

Project
'Registratie ernst problematiek'

Eerste deelrapport:
begrippen, doelen en instrumenten

Tom van Yperen
Gert van den Berg
Karin Eijgenraam

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW Jeugd
Utrecht, juni 2002

©2002 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

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

Tom van Yperen
Gert van den Berg
Karin Eijgenraam

Het project 'Registratie ernst van de problematiek' wordt uitgevoerd in opdracht van de Bestuurscommissie Jeugdhulpverlening van het Regionaal Orgaan Amsterdam.

Informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij
NIZW Jeugd
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 63 53
Fax (030) 231 96 41

Inhoudsopgave

Voorwoord, status van dit rapport en leeswijzer	5
1. Inleiding	7
1.1 Het project ‘Registratie ernst van de problematiek’	7
1.2 Vraagstelling, opzet en verloop van deze deelstudie.....	8
1.3 Opzet van dit rapport.....	9
2. Ernst van de problematiek: een algemeen kader	11
2.1 Inleiding.....	11
2.2 Een begrip met verschillende facetten	11
2.3 Het informantenprobleem: ernstig volgens wie?	16
2.4 Wel of niet ernstig: waar ligt de grens?	17
2.5 De context: het Bureau Jeugdzorg	18
2.6 Theoretisch werkmodel voor de verdere verkenning	19
3. Instrumenten voor de ernsttaxatie	23
3.1 Inleiding.....	23
3.2 De L-HETS.....	23
3.3 SDQ en CAFAS	25
3.4 Schalen voor algemene beoordeling functioneren: de General Health Questionnaires	27
3.5 Schalen voor algemene beoordeling functioneren: de GAF-familie	27
3.6 Instrumenten gericht op specifieke problematiek en risicofactoren	30
3.7 Taxatie van gronden voor justitiële maatregelen.....	33
3.8 Schalen voor de taxatie van lijdensdruk en kwaliteit van leven	37
3.9 Taxatie van de zorgzwaarte.....	38
3.10 Taxatie van de urgentie van hulp.....	40
3.11 Conclusies en discussie	41
4. Theorie en praktijk: bevindingen uit de interviews	44
4.1 Inleiding	44
4.2 Het begrip ‘ernst van de problematiek’	44
4.3 Doelen van de taxatie en registratie	46
4.4 De instrumenten	47
4.5 Ontwikkeling	48
4.6 Conclusies en discussie	49
5. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen	51
5.1 Inleiding.....	51
5.2 Wat is ‘ernst van de problematiek’?	51
5.3 Het doel van de taxatie en de registratie	53
5.4 Instrumenten voor de ernsttaxatie.....	54
5.5 Hoe verder?.....	56
Literatuur	61

Bijlagen	67
A. Lijst leden begeleidingsgroep, deelnemers interviews en geconsulteerde experts.....	69
B. In interviews gebruikte 'Verzamellijst beoordelingsaspecten ernst van de problematiek'	70
C. In interviews gebruikte 'Lijst doelen ernsttaxatie'	73
D. Een eerste aanzet tot invulling hiërarchie instrumenten (informant: hulpverlener).....	77
E. Korte karakteristiek van samenhangende projecten.....	78
F. Lijst van beschreven instrumenten (concept).....	79

Voorwoord, status van dit rapport en leeswijzer

Het onderhavige rapport doet verslag van de eerste fase in een project waarin wordt nagegaan op welke wijze de taxatie en registratie van de ernst van de problematiek van cliënten die zich melden bij Bureau Jeugdzorg gestalte kan krijgen. De uitvoering van dit project gebeurt in opdracht van de Bestuurscommissie Jeugdhulpverlening van het Regionaal Orgaan Amsterdam (ROA). De activiteiten moeten leiden tot een voor het ROA-gebied bruikbare registratie, en tot landelijk bruikbare kennis op het aangegeven terrein. De financiering van de fase waarvan dit rapport verslag doet bestaat voor ongeveer de helft uit een bijdrage van de ROA (voor de voorbereiding, uitvoering van interviews en rapportage) en voor de helft uit een bijdrage van NIZW Jeugd (bronnenonderzoek). De uitvoering van deze fase van het project is verder tot stand gekomen door een grote bereidwilligheid tot medewerking van hulpverleners, stafleden en directies van instellingen en beleidsmakers in het ROA-gebied.

Status van dit rapport

Het voorliggende document is een tussenrapportage. Op grond van de besprekingen van deze rapportage beslissen de opdrachtgever en de uitvoerder over een eventuele bijstelling van het project. De uitkomst van deze besprekingen is niet in dit document opgenomen.

Leeswijzer

Voor het snel verkrijgen van een beeld van de opzet en de resultaten van deze fase van het project is te volstaan met het lezen van hoofdstuk 5. De opzet van dat hoofdstuk laat toe dat het als een zelfstandige publicatie is te lezen.

1. Inleiding

1.1 Het project ‘Registratie ernst van de problematiek’

Hoe schatten we de ernst van de problemen van een cliënt die zich bij Bureau Jeugdzorg aanmeldt goed in? Waar moeten we daarbij op letten? Heeft het zin om de ernst van de problematiek systematisch voor alle cliënten van Bureau Jeugdzorg te gaan registreren? Dit zijn vragen die op veel plaatsen leven. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om zicht te krijgen op de problematiek van cliënten. De meeste daarvan brengen de *aard* van de problematiek in beeld. Er zijn echter ook lijsten en schalen die de *ernst* van de problematiek in kaart brengen. Niet iedereen kent deze instrumenten. Ook is het niet altijd duidelijk op welk moment ze in het proces van screening, diagnostiek en indicatiestelling in te zetten zijn. Maar bovenal is niet altijd duidelijk voor welke doeleinden een ernsttaxatie bruikbaar is.

