, kan de humor en goede sociale vaardigheden van een kind ervoor zorgen dat het sociale steun vanuit zijn omgeving krijgt.

3.3.3 Systeemtheorie

Vanuit de systeemtheorie is het gezin te beschouwen als een complex, samenhangend geheel van relaties die elkaar over en weer beïnvloeden. Systeemtheorie volgt een circulaire redenering, waarin gedrag als oorzaak en als gevolg kan worden opgevat (Choy, Pont & Doreleijers, 2003).

In een gezin zijn verschillende subsystemen te onderscheiden: partners, ouders, kinderen, ouder-kind. In elk gezin ontstaan geleidelijk relatiepatronen als gevolg van vaste manieren waarop gezinsleden met elkaar omgaan. Zo kunnen zich coalities voordoen, waarbij gezinsleden samenspannen tegen andere gezinsleden, of allianties, waarbij de alliantiepartners ook goede betrekkingen onderhouden met de overige gezinsleden. Door het bestaan van vaste relatiepatronen kan voorspeld worden hoe gezinsleden zullen reageren op bepaalde interacties en op veranderingen in de interactie. Als een hulpverlener zich bijvoorbeeld sterk op het kind richt dat alleen een goede band met vader onderhoudt en niet met moeder, is de band tussen de hulpverlener en de moeder waarschijnlijk ook niet zo goed (Choy, Pont & Doreleijers, 2003).

De relatiepatronen zijn vaak gekleurd door beliefssystemen, dat wil zeggen vaststaande denkpatronen over andere gezinsleden. Gezinsleden kijken als het ware met een gekleurde bril naar elkaar. Ze reageren op een ander gezinslid vanuit wat ze menen te zien en niet vanuit wat er werkelijk gebeurt of gezegd wordt. Dit houdt gedragspatronen tussen gezinsleden in stand. Bijvoorbeeld: als de zoon een keer zijn kamer opruimt, verandert dat het beeld van zijn ouders dat hij een sloddervos is niet (Choy, Pont & Doreleijers, 2003).

Een gezin en de subsystemen binnen het gezin worden afgebakend met grenzen. Die grenzen bepalen wat en hoe er met de personen binnen en buiten het systeem gecommuniceerd wordt. Als de grenzen te open zijn in een gezin, ontstaat er een 'los zand' gezin waarbij elk gezinslid vooral communiceert met buitenstaanders. Wanneer de grenzen met de buitenwereld te gesloten zijn, dan worden de grenzen tussen de gezinsleden onderling te open en beperkt dit gezinsleden om gezonde contacten met anderen te hebben (Choy, Pont & Doreleijers, 2003).

Een systeemtheoretisch kader betekent voor de hulpverlener dat het invloed heeft op andere gezinsleden als hij één gezinslid in behandeling neemt, omdat dit de onderlinge verhoudingen verandert. Om verandering bij een persoon teweeg te brengen is het nodig om de relatie waarbinnen het probleem zich voordoet in beeld te brengen.

3.3.4 Inhoudelijke aandachtspunten voor diagnostiek

Een andere invalshoek voor het vaststellen wat er aan de hand is en beslissen welke hulp nodig is, vormen richtlijnen voor diagnostiek van stoornissen. Daarbij is het uitgangspunt dat het voor de beslissing over de benodigde behandeling vooral belangrijk is om in beeld te brengen welke stoornis een persoon heeft.

Voor een aantal problemen en stoornissen bij kinderen en jongeren hebben onderzoekers op een rij gezet hoe een evidence based diagnostiek eruit zou moeten zien. Hunsley en Mash (2007) hebben dit beknopt samengevat. Volgens hen is een evidence based diagnostiek – het gaat hier dus alleen om het vaststellen van de aanwezigheid van een probleem of stoornis – te herkennen aan drie criteria:

1. onderzoeksresultaten en wetenschappelijk verantwoorde theorieën over psychopathologie en normale ontwikkeling worden gebruikt om richting te geven aan het diagnostische proces en wat er bij ouders en kinderen onderzocht moet worden;
2. psychometrisch sterke instrumenten worden ingezet;
3. het gehele proces van diagnostiek wordt empirisch geëvalueerd.

Hunsley en Mash (2007) beschrijven op basis van een aantal uitgebreide overzichtsartikelen voor een aantal stoornissen wat er bekend is over effectieve diagnostiek en welke aandachtspunten er nog zijn. Voor de volgende stoornissen zijn evidence based richtlijnen voor diagnostiek ontwikkeld:

- ADHD (zie Evans & Youngstrom, 2006; Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005; Pliszka & AACAP Work Group on Quality Issues, 2007)
- Gedragsproblemen (zie McMahon & Frick, 2005)
- Autisme (zie Ozonoff, Goodlin-Jones, & Solomon, 2005)
- Leerstoornissen (zie Fletcher, Francis, Morris, & Lyon, 2005)
- Angststoornissen (zie Antony & Rowa, 2005; Silverman & Ollendick, 2005)
- Depressie (zie Joiner, Walker, Pettit, Perez, & Cukrowicz, 2005; Klein, Dougherty, & Olino, 2005)
- Bipolaire stoornis (zie Youngstrom, Findling, Youngstrom, & Calabrese, 2005; Youngstrom, Freeman, & McKewon Jenkins, 2009)
- Persoonlijkheidsstoornis (zie Widiger & Samuel, 2005)

Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie biedt op zijn website ook een overzicht van instrumenten die gebruikt kunnen worden voor screening en diagnostiek van veel voorkomende problemen en stoornissen bij jeugdigen. Het biedt informatie over diagnostiek van:

- ADHD;
- Angst;
- Autisme spectrum stoornissen;
- Borderline persoonlijkheidsstoornis;
- Dwangstoornis;
- Eetstoornissen;
- ODD/CD;
- Psychose;
- Stemmingsstoornissen (depressie en bipolaire stoornis)
- Tics;
- Trauma en kindermishandeling (meer informatie: www.kenniscentrum-kjp.nl/nl/Professionals).

Ook in de multidisciplinaire richtlijn voor ADHD en het Addendum bij de multidisciplinaire richtlijn voor depressie zijn aanbevelingen over diagnostiek van deze stoornissen bij jeugdigen geformuleerd.

3.4 Kennis over ‘wat werkt’

Kennis over ‘wat werkt’ geeft hulpverleners richting om te beslissen welke hulp het meeste resultaat bij gezinnen kan hebben. Beslissen over hulp op basis van kennis over ‘wat werkt’ noemen we evidence based beslissen. Evidence based besluitvorming doet op twee manieren een beroep op kennis en vaardigheden van de hulpverlener. In de eerste plaats dient de hulpverlener te beschikken over algemene kennis over ‘wat werkt’. Het tweede is dat hij deze kennis weet toe te passen in de situatie van een specifieke cliënt en – indien nodig – aan te passen, zodat een behandeling ‘op maat’ geboden wordt.

Het is belangrijk om gebruik te maken van kennis over ‘wat werkt’ en evidence based interventies te indiceren. Dit vergroot namelijk de kans dat ouders en kinderen effectief geholpen worden en dat hun problemen daadwerkelijk opgelost of verminderd worden.

3.4.1 Algemene kennis over wat werkt

Om te beginnen bij de eerste vraag: welke kennis over ‘wat werkt’ is beschikbaar?

Internationaal constateren Chorpita en collega’s (2011) dat er behoorlijk wat kennis over effectieve interventies is. In hun overzicht van 430 RCT’s waarin 750 behandelprotocollen voor psychische en gedragsproblemen van kinderen en adolescenten onderzocht worden concluderen zij dat er diverse effectieve behandelingen zijn voor angstproblemen, aandachtsproblemen, autisme, depressie, gedragsproblemen, eetproblemen, middelenmisbruik en traumatische stress. Evidence based interventies hebben meer effect dan de gebruikelijke zorg (zie Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Het Nederlands Jeugdinstituut heeft voor een aantal veel voorkomende problemen in de jeugdzorg overzichten gemaakt over de effectiviteit van preventie en behandeling (zie www.nji.nl/watwerkt). Er zijn overzichten voor de volgende problemen en stoornissen bij kinderen:

- ADHD
- angst- en stemmingsproblemen
- angststoornissen
- autisme
- combinaties van psychische stoornissen
- delinquentie
- depressie
- eetstoornissen
- gedragsproblemen
- gedragsstoornissen
- hechting en hechtingsproblemen
- kindermishandeling
- middelengebruik
- multiprobleemgezinnen
- onderwijsachterstanden
- opzettelijke zelfbeschadiging

- overlast
- pesten
- rouw
- scheiding
- schoolverzuim
- voortijdig schoolverlaten

Daarin valt op dat er vooral veel bekend is over de behandeling van gedragsproblemen en – stoornissen, depressie en angststoornissen. Van ernstige problemen als kindermishandeling en multiprobleemgezinnen is veel minder goed onderzocht welke interventies effectief zijn.

Er is ook een aantal richtlijnen voor de jeugdzorg in ontwikkeling die aandacht schenken aan effectieve behandeling van bepaalde problemen (zie www.richtlijnenjeugdzorg.nl).

Dit soort overzichten biedt inzicht in wat gemiddeld een effectieve aanpak is bij bepaalde problemen. Dat betekent dat voor een meerderheid van de cliënten de aanpak die in een dergelijke overzichtsstudie is beschreven, effectief is of in grote lijnen effectief is en op onderdelen aangepast moet worden aan specifieke kenmerken van een cliënt.

3.4.2 Gebruik van kennis over ‘wat werkt’

Een tweede vraag is: Op welke manier kunnen hulpverleners het beste gebruik maken van kennis over ‘wat werkt’? Dit is nog niet gemakkelijk te beantwoorden. In de jeugdzorg wordt kennis over ‘wat werkt nauwelijks in de besluitvorming gebruikt. Er zijn nog maar weinig richtlijnen waarin kennis over ‘wat werkt’ verwerkt is. Hulpverleners zijn ook niet getraind in het gebruik van deze kennis in de indicatiestelling. Dit geldt overigens niet alleen voor Nederland of voor de jeugdzorg, maar speelt ook internationaal en in andere sectoren (zie Rotheram-Borus, Swendeman, & Chorpita, 2012).

Uit de medische wereld blijkt dat voor evidence based werken het van belang is dat artsen goed getraind zijn in algemene kennis over ‘wat werkt’. Artsen hebben na afloop van hun opleiding in de geneeskunde een brede algemene kennis over welke behandeling effectief is bij welk probleem. In het competentieprofiel van geneeskunde staat hierover:

“De juist afgestudeerde arts als medisch deskundige bezit een breed kennis- en vaardighedenpakket uit het medisch kennisdomein en past dit toe in de medische praktijk. De arts verzamelt en interpreteert gegevens, maakt een probleemanalyse, neemt de juiste klinische beslissingen en voert deze uit met inachtneming van de grenzen van eigen deskundigheid en bekwaamheid. De arts controleert of de gekozen beslissing en bijbehorende uitvoering van voldoende kwaliteit zijn en of het gezochte effect bereikt wordt. De arts levert zorg conform de actuele professionele standaard en waar mogelijk evidence based, ethisch onderbouwd en kostenbewust (zie onder andere <http://www.studiegids.uva.nl/web/uva/sgs/nl/p/995.html>).”

Deze kennis leren zij toepassen in langdurige stages met strenge supervisie. Daarin leren zij ook wanneer het nodig is om af te wijken van de algemene principes van ‘wat werkt’.

Spengler en collega’s (2009) bevestigen het belang van algemene kennis over ‘wat werkt’ en training in de toepassing ervan. Zij komen tot de conclusie dat het klinisch oordeel van klinisch psychologen

kan verbeteren door training en ervaring. Uit hun meta-analyse blijkt dat meer ervaren psychologen betere diagnoses stellen en nauwkeuriger aanbevelingen voor de behandeling overeenkomstig praktijkrichtlijnen formuleren. Het lijkt er vooral op dat ervaring invloed heeft op beoordelingen die vragen om een genuanceerd begrip van beïnvloedende factoren en onder omstandigheden waarin de onzekerheid in de besluitvorming groter is. Voorzichtigheid bij deze conclusies is wel nodig, want het effect van ervaring op de nauwkeurigheid van beslissingen is slechts klein. Volgens Spengler en collega's (2009) lijkt het voor het verbeteren van beslisvaardigheden vooral belangrijk dat hulpverleners leren hypothesetoetsend te werken en methodes te gebruiken die valkuilen in de besluitvorming vermijden.

Naast opleiding en training in het gebruik van 'wat werkt'-kennis zijn richtlijnen van belang voor een evidence based indicatiestelling. De beschikbaarheid van richtlijnen biedt een mogelijkheid om op terug te vallen in het geval dat de kennis van de hulpverlener tekortschiet.

In toenemende mate kunnen artsen gebruik maken van beslissingsondersteunende systemen. In deze systemen is kennis over 'wat werkt' verwerkt. Wanneer artsen de klachten en symptomen van een cliënt invoeren, krijgen zij advies over de behandeling die het beste ingezet kan worden. Kawamoto en collega's (2005) gingen middels een meta-analyse na in hoeverre de praktijk verbetert wanneer artsen, arts-assistenten en nurse practitioners gebruik maken van een klinisch beslissingsondersteunend systeem. In het algemeen bleken zij betere beslissingen te nemen wanneer zij daarbij ondersteund werden door een systeem, maar niet alle systemen werkten even goed. Het gebruik van een beslissingsondersteunend systeem bleek medische fouten te verminderen en de zorg voor patiënten te verbeteren. Belangrijke kenmerken van een goed systeem dat de besluitvorming ondersteunt, zijn:

- de hulpverlener krijgt de beslissingsondersteuning automatisch aangeboden (in tegenstelling tot systemen waar de hulpverlener zelf op zoek moest naar het advies van het beslissingsondersteunende systeem);
- het systeem is geïntegreerd met het registratiesysteem van cliënten (in plaats van op zich staand beslissingsondersteunend systeem);
- de computer genereerde een advies met betrekking tot de beslissing (in plaats van een handmatig proces);
- het systeem dwong de hulpverlener om een reden op te geven voor het afwijken van de geadviseerde behandeling (in plaats van een systeem waar de hulpverlener zonder meer voorbij kan gaan aan het advies van het systeem);
- het systeem biedt niet alleen een diagnose van het probleem, maar ook een aanbeveling voor de te volgen behandeling.

Andere reviews bevestigen deze conclusies. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het nog onduidelijk is of het gebruik van een beslissingsondersteunend systeem op patiëntniveau effect heeft (Garg et al., 2005; Mollon et al., 2009), bijvoorbeeld een afname van het sterftcijfer of sneller herstel na een behandeling.

De Amerikaanse organisatie PracticeWise (www.practicewise.com) heeft de database PWEBS ontwikkeld waarin alle RCT's met effectonderzoek naar psychische en gedragsproblemen bij

jeugdigen zijn opgenomen. In deze database kunnen hulpverleners eenvoudig zoeken naar effectieve interventies. Na kenmerken van de jeugdige als de aard van de problematiek, zijn sekse en leeftijd te hebben ingevoerd, krijgen hulpverleners een overzicht van de interventies die effectief zijn, uit welke elementen en technieken de interventies bestaan en in welke setting en in welke vorm de interventie wordt aangeboden. Indien gewenst kunnen zij ook de interventieprotocollen en de referenties naar de onderzoeken oproepen en bekijken. Wanneer hulpverleners niet over de evidence based interventies beschikken, kunnen zij op basis van de elementen en technieken een interventie voor de jeugdige samenstellen (Chorpita & Daleiden, 2010). In de database zijn de elementen en technieken stap voor stap beschreven.

Geconcludeerd kan worden dat hulpverleners op zijn minst opgeleid moeten zijn met kennis over 'wat werkt' en dat zij training nodig hebben om die kennis in de praktijk toe te passen. Richtlijnen vormen daarnaast een kennisbron om op terug te vallen wanneer de kennis van de hulpverlener tekortschiet. Een beslissingsondersteunend systeem kan daarnaast ondersteuning bieden bij de besluitvorming.

3.4.3 Behandeling op maat

De tweede vraag is hoe hulpverleners algemene kennis over 'wat werkt' kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk.

Voor een behandeling die afgestemd is op de wensen en mogelijkheden van cliënten moeten hulpverleners algemene kennis over 'wat werkt' weten samen te brengen met hun praktijkkennis en met de ervaringen van hun cliënten. Dat vraagt om een zorgvuldig klinisch oordeel, waarbij hulpverleners praktijkervaring systematisch weten te integreren in hun professionele kennis over 'wat werkt' (Hackett, 2003).

Er zijn verschillende manieren om een behandeling op maat te maken.

De eerste is gebaseerd op het model van Systematic Treatment Selection dat Beutler en collega's (2002) hebben een model ontwikkeld. Dit model is tot stand gekomen op basis van een literatuuronderzoek en vervolgens in een onderzoek verder gevalideerd. Het gaat niet uit van specifieke kennis over wat werkt bij een bepaald probleem of stoornis. Zij veronderstellen dat globale diagnoses weinig bruikbaar zijn in het beslissen over welke hulp het meest geschikt is. In plaats daarvan stellen zij voor om de keuze voor een bepaald hulpaanbod te maken aan de hand van:

- specifieke kenmerken van het probleem (zoals het type schade of stoornis, chroniciteit);
- niet-diagnostische eigenschappen van de cliënt (bijv. patronen van weerstand, coping stijl)
- en de context (mate van sociale steun en stressniveau).

Zij veronderstellen ook dat specifieke functionele typering van interventies meer bijdragen aan het afstemmen van de behandeling op de individuele cliënt dan het selecteren uit verschillende globale typen van behandeling. Voorbeelden van een typering van behandeling zijn:

- directief vs. non-directief;
- inzicht georiënteerd vs. symptoom georiënteerd
- en ondersteunend vs. afreagerend.

De suggesties die zij doen voor de keuzes in de behandeling zijn dan ook gebaseerd op ideeën uit verschillende theoretische stromingen. Dit biedt de mogelijkheid om de behandeling aan te passen aan de vaardigheden van de hulpverlener en kenmerken van het probleem en de cliënt.

Beutler en collega's (2002) stellen het beslissen over de meest geschikte behandeling als een gefaseerd proces voor. De eerste fase is te onderzoeken wat de problemen van de cliënt zijn en welke andere factoren daarop van invloed zijn, zoals de copingstijl van de cliënt. Dit leidt tot een inschatting van de kans op verbetering, de prognose.

Vervolgens beoordeelt een hulpverlener in welke context de behandeling geboden moet worden: de intensiteit van de behandeling, het soort behandeling (medisch vs. niet medisch), behandelprocedure (individueel vs. groepsgewijs) en optimale behandelsetting (ambulant, daghulp, residentieel). Hierin speelt algemene kennis over 'wat werkt' een belangrijke rol.

In de derde en vierde fase maakt de hulpverlener de behandeling 'op maat' voor een specifieke cliënt. In de derde fase onderzoekt de hulpverlener op welke manier hij de behandelingsrelatie het beste kan vormgeven en welke effectieve therapeutische procedures er zijn. Tot slot moet vastgesteld welke specifieke interventies en technieken het beste passen bij de problemen en behoeften van de cliënt. Om ervoor te zorgen dat de behandeling goed aansluit bij de cliënt moet de hulpverlener met drie kenmerken van cliënten rekening houden: weerstand, copingstijl en stressniveau. De kans dat de therapie effectief is, is groter als de therapeutische procedures geen weerstand bij de cliënt oproepen. Wat betreft de copingstijl kan de nadruk liggen op vaardigheden of inzicht in de problemen. Waar de nadruk op ligt hangt af van de mate waarin een cliënt een externaliserende (stimulans zoekend, impulsief, acting out) dan wel internaliserende (naar binnen gekeerd, emotionele terugtrekking) copingstijl heeft. Ten slotte is de kans op therapeutische verandering het grootst wanneer het niveau van emotionele stress matig is, maar niet te hoog of te laag. De kans dat verandering zich voordoet is het grootst als een cliënt gestimuleerd wordt tot emotionele arousal in een veilige omgeving totdat de problematische reactie vermindert of verdwijnt. De uitdaging aan de hulpverlener is om enerzijds een veilige omgeving te bieden waarin de cliënt kan experimenteren met nieuwe gedragingen en vaardigheden en anderzijds de cliënt stimuleert risico's te nemen (Beutler et al., 2002).

Een tweede manier is om een evidence based behandeling te kiezen op basis van de belangrijkste problemen en kenmerken van cliënten en deze gaandeweg aan te passen afhankelijk van de voortgang van de behandeling. Een voorbeeld hiervan is de interventie MATCH (Chorpita & Weisz, 2009). MATCH is een interventie bestaand uit modules voor de behandeling van angst, depressie, trauma en gedragsproblemen. De modules zijn gebaseerd op bewezen effectieve interventies, maar kunnen systematisch flexibel worden ingezet. MATCH helpt hulpverleners om eerst te beslissen welke module zij inzetten om de belangrijkste problemen aan te pakken. Wanneer andere problemen zich gaandeweg voordoen, kan de hulpverlener beslissen om elementen van de andere modules in te zetten om die aan te pakken. Bijvoorbeeld: het belangrijkste probleem van een jeugdige is zijn depressie. Hiervoor zet de hulpverlener de cognitieve gedragstherapie module voor depressie in. Wanneer de jeugdige dreigt af te haken of weinig gemotiveerd is om tijdens de sessie mee te doen, zet hij het element 'motiveren' in. Hierdoor werken hulpverleners zoveel mogelijk evidence based, maar hebben zij ook de mogelijkheid om de behandeling aan te passen aan de behoeften van jeugdigen. Hierdoor kunnen zij bijvoorbeeld de behandeling aanpassen wanneer jeugdigen meerdere problemen tegelijkertijd hebben, wat in de jeugdzorg vaak voorkomt.

Weisz en collega's (2012) hebben in een RCT de effectiviteit van MATCH onderzocht in vergelijking met de gebruikelijke behandeling en gestandaardiseerde evidence based interventies. Zij concluderen dat MATCH meer effect heeft dan de gebruikelijke behandeling (verwacht effect) en de gestandaardiseerde evidence based interventies (tegen de verwachtingen): kinderen die MATCH

kregen, hadden na afloop minder problemen dan kinderen in de twee andere groepen. Zij concluderen dat MATCH helpt om te bepalen welke prioriteiten jeugdigen en hun ouders in de behandeling willen stellen en hoe het behandelplan opgesteld en aangepast kan worden. Ook stellen zij dat de evidence based interventies zoals die al langer in gebruik zijn zeker hun waarde hebben, maar door het systematisch aanpassen van de behandeling nog meer effect kunnen hebben op het welzijn van jeugdigen.

Nog een andere manier is ontwikkeld door PracticeWise (www.practicewise.com). Wanneer er geen evidence based interventies beschikbaar zijn kunnen hulpverleners gebruik maken van elementen en technieken uit interventies. PracticeWise heeft verschillende hulpmiddelen voor hulpverleners ontwikkeld, zodat zij een behandeling voor een individuele cliënt kunnen vormgeven, onder andere een schema om het doel van de behandeling en het behandelproces vast te stellen samen met cliënten, een schema om een sessie te plannen, en korte beschrijvingen van de elementen en technieken die hulpverleners tijdens een sessie kunnen inzetten. PracticeWise heeft een ‘clinical dashboard’ (behandelmonitor) ontwikkeld, waarmee hulpverleners de effecten van hun behandeling op individueel niveau in de gaten kunnen houden. Door de resultaten en ingezette technieken gedurende de hele behandeling systematisch te monitoren kunnen hulpverleners de interventie zoveel mogelijk laten aansluiten bij kennis over ‘wat werkt’, maar ook afstemmen op de behoeften van jeugdigen. In deze benadering is het kiezen van een behandeling geen eenmalig proces, maar een proces dat gedurende de behandeling steeds meer vorm krijgt (Chorpita & Daleiden, 2010). Deze manier van werken sluit aan bij de oorspronkelijke definitie van evidence based werken van Sackett en collega’s (2000). Het biedt de mogelijkheid om fundamenteel nieuwe inzichten op te doen over effectieve behandelmogelijkheden, met name voor die doelgroepen waar nog weinig interventies beschikbaar voor zijn.

3.4.4 Beslissen in onzekerheid

Idealiter maakt de hulpverlener gebruik van kennis over ‘wat werkt’ wanneer hij een hulpaanbod doet. Echter, lang niet altijd zijn er eenduidige richtlijnen voor welke hulp bij een specifiek probleem het meest effectief is. Empirisch onderzoek levert vaak niet een eenduidig antwoord op welke hulp bij welke cliënt met welke problemen het beste werkt (Ten Berge, 1998; Chorpita, Bernstein, & Daleiden, 2011; Munro, 1998; Politi, Han, & Col, 2007). Wat te doen als er weinig bekend is over ‘wat werkt’?

In de eerste plaats laat de klinische cyclus van De Bruyn en collega’s (2003) het belang en de mogelijkheid van evaluatie van de behandeling en de diagnostiek zien. Als hulpverleners weten dat de juiste indicatie is gesteld, laat het effect van de behandeling zien of de behandelmethode effectief is gezien de problematiek. Als de effectiviteit van een bepaalde behandelmethode een gegeven is, laten de uitkomsten van de behandeling zien of de indicatie juist was. Deze wederzijdse feedback levert belangrijke inzichten op in ‘wat werkt’. De uitwisseling van wederzijdse kennis en ervaringen tussen indicatiestellers en behandelaars draagt daarmee bij aan de effectiviteit van zowel de diagnostiek als de behandeling. Dit kan met andere woorden een bron van practice based evidence – praktijkkennis – gaan vormen. Door zorgvuldig te monitoren en een goede terugkoppeling van de effecten van de behandeling kunnen hulpverleners hun kennis over ‘wat werkt’ in de praktijk vergroten. Dit sluit aan bij de werkwijze van PracticeWise om zoveel mogelijk kennis over ‘wat werkt’

te gebruiken en waar dit niet beschikbaar is door elementen uit effectieve interventies in te zetten en resultaten te monitoren.

In de tweede plaats is het in het contact met cliënten belangrijk dat hulpverleners duidelijk uitleggen wat de mogelijkheden en de kans van slagen van verschillende vormen van hulp zijn en dat zij hun cliënten helpen om met de onzekerheid in de besluitvorming om te gaan. Dit helpt cliënten om een weloverwogen beslissing te nemen (Politi et al., 2007).

Hulpverleners moeten er wel rekening mee houden dat cliënten heel verschillend kunnen reageren op onzekerheid over de effecten van verschillende behandelvormen. Waar de ene cliënt graag betrokken wil zijn bij de besluitvorming en goed op de hoogte wil zijn van alle aspecten die zijn beslissing kunnen beïnvloeden, laat de andere cliënt de besluitvorming het liefst aan de deskundige, de hulpverlener, over. Dat betekent ook dat de ene cliënt zelf actief zal gaan zoeken naar informatie over de voorgestelde behandeling, terwijl een ander juist informatie zal vermijden in een poging de onzekerheid te vermijden. Het praten met cliënten over de onduidelijkheid die rondom de effecten van een behandeling bestaan, kan verwarring bij cliënten opleveren, als zij niet over de vaardigheden beschikken om de beschikbare informatie in het juiste daglicht te plaatsen. Daarom is het belangrijk dat hulpverleners duidelijke informatie bieden, zodat zij samen met cliënten een weloverwogen keuze kunnen maken welke hulp de meeste kans op effect heeft en het beste aansluit bij de wensen van de cliënt (Politi et al., 2007).

3.5 Discussie

Evidence based indiceren betekent dat hulpverleners in hun besluitvorming relevante kennis uit wetenschappelijke bronnen, praktijkervaring en de ervaring van cliënten meenemen. In dit hoofdstuk is vooral aandacht besteed aan relevante kennis uit wetenschappelijke bronnen. Ook de manier waarop deze kennis in de dagelijkse praktijk kan worden toegepast is aan bod gekomen. Het volgende hoofdstuk gaat in op de manier waarop cliënten expliciet betrokken kunnen worden in de besluitvorming, zodat rekening gehouden wordt met hun ervaringen en wensen: indiceren in dialoog.

Voor evidence based indiceren hebben hulpverleners een theoretisch kader nodig om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een probleem waar behandeling voor nodig is. De belangrijkste theorieën voor de jeugdzorg zijn: het kader van opvoedings- en ontwikkelingsopgaven, het transactionele kader en de systeemtheorie. Het genoemde overzicht pretendeert niet volledig te zijn, maar geeft een indruk van belangrijke theorieën op het terrein van jeugd en opvoeding. Een gedeeld theoretisch kader kan bijdragen aan uniformiteit in de besluitvorming. De Kwaadsteniet (2009) toont aan dat verschillen in de besluitvorming te maken hebben met verschillende theoretische kaders van hulpverleners. Richtlijnen voor de diagnostiek van specifieke stoornissen wijzen op aandachtspunten voor de vaststelling van stoornissen. Zo kunnen richtlijnen aanwijzingen geven waar overlap met andere stoornissen bestaat en hoe verschillende stoornissen met deels overeenkomende symptomen van elkaar te onderscheiden zijn. Bij het gebruik van dergelijke richtlijnen zijn enkele aandachtspunten van belang. Zo vormt de psychometrische kwaliteit van instrumenten, waaronder de betrouwbaarheid, validiteit en normering vallen, vaak een probleem. De vraag is aan welke standaard de kwaliteit zou moeten voldoen om voor hulpverleners in de praktijk nuttig en bruikbaar te zijn. Een ander probleem bij het ontwikkelen van richtlijnen voor

diagnostiek is hoe om te gaan met comorbiditeit. Comorbiditeit is het gelijktijdig vóórkomen van meerdere stoornissen. Steeds meer onderzoeksresultaten duiden erop dat comorbiditeit (deels) het gevolg is van de aanwezigheid van een onderliggend psychisch proces die ervoor zorgen dat een cliënt een range aan symptomen van uiteenlopende problemen en stoornissen laat zien. De uiteenlopende problemen bij een cliënt zijn (mogelijk) allemaal het gevolg van dat ene psychische proces. Dit stelt hulpverleners voor de vraag of het nodig is om de problemen en stoornissen vast te stellen of dat het nuttiger is om het psychische proces dat ten grondslag ligt aan die problemen, te onderzoeken. Daarnaast is er nog weinig bekend over de invloed van factoren als leeftijd, geslacht en etniciteit op het diagnostische proces en de gebruikte meetinstrumenten.

Het valt op dat de literatuur geen verband legt tussen enerzijds algemene theorieën rondom opvoeding en ontwikkeling en anderzijds richtlijnen voor diagnostiek. Het is blijkbaar aan de hulpverleners zelf om beide bronnen van kennis met elkaar te verbinden en in de diagnostiek rekening te houden met leeftijd- en ontwikkelingsgerelateerde normen voor gedrag.

Kennis over ‘wat werkt’ is van belang om datgene te indiceren wat daadwerkelijk effectief is. Beslissingen die gebaseerd zijn op kennis over ‘wat werkt’ zijn beter te verantwoorden naar cliënten, collega’s en financiers. De kans dat een individuele cliënt verkeerd behandeld wordt, wordt daardoor kleiner (Weisz et al., 2006; Weisz et al., 2012). Hulpverleners hebben een gedegen algemene kennis nodig over wat werkt bij uiteenlopende, veelvoorkomende problemen. Die kennis moeten ze kunnen toepassen in de indicatiestelling bij de individuele cliënt. Dat betekent dat ze waar nodig ook beredeneerd moeten kunnen afwijken van algemene kennis over ‘wat werkt’ wanneer de situatie van de cliënt daarom vraagt. Dit vraagt van hulpverleners dat zij kennis over ‘wat werkt’ flexibel kunnen toepassen, maar dat zij hierbij wel systematisch te werk gaan.

Waar wetenschappelijke kennis over ‘wat werkt’ ontbreekt, lijkt het vooral van belang om praktijkervaring van hulpverleners te expliciteren. Dat betekent dat hulpverleners op basis van hun theoretische kader een weloverwogen beslissing nemen over wat de beste aanpak is bij de problemen van een individuele cliënt. Door de vaak impliciete praktijkkennis van hulpverleners te systematiseren en inzichtelijk te maken, onder andere door behandelresultaten en ingezette technieken te monitoren neemt de kennis over ‘wat werkt’ toe.

De praktijk van de jeugdzorg is nog lang niet zover dat hulpverleners evidence based indiceren. Hulpverleners zijn nauwelijks opgeleid met kennis over ‘wat werkt’. Zeker de belangrijkste uitvoerders van de huidige indicatiestelling, veelal hbo-geschoolde maatschappelijk werkers, hebben weinig up-to-date kennis over ‘wat werkt’. Er bestaan nog maar weinig richtlijnen die een duidelijke aanwijzing geven welke hulp geïndiceerd moet worden voor welk probleem. Overzichten over ‘wat werkt’, zoals het Nederlands Jeugdinstituut die biedt, worden direct in contact met cliënten nauwelijks gebruikt.

Als het gaat om de toepassing van kennis over ‘wat werkt’ valt er veel te leren van de medische wereld. Wat opvalt is dat artsen vanaf het begin van hun opleiding getraind worden in algemene kennis over ‘wat werkt’ en dat zij middels stages leren om die kennis in te zetten bij individuele cliënten. Daarnaast hebben artsen de beschikking over richtlijnen, die een up-to-date overzicht bieden van ‘wat werkt’ waar zij op terug kunnen vallen. Steeds vaker zijn dergelijke richtlijnen verwerkt in beslissingsondersteunende systemen, waarmee een automatische koppeling tussen de diagnose en de behandeling gemaakt wordt. Beslissingsondersteunende systemen, zoals die voor

artsen zijn ontwikkeld, zijn er in de jeugdzorg niet. PracticeWise heeft voor Amerikaanse hulpverleners een database met effectieve interventies ontwikkeld dat hulpverleners ondersteuning biedt om effectieve interventies flexibel toe te passen en de resultaten daarvan te monitoren. Dit kan als inspiratie voor de Nederlandse jeugdzorg dienen. Uit onderzoek blijkt dat beslissingsondersteunende systemen voor betere beslissingen kunnen zorgen mits ze direct op de werkplek beschikbaar zijn, advies ten aanzien van de behandeling automatisch wordt aangeboden na het invoeren van een diagnose en hulpverleners alleen beredeneerd van een behandeladvies kunnen afwijken (Garg et al., 2005; Kawamoto et al., 2005; Mollon et al., 2009).

Een andere manier om het gebruik van kennis over ‘wat werkt’ in de jeugdzorg te versterken is door een goede samenwerking tussen indicatiestellers en behandelaars. Omdat persoonlijke en professionele ervaring een belangrijke invloed heeft op de besluitvorming, kan het de indicatiestelling verbeteren als indicatiestellers beter op de hoogte zijn van welke effectieve behandelingen behandelaars aanbieden. Een belangrijke voorwaarde hierbij is wel dat behandelaars een helder omschreven behandel aanbod hebben, waarvan duidelijk is voor wie het werkt en wat de effecten zijn.