Tegelijk zien we dat op verschillende plaatsen er behoefte bestaat aan een standaard waarmee de ernst van de problematiek van cliënten in beeld is te brengen. Het NIZW en het Trimbos-instituut hebben in 1999 een landelijke standaard ontwikkeld om de *aard* van de problematiek te registreren (Boelhouwers e.a., 1999). De opzet is zodanig, dat uiteenlopende instrumenten die in verschillende geledingen van de jeugdzorg worden gehanteerd (zoals de DSM in de ggz, de CBCL in de Boddaert, het MAC in de MKD's, de VSPS en de RED in de gezinsvoogdij) naar één standaard begrippenlijst te converteren zijn. In een samenwerkingstraject van diverse organisaties werkt men momenteel aan een nadere inhoudelijke definitie van elke rubriek in deze tabel.

In het door het NIZW en het Trimbos-instituut uitgevoerde project werd vastgesteld dat het nuttig zou zijn om nader onderzoek te doen naar de vraag of het mogelijk is om ook een standaard te ontwikkelen voor het in kaart brengen van de *ernst* van de problematiek. Een eerste oriëntatie van het NIZW en het Trimbos-instituut op dit terrein leerde dat er een aantal mogelijkheden is om tot deze uniformiteit te komen (Van Yperen & Konijn, 1999). Het idee daarbij is dat – net als bij de *aard* van de problematiek – zoveel mogelijk gebruikgemaakt zou moeten worden van bestaande instrumenten waarmee de ernst van de problematiek te taxeren is. De Bestuurscommissie Jeugdhulpverlening van het Regionaal Orgaan Amsterdam (hier verder aangeduid met ‘de ROA’) heeft nu aan het NIZW gevraagd uit te zoeken hoe een uniforme standaard voor de registratie van de ernst van de problematiek er in de praktijk uit zou moeten zien.

Het onderhavige project dat daarop is gestart, beoogt het volgende te bereiken:

1. Er is een inhoudelijk kader geformuleerd voor de vormgeving van de uniforme taxatie van de ernst van de problematiek. Duidelijk is welk doel / nut de ernsttaxatie dient en hoe in dat licht het inhoudelijk kader moet zijn ingevuld.
2. Er is in nauwe samenwerking met de praktijk een inhoudelijk voorstel gemaakt voor de inrichting van een dergelijke taxatie.
3. Het inhoudelijk voorstel is aan een eerste kwaliteitstoets onderworpen.

De doelen van het project zijn niet alleen gericht op de *registratie* van de ernst van de problematiek, maar ook op de *taxatie*. Bij dat laatste, de taxatie, gaat het om de inschatting van de ernst door de hulpverlener. Bij de registratie gaat het om de schriftelijke neerslag van deze inschatting. Een reden om in dit project ons op beide te richten is dat een goede taxatie een voorwaarde is voor een goede registratie. Bovendien zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld die de hulpverlener in het kader van de screening en de diagnostiek ondersteunen bij de taxatie van de ernst; de gegevens die hieruit voortvloeien zijn mogelijk ook bruikbaar voor registratiedoelen.

Uitgangspunt is dat de Bureaus de primaire uitvoerders zijn van deze taxatie en registratie. De problematiek moet integraal in kaart te brengen zijn (zowel intrapsychische, gedragsmatige, somatische, pedagogische, materiële als maatschappelijke aspecten). De taxatie dient voorts relevant en hanteerbaar te zijn binnen het primaire proces en is zo veel mogelijk gebaseerd op bestaande screenings-, diagnostiek-, indicatie- en registratie-instrumenten. De taxatiegegevens moeten voor inhoudelijke en management- en beleidsdoeleinden relevante en hanteerbare informatie bieden. Het project moet ten

slotte ook afstemming zoeken met andere projecten op het terrein van de registratie en de instrumentalisering van Bureau Jeugdzorg.

Het project verloopt in drie fasen. De *eerste fase* bevat een bronnenonderzoek naar de invulling van het ernstbegrip en naar de mogelijkheden om de ernst te meten en te registreren. Daarnaast vinden er interviews plaats om helder te krijgen wat voor nut men aan de ernsttaxatie hecht en hoe men denkt dat die ernsttaxatie er in dat kader uit zou moeten zien. In de *tweede fase* wordt gewerkt aan de concrete invulling van de taxatie door een instrumentarium op te bouwen. Wat in die fase te ondernemen stappen zijn en welke instrumenten daar een rol in spelen is pas aan het eind van fase I te bepalen. De gedachte is om op enkele locaties van Bureau Jeugdzorg (twee in het ROA-gebied en één daarbuiten) een kleine pilot uit te zetten om de eerste opzet van het instrumentarium uit te testen en bij te stellen. De *derde fase* is gericht op een grootschaliger uitgebreide test op de kwaliteit en bruikbaarheid van de ernsttaxatie bij het zeer diverse cliëntenbestand van de Bureaus Jeugdzorg. De reguliere werkers van Bureaus Jeugdzorg voeren daarbij de taxaties uit.

1.2 Vraagstelling, opzet en verloop van deze deelstudie

Deze rapportage is gericht op het eerste doel en de eerste fase van het hierboven beschreven project. Vier vragen staan daarbij centraal:

1. *Wat kan worden verstaan onder 'ernst van de problematiek'?* Wij gebruiken in dit projectvoorstel het begrip 'ernst van de problematiek' als een werkbegrip waaronder uiteenlopende definities en aanduidingen kunnen vallen. De literatuur en de ervaring leert dat het begrip 'ernst van de problematiek' in deze ruime zin van het woord uiteen valt in deelbegrippen die elk een bepaald aspect dekken. Het project moet helderheid scheppen over de impliciet of expliciet gehanteerde definities, aanduidingen of deelbegrippen. Er moet duidelijkheid komen over de begrippen die voor de taxatie en registratie relevant zijn. Belangrijke toetssteen zijn de gebruiksdoeleinden van de registratie in het primaire proces, het management en het beleid.
2. *Wat is het doel van de registratie?* Het is essentieel dat bij de ontwikkeling van het instrumentarium overeenstemming is over de doelen van de taxatie en de registratie. Voor zover er sprake is van uiteenlopende doelen, zal het instrumentarium deze variëteit moeten dekken of is er een prioriteitenstelling in de doelen nodig.
3. *Welke instrumenten zijn er? Wat is van elk instrument de gebruikswaarde?* Er zijn verschillende instrumenten waarmee de ernst van de problematiek voor één of meerdere aspecten in kaart gebracht kan worden. Deze moeten in het project worden geïnventariseerd, nader beschreven op hun mogelijkheden en beperkingen voor het gebruik en er moet worden aangegeven aan welk doel van de registratie het instrument zou bijdragen.
4. *Met welke instrumenten is de ernstregistratie op te bouwen? Wat is er aan ontwikkeling nodig?* Hier gaat het om het onderzoeken van de mogelijkheid om met het geïnventariseerde instrumentarium de gewenste operationalisatie te maken van het begrip 'ernst van de problematiek'. In het project gaan we ervan uit dat er hoe dan ook een eerste voorstel is te formuleren voor de invulling van de registratie. Dit vertrouwen volgt uit het feit dat de eerder aangehaalde voorstudie heeft laten zien dat er in Nederland reeds enkele instrumenten bestaan die specifiek zijn gemaakt voor de taxatie van de ernst van de problematiek. Voor zover noodzakelijk en mogelijk volgen in dit project inhoudelijke voorstellen voor aanvullingen op het voorhanden zijnde instrumentarium. Gezien de reikwijdte van dit project, zullen deze voorstellen een eenvoudig en vooral pragmatisch karakter hebben.

Om deze vragen te beantwoorden, zijn in de periode januari-maart 2002 twee activiteiten uitgevoerd waarvan hier verslag wordt gedaan.

Bronnenonderzoek. Er is een uitgebreid bronnenonderzoek gedaan naar de begripsmatige invulling van het ernstbegrip en naar de mogelijkheden van het operationaliseren van dat begrip. Doel van dit onderzoek was na te gaan welke uitwerkingen aan het ernstbegrip te geven zijn, welke instrumenten er op dit moment voorhanden zijn, voor welke doeleinden deze instrumenten zijn opgebouwd en wat de eventuele gebruikswaarde ervan is. Als bronnen in het onderzoek zijn betrokken: binnen- en

buitenlandse wetenschappelijke literatuur, rapporten van beleidsonderzoek op het terrein van psychosociale zorg, en bronnen met betrekking tot geconstrueerde instrumenten. In een 'sneeuwbalmethode' is gestart met enkele recente sleutelpublicaties, om vervolgens andere relevante bronnen op het spoor te komen. Daarnaast zijn met het oog op het ontsluiten van informatiebronnen en bespreking van specialistische thema's consultaties uitgevoerd bij experts op dit terrein. De inventarisatie beperkte zich niet tot de jeugdzorg, maar stond open voor een uitbreiding naar andere zorgcircuits waarin bruikbare operationalisaties van ernst van de problematiek te vinden zijn.

Interviews. Parallel aan het bronnenonderzoek vonden interviews plaats van personen in het veld die belang hebben bij de ernsttaxatie en de registratie. Doel van deze interviews was om vanuit de praktijk bij te dragen aan de begripsverkenning, meer zicht te krijgen op de doelen die de ernsttaxatie en –registratie moeten dienen, en ideeën op te doen over de mogelijke invulling van het instrumentarium. De bedoeling was drie categorieën veldmedewerkers te consulteren: inhoudelijk deskundige medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg; materiedeskundigen van instelling voor Hulp Op Indicatie (HOI) in het ROA-gebied; beleidswerkers uit het gebied (bijvoorbeeld managers of directieleden van de Bureaus Jeugdzorg, de opnemende voorzieningen en de stadsprovincie). Bij de uitvoering van de interviews is in Bureau Jeugdzorg met twee groepen gesproken: hulpverleners en werkbegeleiders/stafmedewerkers. In de laatste groep bleek aan aantal medewerkers werkervaring te hebben in een uitvoerende instelling. Om dubbelingen in informatieverwerving te voorkomen, is besloten de interviews met de HOI-medewerkers op een later punt in het project (begin fase II) te plannen, zodat gericht en aan de hand van voorbeelden van instrumenten over hun expertise van en ervaring met de ernsttaxatie is te overleggen. Oorspronkelijk lag het ook in de bedoeling om de uitkomsten van de interviews op generaliseerbaarheid te toetsen aan de hand van aanvullende, individuele interviews met maximaal zes vertegenwoordigers van Bureaus Jeugdzorg, aanbieders en beleidsmakers in den lande. Bij de uitvoering van het bronnenonderzoek en de interviews in het ROA-gebied ontstond echter bij ons de overtuiging dat het beter zou zijn de landelijke verkenning niet alleen voor de oriëntatie op het concept en het instrumentarium te gebruiken, maar te combineren met het toetsen van gevormde ideeën over de vormgeving van de ernsttaxatie en –registratie. Meer in het algemeen groeide tijdens de uitvoering van de interviews bij ons de overtuiging dat het productiever zou zijn om veel van de gesprekken in een later stadium van het project te voeren. Voor deze gesprekken zou de onderhavige rapportage en een eerste – in samenspraak met een werkgroep van BJZ-, HOI- en NIZW-medewerkers tot stand gekomen - ontwerp van het instrumentarium als input kunnen worden gebruikt. Langs deze weg is het mogelijk twee vliegen in één klap te slaan: (1) de geïnterviewden vooraf informeren over de stand van zaken in de literatuur en de instrumentontwikkeling op dit terrein en (2) gericht te onderzoeken of de voorstellen van de werkgroep in het ROA-gebied – en daarbuiten - steun krijgen.

1.3 Opzet van dit rapport

Het rapport is opgebouwd uit vier delen. Hoofdstuk 2 gaat eerst in op het algemene concept 'ernst van de problematiek' en de facetten die aan dat begrip te onderkennen zijn. In dat kader volgt een presentatie van een model waarmee de verdere oriëntatie op het concept te plegen is. Tevens gaat dit deel in op het type normen dat men hanteert om onderscheid te maken tussen ernstig en niet-ernstig.

Hoofdstuk 3 besteedt aandacht aan de uitwerking van het begrip in instrumenten voor de ernsttaxatie. Op grond van literatuurstudie en ander bronnenonderzoek krijgen we hiermee verder zicht op de inhoudelijke betekenis van het begrip en vinden we aanknopingspunten voor de operationalisatie.