Concluderend kan gesteld worden dat de jeugdzorg een duidelijk theoretische kader voor het beoordelen van de aard en ernst van de problematiek en richtlijnen waarin kennis over ‘wat werkt’ verwerkt is, nodig heeft. De overzichten van het Nederlands Jeugdinstituut (zie www.nji.nl/watwerkt) bieden hiervoor een belangrijke bron van kennis. Voor de verspreiding van deze kennis en daadwerkelijke implementatie in de indicatiestelling is het belangrijk om een combinatie van implementatiestrategieën in te zetten. De kennis over ‘wat werkt’ en het belang van het gebruik in de indicatiestelling moeten actief verspreid worden, zodat hulpverleners zich bewust worden van hun gebrek aan kennis en de gevolgen die dit heeft voor de hulpverlening aan ouders en kinderen. Vervolgens hebben hulpverleners training nodig om deze kennis te gebruiken in de indicatiestelling. Bij voorkeur is deze kennis in de vorm van een naslagwerk of beslissingsondersteunend computersysteem ook gemakkelijk beschikbaar wanneer hulpverleners met ouders en kinderen bespreken welke hulp het beste ingezet kan worden. Daarbij is het belangrijk dat dit hulpmiddel gemakkelijk up-to-date is te houden, zodat hulpverleners niet werken met verouderde kennis. Het heeft veel voordelen als de algemene kennis over ‘wat werkt’ in een dergelijk hulpmiddel gekoppeld is aan specifiek aanbod dat in de regio beschikbaar is.

4 Thema 3: Indiceren in dialoog

Recent is er steeds meer aandacht voor manieren om ouders en jeugdigen beter te betrekken in het proces van indicatiestelling. Dit past goed in de toenemende eis aan hulpverleners om evidence based te werken. Volgens Sackett en collega's (2000) houdt evidence based werken onder meer in dat de ervaring van de cliënt in de besluitvorming meegenomen is. Indicatiestelling in dialoog betekent dan ook dat cliënt en hulpverlener met elkaar in gesprek gaan over wat de mogelijkheden zijn om de problemen van de cliënt aan te pakken, zodat zij tot overeenstemming komen over wat de beste hulp is. Als het over cliënten gaat, gaat het in de jeugdzorg niet alleen om de ouders, maar ook om kinderen en jongeren.

Er zijn verschillende redenen waarom het belangrijk is om de indicatiestelling in dialoog uit te voeren. De uitkomsten van een behandeling zijn beter als cliënten bij de besluitvorming betrokken zijn en de behandeling van hun voorkeur krijgen (Swift & Callahan, 2009). Uit een meta-analyse van Swift en Callahan (2009) blijkt dat cliënten die de behandeling van hun voorkeur ontvangen, een kans van 58% hebben om betere resultaten te behalen dan cliënten die geen inspraak hadden in de keuze van de behandeling en niet de behandeling van hun voorkeur kregen. Cliënten die niet de behandeling van hun voorkeur krijgen, lopen een groter risico om voortijdig de behandeling te beëindigen.

Uit een meta-analyse van Poston en Hanson (2010) blijkt dat het effect heeft op het behandelproces en behandelresultaten als hulpverleners de uitkomsten van diagnostisch onderzoek goed terugkoppelen aan hun cliënten en hulpverlener en cliënt het er met elkaar over eens zijn wat de problemen zijn.

De werkrelatie van de hulpverlener en de cliënt heeft invloed op de uitkomsten van de behandeling. Cliënten zijn vaak ontevreden over de behandeling of stoppen zelfs voortijdig door een gebrek aan motivatie, een slechte relatie met de hulpverlener of doordat zij het niet met de hulpverlener eens zijn over wat de problemen zijn en hoe die opgelost moeten worden. Tegelijkertijd blijken cliënten die betrokken zijn en zich actief inzetten tijdens de behandeling betere uitkomsten te hebben (Van Yperen et al., 2003; Van Yperen & Veerman, 2008). Een werkrelatie ontstaat niet pas op het moment dat de daadwerkelijke hulp start, maar al vanaf het eerste moment dat een gezin met de jeugdzorg in aanraking komt, namelijk tijdens het proces van diagnostiek en indicatiestelling. Als een gezin zich voor hulpverlening aanmeldt vanwege problemen van een kind, is zowel de werkrelatie met de ouders als met het kind essentieel. De werkrelatie met de ouders lijkt vooral invloed te hebben op de mate waarin een kind naar de behandeling komt (het aantal bezochte sessies, voortijdig afhaken e.d.). De werkrelatie met het kind beïnvloedt in hoeverre een kind actief meedoet tijdens de behandeling, de nieuwe vaardigheden aanleert en de vaardigheden toepast buiten de behandeling. Uiteindelijk heeft de werkrelatie dus impact op de mate waarin problemen verminderen (Hawley & Weisz, 2005).

Al met al betekent dit dus dat hulpverleners al tijdens de indicatiestelling – of wellicht juist tijdens de indicatiestelling – ouders en jeugdigen actief moeten betrekken bij de besluitvorming. Elke partij – ouders, jeugdigen en hulpverleners – heeft daarbij een eigen unieke inbreng in de samenwerking. Daarom is het zo belangrijk dat cliënten actieve deelnemers zijn in het proces. Maar indicatiestelling

in dialoog of ‘shared decision making’ blijkt nog geen gemeengoed. Hulpverleners voeren de besluitvorming vrijwel nooit in overleg met hun cliënten uit. Uit onderzoek onder artsen blijkt dat zij hun patiënten nauwelijks betrekken in het besluitvormingsproces (Hamann, Leucht, & Kissling, 2003). Kinderen blijken nauwelijks betrokken te zijn bij het besluitvormingsproces in ziekenhuizen als zij een ernstige ziekte hebben, zelfs niet als zij hebben laten weten dat zij dat graag willen (Coyne, 2008). In hoeverre hulpverleners en ouders in de jeugdzorg samen tot een beslissing komen, is niet duidelijk. De indruk bestaat dat hulpverleners zelf bepalen wat het meest geschikte hulpaanbod is en dit vervolgens aan ouders ter goedkeuring voorleggen. Er lijkt alleen discussie te ontstaan wanneer ouders een duidelijk andere mening dan de hulpverlener hebben over de hulp die zij willen. Hulpverleners blijken ook niet vanzelfsprekend de vaardigheden en technieken in huis te hebben om cliënten – ouders en kinderen – te betrekken in de besluitvorming (Hamann et al., 2003). Zeker als het om de participatie van kinderen in het besluitvormingsproces gaat, blijken er veel onzekerheid en tegenstrijdige meningen bij hulpverleners te zijn (Coyne, 2008). Het hangt van de houding en vaardigheden van ouders en hulpverleners af of kinderen de kans krijgen hun stem te laten horen in een besluitvormingsproces waarin belangrijke beslissingen over hun leven worden genomen (Coyne, 2008). Kortom, hulpverleners in de jeugdzorg hebben effectieve middelen nodig om hun cliënten bij het besluitvormingsproces te betrekken en hen te motiveren voor een effectief hulpaanbod.

Een belangrijk aandachtspunt in de dialoog met ouders en jeugdigen is de machtsverdeling. Door hun kennis en ervaring hebben hulpverleners een voorsprong op hun cliënten in de mate waarin zij het besluitvormingsproces kunnen beïnvloeden. Hierdoor kan het gemakkelijk gebeuren dat zij een beslissing voor de ouders en het kind nemen zonder hen de ruimte voor hun ideeën te bieden. De kans dat hulp op de lange termijn slaagt is groter als ouders en kinderen actief betrokken zijn bij de besluitvorming. Willumsen en Skivenes (2005) stelden vier criteria op voor de beoordeling van een goede samenwerking tussen hulpverleners enerzijds en ouders en kinderen anderzijds:

1. alle partijen waarop de beslissing invloed heeft, moeten betrokken zijn;
2. de ontmoeting moet zodanig zijn vormgegeven dat zorgvuldige afwegingen gemaakt kunnen worden;
3. de onbalans in macht tussen de partijen moet verminderd worden: informatie moet voor iedereen beschikbaar zijn en aangeboden informatie moet begrijpelijk zijn voor alle deelnemers en iedereen moet de kans hebben zijn mening te verhelderen (eventueel met ondersteuning);
4. het moet mogelijk zijn om te controleren of de beslissingen gegrond zijn op relevante argumenten en acceptabele waarden en normen.

Dat roept een aantal vragen op. Wat is er bekend over hoe hulpverleners ouders en kinderen effectief kunnen betrekken in het proces van indicatiestelling? Welke technieken en hulpmiddelen kunnen zij daarbij inzetten? Een goed kader voor wat indicatiestelling in dialoog inhoudt, is er nog niet. Dit hoofdstuk poogt een bijdrage te leveren aan de vormgeving daarvan.

In paragraaf 1 komt aan bod wat indicatiestelling in dialoog inhoudt. Vervolgens wordt nader ingegaan op specifieke aandachtspunten voor het betrekken van ouders en jeugdigen in het besluitvormingsproces. In paragraaf 3 staat een aantal methoden centraal waarmee hulpverleners ouders en jeugdigen in het besluitvormingsproces kunnen betrekken, gevolgd door een paragraaf over wat er bekend is over de effectiviteit van deze werkwijzen. Paragraaf 5 gaat in op



overeenkomsten en verschillen tussen de methoden, zodat inzicht ontstaat in de mogelijkheden om de verschillende methoden te combineren. Vervolgens gaat paragraaf 6 in op specifieke aandachtspunten in de samenwerking wanneer de veiligheid van het kind in het gezin een probleem vormt. Tot slot volgen de conclusies en discussie, waarin aandacht is voor mogelijke aandachtspunten met betrekking tot indicatiestelling in dialoog voor de Nederlandse jeugdzorg.

4.1 Wat is indicatiestelling in dialoog met de cliënt?

Indicatiestelling in dialoog met de cliënt houdt in dat de cliënt en de hulpverlener tot overeenstemming komen over wat de vraag van de cliënt is (vraagverheldering), de probleemanalyse (diagnostiek), wat de doelen van de hulp moeten zijn en hoe deze doelen bereikt kunnen worden. Indicatiestelling in dialoog is een gezamenlijk proces, waarin ouders, kinderen én hulpverlener een even belangrijk aandeel hebben.

In de internationale literatuur wordt indicatiestelling in dialoog ook wel *shared decision making* genoemd. Kenmerkend hiervoor is dat:

1. tenminste twee gesprekspartners (cliënt en hulpverlener) betrokken zijn;
2. beide gesprekspartners stappen nemen in het delen van een behandelbeslissing;
3. de gesprekspartners informatie over verschillende behandelmogelijkheden delen
4. ten einde overeenstemming te bereiken over de gewenste behandelmogelijkheden.

Hierbij is het van belang dat cliënten de informatie tot hun beschikking krijgen om een oordeel te kunnen vormen over de voor- en nadelen van verschillende behandelvormen. Dus de hulpverlener dient in staat te zijn om alle informatie over de problematiek en behandelmogelijkheden voor de cliënt begrijpelijk over te brengen. Bij *shared decision making* kan de hulpverlener ook aanbevelingen doen over wat de beste optie is. De cliënt vormt een eigen oordeel over de mogelijkheden op basis van de beschikbare informatie. Gezamenlijk komen zij tot een besluit (Hamann et al., 2003; Joosten et al., 2008).

De veronderstelling is dat indicatiestelling in dialoog vraaggericht, motiverend, oplossingsgericht en activerend is. Een vraaggericht werkwijze betekent dat de hulpverlener nagaat wat ouders of kinderen als probleem ervaren en dat hij probeert de hulp daar zo goed mogelijk op aan te laten sluiten. Een oplossingsgerichte indicatiestelling is gericht op het versterken van de positieve krachten in het gezin en in het sociale netwerk van het gezin. Een motiverende werkwijze wil zeggen dat in het proces van indicatiestelling expliciet aandacht is voor de motivatie van de cliënt en dat de manier waarop de hulpverlener in de indicatiestelling werkt, de motivatie van de cliënt om te veranderen vergroot. Een activerende indicatiestelling betekent dat voorop staat wat ouders zelf kunnen doen om een opvoedingssituatie te realiseren waarin een kind zich (weer) veilig kan ontwikkelen.

4.2 Dialoog met ouders en jeugdigen

Ouders en jeugdigen hebben verschillende mogelijkheden om te participeren in besluitvormingsprocessen met hulpverleners. Er is echter nog niet veel bekend over de verschillende rollen die kinderen, ouders en hulpverleners in een gezamenlijk besluitvormingsproces hebben (Coyne, 2008). Hieronder is een beknopt overzicht opgenomen van wat er bekend is over de manier

waarop hulpverleners ouders en kinderen het beste kunnen betrekken, zodat zij daadwerkelijk invloed hebben op de besluitvorming.

4.2.1 De participatieladder³

Er kan op verschillende manieren naar participatie van ouders en kinderen gekeken worden. De mate waarin ouders en kinderen invloed hebben op de besluitvorming heeft te maken met de houding van de hulpverlener. De participatieladder maakt inzichtelijk op welk niveau ouders en kinderen invloed hebben op de besluitvorming. Er zijn verschillende participatieladders in omloop. Een veel gebruikt model is het onderstaande dat bestaat uit vier niveaus van participatie:

1. Informeren: de hulpverlener informeert ouders en kinderen wat zijn beslissing is.
2. Raadplegen: de hulpverlener praat met ouders en kinderen als informatiebron, maar houdt er geen of weinig rekening mee in de besluitvorming.
3. Adviseren: de hulpverlener vraagt ouders en kinderen welke hulp zij menen dat nodig is, maar neemt vervolgens zelf een beslissing over welke hulp daadwerkelijk ingezet wordt.
4. Coproduceren: de hulpverlener vraagt ouders en kinderen welke hulp zij menen dat nodig is en kan alleen beargumenteerd afwijken van hun inbreng.
5. Meebeslissen: ouders en kinderen bepalen welke hulp zij nodig hebben en de hulpverlener stemt in met hun besluitvorming.

Met indicatiestelling in dialoog wordt bedoeld dat ouders en kinderen daadwerkelijk meebeslissen. Het uitgangspunt voor indicatiestelling in dialoog is dat ouders en kinderen de regie over hun eigen leven hebben. Waar nodig kunnen zij hulpverleners inschakelen bij het aanpakken van hun problemen. Er kunnen echter redenen zijn dat ouders en kinderen geen volledige inspraak hebben, zoals ook verderop in dit hoofdstuk duidelijk wordt. Wanneer ouders en kinderen geen inspraak hebben, moeten er zwaarwegende argumenten zijn om geen rekening te houden met hun mening en de hulpverlener moet in staat zijn hen hierover duidelijk te informeren. Wanneer de veiligheid van het kind in het gezin gevaar loopt, kan zo'n reden zijn dat de beslissing van de hulpverlener doorslaggevend is.

4.2.2 Participatie van ouders

Er zijn verschillende factoren van invloed op de mate waarin volwassenen in het algemeen betrokken zijn bij de besluitvorming. Daarbij valt te denken aan de overtuigingen van de hulpverlener en hun ontvankelijkheid voor de mening en keuzes van hun cliënten. Hulpverleners zijn meer geneigd cliënten te betrekken in de besluitvorming als zij ervan overtuigd zijn dat dit positieve impact heeft op de uitkomsten van de behandeling (Edwards, Davies, & Edwards, 2009; Leare, Ratte, Gravel, & Graham, 2008).

Een belangrijke voorwaarde voor participatie van volwassenen in het algemeen en ouders die hulp zoeken voor hun kind in het bijzonder is de vaardigheid van hulpverleners om hen in de besluitvorming te betrekken. Voor gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) is het vooral van belang dat hulpverleners in staat zijn om relevante informatie op zo'n manier met hun cliënten te delen dat cliënten zich een evenwichtig oordeel kunnen vormen over wat de beste

³ Informatie over de participatieladder is gedownload van de website www.movisie.nl en vervolgens aangepast voor toepassing in de indicatiestelling.

behandelmogelijkheid is (Edwards et al., 2009; Hamann et al., 2003; Hamilton, 2004; Joosten et al., 2008). Over hoe dit proces eruit ziet, is nog weinig bekend (Joosten et al., 2008).

Hamilton (2004) meent dat het voor de opbouw van een samenwerkingsrelatie van belang is dat hulpverleners diagnostische dilemma's en beslissingen over de behandeling met ouders en kinderen bespreken. De taak van de hulpverlener ligt vooral in het wijzen op de relevante informatie, die de cliënt nodig heeft voor de beslissing. Hij dient dit op een eenvoudig te begrijpen manier te doen, waarbij hij gebruik maakt van alledaags taalgebruik.

Een zorgvuldige maar begrijpelijke discussie over relevante informatie kan de samenwerking op verschillende manieren versterken. In de eerste plaats helpt het om toetsbaar en transparant te werken. Essentiële vaardigheden voor de hulpverlener zijn dat hij snel relevante vakkennis kan vinden en dat hij die kennis kan vertalen in alledaagse bewoordingen. Het versterkt de samenwerking als de hulpverlener op een transparante manier de keuzes over de mogelijk in te zetten behandeling met ouders en kinderen bespreekt. Het vergroot de kans dat zij overeenstemming bereiken en voorkomt weerstand bij cliënten. Door met elkaar in gesprek te gaan krijgen ouders en kinderen inzicht in de beweegredenen van de hulpverlener om een bepaalde hulpvorm te adviseren. Als een hulpverlener duidelijk zijn standpunt kan uitleggen, kunnen ze gezamenlijk tot een oordeel komen over wat het probleem is en welke hulp het beste werkt (Hamilton, 2004).

Ten tweede heeft een dergelijke manier van communiceren invloed op de machtsverhouding tussen hulpverleners en cliënten. Wanneer hulpverleners in staat zijn om op een begrijpelijke manier inzicht te geven in de voor- en nadelen van behandelmethoden, wordt de onbalans in de machtsverhouding kleiner – volgens Willumsen en Skivenes (2005) een belangrijke voorwaarde voor gelijkwaardige samenwerking en participatie van ouders in het besluitvormingsproces.

Ten derde helpt een hulpverlener ouders en kinderen om realistische verwachtingen van de behandeling te hebben, als hij zijn inzichten over de mogelijke effecten van de behandeling deelt (Hamilton, 2004).

Tot slot meent Coyne (2008) dat ouders mogelijk meer geneigd zijn om hun kind te ondersteunen in het besluitvormingsproces als zijzelf het gevoel hebben op gelijkwaardig niveau met hulpverleners in gesprek te kunnen gaan. Ouders blijken zelf ook vaak moeite te hebben om de informatie van hulpverleners te begrijpen en actief aan het besluitvormingsproces deel te nemen (zie Gore et al. 2005 in Coyne, 2008), waardoor zij niet in staat zijn om hun kind te ondersteunen. Daarom is het heel belangrijk dat hulpverleners op een heldere manier met ouders communiceren over de behandelmogelijkheden.

4.2.3 Participatie van kinderen en jongeren

Bijzondere aandacht vraagt de deelname van kinderen en jongeren aan het indicatieproces. Vaak zijn ze nauwelijks betrokken bij besluitvorming die invloed heeft op hun leven. Zelfs als kinderen de wens te kennen geven dat ze erbij betrokken willen zijn, worden zij nauwelijks hierin ondersteund (Coyne, 2008). Participatie betekent volgens Cashmore (2002) niet dat kinderen en jongeren het recht hebben om zelf een beslissing te nemen of de uitkomst te bepalen. Participatie van kinderen betekent dat hulpverleners op zijn minst naar kinderen en jongeren luisteren en hun kijk op de zaak serieus nemen bij beslissingen die gevolgen hebben voor het leven van kinderen. De mogelijkheid tot participatie hangt samen met de leeftijd en ontwikkeling van kinderen. Naarmate zij ouder worden

en hun inzicht groter is, moeten zij meer in staat gesteld worden om hun stem te laten horen in de besluitvorming.

Er is nog maar weinig bekend over de participatie van kinderen in besluitvorming. Zeker in de jeugdzorg is er nog nauwelijks onderzoek naar gedaan. De beschikbare informatie is vooral afkomstig uit de gezondheidszorg (zie Coyne, 2008).

Kinderen hebben vaak de indruk dat ze maar in beperkte mate kunnen deelnemen aan het besluitvormingsproces. Ze raken ondergesneeuwd in besprekingen met veel volwassenen, doordat ze minder mondig zijn. Ze hebben minder kennis en vaardigheden en doorzien daardoor minder gemakkelijk de argumentatie van andere partijen (Cashmore, 2002; Coyne, 2008).

De belangrijkste factoren die de participatie van kinderen in de weg staan, zijn de communicatiestijl en het gedrag van hulpverleners (Coyne, 2008). Artsen – en wellicht andere hulpverleners ook – blijken vaak aan te nemen dat kinderen nog niet in staat zijn om belangrijke beslissingen te nemen, waardoor zij ook nauwelijks met het kind op een leeftijdsadequaat niveau praten. Coyne (2008) meent ook dat de participatie van kinderen andere communicatievaardigheden van hulpverleners vraagt dan de communicatie met ouders, waardoor hulpverleners het moeilijk vinden om goed op beide partijen af te stemmen.

Ook ouders hebben een belangrijke invloed op de mate waarin kinderen betrokken zijn in het besluitvormingsproces. Verschillende onderzoeken laten zien dat ouders een faciliterende of hinderende rol kunnen hebben in de participatie van kinderen (zie voor een overzicht Coyne, 2008). Ouders blijken bijvoorbeeld informatie voor hun kind achter te houden, zodat zij niet de mogelijkheid hebben om een oordeel te vormen over de situatie en hun ideeën voor een geschikte oplossing naar voren te brengen. Er kunnen allerlei redenen zijn dat ouders hun kind belemmeren in de participatie, zoals de overtuigingen van ouders over participatie van hun kind in het besluitvormingsproces en de emotionele betrokkenheid van ouders, waardoor zij minder goed in staat zijn om hun kind te ondersteunen in een stressvolle situatie.

Hoewel er duidelijke aarzelingen zijn bij zowel ouders als hulpverleners om kinderen in het besluitvormingsproces te betrekken, is de participatie van kinderen en jongeren essentieel. Het is belangrijk voor de ontwikkeling van hun zelfwaardering en relationele vaardigheden. Het geeft hun het gevoel dat zij actief invloed op hun leven hebben in plaats van machteloze slachtoffers zijn van de grillen van volwassenen. Het is essentieel voor jongeren dat ze ervaren dat zij gerespecteerd en gewaardeerd worden. Dit geeft hen een gevoel van veiligheid en erbij horen, wat hun vermogen om te vertrouwen doet toenemen. Het versterkt ook hun zelfwaardering en zelfvertrouwen (Cashmore, 2002).

Een tweede reden is dat de participatie van kinderen in de besluitvorming van belang is voor hun socialisatie. Wanneer zij betrokken zijn bij het besluitvormingsproces, indien nodig met ondersteuning, worden zij voorbereid op een toekomst waarin zij zelfstandig beslissingen moeten nemen. Door betrokken te zijn bij de besluitvorming van volwassenen leren kinderen hoe ze beslissingen moeten nemen. Ze zien hoe anderen beslissingen nemen en krijgen de mogelijkheid om er zelf mee te oefenen (Cashmore, 2002).

Ten derde blijkt uit onderzoek van Lindsay (1995 in Cashmore, 2002) in de residentiële en pleegzorg dat als kinderen invloed hebben op de beslissing waar zij geplaatst worden, de plaatsingen stabielere lijken te zijn. Als kinderen inspraak krijgen, sluit de geboden hulp vermoedelijk beter aan bij de



problemen en accepteert het kind de hulp gemakkelijker. Het gevolg hiervan is dat zij actiever meedoen tijdens de behandeling waardoor zij bijvoorbeeld vaardigheden beter aanleren.

Er is een aantal zaken nodig om kinderen effectief te laten deelnemen aan een besluitvormingsproces. In de eerste plaats dat kinderen en jongeren de mogelijkheid tot participatie hebben en kunnen kiezen hoe zij daarbij betrokken zijn (Cashmore, 2002). Shier (2001) stelt dat kinderen op vijf niveaus kunnen participeren:

1. er wordt naar kinderen geluisterd, maar er is nog niets georganiseerd om kinderen tot participatie te stimuleren;
2. kinderen worden ondersteund in het geven van hun mening (hulpverleners zijn getraind in de ondersteuning van participatie van kinderen en beschikken over de benodigde communicatievaardigheden om leeftijdsadequaat kinderen te betrekken);
3. in de overwegingen wordt rekening gehouden met de mening van kinderen (de mening van kinderen heeft impact op de genomen beslissing);
4. kinderen zijn betrokken bij het besluitvormingsproces (actieve participatie in plaats van consultatie), maar hebben nog geen feitelijke macht over de genomen beslissing;
5. kinderen delen in de macht en verantwoordelijkheid voor besluitvorming (dit vraagt een expliciete commitment van de kant van de volwassenen om hun macht te delen).

Ten tweede moeten kinderen toegang tot relevante informatie hebben (Cashmore, 2002). Om betrokken te zijn in de besluitvorming moeten zij over relevante informatie beschikken waarmee zij weloverwogen een beslissing kunnen nemen. De informatie moet op een leeftijdsadequate manier gepresenteerd worden, zodat de hulpverlener zeker weet dat kinderen het begrepen hebben. In de meeste gevallen hebben kinderen een vertrouwenspersoon of mentor nodig die hen ondersteunt bij het voorbereiden van een bijeenkomst en gedurende de bijeenkomst zelf (Cashmore, 2002).

Daarnaast moet een aantal randvoorwaarden geregeld zijn. Het heeft veel voordelen als er is beleid en wetgeving die vereist dat kinderen geraadpleegd en geïnformeerd worden. Kinderen moeten de mogelijkheid hebben om een klacht in te dienen als zij onvoldoende bij de besluitvorming betrokken zijn (Cashmore, 2002).

Willumsen en Skivenes (2005) voegen hieraan toe dat er een zekere balans moet zijn in de machtsverdeling tussen de partijen. Onbalans kan gemakkelijk veroorzaakt worden door een gebrek aan kennis of beperkte capaciteiten om de eigen mening weer te geven. Kinderen zijn ten opzichte van volwassenen vanzelfsprekend minder vaardig in het geven van hun mening. Het gesprek van volwassenen gaat vaak over hun hoofd heen, omdat het taalgebruik te moeilijk is of omdat ze niet voldoende informatie hebben gekregen. Dit betekent dat het vrijwel altijd nodig is om kinderen ondersteuning te geven tijdens bijeenkomsten waarin beslissingen over noodzakelijke hulp worden genomen. Hulpverleners dienen daarvoor in staat te zijn om relevante informatie op een leeftijdsadequate manier aan te bieden.

Daarnaast hebben hulpverleners vaardigheden in het leiden van besluitvormingsprocessen met ouders en kinderen en gespreksvaardigheden met kinderen nodig. Zij moeten het proces neutraal kunnen faciliteren en conflicten goed weten te hanteren. Zij moeten technieken om de mening van kinderen te bevragen goed in de vingers hebben. Buiten dergelijke bijeenkomsten om moeten

hulpverleners in staat zijn om kinderen te coachen in hoe zij het beste hun mening kunnen geven tijdens een vergadering (Walker & Schutte, 2005).

4.3 Methoden voor gezamenlijke besluitvorming

Er zijn allerlei methoden bekend waarmee hulpverleners de motivatie van cliënten kunnen stimuleren en hen kunnen betrekken bij besluitvorming. De veronderstelling is dat dergelijke werkwijzen ook een hulpmiddel kunnen zijn in de dialoog over welke hulp in een gezin het meest gewenst is. Het vermoeden bestaat dat voor een indicatiestelling in dialoog de werkwijze vraaggericht, motiverend, activerend en oplossingsgericht moet zijn. Hieronder zijn de belangrijkste kenmerken van het vraaggericht werken, motiverende gespreksvoering, activerend en oplossingsgericht werken beschreven. Daarbij is een aantal specifieke werkwijzen als voorbeeld toegevoegd.

4.3.1 Vraaggericht werken

Vraaggericht werken in de indicatiestelling betekent voor de hulpverlener dat hij nagaat wat ouders of kinderen als probleem ervaren en dat hij vervolgens probeert de hulp daar zo goed mogelijk op aan te laten sluiten. Kenmerk van een vraaggerichte indicatiestelling is dat de hulpverlener een groot belang hecht aan de verantwoordelijkheid van de cliënt in de probleembeschrijving en besluitvorming. Vraaggericht werken wordt bepaald door twee elementen:

1. de basishouding van de hulpverlener, die gekenmerkt wordt door respect, bescheidenheid en oprechtheid in het gesprek met de cliënt en door het gebruiken van methoden en instrumenten die aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt.
2. een vraaggerichte hulpverleningsorganisatie, waarin hulpverleners ruimte en flexibiliteit krijgen om in te gaan op de vraag van de cliënt.

Bij vraaggericht werken stelt de hulpverlener zich op als procesbegeleider en adviseur van de cliënt en neemt de cliënt de beslissingen. De hulpverlener brengt in dit proces zijn professionele kennis en ervaring in en de cliënt zijn ervaringskennis. Zij onderzoeken en beslissen gezamenlijk welke doelen de cliënt wil bereiken en op welke manier dat het beste gedaan kan worden.

Het vraagt van de organisatie dat het hulpverleningsaanbod flexibel en op maat in te zetten is. Hulpverleners moeten de mogelijkheid krijgen om hulp op maat te bieden. Leidinggevenden coachen de hulpverleners op de werkvloer en leggen de verantwoordelijkheid sterk bij hen neer (Van Yperen et al., 2003).

4.3.2 Oplossingsgericht werk en⁴

Een oplossingsgerichte indicatiestelling is gericht op het versterken van de positieve krachten in het gezin en in het sociale netwerk van het gezin. Uitgangspunt van een oplossingsgerichte benadering is de situatie zoals de cliënt zich die wenst. De hulpverlener en de cliënt zoeken samen naar oplossingen die de cliënt al in huis heeft en die haalbaar zijn. Oplossingsgerichte therapie is ontwikkeld door Steve de Shazer en Insoo Kim Berg in de jaren '70 en '80, voortgaand op het werk van Milton Erikson en anderen.

⁴ Een uitgebreide beschrijving van wat oplossingsgerichte therapie is en de effecten, is te vinden op www.nji.nl/watwerkt.

De bekendste techniek die hoort bij het oplossingsgericht werken, is de wondervraag: “Stel dat er vannacht een wonder gebeurt, terwijl u slaapt. Zonder dat u het weet zijn uw problemen opgelost. Waaraan zou u dat in de ochtend merken? Wat zou er anders zijn? Het doel ervan is dat de cliënt zich voorstelt hoe de situatie eruit ziet als het probleem opgelost is, zodat hij hoop voor de toekomst krijgt en aanknopingspunten voor mogelijke veranderingen in zijn eigen benaderingswijze van het probleem.

Een andere techniek die past bij het oplossingsgericht werken, is het stellen van schaalvragen. Dit helpt de cliënt om inzicht te krijgen in de ernst van de problemen en de vooruitgang in de behandeling. Op een schaal van een tot tien geeft de cliënt bijvoorbeeld zijn gevoel over de voortgang van de behandeling aan. Een één betekent dat de cliënt geen enkele verbetering ziet; een tien dat hij zonder behandeling verder kan.

Ook onderzoeken de hulpverlener en de cliënt samen welke uitzonderingen er zijn op het probleem. Dit biedt aanknopingspunten voor de oplossing, doordat het verheldert welke vaardigheden en hulpbronnen de cliënt al in huis heeft.

Een specifieke toepassing van het oplossingsgericht werken is Signs of Safety⁵. Signs of Safety is ontwikkeld door Turnell en Edwards (1999) om hulpverleners te helpen een goede samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling speelt. Het doel van de werkwijze is dat het kind (weer) veilig kan opgroeien in het gezin. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan. De hulpverlener stelt dit plan op met behulp van een aantal technieken:

- hij gaat na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing;
- hij zoekt naar uitzonderingen op de kindermishandeling;
- hij helpt het gezin zijn sterke kanten en hulpbronnen van het gezin te ontdekken;
- hij richt zich op de doelen die een gezin zichzelf stelt ten aanzien van (de opvoeding van) de kinderen in plaats van het probleem;
- hij vraagt het gezin om indicatoren voor de veiligheid van het kind te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat het kind is;
- hij beoordeelt in hoeverre het gezin bereid en in staat meent te zijn om de plannen voor verandering uit te voeren.

4.3.3 Motiverende gespreksvoering⁶

Een motiverende indicatiestelling wil zeggen dat het proces van indiceren de motivatie van de cliënt om te veranderen vergroot. Miller en Rollnick (2002) gaan ervan uit dat personen pas veranderen als er drie essentiële aspecten van motivatie voor verandering bij een persoon aanwezig zijn: bereidheid om te veranderen, overtuiging in staat te zijn om te veranderen en gereedheid om te veranderen. Bij de bereidheid om te veranderen gaat het erom dat een persoon het belang van de verandering inziet. Daarnaast moet hij er ook van overtuigd zijn dat hij de capaciteiten heeft om de

⁵ Een uitgebreide beschrijving van Signs of Safety is te vinden in bijlage 2.

⁶ Een uitgebreide beschrijving van motiverende gespreksvoering is te vinden op www.nji.nl/watwerkt.

verandering te realiseren. Gereedheid om te veranderen houdt in dat het veranderen voor de persoon in kwestie ook prioriteit heeft (Miller & Rollnick, 2002).

Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) menen dat personen verschillende stadia doorlopen voordat zij hun gedrag zullen veranderen:

1. Voorbeschouwing (precontemplatie): de cliënt heeft (nog) geen intentie om te veranderen. Vaak is de potentiële(mogelijke) cliënt zich niet bewust van een probleem of ontkent hij dat hij een probleem heeft. In veel gevallen ervaart de omgeving van de cliënt het probleem wel. Pogingen van een hulpverlener om een cliënt zich bewust te laten worden van het probleem en een verandering in gang te zetten stuiten op weerstand.
2. Overpeinzing (contemplatie): de cliënt is zich bewust van het probleem en overweegt wat het kan opleveren als hij zijn gedrag verandert. De motivatie om iets te gaan doen is aanwezig, maar hij onderneemt nog geen actie.
3. Besluitvorming (voorbereiding): de cliënt neemt pas een besluit op het moment dat hij zich bewust is van het probleem, hetdit ook als probleem erkent en voldoende vertrouwen heeft in zijn mogelijkheden om te veranderen. In dit stadium maakt de cliënt een plan waarmee hij zijn gedrag kan veranderen.
4. Actie: de cliënt onderneemt actie om zijn gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op verandering, vindt in dit stadium plaats.
5. Onderhoud (consolidatie): dit stadium is het moment waarop de cliënt probeert om het nieuwe gedrag in zijn dagelijks leven te integreren. Alleen op die manier is hij in staat om de bereikte verandering vast te houden en niet terug te vallen.
6. Terugval: meestal is een cliënt niet in staat om het bereikte resultaat volledig te handhaven en krijgt hij een terugval. Terugval komt voor. Een cliënt hoeft niet elke keer dat hij terugvalt, helemaal opnieuw te beginnen. Een cliënt leert van zijn eerdere pogingen tot gedragsverandering en maakt hiervan gebruik bij een hernieuwde poging (Prochaska et al., 1992).