Hoofdstuk 4 doet verslag van een interviewronde die is gehouden onder potentiële belanghebbenden van de ernsttaxatie en –registratie. Gevraagd is naar de aspecten die volgens de geïnterviewden onder het begrip thuishoren, het doel dat de taxatie en registratie moet dienen, en welke instrumenten er volgens hen voorhanden en hanteerbaar zijn voor het Bureau Jeugdzorg.

Hoofdstuk 5 vat de bevindingen uit het bronnenonderzoek en de interviews samen en presenteert een voorstel ten aanzien van de doelen van de taxatie en de registratie en het te hanteren begrippenkader.

Daarnaast bevat het een eerste voorzet voor de invulling van het instrumentarium om de ernsttaxatie en –registratie uit te voeren. Aandacht gaat daarbij uit naar de bruikbaarheid van bestaande instrumenten, en te ontwikkelen onderdelen van het instrumentarium.

Bijlage F bevat een samenvattende lijst van de in dit rapport genoemde instrumenten, elk getypeerd naar het leeftijdsbereik van het instrument, de persoon die de items van het instrument moet invullen (de informant), het type normering dat voorhanden is en de paragraaf van dit rapport waar het instrument nader is beschreven.

2. Ernst van de problematiek: een algemeen kader

2.1 Inleiding

Wie in de literatuur op zoek gaat naar een heldere definitie van het begrip ‘ernst van de problematiek’ ervaart al gauw hoe het is om een ernstig probleem te hebben: men krijgt het gevoel dat men weinig houvast heeft, dat men vastloopt, niet vooruitkomt, of dat men maar spaarzaam grip krijgt op wat belangrijk lijkt. Kenmerk van de omschrijvingen die men tegen komt is dat er verschillende conceptuele modellen zijn en dat de uiteenlopende beschrijvingen het beeld opleveren van een diffuus en complex begrip (Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1999). Ook leert de praktijk dat verschillende personen aan het begrip uiteenlopende interpretaties verbinden. De één denkt bij ‘een ernstig probleem’ vooral aan een probleem dat complex van aard is, met veel deelproblemen die tegelijk optreden, een ander noemt een probleem vooral ernstig als de persoon er veel onder lijdt, terwijl weer een ander het begrip ‘ernstig’ meer associeert met de grote moeite die het zal kosten om het probleem op te lossen. Allen zullen ongeveer over hetzelfde hebben. Een complex probleem zal immers vaak veel leed brengen en zal veel moeite kosten om tot een oplossing te komen. Toch laat de praktijk ook zien dat deze relatie tussen interpretaties niet waterdicht is: er bestaan bijvoorbeeld ook enkelvoudige problemen die veel leed geven en moeilijk zijn op te lossen.

De ervaring leert dat het bij een dergelijke situatie niet vruchtbaar is om eindeloos op zoek te gaan naar de ultieme definitie. Beter is het om de aandacht te richten op de kenmerken waarvan het idee bestaat dat die relevant zijn voor het concept, om via deze kenmerken steeds meer grip te krijgen op het thema waar het hier in wezen om gaat. In de literatuur duidt men dit ook wel aan als de inventarisatie van de *kenmerken* waarmee een verschijnsel wordt geïdentificeerd versus de zoektocht naar de *kern* van een verschijnsel, vastgelegd in de definitie (zie bijvoorbeeld Morey & McNamara, 1987). De geïntariseerde eigenschappen of kenmerken behoeven niet per se met de kern van het concept te maken hebben. Ze helpen wel bij stukjes en beetjes de kern bloot te leggen. Deze benadering is voor ons bruikbaar. Het betekent dat we kunnen beginnen met een inventarisatie van kenmerken die verschillende auteurs aan het begrip ‘ernst van de problematiek’ onderscheiden.

In dit hoofdstuk bieden we op basis van literatuur een nadere exploratie van het begrip ‘ernst van de problematiek’. Het streven is niet om daarbij een uitputtend historisch bronnenoverzicht te presenteren. Omdat het de bedoeling van dit project is om zoveel mogelijk uit te gaan van bestaand instrumentarium, is de primaire aandacht vooral gericht op de literatuur die de basis heeft gevormd voor de constructie van taxatie-instrumenten en de bronnen over instrumenten die in het laatste tien jaren zijn verschenen. Andere bronnen komen slechts aan bod voor zover dat van belang lijkt. Eerst wordt ingegaan op de belangrijkste aandachtspunten die de literatuur aangeeft als het gaat om de invulling van het begrip ‘ernst’. Dat resulteert in een eerste kader aan de hand waarvan de verdere exploratie van het begrip gestalte kan krijgen.

2.2 Een begrip met verschillende facetten

De abnormaliteit en de gevolgen van een probleem

Een eerste lijst van kenmerken die van belang lijkt, is die van Rutter (1975). Hij presenteerde een kader voor de taxatie van de ernst dat door veel andere Nederlandse auteurs is gevolgd. Hij onderscheidde twee aspecten aan de ernst:

- de mate waarin gedrag qua frequentie en/of patroon afwijkend is van wat voor een bepaalde leeftijd, sekse en context als normaal te beschouwen is (‘abnormality’, door ons de *abnormaliteit* van het probleemgedrag genoemd);
- de mate waarin gedrag een beperking oplevert voor de sociale functies (‘handicap’, door ons gerekend onder de *gevolgen* van het probleemgedrag).

Deze tweedeling komt men op meer plaatsen tegen. De World Health Organization (1997) onderscheidt daarentegen drie dimensies:

- Stoornis ('Impairment'): een verlies, stoornis of abnormaliteit aan de lichamelijke structuur, of het fysiologisch of psychologisch functioneren;
- Activiteit ('Activity'): de aard en de mate van het functioneren op het niveau van het individu. De activiteiten kunnen in aard, duur of kwaliteit beperkt zijn;
- Participatie ('Participation'): de aard en de mate waarin de persoon in sociale / maatschappelijke situaties functioneert.

In deze indeling zijn de gevolgen uitgesplitst in de gevolgen voor het functioneren van de persoon zelf en de gevolgen voor het functioneren van de persoon in relatie tot zijn of haar omgeving.

Rutter (1975) gaat ervan uit dat de gevolgen van een probleem uiteindelijk van meer belang zijn bij de diagnostische analyse dan het probleem *sec*. Met andere woorden, niet zozeer het hebben van een probleem '*sec*' bepaalt de ernst; van belang is vooral in welke mate iemand last heeft van dat probleem. Figuur 1 geeft een overzicht van de aandachtspunten (aangeduid als 'criteria') die hij voor de taxatie op de twee verschillende aspecten onderscheidt.

Figuur 1. Aandachtspunten volgens Rutter (1975) (*)

Criteria voor abnormaliteit	
1. Leeftijd:	Past het probleemgedrag bij de leeftijd en de sekse?
2. Persistentie:	Komt het probleemgedrag langer voor dan gebruikelijk?
3. Levensomstandigheden:	Is het probleemgedrag opvallend gelet op wat normaliter aan reacties in nieuwe omstandigheden verwacht mag worden?
4. Socio-culturele context:	Is het probleemgedrag ongebruikelijk in het licht van de socio-culturele context?
5. Uitgebreidheid:	Heeft het probleemgedrag betrekking op meerdere terreinen van psychologisch functioneren?
6. Symptoomtype:	Is het probleemgedrag specifiek voor of een symptoom van psychopathologie?
7. Frequentie en intensiteit:	Komt het probleemgedrag vaker voor dan normaal verwacht mag worden?
8. Gedragsverandering:	Is er een opvallende verandering opgetreden in het gedrag, die niet te verklaren is uit een normale stap in de ontwikkeling?
9. Situatie-specificiteit:	Is het probleemgedrag specifiek voor een bepaalde situatie of heeft het betrekking op meerdere situaties?
Criteria voor handicap (gevolgen van de problematiek)	
10. Lijdensdruk:	Lijdt het kind zelf onder het probleemgedrag?
11. Sociale belemmering:	Wordt het kind door het probleemgedrag in zijn sociaal functioneren belemmerd?
12. Ontwikkeling:	Wordt het kind door het probleemgedrag belemmerd in zijn ontwikkeling?
13. Effecten op anderen:	Leidt het probleemgedrag tot langdurige verstoring in contact en communicatie?

(*) Vertaling deels ontleend aan Pelzer, Steerneman & De Bruyn, 1999

Met betrekking tot de Nederlandse jeugdzorg formuleerden Kievit en Tak (1996) tien 'vuistregels' die te gebruiken zijn bij het inschatten van de ernst van de problematiek. Zij baseerden zich daarbij op het werk van Rutter en de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiaters Oudshoorn. Figuur 2 geeft een overzicht van de regels zie Kievit en Tak onderscheiden. Opvallend is dat deze lijst niet uitgaat van een expliciet onderscheid in abnormaliteit van het probleemgedrag en de gevolgen die daaruit voortvloeien. Veel van de vuistregels van Kievit en Tak hebben betrekking hebben op de kenmerken van de abnormaliteit van de problematiek. Het gaat daarbij om de inschatting van de taxatie van de mate waarin het gedrag past bij de leeftijd en de cultuur, de frequentie, specificiteit, situatiegebondenheid, complexiteit en duur van de problematiek. Eén aandachtspunt (8. De achtergrond van het probleem) stelt de oorzaak van het probleem aan de orde. Dit lijkt ingegeven door het feit dat er bijvoorbeeld problemen zijn die ontstaan als reactie op een acute stressvolle gebeurtenis en die vanzelf over kunnen gaan (de zogeheten acute stressreacties en aanpassingsstoornissen; zie o.a. American Psychiatric Association, 1994; Kleber, 1999). Eén vuistregel (9) verwijst naar de gevolgen van de problematiek en een laatste (10) besteedt aandacht aan de persoonlijke beleving van het probleem. Hiermee is aangegeven dat niet alleen het probleem *sec* bepaalt wat de ernst is, maar ook hoe dat probleem in objectieve en subjectieve zin doorwerkt in andere persoonlijke levensgebieden als ook de levensgebieden van anderen. Dit laatste punt, de gevolgen voor anderen, is een relevante toevoeging. Een probleem hoeft niet alleen ernstig te zijn als de jeugdige er zelf onder lijdt. Ook kan er sprake zijn van een hoge mate van ernst als bijvoorbeeld de samenleving onder het probleem lijdt en de jeugdige niet, zoals bij gewelds-, vermogens- of zedendelicten van de jeugdigen.

Figuur 2. Aspecten ernst van de problematiek volgens Kievit en Tak (1996)

1.	Van leeftijd afwijkende intensiteit of duur van probleemgedrag. Sommig gedrag, zoals angst voor vreemden, is op een leeftijd gewoon. Als het gedrag erg intens is of tot latere leeftijd voortduurt, kan dit ernstig zijn.
2.	Van de cultuur afwijkende gedragingen. Bijvoorbeeld, als jongens zich meisjesachtig kleden is dat in onze cultuur als een signaal van afwijkend functioneren.
3.	De frequentie van het probleemgedrag. Naarmate het probleemgedrag vaker optreedt, kan het vaak als ernstiger worden aangemerkt.
4.	De specificiteit van gedrag voor de aanwezigheid van een stoornis. Sommige gedragingen, zoals waandenkbeelden, zijn steevast indicatief voor de aanwezigheid van een probleem.
5.	De mate waarin een probleem situatiebepaald is. Naarmate een probleem zich uitstrekt over meer aspecten van het functioneren, is het ernstiger.
6.	Het aantal problemen dat er speelt. Hoe meer verschillende problemen er zijn, hoe ernstiger de situatie. De duur van het probleem. Hoe langer een probleem bestaat, hoe ernstiger het probleem is.
7.	De duur van het probleem. Hoe langer een probleem bestaat, hoe ernstiger het probleem is.
8.	De achtergrond van het probleem. Bij specifieke aanleidingen, zoals een echtscheiding, is de ernst vaak beperkt. Bij minder specifieke aanleidingen is het probleem vaak ernstiger.
9.	De gevolgen van het probleem. De gevolgen voor het kind, het gezin en/of de verdere omgeving bepalen mede hoe ernstig het probleem is. Hoe langer een probleem bestaat, hoe ernstiger het probleem is.
10.	De mate waarin het probleem door de betrokkene(n) als ernstig wordt beleefd. Sommige problemen zijn objectief beschouwd niet zo ernstig, maar kunnen door de persoon in kwestie wel als zeer problematisch worden ervaren. Andersom kan gelden dat een probleem objectief als ernstig kan gelden, maar door de persoon als niet ernstig kan worden beleefd. Dergelijke discrepanties kunnen bijdragen aan de inschatting van de ernst van de situatie.