Een belangrijke techniek voor motiverend werken is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte benadering die gedragsverandering uitlokt door cliënten te helpen hun ambivalentie om te veranderen te onderzoeken en op te lossen, zodat zij bereid tot verandering. Motiverende gespreksvoering helpt cliënten om te ontdekken waarom ze willen veranderen en dit vervolgens in concrete daden om te zetten. Zoals een Zwitserse onderzoeker het mooi uitdrukt: "Mit einem 'warum' im Herzen lasst sich fast jedes "Wie" ertragen" (Margraf & Berking, 2005). Mensen zijn meer bereid om te veranderen als zij de reden ervan inzien. Dan zijn zij ook in staat om negatieve aspecten van een verandering te verdragen, zoals het verlies van de positieve kanten van hun huidige gedrag. Motiverende gespreksvoering is ontwikkeld door Miller en Rollnick.

Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat de bereidheid tot verandering tot stand komt door de dialoog tussen hulpverlener en cliënt. Een hulpverlener helpt de cliënt om te veranderen door een empathische houding en door weerstand serieus te nemen. Hij helpt hem ontdekken welke doelen hij belangrijk vindt en hoe die gerealiseerd kunnen worden. Door de cliënt een spiegel voor te houden ontstaat een situatie van zelfconfrontatie, waarin het niet de hulpverlener is die de cliënt zijn problemen voorhoudt, maar waarin de cliënt zelf conclusies trekt over zijn

situatie en de verandering die nodig is. De hulpverlener versterkt de self-efficacy van de cliënt, dat wil zeggen de overtuiging dat hij de capaciteiten heeft voor een gedragsverandering.

4.3.4 Activerend werken

Een activerende benadering in de indicatiestelling betekent dat voorop staat wat ouders zelf kunnen doen om een opvoedingssituatie te realiseren waarin een kind zich (weer) goed en veilig kan ontwikkelen. Daarnaast kan een hulpverlener samen met het gezin onderzoeken wat de mogelijkheden van het sociale netwerk rond het gezin zijn en welke professionele hulp er daarnaast (eventueel) nog nodig is.

Een voorbeeld van een activerende werkwijze om te beslissen over de hulp die in een gezin nodig is, is de Eigen Kracht-conferentie⁷. De Eigen Kracht-conferentie is een bijeenkomst waarin een gezin samen met zijn sociaal netwerk een plan opstelt om problemen op te lossen. Het gezin nodigt mensen uit die betrokken zijn bij het gezin en die een rol willen spelen in het oplossen van de problemen. Een Eigen Kracht-conferentie bestaat uit drie fasen:

1. De familie krijgt informatie van hulpverleners over wat hun kijk op de problemen is en wat de mogelijkheden van hulpverlening zijn;
2. De Eigen Kracht coördinator en de aanwezige hulpverleners trekken zich terug en de familie bespreekt wat er aan de hand is en stelt een hulpverleningsplan op, waarbij zij een taakverdeling maakt en nadenkt over de hulp die van buitenaf nodig is;
3. De familie presenteert het plan aan de coördinator. De verwijzer accepteert dit plan, tenzij het niet veilig of onwettig is.

Een onafhankelijke coördinator begeleidt de Eigen Kracht conferentie. De taak van de coördinator is om de conferentie te organiseren en faciliteren. Hij moet goed kunnen luisteren, beschikken over organisatietalent, creatief, flexibel en vasthoudend zijn en vertrouwen hebben in de mogelijkheden en kracht van families. Essentieel in de taak van de coördinator is erop toe te zien dat alle deelnemers veilig kunnen deelnemen aan de conferentie, vooral kinderen. De coördinator zorgt ervoor dat er iemand aanwezig is die ervoor zorgt dat het kind (of de kinderen) zich kan (kunnen) uiten en gehoord wordt (worden).

Kinderen worden actief betrokken bij de (organisatie van de) Eigen Kracht-conferentie. Zij mogen meedenken en meebeslissen. Kinderen kunnen een woordvoerder aanwijzen die hun belangen behartigt.

De Eigen Kracht-conferentie komt van oorsprong uit Nieuw-Zeeland en is in het buitenland bekend onder de naam Family Group Conference.

4.4 Effectiviteit

Er is weinig bekend over wat het effect is van een indicatiestelling die in dialoog tussen de hulpverlener en de cliënt plaatsvindt. Enkele overzichtsstudies laten positieve effecten zien als cliënten betrokken zijn bij de besluitvorming.

Een review van Joosten en collega's (2008) laat zien dat het bruikbaar en effectief is wanneer hulpverleners en cliënten gezamenlijk een beslissing nemen over de benodigde behandeling. Dit

⁷ Een uitgebreide beschrijving van de Eigen Kracht conferentie is te vinden in bijlage 1.

zorgt ervoor dat cliënten meer tevreden zijn over de behandeling, zij hun fysieke en psychologische welzijn als beter ervaren, medicatie beter innemen en meer inzicht hebben in de behandeling. Dit geldt vooral voor gezamenlijke besluitvorming die op de langere termijn effecten op het gedrag van cliënten moet hebben, zoals bij beslissingen die gevolgen hebben voor de levenswijze van cliënten met een chronische aandoening of voor een behandelprogramma bij psychische problemen. Voor eenmalige besluiten maakte het niet uit of cliënten invloed hadden op de besluitvorming. Ook uit een meta-analyse van Poston en Hanson (2010) blijkt dat de manier waarop de indicatiestelling is vormgegeven van invloed is op het behandelproces en de resultaten van de behandeling, vooral wanneer cliënten persoonlijke feedback krijgen en de feedback in gesprek met een hulpverlener tot stand is gekomen.

Swift en Callahan (2009) onderzochten het effect van de voorkeur van een cliënt in het besluitvormingsproces voor een behandeling op de uitkomsten van de behandeling. Zij voerden een meta-analyse uit op 26 onderzoeken met in totaal meer dan 2300 cliënten die uiteenlopende behandelvormen – onder andere individuele of groepstherapie, korte of langdurige behandeling, medicatie of psychotherapie en cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie – ondergingen en diverse problemen en stoornissen hadden. Zij concluderen dat de voorkeur een klein effect heeft op de behandeling ten gunste van cliënten die deelnemen aan de behandeling van hun voorkeur (correlatie $r=.15$, 95%-betrouwbaarheidsinterval van $.09$ tot $.21$). Cliënten die de behandeling van hun voorkeur ontvingen, hadden een kans van 58% dat zij betere resultaten behaalden dan cliënten die niet de behandeling van hun voorkeur kregen. De kans dat cliënten die niet de behandeling van hun voorkeur kregen, uitvielen was dubbel zo groot als cliënten die de behandeling van hun voorkeur kregen.

Deze resultaten betekenen dat het voor hulpverleners aan te bevelen om in het besluitvormingsproces rekening te houden met de voorkeur van cliënten.

4.4.1 Effecten van vraaggericht werken

Vraaggericht werken draagt vermoedelijk bij aan de effectiviteit van de hulpverlening. Dit komt doordat:

- vraaggericht werken een positieve invloed uitoefent op de motivatie van de cliënt;
- de cliënt en de hulpverlener afstemmen wat zij gezamenlijk onder het resultaat van de behandeling verstaan;
- de hulpverlener genoodzaakt is zijn ‘evidence based’ adviezen op een respectvolle, bescheiden en oprechte manier over te brengen aan de cliënt;
- het een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie (Van Yperen et al., 2003).

Voor zover bekend is er geen onderzoek gedaan naar effecten van vraaggericht werken op de uitkomsten van de behandeling.

4.4.2 Effecten van oplossingsgerichte werken

Recent zijn enkele meta-analyses en een review naar de effectiviteit van oplossingsgerichte kortdurende therapie uitgevoerd. Hierbij valt op dat alle onderzoekers vermelden dat het onderzoek naar oplossingsgerichte therapie nog vrij beperkt is. Daarom moeten de resultaten met enige voorzichtigheid bekeken worden.

De eerste uitkomsten zijn positief. Met oplossingsgerichte therapie worden betere resultaten bij internaliserende en externaliserende problemen geboekt dan wanneer een cliënt niet behandeld wordt of de standaardbehandeling krijgt (Gingerich & Eisengart, 2000; Kim, 2008; Stams, Dekovic, Buist, & de Vries, 2006). Oplossingsgerichte therapie is even effectief als een andere bekende interventie, interpersoonlijke psychotherapie voor depressie. Hoewel de effecten niet veel groter zijn dan van de gebruikelijke behandeling, wordt met oplossingsgerichte therapie in minder tijd resultaat bereikt. Daarnaast komt het tegemoet aan de behoefte aan autonomie van cliënten (Stams et al., 2006).

Er zijn ook enkele onderzoeken naar de effecten van Signs of Safety uitgevoerd. Daaruit blijkt dat het aantal kinderbeschermingsmaatregelen en uithuisplaatsingen afneemt (Turnell, 2008) en dat ook de kens op herhaling van kindermishandeling sterk afneemt (Gumbleton 1997 in Turnell & Essex, 2006). Cliënten die aan Signs of Safety hebben deelgenomen, zijn ook meer tevreden over de hulp dan cliënten die met reguliere vormen van kinderbescherming te maken hadden. Ook bleken hulpverleners steeds beter in staat om ouders te betrekken bij het bedenken van oplossingen om de veiligheid van hun kinderen te vergroten (Westbrook, 2006 in Turnell, 2008).

4.4.3 Effecten van motiverende gespreksvoering

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van motiverende gespreksvoering, vooral in de verslavingszorg. Daaruit blijkt dat motiverende gespreksvoering werkt bij het behandelen van drugsverslaving en alcoholmisbruik en bij het stimuleren van gezondere leefgewoonten (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Dunn, Deroo, & Rivara, 2001). De resultaten van de behandeling houden ook lang stand.

Hoewel minder goed onderzocht, laat onderzoek zien dat motiverende gespreksvoering ook werkt bij de behandeling van eetstoornissen en dubbeldiagnose (Cassin, von Ranson, Heng, Brar, & Wojtowicz, 2008; Chanut, Brown, & Dongier, 2005; Dean, Touyz, Rieger, & Thornton, 2007).

Onderzoek naar een specifieke motiverende gezinsinterventie, de Family Check Up, laat zien dat ook bij gezinnen met een groot risico op een kind met gedragsproblemen motiverende gesprekstechnieken effectief zijn om ouders ertoe aan te zetten om hulp te zoeken. Dit blijkt een positieve en proactieve opvoeding bij de ouders te stimuleren en zowel internaliserende als externaliserende problemen bij peuters en middelengebruik bij jongeren te doen verminderen (Dishion & Kavanagh, 2003; Shaw, Dishion, Supplee, Gardner, & Arnds, 2006).

Motiverende gespreksvoering blijkt net zo effectief te zijn bij volwassenen als bij jongeren. Ook moeilijk te bereiken doelgroepen, zoals dak- en thuisloze jongeren, zijn in staat tot gedragsverandering als een hulpverlener motiverende gesprekstechnieken gebruikt.

Het lijkt erop dat de resultaten van motiverende gespreksvoering vooral zo positief zijn doordat het de therapietrouw versterkt en cliënten ervan overtuigd raken dat zij in staat zijn om te veranderen. Cliënten komen hun afspraken beter na en nemen actiever deel aan de sessies. Daardoor nemen de effecten van de behandeling toe.

4.4.4 Effecten van een activerende benadering

Er is enig Nederlands onderzoek naar de activerende benadering van de Eigen Kracht-conferentie gedaan. Dit onderzoek laat zien dat de problemen in gezinnen afnemen, maar een grotere verbetering van de veiligheid van het kind dan bij de reguliere jeugdbescherming is niet aangetoond.

De inzet van een Eigen Kracht-conferentie lijkt dus net zo effectief te zijn als de reguliere werkwijze van jeugdbescherming. Uit interviews met deelnemers – hulpverleners en gezinnen – komen steevast positieve reacties: de problemen nemen af, gezinnen hebben de indruk meer zelf de regie te hebben en het kind kan veilig opgroeien. Kwantitatieve onderzoeksgegevens ondersteunen echter niet de enthousiaste reacties van hulpverleners dat de Eigen Kracht-conferentie voor betere resultaten zorgt dan reguliere hulp (Wijnen-Lunenburg, Beek, Bijl, Gramberg, & Slot, 2008). Uit internationaal onderzoek naar Family Group Decision making (FGDM; de buitenlandse equivalent van de Eigen Kracht-conferentie) blijkt dat de resultaten wisselend zijn. Soms blijkt dat de veiligheid van kinderen net zo goed gewaarborgd is als bij de gebruikelijke vormen van kindbescherming. Een groot deel van de kinderen die uit huis geplaatst zouden moeten worden, vindt onderdak binnen de familie of het sociale netwerk. De leefsituatie van kinderen is stabiel: zij worden minder vaak van de ene instelling naar de andere of van het ene pleeggezin naar het andere overgeplaatst en zij gaan vaker terug naar hun eigen ouders. Beslissingen over welke hulp nodig is om de problemen te verminderen worden sneller en eerder genomen en de hulp komt ook sneller op gang. De ondersteuning vanuit de familie en het sociale netwerk neemt toe. Ook verbetert het gezinsfunctioneren. Met FGDM komt er meer samenhang in de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld (Merkel-Holguin, Nixon, & Burford, 2003). Een RCT en een systematische review laten echter zien dat gezien die aan een FGDM meedoen, vaker opnieuw hun kind mishandelen, meer professionele hulp ontvangen en meer en langere uithuisplaatsingen kennen (Shlonsky & Saini, 2011; Sundell & Vinnerljung, 2004).

4.5 Veiligheid van kinderen

Indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen in de besluitvorming is in alle situaties belangrijk. Ook als er zorgen bestaan over de veiligheid van kinderen in het gezin vanwege (een vermoeden van) kindermishandeling. In dat geval vraagt de aanpak van hulpverleners om ouders en kinderen te laten participeren en tegelijkertijd de veiligheid te waarborgen om bijzondere aandacht. Samenwerken met de ouders mag niet betekenen dat de hulpverlener concessies doet aan de veiligheid van het kind. Het primaire doel van hulpverlening gebaseerd op samenwerking blijft de veiligheid van het kind.

Deze tweeledige focus – de veiligheid en participatie – vraagt een bepaalde houding en specifieke vaardigheden van hulpverleners.

4.5.1 Houding

Hulpverleners hebben een houding nodig die samenwerking bevordert in plaats van een die veroorzaakt dat ouders actief of passief tegenwerken.

Veel ouders hopen dat een hulpverlener hen helpt om op een adequate (niet-mishandelende) manier voor hun kinderen te zorgen, wanneer zij te maken krijgen met jeugdzorg of kindbescherming. Ze worstelen met problemen die hun opvoedingscapaciteiten beïnvloeden, zoals werkloosheid, armoede, fysieke en/of psychische problemen. De hoop van ouders dat ze geholpen zullen worden om beter op te voeden, kan gemakkelijk de kop in gedrukt worden als de hulp dwingend en veroordelend is.

Wanneer ouders in aanraking komen met kinderbescherming, zijn zij vaak bang voor de macht die de hulpverlener heeft. Ze hebben met veel problemen te kampen en hebben te horen gekregen dat ze moeten meewerken aan een interventie waar zij bang voor zijn. De stress hiervan kan zo hoog oplopen dat het hun mogelijkheden om goed met hun kinderen om te gaan en adequate zorg te bieden blokkeert. Ouders zijn bang dat de hulpverlener hun kinderen uit huis kan plaatsen zonder dat zij daar nog enige invloed op hebben en dat zij daarna ook nooit meer de mogelijkheid krijgen zelf hun kinderen op te voeden (Dumbrill, 2005).

De angst van ouders en het wantrouwen ten opzichte van de hulpverlening maken samenwerken moeilijker en maakt dat de veiligheid van kinderen onder druk komt te staan. Onder dergelijke omstandigheden is de kans groot dat ouders alleen maar doen alsof ze meewerken om de hulpverlener zoet te houden, maar dat de hulpverlener niet daadwerkelijk voet aan de grond krijgt (Dumbrill, 2005). Ook kunnen de angst en het wantrouwen ervoor zorgen dat ouders openlijk niet meewerken, omdat ze bang zijn dat een hulpverlener besluit hun kind uit huis te plaatsen.

Een hulpverlener die er door zijn houding in slaagt om het vertrouwen van gezinnen te winnen, vergroot de kans op een positieve samenwerking en op een goed plan om de veiligheid van het kind weer te waarborgen. Als hulpverleners ouders vragen om mee te denken over belangrijke beslissingen en zo laten zien dat zij willen samenwerken, vergroten zij de kans dat de angst van ouders vermindert en doen de hoop op verandering toenemen (Dumbrill, 2005; Turnell & Edwards, 1999).

Daarom moeten hulpverleners in de kinderbescherming samenwerking als uitgangspunt hebben, zodat angst van ouders afneemt en hoop toeneemt. Bij Signs of Safety is dit een belangrijk uitgangspunt.

Dit neemt niet weg dat er zich altijd situaties zullen voordoen waarin ouders niet mee willen werken of de risico's voor het kind zo groot zijn, dat dwang nodig is. Dwang mag echter geen standaard zijn. Als dwang standaard gebruikt wordt in onveilige opvoedingssituaties, zou het voor hulpverleners nauwelijks meer mogelijk zijn om met ouders samen te werken om de veiligheid van kinderen binnen het gezin te herstellen (Dumbrill, 2005).

4.5.2 Vaardigheden

Ten tweede hebben hulpverleners een aantal specifieke vaardigheden nodig om de indicatiestelling in dialoog uit te voeren in gezinnen met een onveilige opvoedingssituatie.

In de eerste plaats moeten hulpverleners in staat zijn te beoordelen of ouders hun kinderen veilig kunnen en willen grootbrengen. Gedurende het besluitvormingsproces beoordelen zij voortdurend de risico's voor het kind, de veranderingsmogelijkheden van ouders en de betrokkenheid en actieve inzet van ouders. Het vraagt van hen dat zij in staat zijn de balans op te maken tussen enerzijds de samenwerking met het gezin en anderzijds de veiligheid van het kind.

Vervolgens hebben hulpverleners vaardigheden en strategieën nodig om de veiligheid van kinderen te vergroten. De samenwerking met gezinnen is hierbij een belangrijk middel (Dumbrill, 2005). De manier waarop hulpverleners die samenwerking vormgeven, kan vertaald worden in vier typen vaardigheden:

1. verhelderen van hun rol als kinderbeschermers;
2. gebruik maken van processen om met samenwerking problemen op te lossen;
3. vaardigheden om ouders te confronteren en om positieve en pro-sociale handelingen en opmerkingen te belonen;



4. relationele vaardigheden, waaronder empathie, zelfonthulling, humor en optimisme. In zowel Signs of Safety als de Deltamethode zijn deze vaardigheden uitgewerkt. Onderzoek duidt erop dat hulpverleners erin slagen om met gezinnen samen te werken en de kinderen te beschermen tegen verdere onveiligheid wanneer zij deze vier vaardigheden inzetten. Hulpverleners blijken in staat te zijn om de sterke kanten van het gezin aan het licht te brengen en te versterken en tegelijkertijd de veiligheid van het kind goed in de gaten te houden. In de samenwerking lijkt het ook belangrijk te zijn dat hulpverleners zich richten op de issues die geleid hebben tot de mishandeling of verwaarlozing en niet op de kindermishandeling zelf (Trotter, 2002; 2004).

De focus op de veiligheid van het kind in de samenwerking met gezinnen betekent ook dat hulpverleners soms eenzijdig moeten ingrijpen om het kind te beschermen als ouders niet in staat of bereid zijn om samen te werken. Situaties waarin de kindermishandeling of onveiligheid zo ernstig is dat het een bedreiging voor de ontwikkeling van het kind vormt, kunnen een contra-indicatie voor samenwerking zijn. In dat geval moeten hulpverleners ingrijpen met het oog op de veiligheid van kinderen. Maar voordat de hulpverlener ingrijpt, moet hij geprobeerd hebben ouders te betrekken in een samenwerkingsrelatie (Dumbrill, 2005).

4.5.3 Deltamethode: werkwijze voor de gezinsvoogdij⁸

Deze combinatie van samenwerking met gezinnen en veiligheid van kinderen waarborgen is terug te vinden in de Deltamethode, de werkwijze van de gezinsvoogdij bij de uitvoering van de ondertoezichtstelling (OTS) van kinderen. Het belangrijkste doel is de ontwikkelingsbedreiging van het kind op te heffen. Dat doen gezinsvoogden door een samenwerkingsrelatie met ouders en kinderen aan te gaan, waarin de ontwikkeling van het kind centraal staat. Volgens een Vierstappenmodel werken zij samen toe naar een gezinsomgeving waarin het kind veilig is en zich kan ontwikkelen. De vier stappen zijn:

1. het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin;
2. het omzetten van zorgpunten in mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de ontwikkeling van het kind;
3. het benoemen van gewenste ontwikkelingsuitkomsten;
4. het opstellen van werkdoelen, actiepunten en het werken met het 'plan op tafel'.

In de werkwijze speelt de communicatie tussen de gezinsvoogd en het gezin een belangrijke rol. De vaardigheden die de gezinsvoogd hiervoor tot zijn beschikking heeft, zijn engageren, positioneren en het schakelen tussen deze twee vaardigheden.

Engageren is de vaardigheid om kind, ouders en andere betrokkenen te motiveren tot actieve medewerking. Motiverende middelen zijn:

1. aansluiten bij de wensen van het gezin;
2. aansluiten bij de sterke punten van het gezin;

Positioneren is de vaardigheid om het specifieke van de kindbeschermsmaatregel, vooral de veiligheid en ontwikkeling van het kind, te verduidelijken. Een gezinsvoogd positioneert zich op het gebied van:

1. het wat, hoe en waarom van de kindbeschermsmaatregel;

⁸ Een uitgebreide beschrijving van de Deltamethode is te vinden in bijlage 3.

2. het belang van het kind;
3. de gezinsvoogd als deskundige met bevoegdheden en plichten;
4. de wijze van samenwerking tussen gezinsvoogd en gezin.

Eenzijdig benadrukken van een van beide vaardigheden leidt tot problemen in de communicatie met gezinnen. Wanneer een gezinsvoogd te veel engageert zonder zich te positioneren, leidt dat er toe dat 'ingezogen raakt' in het gezin en het zicht op het noodzakelijke positioneren verloren gaat. Wanneer een gezinsvoogd zich te sterk positioneert, kan het zijn dat hij geen vertrouwen meer krijgt van het gezin. Daarom moet de gezinsvoogd in staat zijn om continu tussen deze twee vaardigheden te schakelen (PI-Research & Adviesbureau Van Montfoort, 2009).

De Deltamethode levert een belangrijke bijdrage aan het denken over indicatiestelling in dialoog bij gezinnen waar de veiligheid van het kind gevaar loopt. Door te schakelen tussen de vaardigheden positioneren en engageren kan een gezinsvoogd samen met het gezin een plan maken waarbij enerzijds het gemotiveerd wordt om zelf actief problemen aan te pakken en anderzijds er steeds oog blijft voor de veiligheid van het kind.

4.6 Overeenkomsten en verschillen tussen methoden

Hierboven is een aantal manieren van werken beschreven waarmee hulpverleners ouders en kinderen kunnen betrekken in de besluitvorming. Elk van deze methoden – vraaggericht werken, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht en activerend werken – draagt op een eigen wijze bij aan de motivatie tot verandering en het activeren van ouders en jeugdigen. Er is een aantal duidelijk zichtbare overeenkomsten.

In de eerste plaats laat de hulpverlener respect zien voor de hulpvrager. Hij geeft aandacht aan visie van de cliënt op het probleem, de oplossing en de mogelijke belemmeringen. De ouders en jeugdige worden in elke methode gezien als de deskundige over hun eigen leven. Zij zijn dus ook de bron voor mogelijke oplossingen.

Ten tweede, bij elk van de methoden heeft de hulpvrager de mogelijkheid om zelf naar oplossingen te zoeken. Bij motiverende gespreksvoering en het oplossingsgericht werken heeft de hulpverlener hierin een faciliterende rol: door gerichte vragen te stellen helpt hij de hulpvrager te ontdekken waar mogelijkheden liggen om de problemen aan te pakken. Bij de Eigen Kracht-conferentie is het het gezin samen met zijn sociale netwerk die bepaalt op welke manier zij de problemen zullen aanpakken.

In de derde plaats draagt elk van deze methoden bij aan de self-efficacy van de hulpvrager. Self-efficacy is de overtuiging van een cliënt dat hij beschikt over de capaciteiten die hij nodig heeft voor een gedragsverandering.

De belangrijkste verschillen zitten in de manier waarop ouders en jeugdigen gemotiveerd en geactiveerd worden. Ligt de nadruk op het waarom van veranderen of op hoe te veranderen? Is het wel of niet nodig dat een hulpverlener hen ondersteunt bij het veranderen?

In de Eigen Kracht-conferentie wordt verondersteld dat mensen prima in staat zijn om zelf regie over hun leven te nemen en als problemen zich voordoen deze op een eigen manier aan te pakken. Hoewel hulpverleners bij een Eigen Kracht-conferentie in de beginfase hun visie op de problemen van een gezin weergeven en aanbevelingen kunnen doen over welke hulp nodig is, is het uiteindelijk het gezin samen met zijn sociale netwerk dat bepaalt hoe het de problemen aanpakt en welke professionele hulp het daar eventueel bij nodig heeft. Echter, bij motiverende gespreksvoering,

vraaggericht en oplossingsgericht werken onderzoeken ouders en jeugdige samen met een hulpverlener wat de problemen zijn en welke hulp een oplossing hiervoor biedt.

Een tweede verschil is dat motiverende gespreksvoering sterk de nadruk legt op waarom veranderen belangrijk is, terwijl bij het oplossingsgericht werken het veel meer draait om het vinden van oplossingen, dat wil zeggen het 'hoe' te veranderen. Met motiverende gespreksvoering kan de commitment van ouders en jeugdigen versterkt worden, doordat zij redenen om te veranderen ontdekken en vertrouwen krijgen in hun capaciteiten tot verandering. Het oplossingsgericht werken kan bijdragen aan het aanpakken van de problemen. Het sluit aan bij de sterke kanten en hulpbronnen die zij al hebben en helpt hen te ontdekken hoe zij deze kunnen inzetten voor de benodigde of gewenste verandering. Dat betekent dat motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken goed met elkaar te combineren zijn. Wanneer cliënten eenmaal gemotiveerd zijn om hun problemen aan te pakken, kunnen oplossingsgerichte technieken ingezet worden om stap voor stap met inzet van sterke kanten en mogelijke hulpbronnen van een cliënt een gedragsverandering te realiseren.

Bij zowel de Eigen Kracht-conferentie als Signs of Safety staan de mogelijkheden die het gezin zelf heeft centraal. Een verschil daarbij is dat de Eigen Kracht-conferentie het netwerk van het gezin vanaf het begin expliciet betreft bij de besluitvorming. Het gezin stelt samen met zijn sociale netwerk een plan op om de problemen aan te pakken. Bij Signs of Safety kan het gezin wel samen met de hulpverlener onderzoeken wie uit het sociale netwerk een rol kan hebben in het veiligheidsplan. Maar het sociale netwerk is hierbij in de meeste gevallen niet zelf betrokken bij de planvorming. Het zal dus afhangen van de verwachtingen van het gezin met betrekking tot het sociale netwerk of zij familie en vrienden een rol geven in het veiligheidsplan. Signs of Safety heeft daarentegen meer oog voor de sterke kanten van het gezin. Door te zoeken naar uitzonderingen op de problemen proberen hulpverleners ervoor te zorgen dat gezinnen zicht krijgen op hun vaardigheden en sterke kanten en die uit te breiden naar de situaties waarin zich problemen voordoen.

De Deltamethode en Signs of Safety lijken in een aantal opzichten op elkaar. De belangrijkste overeenkomst is dat bij beide de hulpverlener samen met het gezin een plan opstelt om de veiligheid van het kind in het gezin te waarborgen. Beide methodes maken gebruik van een oplossingsgerichte manier van werken waarbij stap voor stap een plan wordt uitgewerkt dat de veiligheid vergroot. Ook de vaardigheden van positioneren en engageren komen bij beide naar voren. Bij Signs of Safety zijn die vaardigheden minder expliciet benoemd, maar komt het naar voren in de manier waarop de samenwerking met het gezin is vormgegeven en de hulpverlener zijn professionele autoriteit inzet. Het belangrijkste verschil is dat de Deltamethode een expliciet ontwikkelingsgericht kader van ontwikkelings- en opvoedingsopgaven heeft. Bij Signs of Safety is dit niet benoemd. Wellicht heeft dit er ook mee te maken dat de Deltamethode bedoeld is voor gezinnen waar een ondertoezichtstelling is uitgesproken, omdat de ontwikkeling van het kind wordt bedreigd. Signs of Safety kan waarschijnlijk ook in een kader van gedwongen hulpverlening worden uitgevoerd, maar is daar in eerste instantie niet op gericht. Dat wil niet zeggen dat Signs of Safety vrijblijvend is. Ook een hulpverlener die met Signs of Safety werkt, positioneert duidelijk dat over de veiligheid van het kind niet te onderhandelen valt. De indruk bestaat dat Signs of Safety meer gericht is op problemen die

veroorzaken dat ouders hun kind niet voldoende veiligheid kunnen bieden, bijvoorbeeld allerlei stressfactoren bij de ouders zoals financiële en huisvestingsproblemen.

4.7 Discussie

Indicatiestelling in dialoog met de cliënt is een proces waarin ouders, kinderen en de hulpverlener tot overeenstemming komen over wat de hulpvraag is (vraagverheldering), de probleemanalyse (diagnostiek), wat de doelen van de hulp moeten zijn en hoe deze doelen bereikt kunnen worden. Indicatiestelling in dialoog is een gezamenlijk proces, waarin ouders, kinderen én hulpverlener een even belangrijk aandeel hebben.

Met de erkenning dat de samenwerking belangrijk is, is een belangrijke barrière voor verandering in de manier waarop ouders en kinderen in de indicatiestelling betrokken worden geslecht. Het beseft dat samenwerking in de indicatiestelling tussen ouders en kinderen enerzijds en hulpverleners anderzijds noodzakelijk is, is een belangrijke voorwaarde voor de bereidheid ouders en kinderen bij de besluitvorming te betrekken. Maar dat is niet het enige wat nodig is.

Hulpverleners hebben een op samenwerking gerichte houding en vaardigheden nodig om ouders en kinderen te betrekken bij de besluitvorming. Er zijn uiteenlopende middelen waarmee hulpverleners in meerdere of mindere mate invloed hebben op de besluitvorming. Zo is de Eigen Kracht-conferentie een werkwijze waarin gezinnen samen met hun sociale netwerk een plan bedenken om de problemen het hoofd te bieden. Hulpverleners hebben hierbij alleen in de startfase invloed op de probleemdefiniëring. Maar bij het oplossingsgericht werken en motiverende gespreksvoering hebben hulpverleners een meer sturende rol. Wanneer ouders en kinderen ontkennen dat er problemen spelen of weinig gemotiveerd zijn om hulp te zoeken, is het belangrijk dat hulpverleners motiverende gesprekstechnieken inzetten. Wat de oplossingsgerichte benadering duidelijk maakt is dat het belangrijk is om niet alleen te blijven hangen in het zoeken naar oorzaken van de problemen, maar de stap naar oplossingen te maken.

Het hangt van de visie van de hulpverleners af hoe de betrokkenheid van ouders en kinderen bij de besluitvorming vormgegeven wordt. Wanneer hulpverleners ervan overtuigd zijn dat het belangrijk is als zijzelf invloed hebben op de beslissing welke hulp het beste ingezet kan worden, zullen zij kiezen voor een benadering waarbij zij sturing kunnen geven aan het besluitvormingsproces.

Redenen dat hulpverleners ouders en kinderen niet laten meebeslissen zijn bijvoorbeeld het gebrek aan kennis over 'wat werkt' bij cliënten of om de veiligheid van de kinderen in het gezin te waarborgen. Bij een overtuiging dat gezinnen zelf de regie moeten hebben over hun leven en de daarbij ingeschakelde hulp, past een benadering die gezinnen zelf een plan laat maken, zoals de Eigen Kracht-conferentie, beter.

Elk van de werkwijzen heeft zijn eigen mogelijkheden en technieken om cliënten te activeren en motiveren in het proces van indicatiestelling. Ongeacht de werkwijze in het proces van indicatiestelling, lijkt een aantal factoren van invloed te zijn op goede resultaten bij ouders en kinderen:

- de therapeutische relatie: betrokkenheid en verbondenheid kenmerken een succesvolle alliantie tussen cliënt en hulpverlener;
- verwachtingen van de cliënt: de hoop op en dromen over verandering die een positieve en hoopvolle hulpverlener weet aan te wakkeren;

- de therapeutische techniek: vooral de verwachting van de hulpverlener dat een cliënt zijn problemen kan aanpakken en veranderen;
- cliënt factoren: hulpverlener brengt de motivatie en sterke kanten en mogelijke hulpbronnen die een cliënt kan gebruiken in het oplossen van de problemen, in kaart en weet die te versterken (Dumbrill, 2005; Miller & Rollnick, 2002; Turnell & Edwards, 1999).

Een model dat qua theorievorming goed aansluit op deze factoren, is het Integratief Werkzame Factorenmodel van Pijnenburg (2010). Pijnenburg (2010) legt een verband tussen de alliantie en het resultaat van de behandeling. Hij noemt de interactie tussen cliënt en hulpverlener de alliantie: een professionele werkrelatie waarin sprake is van een emotionele band (persoonlijke alliantie) en van overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak (taakalliantie). Hij ziet de ontwikkeling van een alliantie als resultaat van de dialoog tussen hulpverlener en cliënt waarin de cliënt zijn eigen veranderingstheorie ontwikkelt. De veranderingstheorie van een cliënt is een logisch verhaal over zijn problemen en de oorzaken en achtergronden daarvan en een plan om die aan te pakken waar zowel de hulpverlener als de cliënt zich in kan vinden.

In die interactie brengen hulpverleners hun persoonlijke kenmerken, contactuele vaardigheden, vakkennis en ervaring in. Belangrijk daarbij is ook hun vaardigheid om werkzame factoren in te zetten.

Wat cliënten inbrengen, zijn hun persoonlijke kenmerken (o.a. sociale contacten en vaardigheden) en hoop en verwachting over het samenwerkingsproces met de hulpverlener en het resultaat daarvan.

Belangrijk aandachtspunt bij indicatiestelling in dialoog is dat elke partij de mogelijkheid heeft zijn stem te laten gelden. Door zijn deskundigheid legt de hulpverlener gemakkelijk het meeste gewicht in de schaal. Het spreekt niet voor zich dat ouders en vooral ook jeugdigen de kans krijgen om hun mening te geven. Zeker voor jeugdigen – maar ook voor sommige ouders – geldt dat zij minder goed geïnformeerd zijn en minder in staat om hun mening helder te verwoorden. Een hulpverlener heeft de taak om hen hierbij te faciliteren. Daarom is een belangrijke vaardigheid dat hulpverleners de informatie die nodig is om een goede beslissing te kunnen nemen, op een voor ouders en jeugdige begrijpelijke manier beschikbaar stellen en ervoor zorg dragen dat iedereen in het gesprek aan bod komt.

Als ouders en jeugdigen meebeslissen, heeft de hulp meer effect. Zij zijn actiever betrokken bij hulpverlening, waardoor zij vaardigheden beter leren en ook in de thuissituatie vaker toepassen. Er is weinig bekend over wat de effecten op de uitkomsten van de behandeling zijn als kinderen betrokken worden bij het indicatieproces. Er is enig onderzoek dat erop wijst dat kinderen hulp beter accepteren en dat uithuisplaatsingen stabielere zijn (d.w.z. ze worden minder vaak overgeplaatst gedurende een uithuisplaatsing) (Cashmore, 2002).

Als de veiligheid van het kind in het geding is, vormt de samenwerking een belangrijk aandachtspunt. Het vraagt extra vaardigheid van de hulpverlener en het beperkt de onderhandelingsruimte van het gezin. De hulpverlener maakt de veiligheid van het kind tot het centrale doel van de besluitvorming. Het gezin heeft geen ruimte om te onderhandelen over de veiligheid van het kind. Daarvoor moet een hulpverlener goed in staat zijn om zijn rol als kindbeschermer helder te verwoorden (Trotter, 2002; Turnell & Edwards, 1999).

Met de veiligheid van het kind als uitgangspunt gaat de hulpverlener met het gezin een samenwerkingsrelatie aan. Samen kunnen zij zoeken naar wat de beste oplossing is om de veiligheid van het kind (weer) zeker te stellen. Daarbij is het van belang dat de hulpverlener goed in staat is positieve handelingen en opmerkingen van de ouders te belonen en stimuleren (Trotter, 2002; Turnell & Edwards, 1999).

Op basis van theorie en onderzoek ontstaat een beeld van het belang van indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen en de manier waarop dat vormgegeven zou moeten worden. De vraag is wat het daadwerkelijke effect hiervan zou zijn. Hiernaar zou onderzoek in de jeugdzorg gedaan moeten worden.

Voordat een dergelijk onderzoek uitgevoerd kan worden, moet er nog een aantal dingen gebeuren. Het lijkt bij de bureaus jeugdzorg, die formeel de taak hebben om de indicatiestelling uit te voeren, nog nauwelijks praktisch dat indicatiestellers samen met ouders en kinderen besluiten welke hulp het meest geschikt is. In veel gevallen is het de indicatiesteller die bepaalt welk hulpaanbod geïndiceerd wordt. Hij stelt ouders en kinderen wel de vraag of zij het ermee eens zijn, wat in de meeste gevallen een bevestigend antwoord oplevert. Activerende benaderingen zoals de Eigen Kracht-conferentie waarbij het gezin zelf een plan opstelt om de problemen aan te pakken, worden nog nauwelijks gebruikt (Baecke et al., 2009). Het percentage cliënten dat voortijdig met de behandeling stopt of dat slechts een beperkt deel van de behandeling komt opdagen is echter hoog (zie o.a. Scholte & Van der Ploeg, 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1996; Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). Dit betekent dat indicatiestellers zich bewust moeten worden van het belang van gezamenlijke besluitvorming. Het zou een grote verbetering zijn als de regie bij ouders en kinderen blijft liggen en zij de hulpverlening betrekken bij hun opvoedings- en ontwikkelingsproblemen in plaats van omgekeerd, dat wil zeggen hulpverleners voeren de regie en moeten moeite doen om het gezin bij de behandeling betrokken te houden.

Een indicatiestelling in dialoog vraagt om een bepaalde houding en een aantal essentiële vaardigheden. Van belang is dat hulpverleners laten merken dat zij met ouders en kinderen willen samenwerken, zodat hulpverleners hun vertrouwen weten te winnen. Als het om vaardigheden gaat, moeten hulpverleners in staat zijn om helder uit te leggen welke behandelmethodes beschikbaar zijn en wat de mogelijkheden ervan zijn, zodat ouders en kinderen een weloverwogen beslissing kunnen nemen. Daarnaast hebben zij gespreksvaardigheden nodig om de wensen van cliënten, niet alleen van ouders maar ook van jeugdigen, ten aanzien van de behandeling boven tafel te krijgen. Het betrekken van jeugdigen bij de besluitvorming vraagt extra vaardigheden. Het lijkt erop dat de training van hulpverleners in motiverende gespreksvoering en oplossingsgericht werken nog in de kinderschoenen staat.

5 Slotconclusie en discussie

Dit rapport gaat in op wat ervoor nodig is om een effectieve indicatiestelling voor de (gespecialiseerde) jeugdzorg te krijgen. Ook al is er veel discussie over het voortbestaan van de indicatiestelling en klinkt de roep om afschaffing ervan, een proces waarin hulpverleners beoordelen over de aard en ernst van de problematiek van ouders en kinderen en beslissen welke hulp de beste oplossing biedt, zal blijven bestaan. Een vorm van indicatiestelling is namelijk een voorwaarde om een effectieve behandeling te kunnen inzetten.

Het uitgangspunt van dit rapport is dat de manier waarop het proces van indicatiestelling wordt uitgevoerd, bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling. Dat wil zeggen dat de indicatiestelling zodanig ingericht en uitgevoerd wordt dat het de kans vergroot dat ouders en kinderen een effectief zorgaanbod accepteren en baat hebben bij de hulp.

De centrale vraag in dit literatuuronderzoek was:

Aan welke kenmerken moet het proces van indicatiestelling voldoen, zodat jeugdigen en hun ouders een effectief hulpaanbod krijgen en de kans groot is dat zij dit ook accepteren, zodat zij effectief geholpen zijn?

Het voorafgaande overzicht heeft veel informatie en stof tot nadenken over ‘wat werkt’ in de indicatiestelling opgeleverd. De vraag is nu wat dit betekent voor hoe de indicatiestelling effectief vormgegeven kan worden en hoe verschillende theorieën en onderzoeksgegevens zich tot elkaar verhouden. Er zijn uiteenlopende kaders en theorieën genoemd die eraan kunnen bijdragen dat de indicatiestelling goed verloopt.

De meest algemene conclusie die getrokken kan worden is dat de wijze waarop de indicatiestelling wordt uitgevoerd, ertoe doet. Een kwalitatief goede indicatiestelling heeft positieve gevolgen voor de behandeling (Poston & Hanson, 2010). In dit laatste deel van het rapport wordt een samenhangend beeld van wat werkt in de indicatiestelling geschetst. Er worden ook enkele kanttekeningen bij dit literatuuronderzoek geplaatst. Tot slot komt naar voren wat ervoor nodig is om dit in de jeugdzorg te realiseren: aanbevelingen voor de praktijk en voor verder onderzoek.

5.1 Effectiviteit van de indicatiestelling

Een aantal conclusies tekent zich af na het bestuderen van een breed spectrum aan literatuur over de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg en gezondheidszorg. Een effectieve indicatiestelling draagt eraan bij dat ouders en kinderen een effectief hulpaanbod krijgen. De indicatiestelling is dus geen op zichzelf staand proces, maar maakt deel uit van het hele hulpverleningsproces dat ouders en kinderen doorlopen wanneer zij problemen ervaren.

Het lijkt erop – in overeenstemming met eerdere vooronderstellingen – dat drie elementen bijdragen aan een effectieve indicatiestelling:

1. Professioneel indiceren: doelgericht, gestructureerd en transparant werken;
2. Evidence based indiceren: gebruik van up-to-date kennis over psychologische en pedagogische theorieën en over ‘wat werkt’;
3. Indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen.

In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op deze elementen.

5.1.1 Professioneel indiceren

Een professionele indicatiestelling houdt in dat de beslissing voor het meest gepaste hulpaanbod volgens een doelgericht en gestructureerd proces tot stand komt en dat de beslissing onderbouwd, toetsbaar en transparant is. Daarnaast houdt een professionele indicatiestelling rekening met de wettelijke kaders voor indicatiestelling en beroepscode. Instrumenten kunnen een hulpmiddel zijn in het gestructureerd beoordelen van de situatie van cliënten, omdat het hulpverleners wijst op de relevante informatie die zij voor hun oordeelsvorming nodig hebben.

Voor een doelgerichte en gestructureerde werkwijze is van belang dat hulpverleners voorafgaand aan hun diagnostiek een plan van aanpak opstellen. Daardoor kunnen zij doelgericht informatie verzamelen die bijdraagt aan hun besluitvorming. Een doelgerichte en gestructureerde werkwijze helpt ook om systematisch te reflecteren op de manier waarop het besluitvormingsproces is uitgevoerd. Dit kan eraan bijdragen dat hulpverleners van hun praktijkervaringen leren en die integreren in hun professionele kennis.

Als hulpverleners vervolgens hun oordeelsvorming en besluitvorming helder vastleggen, wordt die ook transparant en toetsbaar. In alle beroepscode wordt ook van hulpverleners verwacht dat zij in dossiers gegevens van hun cliënten vastleggen, zodat zij zich kunnen verantwoorden voor cliënten en collega's en informatie overdraagbaar is.

Door doelgericht, gestructureerd en transparant te indiceren kunnen hulpverleners in de indicatiestelling bijdragen aan de kennis over 'wat werkt', zodat de indicatiestelling steeds meer evidence based is. Daarvoor is het van belang dat hulpverleners niet alleen vooraf de aard en ernst van de problemen vaststellen, maar ook na afloop van de hulp onderzoeken wat de effecten van de hulp geweest zijn en in hoeverre ouders en kinderen nog steeds problemen ervaren. Dat vraagt ook om een goed ondersteunend ICT-systeem, waarmee hulpverleners de vastgestelde problemen, indicatiebesluiten en effecten van de hulp kunnen monitoren.

5.1.2 Evidence based indiceren

Evidence based indiceren betekent dat hulpverleners in hun besluitvorming relevante kennis uit wetenschappelijke bronnen, praktijkervaring en de ervaring van cliënten meenemen.

In de indicatiestelling is wetenschappelijke kennis nodig om vast te stellen of er een probleem is en kennis om te bepalen welk hulpaanbod het beste bij dat probleem past. Om vast te stellen of cliënten een probleem hebben en welke factoren dat probleem veroorzaken en in stand houden, hebben hulpverleners een gedegen theoretisch kader nodig. Voor de jeugdzorg zijn de ontwikkelings- en opvoedingsopgaven, het transactionele model en de systeemtheorie belangrijke kaders. Daarnaast kunnen ook richtlijnen voor de diagnostiek van specifieke stoornissen wijzen op aandachtspunten voor de vaststelling van stoornissen. Een gedeeld theoretisch kader kan bijdragen aan de uniformiteit van de besluitvorming.

Voor het bepalen van het juiste hulpaanbod hebben hulpverleners algemene kennis over 'wat werkt' bij veelvoorkomende problemen in de jeugdzorg nodig. Voor een aantal veelvoorkomende problemen in de jeugdzorg heeft het Nederlands Jeugdinstituut overzichten over 'wat werkt' gemaakt op basis van recente literatuur. Hulpverleners hebben training nodig om deze kennis in de indicatiestelling bij de individuele cliënt te kunnen toepassen. Toepassing bij de individuele cliënt vraagt van de hulpverlener dat hij waar nodig beredeneerd kan afwijken van algemene richtlijnen wanneer de situatie van de cliënt daarom vraagt.

Een veel gehoord probleem uit de praktijk is dat er nog zo weinig bekend is over 'wat werkt'. Dit is slechts ten dele waar. Voor een aantal veelvoorkomende problemen is er een duidelijk antwoord op de vraag 'wat werkt'. Het vormt veel meer een probleem dat deze overzichten in de praktijk nog weinig bekend zijn en nauwelijks gebruikt worden in de indicatiestelling. Er moet dan ook veel meer gezocht worden naar middelen waarmee hulpverleners eenvoudig in contact met cliënten kunnen beslissen welke interventie bij hen mogelijk het meeste effect heeft, gebaseerd op kennis over 'wat werkt' en afgestemd op de copingstijl, vaardigheden en andere sterke kanten van cliënten. Echter, voor een aantal problemen geldt inderdaad dat er nog weinig bekend is over 'wat werkt'. Dat blijkt ook uit enkele overzichten van het Nederlands Jeugdinstituut. Een advies om evidence based te indiceren klinkt dan mooi, maar is niet of slecht uitvoerbaar. Het gevolg hiervan kan zijn dat hulpverleners blijven afwachten totdat er meer onderzoek naar de effectiviteit van interventies is gedaan. Toch is dat niet de enige mogelijkheid. Waar wetenschappelijke kennis over 'wat werkt' ontbreekt, lijkt het vooral van belang om praktijkervaring van hulpverleners te expliciteren. Dat betekent dat hulpverleners op basis van hun theoretische kader een weloverwogen beslissing nemen over wat de beste aanpak is bij de problemen van een individuele cliënt. Door de vaak impliciete praktijkkennis van hulpverleners te systematiseren en inzichtelijk te maken neemt de kennis over 'wat werkt' toe. Door routinematig de indicatiebesluiten en effecten van de behandeling te monitoren ontstaat een dergelijke informatie-uitwisseling. De klinische cyclus van De Bruyn en collega's (2003) laat zien dat wederzijdse uitwisseling van kennis en ervaringen tussen indicatiestellers en behandelaars bijdraagt aan de effectiviteit van zowel de indicatiestelling als de behandeling. Als hulpverleners namelijk volgens een systematische werkwijze en op basis van relevante theorieën een beslissing over de meest geschikte hulp hebben genomen, laat het effect van de behandeling zien of de behandelmethode effectief is gezien de problematiek. Als de effectiviteit van een bepaalde behandelmethode voor een specifiek probleem bekend is, laten de uitkomsten van de behandeling zien of de indicatie juist was. Deze wederzijdse feedback levert belangrijke inzichten op in 'wat werkt'. Zo lang er nog weinig bekend is over 'wat werkt' voor specifieke doelgroepen is het belangrijk dat hulpverleners gestructureerd beslissingen nemen, zodat zij tot transparante en toetsbare besluiten komen. Door gestructureerd te beslissen en daarbij routinematig indicatiebesluiten en effecten van de behandeling te monitoren neemt de kennis over 'wat werkt' geleidelijk toe. Het systeem dat PracticeWise heeft ontwikkeld kan hieraan een bijdrage leveren. PracticeWise heeft een database met onderzoek naar effectieve interventies ontwikkeld waarin hulpverleners eenvoudig kunnen zoeken. Daaraan gekoppeld kunnen hulpverleners ook gebruik maken van elementen van interventies, die in korte handleidingen zijn beschreven. PracticeWise ontwikkelde ook een clinical dashboard (behandelmonitor) om de resultaten van de behandeling en ingezette behandel-elementen te monitoren.

Niet alleen de hulpverlener, maar ook ouders en kinderen hebben ideeën over hoe hun problemen zijn ontstaan en hoe die het beste te verhelpen zijn. Daarom is het belangrijk om de ervaring van cliënten in de besluitvorming mee te nemen. Hoe hulpverleners de ervaring van cliënten het beste kunnen verhelderen en meenemen in de besluitvorming, komt aan bod in de volgende paragraaf.

5.1.3 *Indicatiestelling in dialoog*

Indicatiestelling in dialoog met de cliënt is een proces waarin ouders, kinderen en de hulpverlener tot overeenstemming komen over wat de hulpvraag is (vraagverheldering), de probleemanalyse

(diagnostiek), wat de doelen van de hulp moeten zijn en hoe deze doelen bereikt kunnen worden. Indicatiestelling in dialoog is een gezamenlijk proces, waarin ouders, kinderen én hulpverlener een even belangrijk aandeel hebben. Door gezamenlijk de beslissing te nemen welke hulp het beste is, is de kans van slagen groter. Ouders en kinderen zijn meer gemotiveerd om actief mee te doen tijdens de behandeling en zijn minder snel geneigd voortijdig af te haken.

Een belangrijk aandachtspunt bij indicatiestelling in dialoog is dat ouders en kinderen daadwerkelijk invloed hebben op besluitvorming. Door zijn deskundigheid legt de hulpverlener gemakkelijk het meeste gewicht in de schaal. Een hulpverlener heeft de taak om ouders en kinderen te ondersteunen, zodat zij actief kunnen participeren. Daarvoor moet hij de informatie die nodig is om een goede beslissing te nemen, op begrijpelijke manier beschikbaar kunnen stellen.

Ongeacht de werkwijze in het proces van indicatiestelling, lijkt een aantal factoren van invloed te zijn om goede resultaten te bereiken bij ouders en kinderen:

- de therapeutische relatie: betrokkenheid en verbondenheid kenmerken een succesvolle alliantie tussen cliënt en hulpverlener;
- verwachtingen van de cliënt: de hoop op en dromen over verandering die een positieve en hoopvolle hulpverlener weet aan te wakkeren;
- de therapeutische techniek: vooral de verwachting van de hulpverlener dat een cliënt zijn problemen kan aanpakken en veranderen;
- cliënt factoren: de hulpverlener brengt de motivatie en sterke kanten die een cliënt kan gebruiken in het oplossen van de probleem, in kaart en weet die te versterken (Dumbrill, 2005; Miller & Rollnick, 2002; Turnell & Edwards, 1999).

Met vraaggericht werken, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en een activerende benadering zijn deze factoren te realiseren.

Een veel gehoorde vraag in de praktijk is hoe allerlei werkwijzen die gericht zijn op het versterken van motivatie en eigen kracht van cliënten zich tot elkaar verhouden. Door onduidelijkheid over de mogelijkheden krijgen sommige benaderingen – zoals de Eigen Kracht-conferentie en Signs of Safety – een bijna hype-achtig karakter, waarbij hulpverleners de ene na de andere training volgen, maar een goede implementatie en borging in het werkproces ontbreekt. Het gevolg hiervan is dat hulpverleners ‘trainingsmoe’ worden en teleurgesteld raken over de resultaten van het werken met deze werkwijzen, terwijl tegelijkertijd de mogelijkheden ervan niet goed benut worden. Elk van de werkwijzen – vraaggericht werken, motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken en activerend werken – heeft zijn eigen mogelijkheden en technieken om cliënten te activeren en motiveren in het proces van indicatiestelling. Er zijn belangrijke overeenkomsten en verschillen (voor een overzicht zie paragraaf 5.6) en het lijkt erop dat de werkwijzen elkaar goed kunnen aanvullen. De werkwijzen zijn op verschillende momenten in het proces van de indicatiestelling inzetbaar:

- *Motiverende gesprekstechnieken* zijn van belang in het begin van het proces, wanneer cliënten en hulpverlener zich een oordeel vormen over wat de problemen zijn en hoe ernstig die zijn. Motiverende gespreksvoering helpt om de cliënt inzicht te geven in de problemen en zijn bereidheid tot verandering te versterken. Als ouders en kinderen zich wellicht nog niet goed bewust zijn van welke problemen zij precies hebben of moeite hebben om in actie te komen en problemen daadwerkelijk aan te pakken, kunnen motiverende gesprekstechnieken hulpverleners helpen om ouders en kinderen tot actie te brengen. Overigens, ook later in het proces van indicatiestelling en hulpverlening, bijvoorbeeld



wanneer ouders en kinderen twijfelen over de uitkomsten van diagnostisch onderzoek of over de effectiviteit van de voorgestelde behandeling, kan motiverende gespreksvoering helpen om hen over de streep te trekken.

- Vervolgens – wanneer cliënten gemotiveerd zijn om te veranderen – is het belangrijk dat hulpverleners *oplossingsgerichte technieken* inzetten om samen met cliënten een plan te bedenken om de problemen aan te pakken. De oplossingsgerichte manier van werken is doelgericht: cliënten werken in een kleine stapjes toe naar het beoogde einddoel. Het oplossingsgericht werken sluit daarbij ook expliciet aan op de mogelijkheden van cliënten. Bij het bedenken van het plan wordt gekeken naar de vaardigheden en mogelijke hulpbronnen in het sociale netwerk waarover cliënten beschikken en hoe die ingezet kunnen worden om het probleem te verhelpen. Het oplossingsgericht werken vormt een goed middel om concrete en haalbare doelen te stellen en een aanpak te kiezen die aansluit bij de sterke kanten en hulpbronnen van ouders en kinderen. Signs of Safety is eveneens een manier van oplossingsgericht werken, maar vestigt daarbij expliciet de aandacht op de veiligheid van het kind.
- De *Eigen Kracht-conferentie* biedt vervolgens de mogelijkheid om het sociale netwerk expliciet in dit proces te betrekken. Met de Eigen Kracht-conferentie wordt het sociale netwerk rondom een gezin geactiveerd, waardoor er mogelijk minder professionele hulp nodig is en resultaten van hulp wellicht ook op langere termijn geborgd kunnen worden.

De veiligheid van kinderen vraagt extra aandacht in een indicatiestelling in dialoog. Het vraagt vaardigheid van de hulpverlener om samenwerking te bevorderen en tegelijkertijd de veiligheid te waarborgen. Als de veiligheid van het kind in het geding is, hebben ouders slechts beperkte onderhandelingsruimte over de manier waarop zij hun problemen willen aanpakken. Zowel de Deltamethode als Signs of Safety is een werkwijze die hiermee rekening houdt. Zij bieden concrete aanwijzingen voor hulpverleners hoe zij enerzijds gezinnen kunnen motiveren tot samenwerking en anderzijds de veiligheid van het kind in het vizier kunnen houden (PI-Research & Adviesbureau Van Montfoort, 2009; Trotter, 2002; Turnell & Edwards, 1999). Met de veiligheid van het kind als uitgangspunt gaat een hulpverlener met het gezin een samenwerkingsrelatie aan. Samen kunnen zij zoeken naar de beste oplossing om de veiligheid van het kind (weer) zeker te stellen. Daarbij is het van belang dat hulpverleners goed in staat zijn positieve ontwikkelingen bij de ouders te belonen en stimuleren (Trotter, 2002; Turnell & Edwards, 1999).

5.1.4 Samenhangende werkwijze voor de indicatiestelling

Een vraag die nog rest, is hoe de drie elementen van een effectieve indicatiestelling – professioneel, evidence based en in dialoog met ouders en kinderen – samengebracht kunnen worden, zodat een samenhangende werkwijze voor de indicatiestelling ontstaat. Hulpverleners blijken er moeite mee te hebben om de samenhang tussen verschillende werkwijzen te ontdekken en nieuwe vaardigheden te integreren in hun bestaande manier van werken.

Professioneel en in dialoog indiceren

Belangrijke kaders voor professioneel handelen, zoals de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek, wijzen op het belang om cliënten te betrekken in de besluitvorming. Toch is hierin niet uitgewerkt hoe hulpverleners de dialoog met ouders en kinderen het beste kunnen

aangaan. Zo stellen De Bruyn en anderen (2003) dat hulpverleners dienen te beschikken over contactuele vaardigheden in het omgaan met cliënten, maar besteden nauwelijks aandacht aan een concretere beschrijving van de inhoud van deze contactuele vaardigheden. Uit de literatuur blijkt dat voor de dialoog in de indicatiestelling vraaggerichte, motiverende, oplossingsgerichte en activerende benaderingen goede hulpmiddelen zijn. Het gaat daarin niet zozeer om de technieken en trucjes als wel om een attitude van nieuwsgierigheid en respect voor ouders en kinderen die hulpverleners zich daarmee eigen maken. Sterk aan de diagnostische cyclus en de handelingsgerichte diagnostiek is wel dat ze een structuur voor het proces van beoordelen en beslissen bieden, waarin hulpverleners de motiverende, oplossingsgerichte en activerende technieken kunnen inbedden. Zo ligt bij de start van het indicatieproces de nadruk op het motiveren, dat verschuift naar oplossingsgerichte gesprekstechnieken als ouders en kinderen beslissen over de meest geschikte hulp voor de aanpak van hun problemen. In de laatste fase van het besluitvormingsproces is het belangrijk hierbij activerende technieken in te zetten, zodat ook het netwerk van een gezin betrokken raakt bij de oplossing.

Professioneel en evidence based indiceren

De Bruyn en collega's (2003) veronderstellen dat hulpverleners in de diagnostische cyclus gebruik maken van relevante kennis, kortom evidence based beslissen over de meest geschikte hulp. De manier waarop het gebruik van (wetenschappelijke) kennis in de diagnostische cyclus is geïntegreerd, is lastig in te passen in het werk van hulpverleners van alledag doordat de procedure van hypothese toetsend werken vrij complex is. Daarbij is een belangrijke professionele voorwaarde in de diagnostische cyclus dat de hulpverlener in staat is wetenschappelijk onderzoek te lezen en beoordelen. Het evidence based werken met hbo-opgeleide hulpverleners in de jeugdzorg staat nog in de kinderschoenen. Een minimale vereiste is dat hulpverleners beschikken over een gedegen theoretisch kader over jeugd en opvoeding en over kennis over 'wat werkt'. Meer concreet betekent dit dat hulpverleners kennis over opvoedings- en ontwikkelingstaken, de transactionele theorie en systeemtheorie nodig hebben. Daarnaast zijn ze op de hoogte van recente inzichten in welke hulp effectief is bij veel voorkomende problemen. Deze kennis samen met een gestructureerd besluitvormingsproces helpt hen om systematisch en goed onderbouwd te beoordelen wat er aan de hand is en welke hulp (mogelijk) de meeste kans van slagen heeft.

Evidence based en in dialoog indiceren

Een zwakke kant van alle benaderingen voor indiceren in dialoog is dat het weinig recht doet aan de kennis en inzichten die de hulpverlener in huis heeft. Door vooral de ervaring van ouders en kinderen te benadrukken gaan deze methoden voorbij aan het geheel van evidence based werken: evidence based werken is een combinatie van de wetenschappelijke kennis en praktijkervaring van de hulpverlener en de ervaring van cliënten.

Een probleem waar sommige hulpverleners dan ook tegenaan lopen is de combinatie van evidence based indiceren – in de zin van wetenschappelijk verantwoord werken – en indicatiestelling in dialoog. Zij menen dat evidence based indiceren en indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen niet samengaan. Zij denken dat zij niet met gezinnen kunnen samenwerken als zij evidence based werken, omdat zij in dat geval aanbodgericht zouden indiceren. En andersom, als zij uitgaan van een positieve samenwerkingsrelatie, dat het niet mogelijk is om evidence based interventies te indiceren. Vraaggericht indiceren kan volgens hen leiden tot een attitude van: 'U vraagt, wij draaien'.



Omdat zij moeite hebben dit dilemma op te lossen en denken dat evidence based en in dialoog indiceren haaks op elkaar staan, kiezen zij ervoor om het een of het ander te doen.

Echter, niets is minder waar. Evidence based indiceren en indiceren in dialoog zijn goed te combineren. Volgens diverse auteurs (zie o.a. Hackett, 2003; Hamilton, 2004) getuigt het juist van daadwerkelijk evidence based werken van de hulpverlener als hij zijn deskundigheid – dat wil zeggen zowel praktijkervaring als empirisch onderzoek – weet te combineren met een goede samenwerkingsrelatie. Uit onderzoek blijkt ook dat cliënten zowel een positieve relatie met de hulpverlener als zijn deskundigheid van belang vinden in hun oordeel over de kwaliteit van de hulpverlening (Ramos, Stams, Stoel, Faas, Van Yperen & Dekovic, 2006). Hamilton (2004) meent dat evidence based denken – naast een empathische houding – zelfs waardevol kan zijn voor het opbouwen en in stand houden van een samenwerkingsrelatie met ouders en kinderen. De inbreng van de deskundigheid van de hulpverlener draagt juist bij aan een positieve relatie met cliënten en hun motivatie voor hulp, wat de kans op een succesvol verloop van de behandeling vergroot (Ramos et al., 2006; Stams, Buist, Dekovic & De Kroon, 2005; Van Yperen et al., 2003).

Hoe kunnen hulpverleners motiverende gesprekstechnieken gebruiken bij het evidence based indiceren? Hoe kunnen zij hun deskundigheid over ‘wat werkt’ inzetten binnen een oplossingsgerichte manier van indiceren, waarbij ouders en kinderen zelf een plan bedenken om hun problemen aan te pakken en waarbij ook hun sterke kanten ingezet worden? Hamilton (2004) laat zien hoe hulpverleners evidence based kunnen werken en tegelijkertijd de samenwerking met ouders en kinderen kunnen vormgeven. Een combinatie van oplossingsgerichte en motiverende gesprekstechnieken met evidence based indiceren vraagt van hulpverleners dat zij op een heldere manier hun kennis – zowel wetenschappelijke als praktijkkennis – met ouders en kinderen kunnen bespreken. Dit geldt zowel voor het bespreken van wat er aan de hand is als voor het bepalen wat de meest geschikte hulp is. Er mag van hulpverleners verwacht worden dat zij in alledaagse bewoordingen ouders en kinderen kunnen wijzen op informatie die voor de beoordeling en beslissing relevant is. De hulpverlener vormt als het ware de brug tussen wat er uit onderzoek en praktijkervaring bekend is over welke hulp het beste werkt en de cliënt. Het versterkt de samenwerking als de hulpverlener op een transparante manier de keuzes over de mogelijk in te zetten behandeling met ouders en kinderen bespreekt. Het vergroot de kans dat zij overeenstemming bereiken en voorkomt weerstand bij cliënten (Hamilton, 2004).

Een zorgvuldige en begrijpelijke discussie over relevante wetenschappelijke en praktijkkennis van de hulpverlener kan op vier manieren de samenwerking versterken:

1. Transparantie:

De evidence based dialoog helpt om transparant te werken. Door met elkaar in gesprek te gaan krijgen ouders en kinderen inzicht in de beweegredenen van de hulpverlener om een bepaalde hulpvorm te adviseren. Als een hulpverlener duidelijk zijn standpunt kan uitleggen, kunnen ze gezamenlijk tot een oordeel komen over wat het probleem is en welke hulp het beste werkt (Hamilton, 2004).

2. Een objectief kader:

Het evidence based denken biedt een objectief kader voor het interpreteren van relevante informatie. Het evidence based denken biedt richtlijnen om de waarde van onderzoeksgegevens vast te stellen. Hulpverleners en cliënten kunnen samen gevonden informatie langs deze meetlat leggen om te beoordelen wat de beste methode is voor de aanpak van de problemen. Dit maakt

het gemakkelijker om tot overeenstemming te komen. Zo leggen resultaten van een Randomized Controlled Trial in het algemeen meer gewicht in de schaal dan die van een casestudie, waarbij alleen de behandeling van een enkele cliënt beschreven is. Dat betekent dat hulpverleners cliënten kunnen helpen om te onderzoeken wat het beste werkt en onderzoeksresultaten met elkaar te vergelijken wanneer hulpverleners en cliënten van mening verschillen over welke hulp het beste is. Evidence based indiceren maakt het gemakkelijker om aan de cliënt uit te leggen wat naar het oordeel van de hulpverlener de hulp is die de meeste kans van slagen heeft (Hamilton, 2004).

3. Creëren van realistische verwachtingen:

Een hulpverlener helpt ouders en kinderen om realistische verwachtingen van de behandeling te hebben, als hij zijn inzichten over de mogelijke effecten van de behandeling deelt (Hamilton, 2004).

Met motiverende en oplossingsgerichte gesprekstechnieken kunnen hulpverleners bevorderen dat ouders en kinderen zelf mogelijke oplossingen aandragen. Hamilton (2004) merkt op dat het niet in alle gevallen zin heeft om met ouders en kinderen te praten over wat evidence based behandelingen zijn. Als ouders boos, geërgerd of vijandig reageren, is het tamelijk zinloos. Deze ouders zullen er mogelijk alles aan doen om de hulpverlener te bewijzen dat hij ongelijk heeft en dat de voorgestelde (effectieve) behandeling bij hen niet werkt. Ouders kunnen dit bijvoorbeeld doen door negatieve reacties bij hun kind uit te lokken waarmee aangetoond wordt dat de behandeling of medicatie niet helpt. Evidence based werken kan in dat geval ook betekenen dat een hulpverlener een wellicht minder effectief hulpaanbod indiceert dat aansluit op de hulpvraag en wensen van de cliënt om te voorkomen dat een cliënt afhaakt en helemaal geen hulp ontvangt (Gira et al., 2004).

Door een duidelijke uitleg over de inzichten van de hulpverlener en door motiverende en oplossingsgerichte technieken in te zetten ontstaat een gesprek tussen de hulpverlener en ouders en kinderen over de problematiek en mogelijke oplossingen, waarin zowel relevante wetenschappelijke en praktijkkennis als de dialoog zijn plek heeft. Door de combinatie van evidence based en in dialoog indiceren komt een gezamenlijke beslissing tot stand waarin de kans groot is dat er hulpverleners een zo effectief mogelijk hulpaanbod adviseren en ouders en kinderen gemotiveerd zijn voor deze hulp.

5.2 Kanttekeningen

Een paar kanttekeningen is op zijn plaats voordat er conclusies getrokken worden. Ten eerste, gezien de lengte van dit rapport lijkt er veel informatie beschikbaar te zijn over wat werkt in de indicatiestelling. Toch is dit deels schijn. Mash en Hunsley (2005) concluderen dat er weinig bekend blijkt te zijn over hoe evidence based beoordelings- en besluitvormingsprocessen eruit zien. Naar deelaspecten, zoals het gebruik van diagnostische instrumenten, is onderzoek gedaan. Maar het effect van de manier waarop het proces van de indicatiestelling verloopt, op de uitkomsten van de behandeling van ouders en kinderen is onduidelijk. Dit bevestigt de conclusie van dit rapport dat er nog veel onduidelijk is over effectiviteit van het besluitvormingsproces van hulpverleners. De wetenschappelijke literatuur over de jeugdzorg – en dan met name de Nederlandse jeugdzorg – kent veel meer onderzoek dat de tekortkomingen van de indicatiestelling aantoonst dan onderzoek dat de resultaten van verbeteropgaven laat zien. Hoewel een analyse van tekortkomingen

aanknopingspunten voor verbetering kan bieden, kan niet automatisch geconcludeerd worden dat de gedane aanbevelingen in dergelijke rapporten daadwerkelijk tot een verbetering leiden. Er is weinig daadwerkelijk onderzoek verricht naar mogelijkheden om de indicatiestelling te verbeteren. Zo is er nog vrij weinig bekend over de effecten van gestructureerd beslissen op de uitkomsten voor cliënten. Ook over het indiceren in dialoog met ouders en kinderen is weinig bekend. De reden dat er zo weinig onderzoek naar besluitvormingsprocessen gedaan wordt, is dat ze vaak niet helder genoeg zijn beschreven om ze met wetenschappelijk onderzoek goed te kunnen evalueren (Mash & Hunsley, 2005). Een groot deel van dit rapport is dan ook gebaseerd op theorievorming, waarbij logisch doorredenerend verondersteld wordt dat bepaalde theorieën ook in het proces van indicatiestelling van toepassing zijn.