Aard, gevolgen, risico- en protectieve factoren

De uitwerking naar verschillende aspecten van de ernst van de problematiek is terug te vinden in het recente literatuuroverzicht van Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1994; 1999). Zij bestudeerden uiteenlopende theoretische kaders en instrumenten die in de loop der jaren zijn opgesteld om de ernst van de problematiek bij jeugdigen in kaart te brengen. Hun conclusie is dat Rutter's onderscheid in de abnormaliteit en de gevolgen van het probleemgedrag goed te verdedigen is. Wel constateren zij een lacune: factoren die een versterkende of juist remmende bijdrage kunnen leveren aan mate van ernst van de problematiek ontbreken volgens hen in de genoemde criteria. Hun voorstel is om deze factoren apart als *risicofactoren* en *protectieve factoren* aan te duiden. Op basis van deze redenatie komen zij tot de in figuur 3 weergegeven aandachtspuntenlijst (of, zoals Pelzer e.a. noemen: beoordelingscriteria).

Figuur 3. Beoordelingscriteria ernst van de problematiek Pelzer, Steerneman & De Bruyn (1999)

Abnormaliteit gedrag	Bijdragende factoren	Gevolgen probleemgedrag
<ul style="list-style-type: none"> • niet passend bij leeftijd • niet passend bij sekse • lange duur • uitgebreidheid over de situaties van functioneren • specificiteit van de symptomatologie • frequentie optreden probleem • gedragsverandering • niet passend bij de socio-culturele context • niet passend bij de levensomstandigheden 	<p>Risicofactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • biologische kwetsbaarheid jeugdige • pathogene gezinsrelaties • incompetent opvoedingsklimaat <p>Protectieve factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • adaptieve kwaliteiten jeugdige • adaptieve capaciteiten gezin en omgeving 	<ul style="list-style-type: none"> • lijdensdruk jeugdige • sociale belemmering jeugdige • ontwikkeling jeugdige • gevolgen voor anderen • gevolgen voor behandeling

Aan deze indeling lijkt impliciet een model ten grondslag te liggen, waarin het functioneren van de jeugdige een resultaat is van een interactie van het probleemgedrag en bijdragende risicofactoren en protectieve factoren. Het resultaat van die interactie vindt zijn uitdrukking in het aspect 'gevolgen probleemgedrag (lijdensdruk, effect op dagelijks functioneren, bedreiging van de ontwikkeling)'. Het model van Pelzer e.a. levert in die zin een belangrijke toevoeging op Rutter's criteria. In de uitwerking van de laatstgenoemde auteur ligt het accent op het kind. Risicovolle opvoedingssituaties blijven buiten beschouwing. De aanvulling van Pelzer e.a. lijkt daarom terecht.

Echter, de indeling van Pelzer e.a. naar abnormaliteit van de problematiek, risicofactoren en protectieve factoren levert ook problemen op. Opvallend is dat in hun model veel aandachtspunten gericht zijn op de problematiek. De risicofactoren blijken in hun model uitsluitend betrekking te hebben op de biologische eigenschappen die het kind kwetsbaar maken en op enkele gezins- en opvoedingsfactoren.

Risicofactoren in de bredere omgeving, zoals wonen in een achterstandsbuurt, komen in de lijst niet voor. Meer algemeen kan men zich afvragen of het maken van een strikt onderscheid in enerzijds de problemen en anderzijds de risicofactoren wel zo functioneel is. In de literatuur is het gebruikelijker om geen onderscheid te maken in de problemen en de risicofactoren, maar eerder te differentiëren naar de domeinen waarin deze problemen en/of risicofactoren te vinden zijn: het kind, het gezin en de bredere omgeving (zie bijv. Rispen & Goudena, 1994).

Daarnaast geldt dat de aard van de protectieve factoren in het model van Pelzer e.a. summier is uitgewerkt: als factoren zijn genoemd de adaptieve kwaliteiten van de jeugdige en zijn omgeving. Verschillende overzichten (zie o.a. Bakker, 1999; Groenendaal & Van Yperen, 1994) wijzen echter op een mogelijk protectieve werking van de volgende factoren:

- in de jeugdige: sociale competentie en vaardigheden, stress-resistentie of ego-veerkracht, gevoel voor humor; een goede intelligentie, goede cognitieve en probleemoplossende vaardigheden;
- op gezinsniveau: een goede relatie van de jeugdige met één van de ouders; een gezinsklimaat gekenmerkt door ouderlijke steun, een hechte band, regelgeving en discipline en respect voor het individu; ouderlijk handelen gekenmerkt door een warm, ondersteunend en ontwikkelingsstimulerend ontwikkelings- en opvoedingsklimaat; een goede ouder-kindrelatie; responsiviteit en sensitiviteit in het opvoedend handelen; stabiliteit in het gezin door een goede huwelijksrelatie;
- op het niveau van de sociale relaties in de bredere omgeving: steun uit de omgeving door een netwerk van informele relaties; positieve schoolervaringen (niet alleen schoolprestaties, maar ook met activiteiten als sport, toneel of expressievakken); bereikbare en steunende leerkrachten die een duidelijk verwachting hebben over gedrag en prestaties; een hechte samenhang tussen medeleerlingen in klasverband; de beschikbaarheid en inzet van interventieprogramma's gericht op de vermindering van risico's;
- in sociaal-maatschappelijk opzicht: goede, toegankelijke sociale en pedagogische voorzieningen, goede woonomgeving, werkgelegenheid.

Dit laat zien dat de kant van de protectieve factoren gedetailleerder is uit te werken dan in het model is aangegeven.