Ten tweede, in dit rapport is aangenomen dat het proces van indicatiestelling bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling van ouders en kinderen. Er is echter nog nauwelijks bewijs dat de manier waarop het proces van diagnostiek en indicatiestelling wordt uitgevoerd, de uitkomsten van de behandeling beïnvloedt (Mash & Hunsley, 2005). Mash en Hunsley (2005) concluderen dat er weinig gedegen onderzoek naar de kwaliteit van het proces van diagnostiek en indicatiestelling is gedaan. Zij menen ook dat de diagnostiek voorafgaand aan de behandeling vaak weinig directe relevantie heeft voor de behandeling, terwijl ander onderzoek ook laat zien dat een juiste diagnose bijdraagt aan de motivatie van cliënten voor de behandeling en de feitelijke uitkomsten van die behandeling (JensenDoss & Weisz, 2008). De conclusies in dit rapport zijn dan ook voorlopige conclusies. Onderzoek moet bevestigen of de genoemde drie elementen de effectiviteit van de indicatiestelling vergroten en bijdragen aan de uitkomsten van de behandeling.

Een derde kanttekening is dat er in dit literatuuronderzoek vooral veel gebruik gemaakt is van kennis uit aanpalende werkvelden, zoals de medische sector en de geestelijke gezondheidszorg. Dit levert belangrijke inzichten op in de mogelijkheden voor verbetering. De manier waarop hulpverleners deze inzichten in de jeugdzorg kunnen toepassen, is echter niet altijd even gemakkelijk te vinden. De medische sector is bijvoorbeeld al aanzienlijk verder qua inzicht in de manier waarop empirisch bewijs in de praktijk van artsen kan worden geïntegreerd. In de medische sector wordt veel systematischer onderzoek gedaan naar de effecten van geneesmiddelen. De kennis over 'wat werkt' is daar dus verder ontwikkeld dan in de jeugdzorg. Inzichten uit de medische sector over het gebruik van kennis over 'wat werkt' in de praktijk zijn dan ook niet één op één over te brengen naar de jeugdzorg. Het vergt een nauwgezette analyse van de werkwijze van hulpverleners in de jeugdzorg om inzicht te krijgen in de manier waarop zij kennis over 'wat werkt' het beste kunnen gebruiken, wat zij in de praktijk daarvan al doen en wat ontwikkeld moet worden. Stapsgewijs verbeteren van de praktijk waarbij aangesloten wordt bij wat hulpverleners al doen, lijkt een betere methode voor de implementatie van veranderingen in de praktijk dan rigoureuus het stuur omgooien en de werkwijze in één keer drastisch te veranderen.

Rekening houdend met deze kanttekeningen kan de conclusie getrokken worden dat een indicatiestelling die bijdraagt aan de kans van slagen van de behandeling, voldoet aan een aantal kenmerken:

1. De indicatiestelling is doelgericht, gestructureerd en transparant.
2. De indicatiestelling is voor het beoordelen van de problematiek gebaseerd op relevante theorieën over de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en voor het beslissen op up-to-date kennis over 'wat werkt'.

3. De indicatiestelling is in dialoog met ouders en kinderen uitgevoerd met gebruikmaking van technieken uit de motiverende gespreksvoering, oplossingsgerichte therapie (o.a. Signs of Safety) en activerende benaderingen (o.a. Eigen Kracht-conferentie).

5.3 Aanbevelingen voor verbetering

Dit rapport heeft een beeld opgeleverd van de beschikbare kennis en inzichten op het terrein van de indicatiestelling. Wat het duidelijk maakt, is dat er nog veel voor verbetering vatbaar is, zowel op onderzoeksgebied als in de praktijk. In een tijd waarin de roep om evidence based te werken in de jeugdzorg steeds sterker wordt, mag aandacht voor de indicatiestelling als voorwaarde voor een effectieve behandeling niet ontbreken. Hieronder volgen aanbevelingen voor de praktijk waarin indicatiestelling plaatsvindt en voor verder onderzoek.

5.3.1 Aanbevelingen voor de praktijk

Voor een verbetering van de praktijk is er een aantal aandachtspunten.

Aanbeveling 1: Uitwerking van het besluitvormingsproces met evidence based kennis

Wat de praktijk nodig heeft is een helder uitgewerkt besluitvormingsproces waarin kennis over actuele theorieën en up-to-date kennis over ‘wat werkt’ is opgenomen. Belangrijk is het hierbij rekening te houden met de kennis en vaardigheden van de hulpverleners die de indicatiestelling uitvoeren. Op dit moment zijn dit vooral HBO-geschoolde maatschappelijk werkers die langs de zijlijn ondersteund worden door een gedragswetenschapper. Hun kennis over theorieën rondom de opvoeding en ontwikkeling van kinderen en over ‘wat werkt’ is beperkt. Bruikbare kennis over ‘wat werkt’ betekent voor hen waarschijnlijk dat in heldere richtlijnen is vastgelegd welke hulp bij welke problemen en bij welke ouders en kinderen effectief is. Gedragswetenschappers hebben in hun opleiding meer kennis over relevante theorieën aangeboden gekregen en zijn beter opgeleid om relevante literatuur over ‘wat werkt’ te zoeken, interpreteren en in hun casuïstiek toe te passen. De werkwijze voor de indicatiestelling moet aansluiten op de kennis en vaardigheden van de gebruikers, hetzij maatschappelijk werkers, hetzij gedragswetenschappers.

Aanbeveling 2: Inbedding van instrumenten in werkproces

Ook het gebruik van een ondersteunend instrumentarium is in de uitwerking van het besluitvormingsproces van belang. Hulpverleners blijken in de praktijk weinig gebruik te maken van vragenlijsten om zich een helder oordeel over de problemen te vormen, terwijl er allerlei kwalitatief goede instrumenten beschikbaar zijn (zie de [Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden](#)). Het is nodig dat de ingezette instrumenten goed ingebed zijn in het werkproces, zodat ze hulpverleners daadwerkelijk ondersteunen in hun besluitvormingsproces. Dit betekent dat het voor hulpverleners duidelijk is waarvoor de instrumenten bruikbaar zijn en op welke manier ze een optimaal resultaat in het werkproces opleveren. Dit vraagt een goede instructie in het gebruik van instrumenten en goede gespreksvaardigheden om een instrument bij ouders en kinderen te introduceren en de resultaten te bespreken. Hulpverleners hebben een heldere visie nodig op het nut van instrumenten in het besluitvormingsproces.

Aanbeveling 3: Inbedding van kennis over ‘wat werkt’



Voor een beter gebruik van kennis over ‘wat werkt’ is het nodig richtlijnen, eventueel in combinatie met een beslissingsondersteunend computerprogramma, te ontwikkelen. Het Nederlands Jeugdinstituut is in samenwerking met en op initiatief van de beroepsverenigingen NVMW, NIP, NVO en PHORZA bezig met het ontwikkelen van richtlijnen voor de jeugdzorg.

Het is noodzakelijk kennis over ‘wat werkt’ via effectieve implementatiestrategieën te verspreiden en in het besluitvormingsproces in te bedden met behulp van een beslissingsondersteunend systeem. Een concreet voorbeeld hiervan is het systeem van PracticeWise (www.practicewise.com). Dit maakt kennis over ‘wat werkt’ gemakkelijk toegankelijk in de dagelijkse praktijk. Om de toepassing in de praktijk te bevorderen is het belangrijk dat een hulpmiddel, zoals een beslissingsondersteunend computerprogramma of een naslagwerk up-to-date is, zodat hulpverleners niet werken met verouderde kennis. Dit vereist dat nieuwe kennis gemakkelijk toegevoegd kan worden aan een dergelijk hulpmiddel. Het verhoogt de bruikbaarheid als de algemene kennis over ‘wat werkt’ in een dergelijk hulpmiddel gekoppeld is aan specifiek aanbod dat in de regio beschikbaar is, zodat hulpverleners niet zelf een verbinding hoeven te leggen tussen hun algemene kennis over ‘wat werkt’ en de beslissing over wat het meest geschikte hulpaanbod is.

Voor de implementatie is het noodzakelijk een combinatie van strategieën in te zetten (Gira, Kessler, & Poertner, 2004; Stals, Van Yperen, Reith, & Stams, 2008). Het is niet waarschijnlijk dat een enkele methode effectief is om een gedragsverandering van hulpverleners te bewerkstelligen. De beste effecten op gedragsverandering van hulpverleners blijken ‘continuing education’ (workshops met activiteiten in kleine groepen en praktijksessies), ‘educational outreach visits (een getraind persoon die praktijkwerkers opzoekt en informatie geeft om hun werkwijze te veranderen) en ‘audit en feedback’ (onderzoeken van de dagelijkse praktijk en vergelijken in hoeverre de praktijk overeenkomt met best evidence) te hebben. Een combinatie van strategieën afgestemd op het motivatiestadium waarin de hulpverlener verkeert, lijkt het beste te werken.

Aanbeveling 4: Ontwikkeling van werkwijze voor veiligheid van kind, omgeving en hulpverlener

Bij de start van het literatuuronderzoek werd verondersteld dat oog voor de veiligheid van het kind, de omgeving en de hulpverlener een kwaliteitsaspect van de indicatiestelling was. In dit literatuuronderzoek is niet specifiek naar literatuur hierover gezocht. Met de algemene zoektocht naar literatuur over besluitvorming is deze informatie nauwelijks boven water gekomen. De vraag blijft in hoeverre de principes van professioneel en evidence based indiceren en indiceren in dialoog opgaan voor situaties waar de veiligheid van het kind in het gezin in het geding is, een kind een bedreiging voor de veiligheid van de omgeving vormt of er risico’s voor de veiligheid van de hulpverlener bestaan. Welke bijzondere aandachtspunten of uitzonderingen zijn er voor de indicatiestelling in dergelijke situaties? Verder onderzoek en ontwikkeling van een werkwijze bij het beslissen over de veiligheid van kinderen, de omgeving en de hulpverlener is hiervoor nodig.

Aanbeveling 5: Ontwikkeling van en training in indiceren in dialoog

Voor het handelingsproces in de indicatiestelling is het belangrijk dat hulpverleners leren om ouders en kinderen te betrekken in de besluitvorming, zodat zij beslissingen daadwerkelijk in dialoog nemen. Dit vraagt een verandering in hun attitude, kennis en vaardigheden. Een verandering in de attitude betekent dat hulpverleners open staan voor ouders en kinderen en hun ideeën en suggesties over hoe zij de problemen het beste kunnen aanpakken, serieus nemen. Om het evidence based

werken daarin overeind te houden is het belangrijk dat hulpverleners leren om hun kennis over ‘wat werkt’ met gezinnen te bespreken. Voorwaarden daarvoor zijn dat zij beschikken over een goede kennis over ‘wat werkt’ voor specifieke problemen en goede gespreksvaardigheden om dit helder uit te leggen aan gezinnen. Tegelijkertijd hebben zij voor een indicatiestelling in dialoog gespreksvaardigheden nodig waarmee zij de hulpvraag en wensen van ouders en kinderen boven tafel krijgen. Daarvoor zijn onder andere motiverende en oplossingsgerichte technieken geschikt. Het vereist een goede training van hulpverleners in deze specifieke gesprekstechnieken, waarbij oog is voor de onderlinge samenhang ervan en de momenten waarop de ene of de andere techniek meer geschikt is.

Aanbeveling 6: Gespreksvoering met kinderen

Voor de indicatiestelling in dialoog waarbij ook kinderen daadwerkelijk betrokken zijn, is het van belang om gespreksvoering met kinderen verder te ontwikkelen en hulpverleners daarin te trainen. Een aandachtspunt hierbij is dat hulpverleners kinderen op een leeftijdsadequate manier aanspreken en betrekken bij de besluitvorming. Het lijkt erop dat kinderen nu nog nauwelijks betrokken zijn. In een indicatiestelling in dialoog is het niet acceptabel dat kinderen die te maken krijgen met een beslissing die impact op hun leven heeft, geen invloed hebben op de besluitvorming.

5.3.2 Aanbevelingen voor onderzoek

Ook als het gaat om onderzoek is er een aantal aanbevelingen te doen. Het voorliggende overzicht van ‘wat werkt’ in de indicatiestelling laat zien dat er nog veel onduidelijkheden zijn.

Aanbeveling 1: Onderzoek naar gestructureerd beslissen

In de eerste plaats is er nader onderzoek nodig naar de effecten van gestructureerde besluitvorming in de indicatiestelling. Leidt dit tot meer uniforme en transparante beslissingen? Een eerste aanzet om antwoord te krijgen op de vraag wat de effecten van gestructureerde besluitvorming zijn, wordt gedaan in een door ZonMw gefinancierd onderzoek bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. De resultaten hiervan zijn naar verwachting in het najaar van 2011 beschikbaar.

Aanbeveling 2: Onderzoek naar indicatiestelling in dialoog

In de tweede plaats is er ook over de mogelijkheden en effecten van indicatiestelling in dialoog nog veel onduidelijk. Er is weinig onderzoek gedaan naar het meebeslissen van ouders en kinderen over de gewenste behandeling en de impact ervan op de uitkomsten van de behandeling. Zorgt een indicatiestelling in dialoog ervoor dat ouders en kinderen beter gemotiveerd deelnemen aan de behandeling en minder vaak voortijdig afhaken? Zorgt een dergelijke benaderingswijze wellicht ook ervoor dat ouders en kinderen meer de regie over hun eigen leven houden? Naar verwachting levert een indicatiestelling in dialoog met ouders en kinderen op dat zij de regie over hun eigen leven houden en alleen daar waar nodig professionele hulpverleners inschakelen om problemen aan te pakken. Regie over hun eigen leven betekent in dat geval ook dat zij gemotiveerd zijn om problemen aan te pakken op een manier die bij hen past.

Aanbeveling 3: Onderzoek naar ‘wat werkt in indicatiestelling’

Tot slot is onderzoek nodig naar wat een indicatiestelling die rekening houdt met principes van professioneel, evidence based en in dialoog met ouders en kinderen indiceren, oplevert in termen van effectiviteit van de behandeling. Welke invloed heeft het proces van indicatiestelling op de behandeling van ouders en kinderen met problemen? Zorgt het ervoor dat ze beter gemotiveerd zijn en de kans op voortijdig stoppen met de behandeling kleiner wordt? Leidt dit tot betere uitkomsten van de behandeling? Voor ouders en kinderen start het hulpverleningsproces niet bij het begin van de behandeling, maar bij het proces van diagnostiek en indicatiestelling. Ook al zitten daar overdrachtsmomenten van de ene naar de andere organisatie in door de versnippering van het jeugdzorgstelsel, voor hen is het een doorlopend proces. Dit doet veronderstellen dat algemeen werkzame principes in de behandeling deels ook gelden voor de indicatiestelling en dat de effecten van de behandeling versterkt worden als deze algemeen werkzame principes in de werkwijze voor de indicatiestelling beter uitgewerkt zijn.

Geconcludeerd kan worden dat wat het proces van indicatiestelling effectief maakt en hoe dit bijdraagt aan de effectiviteit van de behandeling, – wetenschappelijk gezien – nog redelijk onontgonnen terrein is. Te verwachten is dat de effecten van de hulpverlening verbeteren wanneer hulpverleners een expliciet theoretisch kader en kennis over ‘wat werkt’ hebben en samen met ouders en kinderen beslissingen nemen over de meest geschikte hulp.

6 Literatuur

- AEgisdottir, S., White, M. J., Spengler, P. M., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., et al. (2006). The meta-analysis of clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction stefania AEgisdottir. *The Counseling Psychologist*, 34(3), 341-382.
- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266.
- Baecke, J.A.H., Bremmer, P. & Glas, M.H. (2006). *Evaluatieonderzoek wet op de jeugdzorg. Eindrapport*. Leusden: BMC.
- Baecke, J.A.H., Boer, R. de, Bremmer, P.J.J., Duenk, M., Kroon, D.J.J., Loeffen, M.M., Mobach, C.E. & Schuyt, M. (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg. Eindrapport*. Leusden: BMC.
- Bakker, I. e.a. (1998). *O&O in Perspectief*. Utrecht: NIZW.
- Bakker, J.M. & Bannink, F.P. (2008). Oplossingsgerichte therapie in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 55-59.
- Bartelink, C. (2009). Motiverende gespreksvoering stimuleert verandering: Hulpverlener kan weerstand tegen verandering overwinnen. *Jeugd en Co Kennis*, 3 (4), 29-28.
- Bell, I., & Mellor, D. (2009). Clinical judgements: Research and practice. *Australian Psychologist*, 44(2), 112-121.
- Berben, E., Konijn, C., Verheij, F., Donker, M., Steketee, M., Roede, E., et al. (1997). *Grenslakproblematiek in de jeugdzorg*. Rotterdam/Amsterdam: Erasmus Universiteit/Universiteit van Amsterdam.
- Berben, E.G.M.J. (2000). *Als iedereen hetzelfde was... Indicietelling in de jeugdzorg*. Maastricht: Shaker Publishing B.V.
- Berge, I. J. ten (1998). *Besluitvorming in de kindbeschermtng. de ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de raad voor de kindbeschermtng*. Delft: Eburon.
- Berge, I.J. ten (2009). *Ouders en kinderen hebben recht op transparante besluitvorming. Eindrapport deskundigheidsbevordering Onderzoek, Risicotaxatie en Besluitvorming voor de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (ORBA)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I.J., Bartelink, C. & Kwaadsteniet, L. de (2011). *Beter beslissen over kindermishandeling: Onderzoek naar de effecten van gestructureerde oordeelsvorming middels ORBA*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berge, I.J ten & Vinke, A. (2006). *Beslissen over vermoedens van kindermishandeling: Handreiking en hulpmiddelen voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht/Woerden: NIZW Jeugd/Adviesbureau Van Montfoort.
- Berger, M.A., Berge, I.J. ten & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*, 58(10), 1199-1212.
- Boendermaker, L. (2008). *Wat werkt bij gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Boendermaker, L., Veldt, M.C. van der & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW).
- Bruyn, E. E. J. de, Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & Aarle, E. J. M. van (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Budd, K. S. (2005). Assessing parenting capacity in a child welfare context. *Children and Youth Services Review*, 27(4), 429-444.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Calder, M. C., & Hackett, S. (2003). *Assessment in child care: Using and developing frameworks for practice*. Lyme Regis (Dorset): Russell House Publishing.
- Cashmore, J. (2002). Promoting the participation of children and young people in care. *Child Abuse & Neglect*, 26(8), 837-847.
- Cassin, S. E., Ranson, K. M. von, Heng, K., Brar, J., & Wojtowicz, A. E. (2008). Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 417-425.
- Chanut, F., Brown, T. G., & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(9), 548-554.
- Chorpita, B.F., Bernstein, A., & Daleiden, E.L. (2011). Empirically guided coordination of multiple evidence-based treatments: An illustration of relevance mapping in children's mental health services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 470-480.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566-579.
- Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2010). Building evidence-based systems in children's mental health. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 482-499). New York: Oxford University Press.
- Chorpita, B.F., Daleiden, E.L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K.D., Nakamura, B.J. et al. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 154-172.
- Chorpita, B.F., & Weisz, J.R. (2009). MATCH-ADTC: Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct problems. Satellite Beach (FL): PracticeWise.
- Choy, J., Pont, S. & Doreleijers, T. (2003). *Moet-willige hulpverlening. Systeemtheoretische methodiek voor gezinsvoogden en jeugdreclasserders*. Amsterdam: SWP.
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682-1689.
- Dean, H. Y., Touyz, S. W., Rieger, E., & Thornton, C. E. (2007). Can motivational enhancement therapy improve a cognitive behaviourally based inpatient program for eating disorders? In D. A. Einstein (Ed.), *Innovations and advances in cognitive behaviour therapy* (pp. 171-183). Bowen Hills, QLD, Australia: Australian Academic Press.
- Delicat, J.W. & Pijnenburg, H.M. (2002). *Samenwerken? Samen doen!* Den Haag / Nijmegen: Landelijk Platform Jeugdzorg / Praktikon.

- Dishion, T. J., & Kavanagh, K. (2003). Intervening in adolescent problem behavior: A family-centered approach. (2003). *Intervening in Adolescent Problem Behavior: A Family-Centered Approach*. Xi, 243 Pp. New York, NY, US: Guilford Press,
- Dumbrill, G. C. (2005). *Child welfare in ontario: Developing a collaborative intervention model*. Toronto: Ontario Association of Children's Aid Societies.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725-1742.
- Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 37-52.
- Eijgenraam, K. (2006). *Beslissen is een werkwoord: handreikingen voor het besluitvormingsproces in bureau jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Evans, S. W., & Youngstrom, E. (2006). Evidence-based assessment of attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Measuring outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(9), 1132-1137.
- Fletcher, J. M., Francis, D. J., Morris, R. D., & Lyon, G. R. (2005). Evidence-based assessment of learning disabilities in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 506-522.
- Gambrill, E. (2005). *Critical thinking in clinical practice: Improving the quality of judgments and decisions*. Hoboken (New Jersey): Wiley.
- Gambrill, E., & Shlonsky, A. (2000). Risk assessment in context. *Children and Youth Services Review*, 22(11-12), 813-837.
- Garb, H. N. (1998). Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment. (1998). *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*. x, 333 Pp. Washington, DC, US: American Psychological Association,
- Garg, A. X., Adhikari, N. K. J., McDonald, H., RosasArellano, M. P., Devereaux, P. J., Beyene, J., et al. (2005). Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: A systematic review. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 293(10), 1223-1238.
- Gingerich, W. J., & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39(4), 477-498.
- Gira, E. C., Kessler, M. L., & Poertner, J. (2004). Influencing social workers to use research evidence in practice: Lessons from medicine and the allied health professions. *Research on Social Work Practice*, 14(2), 68-79.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Haan, E. de (2003). Uitvoerige diagnostiek draagt niet bij aan een betere behandeling: Over diagnostiek in de jeugd-GGZ en kinderpsychiatrie. *Kind En Adolescent*, 24, 134-140.
- Hackett, S. (2003). Evidence-based assessment: A critical evaluation. In M. C. Calder, & S. Hackett (Eds.), *Assessment in child care: Using and developing frameworks for practice* (pp. 74-85). Lyme Regis: Russell Hous Publishing.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409.

- Hamilton, J. D. (2004). Evidence-based thinking and the alliance with parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 105-108.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128.
- Hodges, K. (2004). Using assessment in everyday practice for the benefit of families and practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 449-456.
- Horwath, J. (2009). *The child's world: The comprehensive guide to assessing children in need*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Hunsley, J., & Mash, E. J. (2007). Evidence-based assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 29-51.
- Inspectie Gezondheidszorg en Inspectie Jeugdzorg (2006). *Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter. Thematische toezichtronde samenwerking Bureaus Jeugdzorg en jeugd-GGZ*. Amsterdam/Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg / Inspectie Jeugdzorg.
- JensenDoss, A., & Weisz, J. R. (2008). Diagnostic agreement predicts treatment process and outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 711-722.
- Joiner, T. E. J., Walker, R. L., Pettit, J. W., Perez, M., & Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 267-277.
- Joosten, E. A. G., DeFuentesMerillas, L., Weert, G. H. de, Sensky, T., Staak, C. P. F. van der, & Jong, C. A. J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
- Jumelet, H., Jurrius, K. & Bruggeman, D.A.G. (2002). *Maar het gaat wel over mij! Kwaliteit van de jeugdzorgketen in cliëntenperspectief*. Den Haag / Amsterdam: Landelijk Platform Jeugdzorg / Stichting Alexander.
- Kam, S., & Midgley, N. (2006). Exploring 'clinical judgement': How do child and adolescent mental health professionals decide whether a young person needs individual psychotherapy? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(1), 27-44.
- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: A systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7494), 765.
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
- Klein, D. N., Dougherty, L. R., & Olino, T. M. (2005). Toward guidelines for evidence-based assessment of depression in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 412-432.
- Knorth, E. J., & Smit, M. (1999). *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Kwaadsteniet, L. de (2009). *Clinicians als mechanics? : Causal reasoning in clinical judgment and decision making*. Nijmegen: Ipskamp Drukkers.
- De Kwaadsteniet, L., Hagmayer, Y., Krol, N., & Witteman, C. (2010). Causal Client Models in Selecting Effective Interventions: A Cognitive Mapping Study. *Psychological Assessment*, 22, 581-592.

- Leare, F., Ratte, S., Gravel, K., & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526-535.
- Maier, T. (2006). Evidence-based psychiatry: Understanding the limitations of a method. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 325-329.
- Margraf, M., & Berking, M. (2005). With a 'why' in your heart any 'how' becomes bearable: A decision enhancing intervention. [Mit einem "Warum" im Herzen lasst sich fast jedes "Wie" ertragen: Psychotherapeutische Entschlussforderung.] *Verhaltenstherapie*, 15(4), 254-261.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2005). Evidence-based assessment of child and adolescent disorders: Issues and challenges. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 362-379.
- McMahon, R. J., & Frick, P. J. (2005). Evidence-based assessment of conduct problems in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 477-505.
- Meer, J. van der (2010). *Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Merkel-Holguin, L., Nixon, P., & Burford, G. (2003). Learning with families: A synopsis of FGDM research and evaluation in child welfare. *Child Protection*, 18(1&2), 2-11.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., Yperen, T. A. van, & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child & Youth Care Forum*, 33(3), 151-173.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- MOgroep (2010). *Handboek indicatiestelling bureaus jeugdzorg*. Utrecht: MOgroep.
- Mollon, B., Chong, J., Jr, Holbrook, A. M., Sung, M., Thabane, L., & Foster, G. (2009). Features predicting the success of computerized decision support for prescribing: A systematic review of randomized controlled trials. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 9, 11.
- Munro, E. (1998). Improving social workers' knowledge base in child protection work. *British Journal of Social Work*, 28(1), 89-105.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse & Neglect*, 23(8), 745-758.
- Munro, E. (2008). *Effective child protection*. London: Sage.
- Nederlands Instituut voor Psychologen (2007). *Beroepscode voor psychologen*. Amsterdam: NIP.
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk werkers (2010). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Utrecht: NVMW (concept; gedownload september 2010 van www.nvmw.nl).
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (2009). *Beroepscode van Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen*. Utrecht: NVO.
- Nota, P.H., Schaft, R.A. van der & Yperen, T.A. van (1999). *Eindadvies toegang tot de jeugdzorg*. Den Haag/Utrecht: Ministerie van VWS/NIZW.
- Ozonoff, S., Goodlin-Jones, B. L., & Solomon, M. (2005). Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 523-540.
- Pameijer, N. K., & Beukering, J. T. E. van (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek : Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleerproblemen*. Leuven ; Voorburg: Acco.

- Pelham, W. E. J., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 449-476.
- Pijnenburg, H. (2010, red.). *Zorgen dat het werkt: werkzame factoren in de zorg voor de jeugd*. Amsterdam : SWP.
- Ploeg, J.D. van der & Scholte, E.M. (1996). *Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam*. Amsterdam: NIPPO.
- Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921.
- Politi, M. C., Han, P. K. J., & Col, N. F. (2007). Communicating the uncertainty of harms and benefits of medical interventions. *Medical Decision Making*, 27(5), 681-695.
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203-212.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Ramos, C., Stams, G.J., Stoel, R., Faas, M., Yperen, T.A. van & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 27 (3), p 157-168.
- Rispens, J., Goudena, P.P. & Groenendaal, J.J.M. (1994). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rossi, P. H., Schuerman, J., & Budde, S. (1999). Understanding decisions about child maltreatment. *Evaluation Review*, 23(6), 579-598.
- Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D., & Chorpita, B.F. (2012). Disruptive innovations for designing and diffusing evidence-based interventions. *American Psychologist*, 67, 463-476.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000.
- Scholte, E. M. & Ploeg, J. D. van der (2000). Exploring factors governing successful residential treatment of youngsters with serious behavioural difficulties: findings from a longitudinal study in Holland. *Childhood*, 7, 129-153.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations Convention on the rights of children. *Children & Society*, 15, 107-117.
- Scholte, E. M., & Ploeg, J. D. van der (2003). *Effectieve hulpverlening aan jeugdigen met meervoudige psychosociale problemen. Deel 1: Problematiek, indicatiestelling en cliënttevredenheid*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek.
- Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 1-9.
- Shlonsky, A. & Saini, M. (2011). *Family Group Decision-Making for Children at Risk of Child Maltreatment*. Paper presentation on the Society for Social Work and Research 15th Annual Conference. Gedownload op 15 april 2011 van <http://sswr.confex.com/sswr/2011/webprogram/Paper15013.html> .

- Silverman, W. K., & Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380-411.
- Spengler, P. M., White, M. J., Aegisdottir, S., Maugherman, A. S., Anderson, L. A., Cook, R. S., et al. (2009). The meta-analysis of clinical judgment project: Effects of experience on judgment accuracy. *The Counseling Psychologist*, 37(3), 350-399.
- Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G.J. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg: Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht/Rijswijk: Universiteit Utrecht/Stichting Jeugdformaat.
- Stams, G.J.J.M., Buist, K.L., Dekovic, M. & Kroon, I. de (2005). Ouderparticipatie, therapeutische alliantie en gedragsproblemen van het kind in dagbehandeling. *Tijdschrift Orthopedagogiek*, 44 (2), 51-59.
- Stams, G. J., Dekovic, M., Buist, K., & Vries, L. de (2006). Efficacy of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. [Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse.] *Gedragstherapie*, 39(2), 81-94.
- Sundell, K. & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of family group conferencing in Sweden: A 3-year follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 28, 267-287.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381.
- Trotter, C. (2004). *Helping abused children and their families*. Thousand Oaks: Sage.
- Trotter, C. (2002). Worker skill and client outcome in child protection. *Child Abuse Review*, 11(1), 38-50.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: Norton.
- Turnell, A. (2008). Adoption of Signs of Safety as the department for child protection's child protection practice framework. Government of Western Australia: Department for Child Protection.
- Underwood, L.A., Barretti, L., Storms, T.L. & N. Safonte-Strumolo (2004). A review of clinical characteristics and residential treatment for adolescent delinquents with mental health disorders. A promising residential program. *Trauma, Violence & Abuse*, 3, 199-242.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen: KUN, ASCW/Praktikon.
- Vermande, M., Faber, E. & Hutschemaekers, G. (1997). *Vraag en aanbod in de Riaggjeugdzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Walker, J. S., & Schutte, K. (2005). Quality and individualization in wraparound team planning. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 251-267.
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J., Bearman, S.K. et al. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth. *Archives of General Psychiatry*, 69, 274-282.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. *American Psychologist*, 61, 671-689.

- Wet op de jeugdzorg (2004). *Wet van 22 april 2004, houdende regeling van de aanspraak op de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg*. Staatsblad 2004 30645. Den Haag: Sdu.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment, 17*(3), 278-287.
- Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramberg, P., & Slot, W. (2008). *De familie aan zet: De uitkomsten van eigen kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. Duivendrecht/Voorhout: Pi Research/WESP Jeugdzorg.
- Willumsen, E., & Skivenes, M. (2005). Collaboration between service users and professionals: Legitimate decisions in child protection - a norwegian model. *Child & Family Social Work, 10*(3), 197-206.
- Youngstrom, E. A., Findling, R. L., Youngstrom, J. K., & Calabrese, J. R. (2005). Toward an evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(3), 433-448.
- Youngstrom, E. A., Freeman, A. J., & McKewon Jenkins, M. (2009). The assessment of children and adolescents with bipolar disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18*(2), 353-390.
- Yperen, T.A. van (2007). Indicatiestelling in de jeugdzorg. In: K. van Rijswijk & I. van Berckelaer-Onnes (Red.), *Indicatiestelling in onderwijs en zorg: hoeksteen of obstakel?* (pag 59-83). Amsterdam: Boom.
- Yperen, T. van, Booy, Y., & Veldt, M. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. van, & Veerman, J. W. (2008). *Zicht op effectiviteit. handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zijden, Q. van der, Diephuis, K., Dronkers, F., Matthaai, H. & Woudenberg, J. (2009). *Indicatiestelling voor jeugd: Vijf modellen vergeleken vanuit het perspectief van financiering, professionals en cliënten*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zwier, H.P. (2005). *Referentiewerkmodel bureau jeugdzorg*. Nieuwegein: Ordina Public Management.

Bijlage 1. Eigen Kracht-conferentie

Samenvatting

Doel: Met de Eigen Kracht-conferentie wordt beoogd dat gezinnen zelf de verantwoordelijkheid nemen om problemen op te lossen met behulp van hun sociale netwerk. De bedoeling is dat zij de regie over hun eigen leven nemen en samen met hun netwerk onderzoeken hoe zij de problemen willen en kunnen aanpakken.

Een Eigen Kracht-conferentie leidt tot een plan met draagvlak van een brede kring, waarmee problemen rondom het opvoeden en opgroeien van kinderen opgelost, verminderd of draaglijk gemaakt kunnen worden.

Doelgroep: De Eigen Kracht-conferentie is bedoeld voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind en die samen met hun sociale netwerk een plan willen opzetten om de problemen op te lossen, te verminderen of draaglijk te maken.

Aanpak: Gedurende een bijeenkomst, waar het gezin, familieleden, vrienden en eventueel professionele betrokkenen aanwezig zijn, wordt een plan opgesteld om de problemen aan te pakken.

Materiaal: Er is een handleiding voor de Eigen Kracht-coördinatoren die hoort bij de training die zij ontvangen.

Daarnaast zijn er allerlei onderzoeksrapporten beschikbaar.

Onderzoek: Uit Nederlands, quasi-experimenteel onderzoek blijkt dat de veiligheid van kinderen in het gezin verbetert nadat het gezin samen met zijn sociale netwerk een plan heeft bedacht om de problemen te verbeteren. Ook nemen de sociale steun en de eigen regie van het gezin toe.

Resultaten uit buitenlandse onderzoeken komen hiermee ten dele overeen. Uit goed gecontroleerd onderzoek blijkt echter dat kindermishandeling zich vaker voordoet, dat gezinnen meer professionele hulp krijgen en uithuisplaatsingen vaker plaats vinden en langer duren.

1. Risico- of probleemomschrijving

De Eigen Kracht-conferentie kan worden ingezet bij iedere vraag of ieder probleem waarvoor een plan nodig is en waarbij familie, vrienden en burens (kortom het netwerk) gemobiliseerd en geactiveerd kan worden om de problemen te bespreken en een plan te maken om de problemen aan te pakken. Uit registratiegegevens van 2001 tot en met 2008 blijkt dat de conferenties bij zeer uiteenlopende problemen worden ingezet. Onder andere zijn Eigen Kracht-conferenties ingezet bij ouders met psychiatrische en verslavingsproblematiek, bij echtscheidingsproblemen, gedragproblemen van het kind, gezinsleden met een verstandelijke beperking, pedagogische onmacht, ziekte/dood, huiselijke geweld, en combinaties hiervan. (Van Beek, 2005, 2006; Gramberg, 2008, 2009)

Uit onderzoek blijkt dat ook wanneer de rechter een ondertoezichtstelling heeft uitgesproken over een of meerdere kinderen in een gezin, de Eigen Kracht-conferentie een geschikt middel is om hulp op gang te brengen samen met het netwerk, de sociale cohesie te versterken en de veiligheid van het kind te waarborgen (Wijnen-Lunenburg et al., 2008).



2. Doel

Met de Eigen Kracht-conferentie wordt beoogd dat gezinnen zelf de verantwoordelijkheid nemen om problemen op te lossen met behulp van hun sociale netwerk. De bedoeling is dat zij de regie over hun eigen leven nemen en samen met hun netwerk onderzoeken hoe zij de problemen willen en kunnen aanpakken.

Een Eigen Kracht-conferentie leidt tot een plan met draagvlak van een brede kring.

De Eigen Kracht-conferentie is afgeleid van de Familie Group Conference, die van oorsprong in Nieuw-Zeeland is ontwikkeld. De Family Group Conference (FGC) beoogt kinderen beter te beschermen door de samenwerking met alle betrokkenen in de omgeving van het kind te maximaliseren. Dit in tegenstelling tot het bureaucratische systeem van hulpverlening waarin de personen die de gevolgen van de besluitvorming (namelijk de kinderen en gezinnen) ondervinden, ver verwijderd zijn van het besluitvormingsproces doordat het de hulpverleners zijn die de beslissingen nemen. FGC richt zich op de sterke kanten en de mogelijkheden van de familie en het sociale netwerk daaromheen in plaats van de problemen.

De Eigen Kracht-conferentie is zelf geen hulpverlening, maar een manier om te beslissen over gewenste – al dan niet professionele – hulp en steun (Wijnen-Lunenburg et al., 2008). Het helpt ook het sociale netwerk van het gezin te activeren.

3. Doelgroep

De Eigen Kracht-conferentie is bedoeld voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind en die samen met hun sociale netwerk een plan willen opzetten om de problemen op te lossen, te verminderen of draaglijk te maken.

Eigen Kracht is geen hulpverleningsmodel met indicaties en contra-indicaties. Het uitgangspunt is dat elke burger het democratisch recht heeft om eerst zelf plannen te maken voor de overheid - of professionals namens deze - ingrijpt in hun leven en dat van hun kinderen. Zo blijven burgers zelf in de eerste plaats verantwoordelijk en kunnen zij de regie over hun leven in eigen hand houden. Pas wanneer het hen niet lukt met een plan te komen zijn de jeugdhulpverleningsinstanties aan zet en worden indicaties en contra-indicaties relevant.

In de praktijk blijkt de Eigen Kracht-conferentie regelmatig ingezet te worden in situaties waarin een kinderbeschermingsmaatregel dreigt of zelfs van kracht is. Eigen Kracht-conferenties blijken vrijwel nooit niet door te gaan vanwege een te klein netwerk van het gezin (Wijnen-Lunenburg et al., 2008). De Eigen Kracht-conferentie is bij uitstek geschikt voor gebruik bij migrantengroepen, omdat de cultuur van de familie centraal staat. De tradities en gewoonten van het gezin waar de conferentie om draait, wordt erkend en er wordt naar gestreefd om op een bij de gezinnen passende manier tot een besluit te komen over de benodigde hulp. Indien nodig wordt een tolk ingeschakeld voor het contact tussen enerzijds de coördinator en de hulpverleners en anderzijds de familie (Van Pagée, 2003).

Mensen die een Eigen Kracht-conferentie aanvragen, geven zelf aan wat voor soort coördinator het beste bij hun situatie zal passen. Man, vrouw, taal, cultuur, geloof en leeftijd zijn kenmerken die zij kunnen noemen.

Momenteel zijn er rond de 400 coördinatoren in Nederland waarop regelmatig een beroep kan worden gedaan. Er zijn veel verschillende culturen en religies vertegenwoordigd en samen spreken de coördinatoren 66 talen en dialecten.

4. Aanpak

Kern van de Eigen Kracht-conferentie is dat families zelf een plan bedenken, waarmee zij hun problemen kunnen oplossen.

Het gezin nodigt voor de Eigen Kracht-conferentie mensen uit die een belangrijke rol vervullen als het gaat om hun welzijn. Aan een conferentie nemen behalve het betreffende gezin vaak ook grootouders, ooms en tantes, neven en nichten, vrienden, burens en hulpverleners deel. Gemiddeld zijn ongeveer 14 personen betrokken bij de conferentie.

Een Eigen Kracht-conferentie bestaat uit drie fasen:

1. De familie krijgt informatie van een professional over wat zijn kijk op de problemen is en wat de mogelijkheden van hulpverlening zijn; In het geval van een OTS komt altijd de gezinsvoogd om een eventueel kader te stellen waar het plan aan moet voldoen om geaccepteerd te worden.
2. De Eigen Kracht-coördinator en de aanwezige hulpverleners trekken zich terug en de familie bespreekt in het besloten deel wat er aan de hand is en stelt een plan op, waarbij zij een taakverdeling maakt en nadenkt over de hulp die van buitenaf nodig is;
3. De familie presenteert het plan aan de coördinator. In het geval van een OTS komt de gezinsvoogd ook terug om het plan te toetsen. Het plan wordt altijd geaccepteerd mits het veilig en wettelijk is.

Een onafhankelijke coördinator begeleidt de Eigen Kracht-conferentie. Dit betekent dat hij geen deel uitmaakt van het gezin of sociale netwerk en ook geen hulpverlener vanuit een specifieke instantie is. De taak van de coördinator is om de conferentie te organiseren en faciliteren. Een coördinator moet goed kunnen luisteren, beschikken over organisatietalent, creatief, flexibel en vasthoudend zijn en vertrouwen hebben in de mogelijkheden en kracht van families.

Essentieel in de taak van de coördinator is erop toe te zien dat alle deelnemers veilig kunnen deelnemen aan de conferentie, vooral voor kinderen. De coördinator zorgt ervoor dat er uit de eigen kring iemand aanwezig is die er speciaal voor zorgt dat het kind (of de kinderen) zich kan (kunnen) uiten en gehoord wordt (worden).

In de informatiefase gaat de groep in gesprek over wat de problemen zijn. Het is hierbij van belang dat niet alleen de mening van de hulpverlener naar voren komt, maar dat het gezin en hun sociale netwerk hun kijk op de problemen naar voren kunnen brengen, omdat zij beter zicht hebben op wat er aan de hand is en wat de ontstaansgeschiedenis ervan is. Voor deze fase kunnen ook professionals worden uitgenodigd die informatie kunnen bieden waar de kring behoefte aan heeft voor het maken van een plan als antwoord op de vraag. Als het gaat over kinderen die onder toezicht zijn gesteld, dan zal de (gezins) voogd in deze fase mogelijk voorwaarden stellen voor het plan. Deze voorwaarden hebben altijd te maken met veiligheid van kinderen.

In de tweede fase beraadslaagt de familie in besloten kring. Bij deze ronde zijn de hulpverleners en de coördinator niet aanwezig. De familie bedenkt een plan waar iedereen mee kan instemmen. Zij spreken af hoe het plan uitgevoerd gaat worden en wie wat doet en wanneer. De familie kan eigen hulpbronnen inzetten, maar ook hulpverleners vragen om een bepaalde dienst te verlenen.

In de derde fase presenteert de familie het plan aan de coördinator. Als er sprake is van een ondertoezichtstelling, dan zal ook de (gezins)voogd bij deze fase aanwezig zijn om te kijken of het plan voldoet aan de in de eerste fase gestelde voorwaarden. Als het hieraan voldoet, dan accepteert de (ge-zins)voogd het plan. De (gezins)voogd kan het plan niet veranderen, maar kan wel vragen stellen ter verduidelijking. Als het plan geaccepteerd is, bepaalt de groep hoe zij controleert of het plan naar tevredenheid werkt. De groep stelt dan ook een datum vast waarop zij het plan zal evalueren en spreekt af wat zij doen als er belangrijke zaken onverhoopt anders lopen.

Drie maanden na de conferentie gaat de coördinator bij wijze van follow-up na of het gemaakte plan wordt uitgevoerd. Dit gebeurt in het kader van doorlopend onderzoek naar de conferenties.

Om kinderen te betrekken bij en een actieve rol te geven in een Eigen Kracht-conferentie, krijgen kinderen de mogelijkheid om:

- aan te geven wie en wat voor hen belangrijk is bij de conferentie;
- de uitnodigingen voor 'hun' conferentie te schrijven of te tekenen;
- iemand aan te wijzen die hen ondersteunt en mogelijk als hun woordvoerder optreedt;
- te beslissen over praktische zaken, zoals de plaats waar de groep samenkomt of het eten;
- deel te nemen in een voor hen bekend en te begrijpen familieverband;
- gebruik te maken van de informele sfeer en flexibiliteit van FGC.

5. Onderbouwing

De Eigen Kracht-conferentie is ontwikkeld vanuit de wens om de autonomie van ouders of familie over de zorg voor hun kinderen te versterken. Basisaanname is dat gezinnen niet alleen het recht hebben om betrokken te zijn bij beslissingen over hun kind, maar dat gezinnen ook beter in staat zijn om passende oplossingen te vinden dan professionals. Zij zijn meer gemotiveerd om een blijvende oplossing te zoeken dan professionals wiens taak het is de hulpverlening zo kort mogelijk te houden. De Eigen Kracht-conferentie benadrukt de eigen verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen en de eigen mogelijkheden daartoe (Sundell & Vinnerljung, 2004; Van Pagée, 2003).

De Eigen Kracht-conferentie is vooral gebaseerd op de wens recht te doen aan culturele verschillen en behoeften en niet zozeer op een wetenschappelijke theorie. Maar bij de ontwikkeling is rekening gehouden met theorie over de ontwikkeling van de persoonlijkheid en identiteit van jeugdigen, over loyaliteit binnen verwantschapsverhoudingen en over het gezin als systeem (Van Pagée, 2003). Hoe met deze theorieën rekening is gehouden wordt in de documentatie niet verder uitgewerkt.

De Eigen Kracht-conferentie gaat ervan uit dat een cliënt het meest gebaat is bij een stimulerende en activerende aanpak. Het sluit aan bij het ethische principe om de eigen verantwoordelijkheid centraal te stellen en het benadrukt het respect voor de opvatting van de cliënt over wat de problemen zijn en hoe die het beste bestreden kunnen worden (Van Pagée, 2003).

Uitgangspunt van een Eigen Kracht-conferentie is niet zozeer het probleem dat speelt als wel de kansen en mogelijkheden die een gezin heeft om zelf samen met zijn netwerk zijn eigen leven vorm te geven en zelf problemen op te lossen. Wanneer een Eigen Kracht-conferentie zich richt op de unieke sterke kanten van een gezin en de mogelijkheid biedt om mee te denken en te doen in het proces om de problemen op te lossen, zal dit ertoe leiden dat een gezin beter gaat functioneren (Sundell & Vinnerljung, 2004).

Door een Eigen Kracht-conferentie worden contacten tussen het gezin in problemen en het sociale netwerk – familie, vrienden en burens – (weer) op gang gebracht. Ook kan het helpen het gezag van ouders dat beperkt is – bijvoorbeeld als gevolg van een kindbeschermingsmaatregel – te herstellen.

De familie stelt zonder de aanwezigheid van hulpverleners of de coördinator een plan op om de problemen op te lossen. Belangrijk hierbij is de voorbereiding door de coördinator. Het groter maken van de kring is hierbij een essentieel uitgangspunt, alsmede aandacht voor het veilig deelnemen van alle mensen uit de kring. Verondersteld wordt dat gezinnen eerlijker over hun problemen zijn wanneer er geen buitenstaanders aanwezig zijn. Gezinnen zijn dan ook meer geneigd om gevoelige informatie in hun beslissingen over wat er gedaan moet worden mee te nemen (Sundell & Vinnerljung, 2004).

Samenvatting onderbouwing

Door contacten met het sociale netwerk van het gezin te versterken en doordat gezinnen zelf een plan ontwikkelen, zijn families in staat om problemen rondom de opvoeding en ontwikkeling van hun kind(eren) aan te pakken en passend plan met oplossingen te maken. Het versterken van hun autonomie leidt ertoe dat ze de regie over hun leven meer in handen krijgen en de opvoeding van hun kinderen beter kunnen vormgeven.

6. Onderzoek naar uitvoering van Eigen Kracht-conferentie

Vanaf de start van de Eigen Kracht-conferenties in Nederland zijn registratiegegevens bij gehouden door onderzoeksbureau WESP (o.a. Van Beek, 2004). Daaruit blijkt dat de meeste gezinnen door een hulpverlener – vooral vanuit de jeugdbescherming of jeugdhulpverlener in vrijwillig kader of vanuit MEE – op de mogelijkheid van een Eigen Kracht-conferentie zijn gewezen. In toenemende mate melden gezinnen zich ook rechtstreeks bij Eigen Kracht. In veel gevallen heeft het gezin al ervaring met hulpverleners op het moment dat het zich voor een Eigen Kracht-conferentie aanmeldt. Redenen voor de aanmelding zijn gedragsproblemen van het kind, pedagogische onmacht van ouders, dood of ziekte van ouders, echtscheidingsproblematiek, overbelasting van ouders, psychiatrische problematiek en/of verslaving van ouders en huiselijk geweld. In 70% van de gevallen leidde een aanmelding ook daadwerkelijk tot een Eigen Kracht-conferentie. De belangrijkste redenen voor het staken van de voorbereidingen van een Eigen Kracht-conferentie waren dat de familie zelf al een plan maakte, dat een ouder en/of het kind niet wilde meewerken of de situatie gewijzigd was waardoor het niet meer noodzakelijk was. Gemiddelde namen veertien mensen deel aan een Eigen Kracht-conferentie. Het merendeel waren familieleden van het gezin waar de conferentie om draaide. Gemiddeld zijn zowel de aanmelders als het gezin en andere deelnemers tevreden over de conferentie en de resultaten die deze opgeleverd heeft (o.a. Van Beek 2004, Gramberg, 2008, 2009).

Er zijn inmiddels meerdere onderzoeken gedaan naar de inzet van Eigen Kracht in delen van het land, onder meer in Amsterdam en stadsregio, Overijssel, Gelderland en Flevoland (Eigen Kracht Centrale, 2012).

Van Beek (2006) analyseerde de plannen van de familie wat betreft de gevraagde professionele hulp. In een follow-up na drie maanden ging zij bij de coördinatoren na hoe de uitvoering van de plannen verliep.

Uit de aanmeldingsgegevens blijkt dat in Overijssel Bureau Jeugdzorg de meeste aanmeldingen voor een Eigen Kracht-conferentie doet. De meest voorkomende problemen zijn gedragsproblemen van het kind, pedagogische onmacht /verwaarlozing, ziekte/dood van ouders, psychiatrische problemen en overbelasting van ouders. Ongeveer een derde van de gezinnen heeft nul tot twee jaar te maken met de hulpverlening. De overige gezinnen hebben al langer twee jaar professionele hulp, waarvan een groot deel zelfs langer dan vijf jaar.

Meer dan de helft van de georganiseerde Eigen Kracht-conferenties wordt binnen twee maanden na aanmelding gerealiseerd. 81% binnen drie maanden. 69% van de families heeft één tot vijf uur nodig om een plan te bedenken. Gemiddeld nemen per Eigen Kracht-conferentie vijftien mensen deel, waarvan de meeste uit de familie afkomstig zijn.

Wanneer de door de familie gemaakte plannen vergeleken worden met de inschatting van de aanmelder valt op dat:

- in vijftien van de achttien zaken wordt er minder of minder zware professionele hulpverlening door de familie gevraagd;
- in drie zaken komt de vraag van de familie om professionele hulp overeen met de inschatting van de aanmelder;
- het komt niet voor dat families meer intensieve hulp vragen dan de aanmelder inschatte.

De aanmelders waarderen de Eigen Kracht bijeenkomst gemiddeld met een 7,6, het plan met een 7 en de coördinator met een 8. De volwassen deelnemers beoordelen de conferentie gemiddeld met een 7,6, het plan met een 7,8 en de coördinator met een 8,1. Ook kinderen waarderen de conferentie met een 7,6, het plan geven zij een 8,7 en de coördinator een 8,1.

Bij de follow-up door de coördinator blijkt de helft van de dertig plannen in zijn geheel te zijn uitgevoerd. Slechts één plan is in het geheel niet uitgevoerd. De andere plannen zijn deels uitgevoerd.

Aanmelders hebben de volgende effecten van de inzet van de Eigen Kracht-conferentie waargenomen:

- ouders en/of het kind meer steun ervoeren vanuit de familie en het net-werk, zowel praktisch als emotioneel;
- het netwerk gezamenlijk een oplossing voor de problemen vond;
- de situatie van het kind verbeterde, concreet dat er meer rust en stabiliteit voor het kind was en dat kon werken aan onderliggende problemen of verwerken van gebeurtenissen;
- familierelaties verbeterden;
- het netwerk actiever betrokken is geraakt bij een gezin;
- de professional met meer mensen uit het sociale netwerk van het gezin heeft kennis gemaakt;
- de professional effectiever kon werken, onder andere doordat hij minder weerstand hoefde te overwinnen;
- de professional een betere afstemming bereikte met de familie en meer draagvlak;
- de professional zijn eigen rol heeft heroverwogen.

Voor het slagen van de uitvoering van het plan blijkt het belangrijk te zijn dat er een persoon is die de uitvoering coördineert, de familie stimuleert om door te zetten en aanspreekt op gemaakte afspraken. Coördinatoren wijzen alle deelnemers er in de voorbereiding en tijdens de conferentie op dat het van belang is dat zij in het plan afspraken opnemen over de evaluatie. Het betreft een

afpraak over de evaluatie, wie daarbij zullen zijn en wie het initiatief neemt. En daarnaast een afspraak over wie bij elkaar komen als een afspraak niet blijkt te werken en wie het initiatief hiertoe neemt (Van Beek, 2006).

Uit een evaluatie van Bosma (2009) blijkt dat 88% van de families na verloop van tijd opnieuw bij elkaar wil komen om het plan te evalueren en indien nodig bij te stellen.

Bosma (2009) onderzocht hoe professionals uit de hulpverlening denken over hun ervaringen met Eigen Kracht-conferenties. Hulpverleners menen dat zij een belangrijke rol kunnen spelen door hun vakkennis en deskundigheid omtrent het probleem en mogelijke oplossingen in te brengen. Het blijkt mogelijk om met behulp van een Eigen Kracht-conferentie ondersteuning vanuit het leefsysteem te mobiliseren zonder dat professionele hulpverlening overbodig wordt gemaakt. 80% van de gemaakte afspraken tijdens een conferentie neemt het netwerk voor zijn rekening, terwijl slechts 20% van de afspraken verzoeken om professionele dienstverlening zijn.

Van Beek (2003) en Gramberg (2009) hebben onderzoek gedaan naar de mening van kinderen over de Eigen Kracht-conferenties. Zij interviewden twintig kinderen om inzicht te krijgen in hun behoeften, wensen en ervaringen met betrekking tot de Eigen Kracht-conferentie. Gemiddeld genomen zijn kinderen en jongeren positief over hun deelname. Zij vinden het zwaar om erbij te zijn, maar vinden het wel belangrijk. Dat er familie en vrienden aanwezig zijn ervaren zij als positief. Kinderen vonden het niet vanzelfsprekend dat er naar ze geluisterd werd en dat ze de mogelijkheid hadden om mee te beslissen. Zij voelden zich daardoor gewaardeerd. Belangrijk is het dat het kind goed voorbereid wordt op de conferentie en dat er gedurende de conferentie een vertrouwenspersoon is die hen kan ondersteunen. Dit laatste bleek nog onvoldoende uit de verf te komen in de beleving van de kinderen.

Ook zijn de effecten onderzocht wanneer de Eigen Kracht-conferentie ingezet wordt bij huiselijk geweld. Daarbij is gebruik gemaakt van het registratie- en follow-upformulier van de coördinatoren en tevredenheidsvragenlijsten voor deelnemers, interviews met enkele deelnemers en de gemaakte plannen. In totaal zijn 25 zaken aangemeld, waarvan in 17 gevallen daadwerkelijk een EK-c gehouden werd en een plan opgesteld werd. Wanneer er sprake is van huiselijk geweld, blijken er ook andere problemen te spelen. Gemiddeld spelen er meer problemen dan uit de landelijke gegevens bekend zijn. Een Eigen Kracht-conferentie bleek ook succesvol als er al (langere tijd) hulpverlening was.

De deelnemers zijn tevreden over het verloop van de conferentie en de resultaten. Na drie maanden zegt 83% van de deelnemers dat het plan gedeeltelijk is uitgevoerd. De belangrijkste effecten waren dat:

- mensen meer steun uit de familie en het sociale netwerk ervoeren;
- de relaties met familieleden, vrienden en kennissen verbeterden;
- er meer veiligheid was;
- het slachtoffer meer grenzen stelde;
- er meer begrip was voor de situatie en meer mensen op de hoogte waren van het huiselijk geweld.

Deze effecten komen grotendeels overeen met uitkomsten van andere onderzoeken (Van Beek, 2009).

In Nieuw-Zeeland zijn de Family Group Conferences in de wet verankerd. Onderzoek na invoering van deze wet laat zien dat de verankering van de FGC's in de wet tot resultaat heeft gehad dat:

- er meer dan 150.000 FGC's zijn gehouden;
- meer dan 85% van de FGC's leidt tot een uitkomst die door de wettelijke autoriteiten wordt onderschreven;
- het aantal kinderen dat onder overheidszorg valt in zijn geheel met ongeveer 60% is afgenomen;
- van de kinderen die onder overheidszorg vallen, ongeveer 35% op enig moment binnen het netwerk van het gezin geplaatst wordt;
- het aantal rechterlijke maatregelen aanzienlijk is afgenomen;
- het merendeel van de potentiële maatregelzaken opgelost wordt zonder bemoeienis van de rechter (Ministerie van Sociaal Welzijn 1990-1998 en Ministerie van Kind, Jeugd en Gezin 1999-2000 in Van Pagée, 2003).

Het is ook mogelijk om Family Group Conferences als best practice in te voeren zonder wettelijke ondersteuning. Maar het blijkt dat de werkwijze van de Family Group Conference gemiddeld genomen niet vanzelfsprekend in te voegen is in de gangbare werkwijze binnen de jeugdbescherming, omdat hierin geen rekening gehouden wordt met het recht van gezinnen om zelf of mede te beslissen over wat er moet gebeuren. Een belangrijk aandachtspunt is dan ook in hoeverre gezinnen daadwerkelijk de mogelijkheid hebben om zelf te beslissen hoe zij hun problemen willen oplossen. De vraag is welke plek de conferentie krijgt in de hulp die uiteindelijk ingezet wordt binnen de jeugdbescherming. Wordt het plan van de familie uitgevoerd en houden hulpverleners daar rekening mee of hebben zij de mogelijkheid om het plan alsnog terzijde te schuiven? (Van Pagée, 2003). Hier is de afgelopen jaren onderzoek naar gedaan.

Hulpverleners noemen diverse risico's die kunnen kleven aan de participatie van kinderen in de conferentie:

- niet alle volwassenen zijn bereid om op het verzoek van de coördinator naar het kind te luisteren;
- kinderen (kunnen) blootgesteld worden aan conflicten tussen volwassenen;
- kinderen die al de ervaring hebben dat er slecht naar ze geluisterd wordt, zouden nogmaals een negatieve ervaring met niet luisterende volwassenen kunnen opdoen;
- kinderen worden aangemoedigd om deel te nemen aan een besluitvormingsproces binnen een (gezins)omgeving waarin zij risico's lopen;
- kinderen hebben geen daadwerkelijke invloed op de uiteindelijke besluitvorming, de schijn van mogen meebeslissen wordt opgehouden (Holland & O'Neill, 2004).

In de praktijk blijken deze bezwaren nauwelijks voor te komen. De risico's lijken niet op te wegen tegen de voordelen van deelname aan de conferentie, waaronder (hernieuwd) contact met de familie en de mogelijkheid om hun zegje te doen (Holland & O'Neill, 2004; Van Beek, 2003; Van Beek & Gramberg, 2009).

Onderzoekers op het terrein van kindwelzijn benadrukken ook meer en meer dat de opvattingen van kinderen over de problemen en mogelijke oplossingen een belangrijke procesuitkomst zijn. Kinderen

blijken het te waarderen om bij de besluitvorming betrokken te zijn als het om hen gaat. Er zijn onderzoeken die uitwijzen dat de betrokkenheid van kinderen en jongeren bij de besluitvorming leidt tot betere beslissingen (McNeish & Newman, 2002). De manier waarop kinderen betrokken worden in het besluitvormingsproces is de sleutel tot een effectieve praktijk. Uitvoerders blijken die participatie op verschillende manieren te definiëren en hebben legitieme zorgen over hoe ze die participatie kunnen realiseren zonder dat het kind schade oploopt, rekening houdend met leeftijd, capaciteiten, cultuur en veiligheid. Het is voor professionals moeilijk dit in de gaten te houden in een setting waar professionals niet bij het besluitvormingsproces aanwezig zijn, zoals bij de FGC's het geval is; zij moeten het aan de familie overlaten. (Bell & Wilson, 2006).

Voor een goed besluitvormingsproces in de Family Group Conference is het belangrijk dat de betrokken hulpverleners die in de eerste fase hun mening over de problemen mogen weergeven, eerlijk en open zijn over hun kijk. Dit bevordert dat de familie de noodzakelijke beslissingen omtrent zorg voor en veiligheid van het kind neemt. Een klimaat van eerlijkheid bij de professionals bevordert de mogelijkheden van de familie om open over de zorgen en problemen te praten en een oplossing te vinden (Connolly, 2006).

Gezinnen blijken eerder geneigd om vrijuit te spreken wanneer er geen professionals aanwezig zijn. Invloedrijke leden uit de familie blijken invloed uit te oefenen op de manier waarop over de problemen gepraat wordt en op de mogelijke oplossingen. Families zijn beter op de hoogte van hun geheimen en blijken deze kennis ook te gebruiken ter ondersteuning van de veiligheid van het kind. De druk hoeft dus niet noodzakelijkerwijs vanuit de professionals te komen (Connolly, 2006). De Family Group Conference heeft potentie om verbondenheid tussen fami-lieleden en binnen het sociale netwerk op te bouwen. Door zelfvertrouwen en het proces van gezamenlijke probleemoplossing te stimuleren, voorziet de Eigen Kracht-conferentie families van de mogelijkheid om serieus betrokken te zijn bij beslissingen die hen aangaan en om de positieve effecten van helende relaties te ervaren (Connolly, 2006).

7. Nederlands effectonderzoek

Wijnen-Lunenburg, Van Beek, Bijl, Gramberg en Slot (2008) onderzochten de effectiviteit van de Eigen Kracht-conferentie middels een quasi-experimenteel onderzoek. Zij onderzochten:

- wat de kenmerken van de gezinnen waren die voor een Eigen Kracht-conferentie zijn verwezen en in hoeverre deze kenmerken overeenkwamen met die van de beoogde doelgroep;
- of Eigen Kracht-conferenties ertoe leidden dat de zorgen om de veiligheid en het welzijn van de kinderen zijn verminderd;
- of Eigen Kracht-conferenties ertoe leidden dat de sociale steun voor de ouders bij het uitvoeren van hun taken en de cohesie in het leefsysteem toenamen;
- of Eigen Kracht-conferenties ertoe leidden dat de regiefunctie inzake veiligheid en welzijn van de kinderen en functioneren van de ouders van het hulpverleningssysteem naar het leefsysteem verschoof.

In totaal hebben 113 gezinnen uit de regio Amsterdam en Overijssel deelgenomen, waarvan 86 een conferentie hielden en een plan vormden en bij 23 geen conferentie plaatsvond. Alleen gezinnen waarvan de kinderen en jongeren in aanraking zijn gekomen met de jeugdbescherming, nemen deel aan het onderzoek. Het onderzoek was deels retrospectief en deels prospectief. Bij 70% van de

gezinnen heeft dossieronderzoek plaatsgevonden. Daarnaast zijn er vragenlijsten afgenomen en met een klein aantal gezinnen en aanmelders hebben interviews plaatsgevonden (34 personen die betrokken waren bij een Eigen Kracht-conferentie en 18 personen die niet deelnamen aan een Eigen Kracht-conferentie).

De gegevens zijn verzameld met behulp van het Formulier Registratie Eigen Kracht-conferenties (FREK), het Follow-up Formulier Eigen Kracht-conferenties (FUFREK), het Zorgpunten Analyse Protocol – Kort (ZAP-Kort). Bij de gezinnen die meededen aan het prospectieve deel van het onderzoek zijn de Checklist Verwijzings Criteria (CVC), de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index – Kort (NOSIK), de Vragenlijst Ervaren Opvoedingsondersteuning (VEO) en de Positieve Uitkomsten Lijst (PUL) afgenomen. Ouders vulden drie en negen maanden na de conferentie deze laatste twee vragenlijsten opnieuw in. De interviews vonden negen maanden na de conferentie plaats aan de hand van een interview met open en half open vragen.

Uit de FREK blijkt dat de meeste gezinnen aangemeld worden door Bureau Jeugdzorg (69%). De belangrijkste problemen waar gezinnen mee te maken hebben, zijn gedragsproblemen van het kind, dood/ziekte van de ouders, psychiatrische problemen en/of verslaving van ouders en huiselijk geweld. Gemiddeld blijken gezinnen zes zorgpunten te hebben (gemeten met de ZAP), variërend tussen de een en veertien problemen. Hoewel het aantal jeugdbeschermingszaken, aanmeldingen door BJZ en het aantal niet thuis wonende kinderen hoger ligt dan bij de Eigen Kracht-conferenties in het algemeen het geval is, blijken er geen verschillen te zijn in andere kenmerken van gezinnen, zoals de duur van al aanwezige hulpverlening en type en hoeveelheid problemen.

Het aantal zorgpunten van alle gezinnen is afgenomen drie en negen maanden na de Eigen Kracht-conferentie. Bij gezinnen met een conferentie daalt het aantal zorgpunten in de eerste drie maanden sterk en stabiliseert vervolgens, terwijl bij gezinnen zonder conferentie de zorgpunten geleidelijk verminderen in de negen maanden na de aanmelding. Hoewel er bij de follow-up na drie maanden een verschil is tussen gezinnen met en zonder conferentie, bestaat dit verschil na negen maanden niet meer. Een Eigen Kracht-conferentie lijkt de afname van het aantal zorgpunten dus te versnellen. Hoewel aanmelders en informanten uit het gezin de veiligheid in het gezin negen maanden na de conferentie positiever beoordelen dan na drie maanden, blijkt dit verschil niet significant. Dit geldt zowel voor gezinnen waar een conferentie heeft plaatsgevonden als voor gezinnen zonder conferentie. De manier waarop de veiligheid van het kind is gerealiseerd, verschilt echter voor kinderen die wel en niet een conferentie hebben gehad. Kinderen zonder conferentie blijken vaker buiten de familiesetting te verblijven.

Wat betreft de sociale steun en cohesie menen gezinnen dat zij negen maanden na de conferentie meer steun te ontvangen als een Eigen Kracht-conferentie heeft plaatsgevonden. Aanmelders zien een vooruitgang bij de follow-up van drie maanden, maar zijn negen maanden na de conferentie minder positief. Bij gezinnen zonder conferentie menen hulpverleners dat de sociale steun afneemt. Hoewel zowel aanmelders als informanten uit het gezin menen dat na een Eigen Kracht-conferentie de regiefunctie meer bij het gezin is komen te liggen na negen maanden, blijkt dit verschil niet statistisch aantoonbaar. Bij tweederde van de gezinnen waar geen conferentie heeft plaatsgevonden, is de regie meer bij de hulpverlener komen te liggen.

Opvallend is dat alle interviews positieve resultaten opleveren. Zowel hulpverleners als gezinnen en hun netwerk menen dat het deelnemen aan een Eigen Kracht-conferentie positieve effecten heeft op de sociale steun, de ervaren regie over hun leven en veiligheid en welzijn van kinderen. Een Eigen Kracht-conferentie lijkt als alternatief besluitvormingsmodel net zo goed te werken als de reguliere

gang van zaken om hulp in gang te zetten, waarbij de veiligheid en het welzijn van kinderen zijn gewaarborgd in situaties waarin een jeugdbeschermingsmaatregel dreigt of van kracht is.

Bij dit onderzoek moet de kanttekening geplaatst worden dat er een hoge non-respons is. Daardoor zijn verschillen tussen gezinnen die hebben deelgenomen aan een conferentie en gezinnen die niet deelnamen en tussen de meetmomenten moeilijker statistisch aan te tonen, omdat de groepen kleiner zijn en de power daardoor tekort schiet.

Een tweede kanttekening is dat dit onderzoek alleen is uitgevoerd bij gezinnen met een (dreigende) jeugdbeschermingsmaatregel. Het is niet te zeggen wat de effecten bij een andere doelgroep zouden zijn.

8. Buitenlands effectonderzoek

Sundell en Vinnerljung (2004) onderzochten met behulp van een Randomized Controlled Trial (RCT) de effecten van Family Group Conferences. 97 kinderen namen deel aan een FGC en werden vergeleken met 142 kinderen in de klassieke jeugdzorg. De kinderen zijn drie jaar lang gevolgd.

Families bezochten de conferentie en bleken in staat om een acceptabel plan op te stellen.

Professionals waren nauwelijks betrokken bij het opstellen van het plan. Het effect van een FGC bleek verder gering te zijn. Kinderen die deelnamen aan een FGC werden vaker terugverwezen naar de kinderbescherming dan kinderen in de controlegroep. Zij werden vaker opnieuw verwezen vanwege mishandeling, werden vaker verwezen door de familie, werden langer uit huis geplaatst, maar door de tijd heen kregen zij minder intensieve ondersteuning vanuit de kinderbescherming.

Positieve uitkomsten voor FGC zijn dat meer kinderen binnen hun sociale netwerk geplaatst konden.