Hoe dan ook bieden Pelzer e.a. met hun introductie van risicofactoren en beschermende factoren als onderdeel van het 'ernstconcept' een goede aansluiting op het bekende 'balansmodel' (zie o.a. Bakker, 1999; Bartels, 2001; Van Deur & Scholte, 2000). Dat model gaat uit van enerzijds problemen en risicofactoren die 'druk' uitoefenen op de ontwikkeling van de jeugdige. Anderzijds zijn er protectieve factoren die 'verlichting' geven of compenserend werken. Een zwaarder gewicht van aanwezige problemen en risicofactoren ten opzichte van het gewicht van aanwezige protectieve factoren leidt tot een verstoring van de balans. Die verstoring uit zich onder meer in lijden en belemmeringen in het functioneren.

De balans in dit model bestaat overigens niet zonder meer uit een simpele optelsom van 'negatieve' en 'positieve' factoren. In de literatuur geldt als uitgangspunt dat een protectieve factor zijn werking ontleent aan de aanwezigheid van een risicofactor die gevoelig is voor de invloed van de protectieve factor. Ander gezegd: de protectieve factor moet duidelijk in verband staan met een aanwezig probleem. Strikt genomen mag een factor alleen protectief genoemd worden als

- het op grond van onderzoek bekend is dat de factor de werking van een risicofactor verzwakt en
- de factor niet werkt in de afwezigheid van deze risicofactor

(zie o.a. Groenendaal & Van Yperen, 1994).

In de praktijk komt het geregeld voor dat bepaalde factoren - bijvoorbeeld het kind heeft een lieve oma - zonder meer een protectieve werking wordt toegekend. Dat is volgens de literatuur dus onjuist. Het hebben van bijvoorbeeld een lieve oma is niet zonder meer een protectieve factor in de ontwikkeling van een kind, ook niet als de ouders slechte opvoeders zijn. Wel is bekend uit onderzoek dat als een kind in het gezin een warme en steunende relatie ontbeert, een persoon in de omgeving (in dit geval de oma) een protectieve factor kan zijn als deze het kind de steunende relatie biedt. Als het kind in het gezin wel een steunende relatie vindt, maar er andere problemen spelen, heeft die oma op zich weinig toegevoegde waarde.

Ten aanzien van de *gevolgen* van de problematiek onderscheiden Pelzer e.a. vijf aandachtspunten: lijdensdruk, sociale belemmering, gevolgen voor de ontwikkeling, gevolgen voor anderen en gevolgen voor de behandeling. Bij nadere beschouwing vallen deze aandachtspunten uiteen in twee typen gevolgen:

- de *actuele* gevolgen zoals lijdensdruk, sociale belemmeringen en actuele gevolgen voor anderen;
- de *verwachte* gevolgen (risico's, prognose) ten aanzien van de ontwikkeling en de behandeling.

Het laatstgenoemde punt, gevolgen voor de behandeling, is een belangrijke aanvulling. Op grond van hun literatuuroverzicht constateren de auteurs dat Rutter's ordeningskader geen ruimte biedt voor de gevolgen die de problematiek heeft voor de behandeling. Uit verschillende bronnen maken zij op dat naarmate de ernst van de problematiek toeneemt de cliënt eerder het initiatief neemt om hulp te vragen, maar dat het behandelingseffect doorgaans minder wordt.

Ernst en kwaliteit van leven

Het begrip 'ernst van de problematiek' zoals dat hierboven gekenmerkt is, vertoont een nauwe relatie met het concept 'kwaliteit van leven'. Gedurende de laatste decennia is het begrip 'kwaliteit van leven' sterk opgekomen in het veld van zorg en welzijn. In de Verenigde Staten begint dat in de jaren zeventig in het werk met mensen met een geestelijke of lichamelijke handicap. Kwaliteit van leven geldt daar gebruikt als een richtinggevend concept dat zorgt voor een andere oriëntatie op de zorg voor deze mensen: niet iemands gebrek of onvermogen is uitgangspunt, maar de mogelijkheden die deze persoon heeft om naar persoonlijke maatstaven het leven kwaliteit te geven. Daarnaast is het begrip een rol gaan spelen in de gezondheidszorg, met name bij het medisch handelen in uitzichtloze situaties. Ook hier leidt dit begrip tot een andere benadering: de behandeling wordt niet langer uitsluitend bepaald door de medische mogelijkheden, maar ook door andere, deels meer subjectieve factoren waaronder de lijdensdruk en de kwaliteit van leven die een behandeling oplevert. In deze paragraaf gaan we nader in op het kwaliteit-van-leven-concept, ons daarbij vooral baserend op recent onderzoek uit de Verenigde Staten en Duitsland.

Het onderwerp 'kwaliteit van leven' is in de afgelopen jaren onderwerp geweest van een grote hoeveelheid onderzoek, met name in de Verenigde Staten. Daarbij gaat het in de meeste gevallen om onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op iemands kwaliteit van leven en om het ontwikkelen van instrumenten om die factoren te meten. Schalock (1996) onderscheidt acht domeinen die van belang zijn voor de kwaliteit van iemands leven: emotioneel welbevinden; interpersoonlijke relaties; materieel welbevinden; persoonlijke ontwikkeling; fysiek welbevinden; zelfbepaling, autonomie; integratie in de gemeenschap; rechten. Felce en Perry (1996) presenteren een model dat is samengesteld uit drie dimensies:

- A. de leefomstandigheden zoals die objectief vast te stellen zijn;
- B. het subjectieve gevoel van welbevinden (tevredenheid, voldoening);
- C. het relatieve belang dat de persoon in kwestie aan A en B stelt.