Sundell en Vinnerljung (2004) komen tot de conclusie dat de resultaten van het onderzoek niet de verwachte effecten van de FGC onderbouwen.

Rensen, Van Arum en Engbersen (2008) hebben overzicht gemaakt van de resultaten van de Family Group Conferences in Groot-Brittannië, Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, Zweden en de Verenigde Staten. Zij baseren zich op randomized controlled trials, onderzoeken met een willekeurig samengestelde experimentele en controlegroep. Zij concluderen dat FGC's veel onderzocht zijn en dat de resultaten overwegend positief zijn. Families kunnen en willen deelnemen aan een FGC, zijn goed in staat om een realistisch en werkzaam plan te bedenken en houden zich ook aan hun toezeggingen om ondersteuning te bieden. De ideeën over wat er nodig is van families die deelnemen aan een FGC blijken vaak overeen te stemmen met de opvattingen van professionals. Nieuw-Zeelands onderzoek laat zien dat 84% van de jeugdigen en 85% van de ouders tevreden is met de resultaten van de FGC. Deelnemers waarderen het dat de verantwoordelijkheid voor het plan bij de familie ligt. Ondanks deze positieve resultaten blijkt de implementatie de nodige moeite te kosten. Het is vooral belangrijk dat de plannen die in een FGC ontwikkeld zijn, ondersteund blijven worden vanuit de organisaties. De vaardigheden van de coördinator zijn van groot belang voor het slagen van de conferentie.

In 2003 verscheen in het tijdschrift *Protecting Children* een reeks artikelen over de effecten van Family Group Decision Making (FGDM). Merkel-Holguin, Nixon en Burford vatten de resultaten hiervan samen. De kwaliteit en daarmee de bewijskracht van onderzoeken verschilde sterk. Acht onderzoeken maakten gebruik van een design met controlegroep, zodat verschillen met gezinnen die traditionele hulpverlening aangeboden kregen vergeleken konden worden. Andere gegevensbronnen



waren onder meer administratieve data, interviews, plannen van families, beleidsstukken en case studies.

De onderzoeksresultaten leveren informatie over de implementatie, proces- en uitkomstindicatoren.

Op het gebied van implementatie blijkt dat:

- pogingen tot implementatie van FDGM zorgvuldige planning en veel tijd kost;
- strategische allianties en samenwerking met belangrijke organisaties de implementatie ondersteunen;
- nog steeds slechts een beperkt aantal gezinnen een Family Group Conference ontvangt;
- FDGM veilig ingezet kan worden bij gezinnen met ernstige en meervoudige problematiek;
- de coördinator een belangrijke rol in het proces speelt;
- er zijn veel variaties in hoe en waarom FGC's ingezet worden. Dit is afhankelijk van plaatselijke mogelijkheden voor de implementatie;
- gezinnen spelen nauwelijks een rol bij de initiatieven voor de implementatie;

Onderzoek naar procesindicatoren laat zien dat:

- de voorbereiding van deelnemers cruciaal is voor een succesvolle conferentie;
- familieleden ingaan op de uitnodiging voor een conferentie, ook als dit stressvol is;
- er een balans tussen aanwezig zijn uit het informele netwerk en professionals moet zijn;
- gezinnen plannen opstellen die als veilig beschouwd worden;
- in de plannen professionele hulp en ondersteuning vanuit het informele sociale netwerk met elkaar gecombineerd worden tot een naadloos aansluitend geheel;
- de plannen van families rijk aan diversiteit en originaliteit zijn;
- de tijd die de groep zonder professionals doorbrengt, essentieel is voor het proces van de conferentie;
- de manier waarop professionals informatie delen nog kritisch beschouwd moet worden, omdat het niet duidelijk is hoe dit het proces en de uitkomsten beïnvloedt;
- families tevreden zijn over het proces en hebben de indruk dat zij een belangrijke stem hebben in de besluitvorming gedurende een FGC;
- de betrokkenheid en participatie van kinderen sterk verschilt;
- de betrokkenheid van vaders en zijn familieleden toenemen door de inzet van een conferentie;
- hulpverleners tevreden zijn over het proces en de uitkomsten;
- het aantal verwijzingen van hulpverleners voor een conferentie sterk verschilt en verwijzingsprocessen dus nader onderzocht moeten worden;
- de kosten van FGC's lager of even hoog zijn als bij de gebruikelijke hulpverlening;

Effecten van FDGM zijn dat:

- de veiligheid van kinderen net zo goed gewaarborgd is als bij gebruikelijke vormen van kinderbescherming;
- een groot percentage van de kinderen die uit huis geplaatst zou moeten worden, onderdak vindt binnen de familie of het sociale netwerk;
- er stabiliteit in de leefsituatie voor kinderen ontstaat (kinderen worden minder vaak overgeplaatst en gaan vaker terug naar eigen ouders);
- beslissingen tijdig genomen worden en hulp sneller op gang komt;
- de ondersteuning van de familie toeneemt en het gezinsfunctioneren verbetert;



- het samenhang brengt in de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld (Merkel-Holguin, Nixon & Burford, 2003).

Shlonsky en Saini (2011) deden een systematische review over zes RCT's naar de effecten van FGDM. Zij komen tot de conclusie dat FGDM leidt tot een toename van kindermishandeling, meer en langere uithuisplaatsingen en meer professionele zorg.

9. Uitvoering Eigen Kracht-conferentie

De Eigen Kracht-conferentie wordt uitgevoerd door de Eigen Kracht Centrale. De Eigen Kracht centrale werkt met onafhankelijke burgers die een training gevolgd hebben in het uitvoeren van de Eigen Kracht-conferenties. Zowel de Eigen Kracht centrale als de coördinator is onafhankelijk en niet verbonden aan een beslissingsbevoegde of hulpverlenende instantie.

De plaats waar een Eigen Kracht-conferentie gehouden wordt, varieert. Dit is afhankelijk van de keuze van een familie, maar is nooit bij deelnemers thuis en zelden in het gebouw van hulpverleningsinstanties. Onder meer zijn Eigen Kracht-conferenties gehouden in buurtcentra, kerken en horecagelegenheden.

9.1 Eisen ten aanzien van opleiding

Coördinatoren krijgen een praktische training in hoe zij een Eigen Kracht-conferentie kunnen organiseren. Als de training goed verloopt, organiseren ze onder intensieve coaching van een regiomanager een eerste conferentie. Als deze goed verloopt, ontvangen de coördinatoren na afloop een certificaat. Om het certificaat te behouden dienen zij minstens eenmaal per jaar een Eigen Kracht-conferentie te organiseren en daarnaast deel te nemen aan intervisiebijeenkomsten.

Coördinatoren dienen een onafhankelijke positie in te kunnen nemen en over organisatorische en faciliterende vaardigheden te beschikken.

Er zijn geen verdere eisen ten aanzien van het opleidingsniveau of ervaring van coördinatoren. In de praktijk blijken coördinatoren burgers met maatschappelijke verantwoordelijkheid en belangstelling te zijn en vervullen zij uiteenlopende functies, zoals vertaler, softwarespecialist, ambtenaar, dirigent, verpleegkundige en onderwijsassistent.

9.2 Eisen ten aanzien van overdracht en implementatie

Voor zover bekend is er geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie.

De training voor Eigen Kracht-coördinatoren is in handen van de stichting Eigen Kracht Centrale en is niet overdraagbaar. Voor hulpverleners die een Eigen Kracht-conferentie aanmelden of families helpen met de uitvoering van hun plan, zijn opleidingsmodules te volgen op verschillende hogescholen.

9.3 Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De coördinatoren dienen minstens eenmaal per jaar een Eigen Kracht-conferentie te organiseren om hun certificaat te behouden. Daarnaast moeten zij minimaal twee keer per jaar deelnemen aan een regionale of landelijke intervisiebijeenkomst. Bij iedere conferentie die zij organiseren, worden zij

gecoacht door hun regiomanager. Op deze manier houdt de regiomanager voortdurend in de gaten of de coördinator werkt volgens de principes van Eigen Kracht en bewaakt dus zo de kwaliteit.

9.4 Kosten van de Eigen Kracht-conferentie

Er zijn geen gegevens bekend over de kosten en/of de tijdsinvestering van professionals.

10. Literatuur

- Beek, F. van (2004). *Het gaat toch over mijn toekomst? Onderzoek naar de mening van kinderen en jongeren over Eigen-kracht conferenties*. Voorhout: WESP Jeugdzorg.
- Beek, F. van (2005). *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2004*. Voorhout: WESP Jeugdzorg.
- Beek, F. van (2006) *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2005*. Voorhout: WESP
- Beek, F. van (2006). *Op de grens tussen bemoeizucht en zorg. Rapportage van het onderzoek naar Eigen-Kracht conferenties in Overijssel en de verhouding van Eigen Kracht tot de Wet op de Jeugdzorg*. Voorhout: WESP Jeugdzorg.
- Beek, F. van (2007) *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2006*. Voorhout: WESP
- Beek, F. van (2009). *'Ik heb nooit eerder een grens durven trekken, maar nu wel'. Onderzoek naar Eigen Kracht-conferenties binnen het Steunpunt Huiselijk Geweld Kop van Noord-Holland*. Voorhout: WESP.
- Beek, F. van en Gramberg, P. (2009). *'Als er over mij geroddeld wordt, moet ik er natuurlijk wel bij zijn'. Kinderen en jongeren over de waarde van Eigen Kracht-conferenties*. Voorhout: WESP
- Bell, M. & Wilson, K. (2006). Children's views of family group conferences. *British Journal of Social Work*, 36, 671-681.
- Bosma, H. (2009). *Een plan van allemaal. Eigen Kracht volgens professionals*. Zwolle: Eigen Kracht Centrale.
- Connolly, M. (2006). Up front and personal: confronting dynamics in the family group conference. *Family Process*, 45, 345-357.
- Eigen Kracht Centrale (2012). Onderzoek naar Eigen Kracht-conferenties. Gedownload 28 januari 2013, www.eigen-kracht.nl.
- Gramberg, P. (2008) *Eigen Kracht- conferenties. Jaarcijfers 2007*. Voorhout: WESP
- Gramberg, P. (2009) *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2008*. Voorhout: WESP
- Holland, S. & O'Neill, S. (2006). 'We had to be there to make sure it was what we wanted': Enabling children's participation in family decision-making through the family group conference. *Childhood*, 13, 91-111.
- McNeish, D. and Newman, T. (2002). 'Involving children and young people in decision making', in McNeish, D., Newman, T. and Roberts, H. (eds), *What Works for Children? Effective Services for Children and Families*. Buckingham: Open University Press.
- Merkel-Holguin, L., Nixon, P. & Burford, G. (2003). Learning with families: A synopsis of FGDM research and evaluation in child welfare. *Child Protection*, 18, 2-11.
- Pagée, R. van (2003). *Eigen Kracht (Family Group Conference in Nederland): Van model naar invoering*. Amsterdam: SWP.
- Rensen, P., Arum, S. van & Engbersen, R. (2008). *Wat werkt? Een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren*. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.

Shlonsky, A. & Saini, M. (2011). *Family Group Decision-Making for Children at Risk of Child Maltreatment*. Paper presentation on the Society for Social Work and Research 15th Annual Conference. Gedownload op 15 april 2011 van <http://sswr.confex.com/sswr/2011/webprogram/Paper15013.html>.

Sundell, K. & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of family group conferencing in Sweden: A 3-year follow-up. *Child Abuse and Neglect*, 28, 267-287.

Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramberg, P. & Slot, W. (2008). *De familie aan zet: De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. Duivendrecht/Voorhout: PI Research/WESP Jeugdzorg.

Bijlage 2. Signs of Safety

Samenvatting

Doel: Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van Signs of Safety is veiligheid voor het kind te creëren.

Doelgroep: Signs of Safety is bedoeld voor gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn (Turnell & Edwards, 1999).

Aanpak: Signs of Safety is een oplossingsgerichte methode. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan. De hulpverlener stelt dit plan op met behulp van een aantal technieken:

- Hij gaat na welke positie elk gezinslid inneemt ten opzichte van het probleem en de mogelijke oplossing;
- Hij zoekt naar uitzonderingen op de mishandeling;
- Hij moet sterke kanten en hulpbronnen van het gezin te zien ontdekken;
- Hij moet het gezin zien te ontlocken welke doelen het voor het kind heeft in plaats van zich te richten op het probleem;
- Hij vraagt het gezin om indicatoren voor de veiligheid van het kind te benoemen en te beoordelen hoe veilig zij menen dat het kind is;
- Hij moet beoordelen in hoeverre het gezin bereid en in staat meent te zijn om de plannen voor verandering uit te voeren.

Materiaal: Turnell, A. & Edwards, S. (2009). Veilig opgroeien: De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderbescherming. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Onderzoek: Buitenlands onderzoek lijkt erop te wijzen dat op langere termijn het aantal gezinnen dat te maken krijgt met een kinderbeschermingsmaatregel, afneemt. Gezinnen blijken meer tevreden over de geboden hulp wanneer Signs of Safety ingezet wordt dan wanneer care as usual geboden wordt. Kinderen blijken ook minder vaak opnieuw mishandeld te worden.

1. Risico- of probleemomschrijving

Signs of Safety richt zich op gezinnen waar (vermoedelijk) sprake is van kindermishandeling. De aanpak is ontwikkeld vanuit onvrede over de gebruikelijke werkwijze in de kinderbescherming. Professionals worden bekritiseerd omdat ze of te sterk ingrijpen in gezinnen of niet voldoende doen om kinderen tegen hun ouders te beschermen. Daarnaast vindt er een ommekeer plaats in het denken over gezinnen: professionals zijn niet langer alleen gericht op de tekorten en problemen in gezinnen, maar ook nemen zij sterke kanten en hulpbronnen meer in ogenschouw. Signs of Safety komt hieraan tegemoet en biedt een werkwijze voor professionals in de kinderbescherming, waarmee zij een samenwerkingsrelatie met ouders kunnen opbouwen zodat zij gezamenlijk de veiligheid en het welzijn van het kind kunnen bevorderen.

2. Doel

Het doel van Signs of Safety is een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gezinnen waar (mogelijk) sprake is van kindermishandeling. Het einddoel van Signs of Safety is veiligheid voor het kind te creëren.

Om veiligheid voor het kind te creëren moet de werker enerzijds vaardig zijn in het gebruik van zijn professionele autoriteit. Anderzijds moet hij in staat zijn om een doelgerichte en coöperatieve relatie gericht op de veiligheid van het kind op te bouwen met het gezin (Turnell & Edwards, 1999).

Het beoogde resultaat van Signs of Safety is dat:

- onveilige opvoedingssituaties voor kinderen sneller en beter gesignaleerd worden;
- hulpverlening sneller en beter verloopt, doordat de werkwijze leidt tot het snel verkrijgen van inzicht in de situatie en duidelijkheid geeft over wat er precies moet veranderen;
- het type hulpverlening minder ingrijpend is (o.a. kan het langdurige uithuisplaatsing voorkomen);
- door de activerende benadering van gezinsleden de doelen van de hulp sneller bereikt zijn;
- er minder heraanmeldingen voor hulpverlening zijn;
- gezinnen meer tevreden zijn over de geboden hulp doordat zij actief participeren en de hulp een duidelijke doelstelling heeft;
- en dat de samenwerking en afstemming van de diverse hulpverleningsinstellingen rondom een kind of gezin beter verloopt doordat zowel het netwerk van het gezin als het hulpverleningsnetwerk worden ingeschakeld om de veiligheid te waarborgen.

3. Doelgroep

Signs of Safety is bedoeld voor gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn (Turnell & Edwards, 1999). Turnell en Edwards hebben de doelgroep niet nader uitgewerkt.

Voor Signs of Safety bestaan geen indicatie of contra-indicatiecriteria. Het kan ingezet worden bij elk gezin waar een professional te maken krijgt met (mogelijke) onveiligheid van kinderen in het gezin. Dat maakt de benadering onder andere geschikt voor jeugdzorg, jeugdbescherming en de ggz.

Signs of Safety is niet speciaal ontwikkeld voor migrantengroepen. De werkwijze heeft geen speciale faciliteiten (zoals vertaalde instructies of tolken) om migrantengroepen in het bijzonder te kunnen bedienen. Maar doordat het gericht is op samenwerking met het gezin en het netwerk actief betreft, is het uitermate geschikt voor gebruik bij migrantengroepen die uit een 'wij cultuur' komen, zoals bijvoorbeeld Afrikanen en moslims.

4. Aanpak

4.1 Opzet

Het belangrijkste doel van Signs of Safety is hulpverleners ondersteunen bij het opbouwen van een partnerschap met gezinnen waar (vermoedelijk) sprake is van kindermishandeling. Er is sprake van partnerschap wanneer zowel de instelling als het gezin meewerkt om specifieke, wederzijds overeengekomen doelen te bereiken.

De Signs of Safety benadering heeft niet alleen aandacht voor de problemen en risico's in een gezin, maar zoekt naar de balans tussen risico's en veiligheid in een gezin. Om zowel de risico's als de veiligheid in beeld te krijgen maakt een hulpverlener gebruik van het perspectief van alle gezinsleden. De Signs of Safety benadering vraagt van hulpverleners om hun doelen ten aanzien van de veiligheid nauwkeurig en expliciet te formuleren. Hierdoor wordt de mogelijkheid om een doelgerichte samenwerkingsrelatie te ontwikkelen versterkt. De hulpverlener betreft de cliënt actief in het proces, waarmee hij draagvlak creëert voor de oplossingsmogelijkheden. Deze benadering is ontwikkeld vanuit de praktijk van kortdurende therapie, met name oplossingsgerichte kortdurende therapie (Turnell & Edwards, 1999).

Ter ondersteuning van dit proces is er een Signs of Safety Assessment en Planning formulier (het veiligheidsplan). Hierop beschrijft de hulpverlener:

1. waar hij en het gezin (en eventueel anderen, zoals professionals of het sociale netwerk) zich zorgen over maken;
2. welke aspecten op veiligheid duiden (zoals uitzonderingen op de problemen, sterke kanten en hulpbronnen) en
3. wat er moet gebeuren (doelen van de hulpverleningsorganisatie en het gezin en indicatoren die duiden op vooruitgang).

De hulpverlener heeft een aantal vaardigheden nodig om de assessment uit te voeren en dit formulier goed in te vullen:

een duidelijk onderscheid weten te maken tussen enerzijds schade in het verleden (feiten) en anderzijds gevaren voor de toekomst en complicerende factoren (zorgen);
een duidelijk onderscheid weten te maken tussen sterke kanten en veiligheid;
beweringen helder kunnen verwoorden in voor het gezin begrijpelijke taal;
beweringen richten op specifiek, observeerbaar gedrag;
vaardig gebruik van zijn autoriteit vanuit de kindbescherming (Turnell, 2008).

De hulpverlener maakt het veiligheidsplan samen met het gezin. Het sociale netwerk van het gezin wordt ingeschakeld bij de uitvoering ervan. Alle betrokkenen krijgen een taak om de veiligheid van het kind te waarborgen. De hulpverlener legt de SMART-afspraken vast in een contract, zodat deze controleerbaar zijn. Het veiligheidsplan is geen statisch geheel, maar kan aangepast worden, wanneer blijkt dat ouders op een goede manier voor hun kinderen zorgen.

Uitgangspunt bij het opstellen van het veiligheidsplan is dat het een plan van het gezin is en dat de hulpverlener hen ondersteunt bij het maken ervan. In de rol van jeugdbeschermer heeft een hulpverlener de taak om te controleren of het kind voldoende veilig is.

4.2 Inhoud

De Signs of Safety benadering vraagt om een basishouding van hulpverleners ten opzichte van gezinnen waarmee zij:

1. de gezinnen respecteren als mensen die het waard zijn om mee te werken;
2. samenwerking met de persoon zoeken, niet de mishandeling;
3. herkennen dat samenwerking mogelijk is, ook daar waar dwang vereist is;
4. herkennen dat elk gezin ook signalen van veiligheid vertoont;
5. de focus op veiligheid vasthouden;
6. de wensen van het gezin leren kennen;

7. op zoek gaan naar details;
 8. zich richten op kleine veranderingen;
 9. details van een zaak niet verwarren met het beoordelen;
 10. keuzes aanbieden;
 11. het gesprek met een gezin beschouwen als een mogelijkheid om van gedachten te wisselen.
- Deze basishouding helpt hulpverleners om een partnerschap met gezinnen op te bouwen (Turnell & Edwards, 1999).

Een werker heeft zes algemene principes tot zijn beschikking waarmee hij informatie over de capaciteiten van een gezin kan uitlokken, verdiepen en beoordelen:

1. Onderzoek de positie van elk gezinslid ten opzichte van het probleem, de oplossing en de instelling.

Een werker moet inzicht krijgen in hoe gezinsleden denken over wat het probleem is, hoe dat ontstaan is en hoe het opgelost zou kunnen worden. Centraal staan de overtuigingen en waarden van de gezinsleden. Een vraag die de werker zou kunnen stellen, is: “Uit de melding kun je opmaken hoe anderen tegen jullie als gezin en de problemen aankijken. Wat is jullie perspectief op deze situatie?” Of met betrekking tot de oplossing: “Wat maakt dat je denkt dat dit idee een goed plan is dat helpt om de problemen op te lossen?”

2. Zorg dat je uitzonderingen op de mishandeling vindt.

Het vinden van uitzonderingen levert hoop bij zowel de werker als het gezin op en biedt een mogelijke oplossingsrichting. Bovendien geeft het het gezin het gevoel dat de werker met hen wil samenwerken en bekrachtigen in plaats van de verzorging en bescherming van het kind uit handen te nemen. Een voorbeeld van een te stellen vraag om dergelijke uitzonderingen te vinden, is: “Wanneer was de laatste keer dat dit probleem zich voordeed? Hoe is het je gelukt om dit sindsdien te vermijden?”

3. Ontdek sterke kanten en hulpbronnen van het gezin.

Het gaat erom dat een werker duidelijk voor ogen krijgt welke capaciteiten ouders of kinderen hebben om veiligheid te creëren of welke mogelijkheden er in het netwerk van het gezin zijn om hulp in te schakelen om veiligheid van het kind te garanderen. Voorbeeldvragen zijn: “Wat doe je gewoonlijk om met stress om te gaan?” “Wat is er goed aan de relatie met je kind/ vader/ moeder/ broer/ zus?”

4. Richt je op doelen.

Doel van de kinderbescherming is om veiligheid voor het kind te creëren. De werker moet erop gericht zijn uitspraken bij ouders uit te lokken hoe zij hun kind die veiligheid (weer) kunnen bieden. De bedoeling is dat de ouder hierbij uitspraken doet over concrete, uitvoerbare ideeën. Als ouders en werker het niet eens zijn over de vermoede mishandeling kan het beter zijn om hen te vragen naar algemene doelen die zij nastreven voor hun kinderen. Een voorbeeldvraag is: “We zien beide de noodzaak om ervoor te zorgen dat het kind veilig is. Wat zijn jouw ideeën hoe we daarvoor kunnen zorgen?” Of: “Wat denk je dat jij of je partner, kind of andere familieleden eraan kunnen doen om de veiligheid te vergroten?”

5. Meet de veiligheid en vooruitgang en maak die zichtbaar voor het gezin.

Een bruikbaar instrument dat de werker hiervoor tot zijn beschikking heeft, zijn vragen waarmee ouders of kinderen op een schaal van 1 tot 10 beoordelen hoe zaken ervoor staan. Juist ook wanneer een werker in gesprek is met kinderen blijken dergelijke schaalvragen goed bruikbaar en waardevolle informatie op te leveren. Het biedt kinderen de mogelijkheid om hun eigen beoordeling van de situatie weer te geven. Een vraag voor een kind zou kunnen zijn: “Op een schaal van 1 tot 10, hoe veilig voel je je als je thuis bent?” En als vervolg hierop: “Wat zou er moeten gebeuren om ervoor te zorgen dat dat beter wordt?”

6. Beoordeel de bereidheid, het vertrouwen en de capaciteiten van het gezin om de plannen om te veranderen uit te voeren.

Voordat een gezin verandert, is er een aantal dingen nodig: de bereidheid om te veranderen, de vaardigheden om die veranderingen te kunnen uitvoeren en het vertrouwen dat een plan kans van slagen heeft om een positieve verandering teweeg te brengen. Ook hierbij kan een schaal van 1 tot 10 een nuttige rol vervullen. Bijvoorbeeld: “Op een schaal van 1 tot 10, hoeveel vertrouwen heb je erin dat dit de problemen verbetert?” (Turnell & Edwards, 1999).

Turnell en Edwards (1999) beschrijven voor elke fase van het werk van de kindbescherming voorbeelden van vragen die een werker volgens de Signs of Safety benadering kan stellen. Zij gaan in op het contact met de melder bij de eerste aanmelding van een zaak, het beoordelen van de situatie, het eerste bezoek aan of contact met de ouders, het ontwikkelen van een gezamenlijk plan om veiligheid van het kind te garanderen en doorgaand casework en behandeling.

5. Onderbouwing

De grote uitdaging voor de kindbescherming ligt erin om een manier te vinden die enerzijds de ernst van de (vermoede) kindermishandeling aan de orde stelt en anderzijds tegelijkertijd de mogelijkheid om samen te werken met het gezin maximaliseert (Turnell & Edwards, 1999).

In de meeste gevallen komen gezinnen niet vrijwillig in aanraking met de kindbescherming. Dit maakt het opbouwen van een samenwerkingsrelatie moeilijker, terwijl dit essentieel is gezien de ernst van de problemen en de noodzaak om de veiligheid van het kind zeker te stellen (Turnell & Edwards, 1999).

Het risico bestaat in de kindbescherming dat gezin en hulpverleners gefixeerd raken op de problemen en tekortkomingen, waardoor ook de samenwerking stagneert. Wanneer gezinnen in aanraking komen met de kindbescherming, zijn de problemen in het gezin ernstig en complex. Als hulpverleners vervolgens uitsluitend focussen op de problemen bestaat de kans dat zij het uitzichtloze perspectief van het gezin overnemen. Dit verhindert de mogelijkheid om het probleem aan te pakken. Ook belet het de samenwerking, omdat het gezin geen vertrouwen krijgt in de mogelijkheden van de hulpverlener om samen met hen de problemen aan te pakken en op te lossen (Turnell, 2004).

Voor een constructieve relatie tussen het gezin en de hulpverlener is het essentieel dat de relatie doelgericht is. Een constructieve en doelgerichte relatie wordt bereikt door gezamenlijk te kijken naar zowel problemen als sterke kanten in het gezin (Turnell, 2004). Turnell veronderstelt dat een hulpverlener de risico's en gevaren in een gezin het beste samen met het gezin kan inschatten, omdat

het gezin de expert is over het werkelijke functioneren van de diverse gezinsleden (Turnell, 2004). Uit onderzoek blijkt dat een relatie gebaseerd op samenwerking en vertrouwen bevorderd wordt door de houding van de hulpverlener. Openstaan voor het perspectief van de ouders op de problemen draagt eraan bij dat zij meewerken aan het verhelpen van de onveilige situatie voor het kind (Turnell & Edwards, 1999).

Een positieve relatie tussen de hulpverlener en de ouders ontwikkelt zich gemakkelijker, wanneer de ouders begrijpen dat de hulpverlener samen met hen de veiligheid van het kind wil herstellen in plaats van dat hij het kind bij hen wil weghalen. Om de veiligheid te versterken heeft de hulpverlener professionele vaardigheden nodig, waarmee hij het gedrag van de ouders kan beïnvloeden. Dit kunnen bijvoorbeeld technieken uit de cognitieve gedragstherapie zijn, waarmee ouders vaardigheden leren. Daarnaast moet hij ook over een zekere mate van persoonlijke warmte beschikken en vaardig zijn in het ontwikkelen van relaties die gekenmerkt worden door respect en zorg (Turnell & Edwards, 1999).

Volgens Turnell en Edwards (1999) is het voor een goede praktijk van kindbescherming belangrijk dat:

er respect voor en vertrouwen in het gezin is;

er waar mogelijk gebruik gemaakt wordt van het standpunt van het gezin;

de samenwerking tussen professional en gezin vanaf het begin vormgegeven wordt;

de nadruk ligt op de sterke kanten van het gezin.

Signs of Safety is gebaseerd op de (kortdurende) oplossingsgerichte therapie. Oplossingsgerichte therapie richt zich op de sterke kanten van een cliënt, omdat verondersteld wordt dat het werken met de hulpbronnen van een cliënt constructiever is, dus tot betere resultaten leidt, dan werken met zijn tekorten en problemen. Het uitgangspunt van oplossingsgerichte therapie is dat individuen de capaciteit hebben om zelf oplossingen voor hun problemen te bedenken. De belangrijkste taak van de hulpverlener is om de cliënt dit intrinsieke potentieel te helpen ontdekken en de cliënt in een positieve richting te leiden die de cliënt samen met de hulpverlener definieert. Het is niet nodig voor de oplossing om het probleem tot op de bodem uit te diepen.

Centraal in oplossingsgerichte therapie staat het identificeren van de sterke kanten van de cliënt. Dit helpt de samenwerkingsrelatie tussen hulpverlener en cliënt op te bouwen en te versterken, zorgt ervoor dat de cliënt vertrouwen in en respect voor de hulpverlener krijgt en maakt dat zij zich samen kunnen richten op competenties die de cliënt al heeft om doelen van de behandeling te bereiken.

De belangrijkste aannames voor een oplossingsgerichte hulpverlener zijn:

Als iets niet werkt, doe dan iets anders, en als iets werkt, doe daar dan meer van;

Cliënten hebben sterke kanten en hulpbronnen om te veranderen;

Problemen worden beschouwd als wegversperringen als gevolg van beperkte herkenning van alternatieven en niet als symptomen van onderliggende pathologie;

Een kleine verandering in een aspect van een probleem kan het begin zijn van een oplossing;

Samenwerking en de focus op toekomstige mogelijkheden en oplossingen versterken verandering (Cepeda & Davenport, 2006).

Naast de samenwerking is het in de kindbescherming belangrijk niet uit het oog te verliezen dat de veiligheid van kinderen in het geding is. Daarom moeten hulpverleners in staat zijn om hun autoriteit zorgvuldig te kunnen uitoefenen, op een constructieve manier een oordeel te vormen over



de situatie en een vragende houding te hebben ten opzichte van het gezin. Dit betekent dat de hulpverlener duidelijk is over het gezag dat hij heeft vanuit de instelling, bijvoorbeeld dat hij kan beslissen over een uithuisplaatsing. Een hulpverlener in de kindbescherming beoordeelt altijd de situatie, maar moet hierover altijd expliciet zijn naar gezinnen. De vragende houding van de hulpverlener blijkt uit het feit dat hij expliciet is over zijn rol, zorgen en verwachtingen terwijl hij tegelijkertijd toetst bij het gezin (en andere hulpverleners) of zijn beoordelingen kloppen en of zijn handelen hiermee in overeenstemming is. Dit draagt bij aan zowel een goede samenwerking als de veiligheid van het kind (Turnell & Edwards, 1999).

Samenvatting onderbouwing

Door een goede samenwerkingsrelatie tussen hulpverlener en gezin, waarbij het gezin aangespoord wordt om mee te denken over hoe een onveilige situatie voor het kind opgeheven kan worden en gestimuleerd wordt oplossingen te zoeken die aansluiten bij sterke kanten en bestaande hulpbronnen, wordt een duurzame oplossing gezocht waarin het kind thuis veilig kan opgroeien en ontwikkelen.

6. Buitenlands effectonderzoek

De langst lopende en meest volledige implementatie van Signs of Safety is in Olmsted County (Minnesota, USA). De vernieuwingen in de county gingen verder dan alleen de invoering van Signs of Safety. (De onderzoeksrapportage maakt niet duidelijk waaruit de vernieuwingen bestaan.) Gezinnen waar een kind mogelijk mishandeld werd, ontvingen na de aanmelding en voorafgaand aan het proces bij de rechtbank een case planning conferentie gebaseerd op Signs of Safety. Deze bijeenkomst van hulpverleners, het gezin en eventueel het sociale netwerk van het gezin is bedoeld om gezamenlijk tot een plan te komen om de veiligheid van het kind zeker te stellen. Uit een evaluatie bij deelnemende gezinnen blijkt dat zij zich gerespecteerd voelen en dat zij de indruk hebben een belangrijk aandeel in het proces te kunnen leveren. De samenwerking tussen de hulpverleners enerzijds en het gezin en het netwerk anderzijds verbeterde, wat resulteerde in snellere toegang tot de nodige hulp. Het gezin merkte eerder familieleden en vrienden als mogelijke bronnen van hulp aan. Ook gezinnen met veel problemen konden met de nodige ondersteuning succesvol deelnemen aan de case planning conferentie. Zowel ouders als kinderen voelden zich op een positieve manier betrokken bij het proces (Lorhbach & Sawyer, 2004).

De hervormingen in de werkwijze van de kindbescherming leverde niet alleen een grotere tevredenheid van gezinnen op. In twaalf jaar tijd verdrievoudigde het aantal kinderen dat de jeugdzorg (Child and Family Services) hielp, halveerde het aantal kinderen dat uit huis geplaatst werd en halveerde het aantal gezinnen dat voor de rechter moest verschijnen voor een mogelijke kindbeschermingsmaatregel (Turnell, 2008).

Westbrook (2006 in Turnell, 2008) heeft in Carver County (Minnesota, USA) een kwalitatief onderzoek naar de impact van Signs of Safety gedaan. De tevredenheid over de hulp bleek hoger bij gezinnen die met Signs of Safety te maken kregen. Ook verbeterden de vaardigheden van hulpverleners, vooral in het bieden van keuzemogelijkheden en het betrekken van ouders bij opstellen van een veiligheidsplan. Hoewel de invoering van Signs of Safety nog te kort was om al significante veranderingen in uitkomsten in kindbeschermingszaken te zien, duiden de eerste

cijfers erop dat het aantal zaken waar ouders het gezag over hun kind ontnomen werd afnamen en dat minder kinderen uit huis geplaatst werden.

Gumbleton (1997 in Turnell & Essex, 2006) onderzocht bij 38 kinderen de effecten van Signs of Safety. Hij zette de resultaten af tegen eerder onderzoek naar groepen die de traditionele benadering ondergingen. Om de recidive van kindermishandeling te onderzoeken volgde hij kinderen tot twee jaar na de aanmelding. Recidive bij de groep kinderen in de Signs of Safety benadering nam af tot 7%. De recidive bij de traditionele benadering ligt tussen de 20% en 40%.

Goede onderzoeksrapporten ontbreken, waardoor het niet altijd goed mogelijk is om het onderzoeksdesign en de resultaten te beschrijven. Zo is in het onderzoek van Lorhbach en Sawyer (2004) niet duidelijk welke bijdrage Signs of Safety heeft aan het totale pakket van vernieuwingen.

7. Uitvoering

Signs of Safety wordt gebruikt in de kindbescherming. De Bureaus Jeugdzorg Drenthe en Zeeland, met name de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, maken gebruik van deze benadering om aangemelde gezinnen te onderzoeken. De bedoeling is dat ook de jeugdbescherming, de toegang en het casemanagement Signs of Safety gaan gebruiken.

In de Deltamethode (de werkwijze van de gezinsvoogdij) zijn de principes van Signs of Safety verwerkt.

Ook andere instellingen, waaronder GGZ Drenthe (klinische gezinsbehandeling), Altra (jeugdzorg in Amsterdam) en de Raad voor de Kinderbescherming in Zwolle, voeren Signs of Safety uit.

Ook De Waag, een instelling voor forensische psychiatrie, gebruikt de benadering onder de naam Veilig Samen Verder.

Signs of Safety is ontwikkeld in Australië. De Nederlandse werkwijze komt overeen met die in Australië.

7.1 Eisen ten aanzien van opleiding

Turnell en Edwards (1999) doen geen uitspraken over de training die nodig is voor een juist gebruik van Signs of Safety.

Turnell meent wel dat het belangrijk is om hulpverleners goed te trainen. Het volledige trainingsprogramma beslaat vijf dagen over een periode van vier weken. De eerste twee dagen zijn vooral gericht op algemene principes van oplossingsgerichte kortdurende therapie. De volgende twee dagen gaan specifiek in op Signs of Safety. De nadruk ligt sterk op oefenen van vaardigheden en praktijkvoorbeelden van hulpverleners met ervaring in het werken met Signs of Safety. De laatste trainingsdag is bedoeld als terugkomdag om successen met elkaar te delen en vragen en problemen te kunnen bespreken.

Een ander, belangrijk onderdeel van training is dat hulpverleners regelmatig (minimaal elke twee weken) twee uur intervisie hebben rondom casuïstiek. Deze intervisiebijeenkomsten moeten voorgezeten worden door een persoon die het oplossingsgericht werken goed in de vingers heeft en die de focus op veiligheid weet te houden.

7.2 Eisen ten aanzien van overdracht en implementatie

Er is geen handleiding of protocol voor overdracht of implementatie.



7.3 Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

7.4 Kosten van de interventie

Er zijn geen gegevens bekend over de kosten en/of tijdsinvestering van professionals.

Literatuur

Cepeda, L.M. & Davenport, D.S. (2006). Person-centered therapy and solution-focused brief therapy : an integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (1), 1-12.

Lohrbach, S. & Sawyer, R. (2004). Creating a constructive practice: Family and professional partnership in high-risk child protection case conferences. *Protecting Children*, 26, 26-35.

Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York/London: W.W. Norton & Company.

Turnell, A. & Edwards, S. (1997). Aspiring to partnership: The Signs of Safety approach to child protection. *Child Abuse Review*, 6, 179-190.

Turnell A. & S. Essex (2006). *Working with 'Denied' Child Abuse. The resolutions approach*. Maidenhead: Open University Press.

Turnell, A. (2008). Adoption of Signs of Safety as the department for child protection's child protection practice framework. Government of Western Australia: Department for Child Protection.

Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien : de oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlage 3. Deltamethode

Samenvatting

Doel: Doel van de Deltamethode is de opheffing van de ontwikkelingsbedreiging van het kind (PI Research & Adviesbureau Van Montfoort, 2009).

Doelgroep: De Deltamethode is bedoeld voor alle kinderen waarover een ondertoezichtstelling is uitgesproken.

Aanpak: De kern van deze werkwijze voor gezinsvoogden is het Vierstappenmodel. Het Vierstappenmodel helpt gezinsvoogden om de ontwikkelingsbedreiging op te heffen door samen met het gezin concrete werkdoelen op te stellen. De vier stappen zijn:

1. het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin op de problemen;
2. het vertalen van zorgpunten in mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de ontwikkeling van het kind;
3. het benoemen van gewenste ontwikkelingsuitkomsten;
4. het opstellen van werkdoelen, actiepunten en het werken met het 'plan op tafel'.

Materiaal: PI Research & Van Montfoort (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.

Onderzoek: Quasi-experimenteel onderzoek met een vrij sterk onderzoek (design met voor- en nameting, waarbij gezinnen waar de Deltamethode gebruikt werd, vergeleken zijn met gezinnen waar gezinsvoogden de traditionele werkwijze gebruikten) laat zien dat gezinsvoogden die werken volgens de Deltamethode betere resultaten boeken dan gezinsvoogden die dat niet doen. Na zes maanden was de situatie van 81% van de kinderen in de experimentele groep vooruit gegaan tegen 47% in de vergelijkingsgroep. Een vervolgonderzoek liet geen verschillen zien wat betreft de duur van de OTS of het aantal en de duur van uithuisplaatsingen.

1. Risico- of probleemomschrijving

De Deltamethode is gericht op kinderen die door de rechter onder toezicht gesteld zijn. De OTS is een wettelijke maatregel die door de rechter wordt uitgesproken wanneer de gezondheid of ontwikkeling van een kind ernstig bedreigd wordt. Dit kan het geval zijn als een kind lichamelijk of geestelijk (ernstig) mishandeld, lichamelijk of affectief verwaarloosd of seksueel misbruikt wordt of het kind (ernstig) probleemgedrag vertoont, zoals schoolverzuim en crimineel gedrag. Een OTS kan dus opgelegd worden bij 'het kind in gevaar' of 'het gevaarlijke kind', wanneer de ontwikkeling van het kind bedreigd wordt. Daarbij wordt gekeken naar hoe ernstig de bedreiging is en hoe vaak die bedreiging zich voordoet. Bij een OTS gaat het altijd om een bedreiging van het kind in de opvoedingssituatie door het handelen of nalaten van de ouders of andere volwassenen (PI Research & Van Montfoort, 2009).

In 2007 zijn ruim 10.000 nieuwe ondertoezichtstellingen uitgesproken. Eind 2007 waren ongeveer 29.500 kinderen en jongeren onder toezicht gesteld (CBS, 2009). In 2005 duurde de OTS landelijk gemiddeld ongeveer vier jaar. Dat de uitvoering van de OTS zo lang duurde, komt onder andere doordat de OTS ook bij langdurige uithuisplaatsingen gebruikt wordt, terwijl in dergelijke situaties een andere kindbeschermingsmaatregel misschien meer gepast is (PI Research & Van Montfoort, 2009).

2. Doel

Doel van de Deltamethode is de opheffing van de ontwikkelingsbedreiging van het kind (PI Research & Van Montfoort, 2009).

3. Doelgroep

De Deltamethode is bedoeld voor alle kinderen waarover een ondertoezichtstelling is uitgesproken.

4. Aanpak

4.1 Opzet

Uitgangspunten van de Deltamethode zijn:

- de ontwikkeling en veiligheid van het kind staan centraal;
- de ontwikkeling en veiligheid van het kind worden gezien in het licht van zijn omgeving, dat wil zeggen het gezin, de school en de wereld van het kind buiten zijn gezin en de school;
- de communicatie met ouders, kind en derden uit het netwerk van het gezin is cruciaal;
- de gezinsvoogd werkt op een respectvolle, activerende, positieve en transparante wijze samen met de ouders en de jeugdige;
- de gezinsvoogd werkt planmatig en doelgericht;
- de OTS is een tijdelijke maatregel.

De kern van de werkwijze van de gezinsvoogden is het Vierstappenmodel. Het Vierstappenmodel helpt gezinsvoogden om aan de hand van de ontwikkeling van het kind concrete werkdoelen voor het gezin op te stellen. De vier stappen zijn:

1. het formuleren van zorgpunten, sterke punten en de visie van het gezin op de problemen;
2. het vertalen van zorgpunten in mogelijke verstoringen in en bedreigingen van de ontwikkeling van het kind;
3. het benoemen van gewenste ontwikkelingsuitkomsten;
4. het opstellen van werkdoelen, actiepunten en het werken met het 'plan op tafel'.

Een gezinsvoogd maakt zijn analyse over zorgpunten en sterke kanten van het gezin op basis van het raadsrapport en samen met het gezin. Hieruit trekt hij conclusies over waar de ontwikkeling van het kind verstoord of bedreigd wordt. Als hij de verstoring of bedreiging van de ontwikkeling helder in kaart heeft gebracht, vertaalt hij dit in gewenste ontwikkelingsuitkomsten. Vragen die de gezinsvoogd hierbij stelt, zijn: hoe gedragen andere kinderen van deze leeftijd zich? Wat hebben kinderen van deze leeftijd nodig en hoe verhoudt zich dat tot dit kind? Als de gewenste uitkomst is vastgesteld, bedenkt de gezinsvoogd hoe het gezin die kan realiseren. De werkdoelen die de gezinsvoogd formuleert, moeten SMART geformuleerd zijn, zodat hij achteraf kan evalueren of ze behaald zijn en of dit de gewenste uitkomst heeft. De bedoeling is dat het plan een plan van het gezin wordt. Dit betekent dat de gezinsvoogd werkt vanuit een houding van openheid en transparantie. Hij nodigt hen uit om zelf werkdoelen te formuleren en ideeën te bedenken hoe zij deze kunnen bereiken. Tijdens elke afspraak ligt het actieplan op tafel en bedenken het gezin en de gezinsvoogd nieuwe actiepunten, waarmee uiteindelijk de gewenste ontwikkelingsuitkomsten bereikt kunnen worden (PI Research & Van Montfoort, 2009).

Bij elk gezin heeft de gezinsvoogd dus een aanpak op maat. Hij stemt het plan af op die deelgebieden van de ontwikkeling van het kind waar het kind is vastgelopen of dreigt vast te lopen en op de gewenste ontwikkelingsuitkomsten.

4.2 Inhoud

Een belangrijk aspect in de werkwijze is de communicatie tussen de gezinsvoogd en het gezin. De belangrijkste vaardigheden die de gezinsvoogd hiervoor tot zijn beschikking heeft, zijn het engageren, het positioneren en het schakelen tussen deze twee vaardigheden.

Engageren is de vaardigheid om kind, ouders en andere betrokkenen te motiveren tot actieve medewerking.

Motiverende middelen zijn:

- aansluiten bij de wensen van het gezin;
- aansluiten bij de sterke punten van het gezin;

Positioneren is de vaardigheid om het specifieke van de kindbeschermingsmaatregel, vooral de veiligheid en ontwikkeling van het kind, te verduidelijken. Concreet betekent dit dat de gezinsvoogd duidelijke grenzen stelt aan het gezin, bijvoorbeeld daar waar de veiligheid van het kind in het geding is. Een gezinsvoogd positioneert zich op het gebied van:

- het wat, hoe en waarom van de kindbeschermingsmaatregel;
- het belang van het kind;
- de gezinsvoogd als deskundige met bevoegdheden en plichten;
- de wijze van samenwerking tussen gezinsvoogd en gezin.

Eenzijdig benadrukken van een van beide aspecten leidt tot problemen in de communicatie met gezinnen. Wanneer een gezinsvoogd te veel engageert zonder zich te positioneren, leidt dat er toe dat hij 'ingezogen raakt' in het gezin en het zicht op het noodzakelijke positioneren verloren gaat.

Wanneer een gezinsvoogd zich te sterk positioneert, kan het zijn dat hij geen vertrouwen meer krijgt van het gezin. Daarom moet de gezinsvoogd in staat zijn om continu tussen deze twee vaardigheden te schakelen (PI Research & Van Montfoort, 2009).

Vanaf het eerste contact dat een gezinsvoogd heeft met een gezin na het uitspreken van de OTS, moet hij zicht krijgen op de factoren die een rol spelen in de bedreiging van het kind (signalering en risicotaxatie) en in de gaten houden wat de risico's voor het kind zijn als de bestaande situatie blijft voortduren. Vervolgens moet hij actie ondernemen om de risico's te verminderen en de veiligheid van het kind te vergroten (risicomangement). In het proces van toezicht en risicomangement kan de gezinsvoogd met vier kernbeslissingen te maken krijgen:

- de reactie op nieuwe signalen of meldingen van kindermishandeling;
- de beslissing om een machtiging uithuisplaatsing te vragen;
- de beslissing om een uithuis geplaatst kind terug naar huis te laten gaan;
- de beslissing om verlenging van de OTS te vragen, de OTS te (laten) beëindigen, dan wel een verderstreckende maatregel te bevorderen.

Deze beslissingen neemt een gezinsvoogd nooit alleen. Hij overlegt altijd met een collega, leidinggevende of gedragswetenschapper. Ook moet hij altijd proberen om de beslissing toe te lichten aan belangrijke personen, waaronder het gezin. Hoe dreigend de situatie ook is, het is

belangrijk dat de gezinsvoogd zijn boodschap zodanig overbrengt dat het gezin zich serieus genomen en gerespecteerd voelt (PI Research & Van Montfoort, 2009).

In de Deltamethode zijn enkele elementen verwerkt die ook in de Signs of Safety benadering van Turnell en Edwards (1999) gebruikt worden. Overeenkomstig Signs of Safety is het belangrijk dat de gezinsvoogd aandacht heeft voor:

- het feit dat ouders het moeilijk vinden de gezinsvoogd te vertrouwen, omdat hij belangrijke beslissingen over hun leven kan nemen;
- signalen van veiligheid, die in elk gezin voorkomen;
- veiligheid als doel van de OTS en van de samenwerking met de ouders;
- wat cliënten als zorgen zien en wat zij willen;
- situaties waarin zich uitzonderingen op de problemen voordoen en waar sterke kanten en hulpbronnen van het gezin zichtbaar worden;
- het verschil tussen feitelijke informatie over de situatie en het eigen oordeel.

Voor een aantal specifieke situaties, zoals het beschermen van kinderen van ouders met een psychische stoornis of verstandelijke beperking en in complexe echtscheidingssituaties, geeft het handboek Deltamethode aanwijzingen waar een gezinsvoogd op moet letten.

5. Onderbouwing

De basis voor de Deltamethode ligt in het wettelijk kader van de ondertoezichtstelling. De gezinsvoogd zoekt daarbij steeds een balans tussen enerzijds duidelijkheid scheppen over de ernst van de problemen en het gedwongen kader waarin het gezin terecht is gekomen en anderzijds de samenwerking met het gezin optimaal vormgeven. De uitgangspunten van de Deltamethode zijn:

1. de ontwikkeling en veiligheid van het kind staan centraal:

Hoewel de gezinsvoogd met de ouders praat over de opvoedingssituatie en de problemen in het gezin, blijft dit altijd in het perspectief van de veiligheid en ontwikkeling van het kind staan.

De gezinsvoogd beziet de situatie in het licht van de ontwikkelingstaken die een kind heeft. Dit helpt om zowel positieve factoren te ontdekken als de mate waarin het kind bedreigd wordt te bepalen. Zo kan de gezinsvoogd bepalen wat er moet gebeuren en tot overeenstemming komen met ouders en jeugdige.

2. de ontwikkeling en veiligheid van het kind worden gezien in het licht van zijn omgeving, dat wil zeggen het gezin, de school en de wereld van het kind buiten zijn gezin en de school:

De ontwikkeling van het kind vindt plaats in een wisselwerking met de omgeving. De OTS is gericht op het verbeteren van de opvoedingssituatie, maar beperkt zich niet alleen tot het gezin. Om de kansen van een kind te vergroten kan een gezinsvoogd nagaan welke rol familieleden, leeftijdgenoten of andere vertrouwenspersonen kunnen spelen in het leven van een kind.

3. communicatie met ouders, kind en derden uit het netwerk van het gezin is cruciaal

De gezinsvoogd heeft een dubbele taak om enerzijds op een positieve manier samen te werken met het gezin (= engageren) en anderzijds duidelijke grenzen te stellen met het oog op het belang en de



veiligheid van het kind (= positioneren). Beide manieren van communiceren moeten bijdragen aan de veiligheid van het kind in het gezin.

4. De gezinsvoogd werkt op een respectvolle, activerende, positieve en transparante wijze samen met de ouders en de jeugdige

De gezinsvoogd toont respect voor ouders en kind: dat wil zeggen hij neemt de behoeften, mogelijkheden, beperkingen en wensen van ouders en kind serieus. De gezinsvoogd sluit aan bij de eigen krachten van ouders en kind en probeert deze krachten te activeren bij het realiseren van doelen. Dit helpt om de samenwerking met het kind en de ouders op te bouwen.

Het versterken van positieve factoren en de eigen krachten in de opvoedingssituatie vergroot de mogelijkheden van ouders en kinderen om weer zelfstandig hun leven vorm te kunnen geven en het vergroot ook hun motivatie om een actieve bijdrage te leveren aan de uitvoering van de OTS.

Het transparant en activerend werken is concreet vertaald in het werken met het 'plan op tafel'. Het plan op tafel betekent dat de gezinsvoogd samen met het gezin de werkdoelen opstelt en bedenkt hoe deze gerealiseerd kunnen worden.

5. de gezinsvoogd werkt planmatig en doelgericht:

Planmatig werken betekent dat de gezinsvoogd concrete doelen formuleert, gestructureerd en doelgericht de bedreiging voor het kind aanpakt en de ouders en het kind hierbij betreft. Het 4-stappenmodel helpt de gezinsvoogd hierbij. Door zorgpunten en sterke punten te inventariseren, te analyseren welke bedreigingen deze opleveren voor de ontwikkeling, vast te stellen wat de gewenste ontwikkelingsuitkomsten zijn en op basis hiervan werkdoelen en actiepunten op te stellen werkt een gezinsvoogd planmatig en doelgericht.

6. de OTS is een tijdelijke maatregel:

Het uitgangspunt dat de OTS tijdelijk is, leidt ertoe dat zowel de gezinsvoogd als het gezin zich ervoor inzet om veranderingen te bereiken. Door intensief samen te werken aan het veranderen van de opvoedingssituatie zijn gezinnen in staat om zonder OTS verder te gaan, eventueel nog ondersteund met vrijwillige hulp. Dit verkleint de periode van onzekerheid voor het kind over wat er met hem gaat gebeuren.

Voor gezinnen die niet in staat blijken om de bedreiging van het kind weg te nemen, zijn er andere maatregelen. Het planmatig werken met de Deltamethode maakt het mogelijk om binnen maximaal twee jaar duidelijk te hebben wat het perspectief is voor de ontwikkeling van het kind.

Een aantal van de basisprincipes in de Deltamethode komt overeen met de Signs of Safety methode. Het gaat dan vooral om de gerichtheid op de veiligheid en ontwikkeling van het kind en het benadrukken van de sterke kanten en hulpbronnen van het gezin. De vaardigheden positioneren en engageren komen overeen met de communicatieprincipes in de Signs of Safety benadering. Positioneren helpt de gezinsvoogd om de veiligheid en ontwikkeling van het kind centraal te stellen. Bij engageren gaat het erom het vertrouwen van de ouders en het kind te winnen en hen te motiveren om actief mee te werken.

Samenvatting onderbouwing

Met de ontwikkeling van het kind centraal en door activerend en transparant te werken probeert de gezinsvoogd verandering in de opvoedingssituatie teweeg te brengen, zodat de bedreiging van de ontwikkeling van kind wordt opgeheven en het zich (weer) optimaal kan ontwikkelen.

6. Nederlands effectonderzoek

Slot, Van Tooren en Bijl (2004) hebben onderzocht in hoeverre het invoeren van de Deltamethode tot een verbetering van de uitvoering van de ondertoezichtstelling leidde. Doel van de nieuwe werkwijze was om de uitvoering van de ots meer kindgericht te maken; de duur van de ots te verkorten; het aantal uithuisplaatsingen te verminderen en de duur ervan te verkorten; een toename van de participatie en tevredenheid van cliënten; verbetering van de dossiervorming; afname van werkdruk, ziekteverzuim en personeelsverloop; en toename van de tevredenheid van gezinsvoogden. Zij hebben 99 gezinsvoogddijzaken die volgens deze nieuwe methode werden uitgevoerd vergeleken met 103 zaken waar op de traditionele manier werd gewerkt (Slot, Van Tooren & Bijl, 2004). Gegevens zijn verzameld met Informatiesysteem Jeugdzorg (IJ), de Vragenlijst Formele Aspecten (VFA), Zorgpunten Analyse Protocol (ZAP), Decision Determinants Questionnaire (DDQ), Instrument ter Beoordeling van de Soliditeit van een Programma (IBSP), Checklist Betrokkenheid bij en Gebruik van de Vernieuwing (CBGV), Analyse Werkwijze, een semigestructureerd interview met gezinsvoogden, teamleiders en gedragsdeskundigen, tevredenheidvragenlijst voor ouders en jeugdigen en een tevredenheidvragenlijst voor gezinsvoogden. Doorlopend is een dossieronderzoek uitgevoerd en is de tevredenheid van gezinsvoogden en cliënten gemeten. Overige metingen zijn voorafgaand aan de invoering van de werkwijze (meting 1: dec. 2002/jan. 2003), na de training van medewerkers in de werkwijze (meting 2: jan./febr. 2004) en na de implementatie (meting 3: aug./sept 2004) uitgevoerd.

Uit het onderzoek bleek dat gezinsvoogden de doelen voor kind en gezin aanmerkelijk concreter formuleerden met de Deltamethode dan met de traditionele wijze. Zij bleken ook vaker het sociale netwerk van de cliënten actief te betrekken, opvoedingsadvies te geven, vaardigheden aan te leren en praktische en materiële hulp te bieden. Gezinsvoogden leggen meer de nadruk op het samenwerken met het gezin en op de verantwoordelijkheid van ouders als het gaat om de opvoeding van hun kinderen.

Over de duur van de ots en over het aantal en de duur van uithuisplaatsingen zijn geen conclusies te trekken, omdat hierover onvoldoende informatie was.

Cliënten in de Deltamethode groep waren meer te spreken over de deskundigheid van de gezinsvoogd dan gezinnen met een gezinsvoogd die volgens de traditionele werkwijze werkte. Er was geen verschil in de betrokkenheid en tevredenheid van gezinnen.

Gezinsvoogden waren over de nieuwe werkwijze meer tevreden dan over de traditionele. Zij hebben ook meer de indruk dat gezinnen vooruitgang boeken. Na zes maanden ots was de situatie van 81% van de kinderen in de experimentele groep vooruit gegaan tegen 47% in de vergelijkingsgroep. Die verschillen konden echter niet aan het verschil in caseload worden toegeschreven. De gemiddelde caseload in de groep waarop de ots volgens de traditionele werkwijze werd uitgevoerd, bleek ongepland aanzienlijk lager te zijn dan de traditionele norm van 24 cliënten bij een fulltime baan. In een enkel geval was de vergelijkingsgroep zelfs op deltasterkte. Gezinsvoogden in de controlegroep hadden dus eveneens meer tijd voor contacten met cliënten gehad, maar dat resulteerde niet in grotere vooruitgang bij gezinnen. Een verlaging van de caseload was op zichzelf dus niet voldoende.



Voor verbetering van de uitvoering van de ots is zowel een verlaging van de caseload als methodische vernieuwing nodig (Slot et al., 2004).

Lunenburg, Bijl en Slot (2006) hebben een vervolg op het eerdere onderzoek uitgevoerd om na te gaan of de duur van de ots afnam en of het aantal en de duur van uithuisplaatsingen afnamen. Hiervoor hebben zij dossieronderzoek gedaan. Zowel bij gezinnen met een gezinsvoogd die met de Deltamethode werkte, als bij gezinnen met een gezinsvoogd die op de traditionele manier werkte, nam de duur van de ots af. De gemiddelde duur van de ots daalde van 25 maanden naar 15 maanden. Er was geen sterkere afname bij de groep die volgens de Deltamethode werkte. Het aantal uithuisplaatsingen en de duur ervan verminderde niet. Hierin waren geen verschillen tussen de Deltamethode en de traditionele werkwijze. Een mogelijke verklaring voor het gebrek aan verschillen tussen de Deltamethode en de traditionele werkwijze van de onderzoekers is dat gezinsvoogden de Deltamethode nog niet volledig in hun gedragsrepertoire hadden geïntegreerd op het moment dat het onderzoek werd uitgevoerd.

7. Uitvoering

De ondertoezichtstelling wordt uitgevoerd door de vijftien bureaus jeugdzorg en door de instellingen William Schrikker Groep (WSG), Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering, SGJ en NIDOS.

7.1 Eisen ten aanzien van opleiding

Gezinsvoogden zijn opgeleid op minimaal hbo-niveau. Daarnaast ontvangen zij een gerichte training voor de toepassing van de Deltamethode. Wanneer zij met succes deze training afronden, ontvangen zij een certificaat.

Gezinsvoogden hebben regelmatig werkbegeleiding, waarin zij casuïstiek bespreken. (Bij de verschillende bureaus jeugdzorg wordt dit op uiteenlopende manieren ingevuld onder diverse benamingen, zoals intervisie, supervisie, werkbegeleiding en casuïstiekbespreking).

7.2 Eisen ten aanzien van overdracht en implementatie

Tijdens het ontwikkeltraject is een implementatie- en borgingsnotitie opgesteld. Hierin is onder meer opgenomen dat gezinsvoogden regelmatig werkbegeleiding hebben.

Om de implementatie van de Deltamethode te borgen is ook een aantal medewerkers getraind om nieuwe medewerkers te trainen.

7.3 Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder.

7.4 Kosten van de interventie

Een fulltime gezinsvoogd heeft maximaal vijftien zaken tegelijkertijd. De intensiteit van het contact met het gezin varieert. Bij de start van de OTS heeft hij wekelijks contact met het gezin. In een later stadium vermindert het aantal contacten.

Verder zijn er geen exacte gegevens bekend over de kosten.

Literatuur

PI Research & Van Montfoort (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort

CBS (2009). Voogdij, voorlopige voogdij en ondertoezichtstelling. Gevonden 21 juni 2009, <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70809ned&HD=090721-1401>

Lunenburg, P., Bijl, B. & Slot, N.W. (2006). *Bescherming in ontwikkeling: het vervolg. Vervolgonderzoek in het kader van het 'Deltaplan Kwaliteitsverbetering Gezinsvoogdij'*. Duivendrecht: PI Research.

Slot, N.W., Tooren, A. van & Bijl, B (2004). *Bescherming in ontwikkeling. De evaluatie van de methodische vernieuwing in het kader van het Deltaplan kwaliteitsverbetering gezinsvoogdij*. Duivendrecht: PI Research.

Bijlage 4. Framework for the Assessment of Children in Need and their Families

De jeugdige kan niet gezien worden zonder diens context. Het *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, Department of Education and Employment, Home Office, UK, 2000) biedt een kader om de jeugdige, het gezin en de omgeving van de jeugdige in samenhang te zien. Dit kader is door praktijkwerkers en wetenschappers in Groot-Brittannië ontwikkeld voor het onderzoeken van problematische opvoedingssituaties. Het kader wordt weergegeven door de volgende driehoek:



In het midden van de driehoek staat het welzijn van het kind. Bij het in kaart brengen wat er aan de hand is, staat het bewaken (zo nodig veiligstellen) en bevorderen van het welzijn van het kind steeds centraal. Het welzijn van het kind wordt bepaald door de interactie tussen drie domeinen (de drie zijden van de driehoek):

1. de ontwikkelingsbehoeften van het kind
2. de capaciteiten van de ouders (opvoeders) om in die behoeften te voorzien
3. de invloed van gezins- en omgevingsfactoren op enerzijds de capaciteiten van de ouders en anderzijds het kind.

Deze drie domeinen zijn onderling verbonden. Elk daarvan bestaat uit een aantal essentiële dimensies, die hieronder beschreven zijn.

Ontwikkelingsbehoeften van een kind:

1. Gezondheid: sluit zowel groei en ontwikkeling als ook fysiek en mentaal welzijn in. (De invloed van genetische factoren en de aanwezigheid van stoornissen zou moeten worden meegenomen.)
2. Onderwijs: heeft betrekking op de gehele cognitieve ontwikkeling van een kind vanaf de geboorte. Het kind heeft mogelijkheden voor spel en interactie met andere kinderen, voor toegang boeken, mogelijkheden om een scala aan vaardigheden en interesses op te doen, om



succes en prestaties te ervaren. Er moet een betrokken volwassene die verantwoordelijkheid neemt voor start en speciale behoeften.

3. Emotionele en gedragsontwikkeling: heeft betrekking op de geschiktheid van reacties die gedemonstreerd worden in gevoelens en handelingen door een kind. Het sluit de aard en kwaliteit van vroege hechting, kenmerken van temperament, aanpassing aan verandering, reactie op stress en mate van geschikte zelfcontrole in.
4. Identiteit: heeft te maken met een groeiend gevoel van zichzelf als een apart en gewaardeerd persoon. Het kind krijgt zicht op zichzelf en eigen vaardigheden, zelfbeeld en zelfwaardering, een positief gevoel van individualiteit.
5. Gezins- en sociale relaties: staat voor de ontwikkeling van empathie en de capaciteit om zich te verplaatsen in een ander. Het sluit stabiele en affectieve relatie met ouders/verzorgers, goede relatie met broers en zussen, relatie met leeftijdgenoten (van toenemend belang naarmate kind ouder wordt) en de reactie van het gezin op deze relaties in.
6. Sociale presentatie: heeft betrekking op het groeiend begrip van het kind van de manier waarop zijn verschijning, gedrag en mogelijke afwijkingen/stoornissen door de buitenwereld worden waargenomen en de indruk die daarmee gecreëerd wordt. Het sluit de geschiktheid van kleding voor leeftijd, geslacht, cultuur en religie; netheid en persoonlijke hygiëne en beschikbaarheid van advies van de ouders/verzorgers over presentatie in verschillende settingen in.
7. Zelfredzaamheidsvaardigheden: heeft betrekking op praktische, emotionele en communicatievaardigheden die vereist zijn voor toenemende onafhankelijkheid.

Opvoedingscapaciteiten van de ouders

Het is van kritiek belang voor de gezondheid en ontwikkeling van een kind dat ouders de vaardigheden hebben om adequaat op de ontwikkelingsbehoeften van een kind te reageren en zich aan te passen aan zijn veranderende behoeften door de tijd heen. Het gaat om de volgende dimensies:

1. Basiszorg: ouders kunnen voorzien in fysieke behoeften van het kind en geschikte medische zorg.
2. Zorgen voor veiligheid: ouders kunnen beschermen tegen gevaar of schade. Het gaat hierbij om oplopen van schade en van beschermen tegen contacten met mensen, die mogelijk gevaar kunnen opleveren voor het kind.
3. Emotionele warmte: ouders kunnen zorgen dat aan emotionele behoeften wordt voldaan en kunnen het kind het gevoel geven dat het speciaal gewaardeerd wordt en een positief gevoel over zijn raciale en culturele identiteit. Hierbij hoort ook het ervoor zorgen dat het kind veilige, stabiele en affectieve relaties met belangrijke volwassenen kan aangaan en sensitief en responsief zijn voor de behoeften van het kind.
4. Stimulatie: ouders kunnen het leren van een kind en intellectuele ontwikkeling promoten door aanmoediging en cognitieve stimulatie en promoten van sociale mogelijkheden. Dit kunnen zij doen door interactie, communicatie, praten en reageren op het kind, aanmoedigen, meedoen met spel van het kind, zorgen voor onderwijs en ervaren van succes.
5. Grenzen en regels: ouders stellen het kind in staat om eigen gedrag en emoties te reguleren. Dit kunnen zij doen door het voordoen van passend gedrag en controle van emoties en interactie met anderen en stellen van grenzen, zodat het kind in staat is om een intern model van morele waarden, geweten en sociaal gedrag te ontwikkelen. Hierbij hoort ook oplossen van sociale



problemen, hanteren van boosheid, omzien naar anderen en effectieve discipline en vormgeven van gedrag.

6. **Stabiliteit:** ouders kunnen voorzien in voldoende stabiele gezinsomgeving, zodat het kind een veilige hechting kan ontwikkelen en vasthouden met de primaire verzorger, zodat het zich optimaal kan ontwikkelen. Ouders zorgen ervoor dat veilige hechting niet verstoord wordt, voorzien in consistentie van emotionele warmte door de tijd en reageren op eenzelfde manier op gedrag. De reacties van de ouders veranderen en ontwikkelen zich naarmate de ontwikkeling van het kind voortgang maakt. Zij zorgen er ook voor dat kinderen in contact blijven met belangrijke familieleden en andere belangrijke personen.

Gezins- en omgevingsfactoren

Het verzorgen en opvoeden van kinderen gebeurt niet in een vacuüm. Alle gezinsleden worden zowel positief als negatief beïnvloed door familierelaties, de buurt en sociale netwerken. Het gaat om de volgende dimensies:

1. **Gezinsgeschiedenis en functioneren:** de gezinsgeschiedenis omvat genetische en psychosociale factoren. Het gezinsfunctioneren wordt beïnvloed door de leden van het huishouden en hoe hun relatie met het kind is; belangrijke veranderingen hierin; ervaringen uit de kindertijd van de ouders; belangrijke gebeurtenissen; aard van het gezinsfunctioneren, inclusief relaties met broers en zussen en de invloed op het kind daarvan; krachten en moeilijkheden van de ouders; relatie tussen (gescheiden) ouders.
2. **Familie:** wie zijn deel van de bredere familie en afwezig in daarin. Welke impact heeft het op kind en gezin?
3. **Woning:** zijn in de accommodatie basisfaciliteiten aanwezig en voorzieningen die passen bij de leeftijd en de ontwikkeling van het kind en andere huisgenoten. Interieur en exterieur van het huis en direct omgeving, inclusief aanwezigheid van gas, water, elektra, kookfaciliteiten, slaapruiimte, netheid, hygiëne en veiligheid en de invloed daarvan op het opvoeden van het kind.
4. **Werk:** wie werkt, wat voor werkpatroon heeft diegene en veranderingen daarin en wat is het effect daarvan op het kind? Het sluit de ervaringen van het kind met werk en de impact daarvan in.
5. **Inkomsten:** is er voldoende geld om in behoeften van het kind en het gezin te voorzien.
6. **Sociale integratie van het gezin:** het gaat erom de bredere omgeving en de impact daarvan op kind en ouders te onderzoeken. Het omvat de mate waarin het gezin geïntegreerd of geïsoleerd is, hun peer groepen, vriendschap en sociale netwerk en het belang dat ze eraan hechten.
7. **Gemeenschapsbronnen:** het beschrijft alle faciliteiten en diensten in de buurt, inclusief universele diensten van primaire gezondheidszorg, dagopvang en scholen, transport, winkels en vrijetijdsactiviteiten en plekken voor religieuze samenkomsten. Hierbij gaat het zowel om de beschikbaarheid als om het niveau van de voorzieningen en invloed daarvan op gezin.

Bron: *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (Department of Health, Department of Education and Employment, Home Office, UK, 2000)

Het Nederlands Jeugdinstituut

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?

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt mailen naar infojeugd@nji.nl.

Voor de meest actuele informatie: www.nederlandsjeugdinstituut.nl.