Elk van deze drie dimensies is samengesteld uit levensdomeinen: het lichamelijke, materiele, sociale en emotionele welbevinden, alsmede uit de competentie, dat wil zeggen de vaardigheid om handelend op te treden. Voor A zijn gemakkelijk indicatoren aan te geven, zoals gezondheid, inkomen en woonomgeving. Het subjectieve gevoel van welbevinden (tevredenheid of voldoening) is moeilijker te meten. Of iemand zegt al dan niet tevreden te zijn, is mede afhankelijk van een aantal factoren, zoals het humeur van de ondervraagde en de persoon van de ondervrager. Daarnaast is tevredenheid altijd een relatieve factor. Of iemand tevreden is, hangt af van diens referentiekader: aan wie meet hij of zij zich af? Hoe belangrijk vindt iemand het om tevreden te zijn. Het is ook mogelijk dat juist mensen met een handicap of mensen in moeilijke omstandigheden de kans om er beter op te worden als niet zo hoog inschatten: men neemt de situatie zoals die is. Zij geven dan misschien wel aan dat ze tevreden zijn, maar in zo'n geval is de kwaliteit van leven daaraan – objectief gezien - niet af te meten. Felce en Perry stellen daarom voor om aan de objectieve (A) en subjectieve (B) dimensies van kwaliteit van leven nog een derde toe te voegen, namelijk het relatieve gewicht (C) dat de individuele persoon toekent aan de verschillende objectieve en subjectieve aspecten van de levensdomeinen. Dit model levert de volgende definitie op: Kwaliteit van leven is het algemene welbevinden, bepaald door objectieve indicatoren en subjectieve waardering van lichamenlijk, materieel, sociaal en emotioneel welbevinden, alsmede van de ervaren competentie en dit alles gewogen aan de hand van de waarden

die de persoon in kwestie erop na houdt. De genoemde dimensies zijn, aldus Felce en Perry, voortdurend met elkaar in interactie en kunnen op ieder moment in een andere verhouding tot elkaar komen te staan.

Zoals gezegd wordt het begrip kwaliteit van leven vooral gebruikt met betrekking tot gehandicapten en chronisch en terminaal zieken. Mattejat en Remschmidt (1998) presenteren een overzicht van Duits onderzoek naar de kwaliteit van leven bij psychisch gestoorde jeugdigen. Zij constateren dat ook in de gezondheidszorg kwaliteit van leven niet meer alleen in somatische termen wordt opgevat. Het gaat niet uitsluitend om wat iemand mankeert maar om wat die persoon nog wel kan en hoe goed die zich daarbij voelt. Deze andere oriëntatie op het begrip gezondheid blijkt uit het gegeven dat naast de lichamelijke gesteldheid nu ook psychische en sociale aspecten daarbij betrokken worden. Niet ziekte maar gezondheid komt centraal te staan. Dat leidt onder tot meer aandacht voor risico's en bijwerkingen van behandelingen. Op het gebied van de kinder- en jeugdpsychiatrie gebruikt men het begrip echter volgens Mattejat en Remschmidt nog relatief weinig. De auteurs constateren in die sector wel een trendmatige toename in het aantal publicaties over kwaliteit van leven, maar die hebben in de meeste gevallen betrekking op lichamelijke gezondheid, ontwikkelingsstoornissen en dergelijke. De auteurs constateren dat er in de literatuur geen begripsmatige eenstemmigheid bestaat over dit onderwerp. Wel komen veel publicaties overeen in het onderscheid tussen – enerzijds – objectieve beperkingen in iemands leven en – anderzijds – het subjectieve welbevinden.

Kijken wij naar de betekenis van het begrip 'kwaliteit van leven' voor het in dit project centrale concept 'ernst van de problematiek', dan maken wij daaruit het volgende op. Te zien is dat de domeinen die onder het begrip 'kwaliteit van leven' vallen veel overlap vertonen met de domeinen die we met betrekking tot de ernst van de problematiek tegenkomen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat Mattejat en Remschmidt (1998) stellen dat dit precies de reden is voor het feit dat het begrip tot nu toe slechts een geringe rol heeft gespeeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie. In dit vakgebied – vergeleken bij andere medische disciplines – hebben de algehele leefsituatie en de psychische aspecten daarvan altijd al de nodige aandacht gehad. Mattejat en Remschmidt formuleren de volgende aarzelingen om het begrip 'kwaliteit van leven' centraal te stellen:

- Introductie van het begrip 'kwaliteit van leven' betekent geen grote vernieuwing. Dat het begrip nog maar zo'n geringe rol speelt, heeft volgens hen alles te maken met de theoretische vaagheid ervan en de methodologische moeilijkheden die daarvan het gevolg zijn.
- Daar komt bij dat het heel moeilijk is om aspecten van de kwaliteit van leven en aspecten van problemen van elkaar te scheiden.
- Tot slot is de kwaliteit van leven – zeker bij kinderen - moeilijk te onderzoeken.

Maar daar staat tegenover dat het wel degelijk zinvol is om de kwaliteit van leven bij jeugdigen als aandachtspunt te hanteren. Mattejat en Remschmidt merken hierover op:

- Binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is kwaliteit van leven een zinvol begrip als het gaat om vragen omtrent mogelijk negatieve effecten van behandeling. Voor de patiënten kan het een verbetering betekenen wanneer er systematisch met de kwaliteit van leven rekening wordt gehouden bij de indicatiestelling en bij de planning en evaluatie van therapie.
- Letten op de kwaliteit van leven bevordert ook de kwaliteit van de patiëntenverzorging doordat zo niet alleen vakinhoudelijke criteria maar ook individuele normen een rol aan spelen.

Dezelfde argumenten lijken te gelden voor de jeugdzorg in het algemeen: het is van belang om het perspectief van de cliënt en de mogelijk negatieve gevolgen van interventies in te calculeren. Vooral de aandacht die in de uitwerking van het begrip is uitgegaan naar *de subjectief ervaren beperking in de kwaliteit van het leven* en de betekenis van interventies in dat verband maken het voor ons van belang het concept 'kwaliteit van leven' bij het operationaliseren van de ernsttaxatie te betrekken.

2.3 Het informantprobleem: ernstig volgens wie?

Uit literatuur is genoegzaam bekend dat verschillende informanten (de jeugdige, de ouder, de leerkracht, de groepsleider, de hulpverlener) slechts gebrekkig overeenstemmen in hun oordeel over de aard en de ernst van de problematiek. Doorgaans heeft dit twee belangrijke consequenties.

- De eerste is dat bij het gebruik van instrumenten voor de taxatie van de problematiek het belangrijk is in te calculeren wie de belangrijkste informant is in de ernsttaxatie.
- De tweede is dat men, strikt genomen, voor een compleet beeld van de ernst van de problematiek het oordeel zou moeten verzamelen van de verschillende betrokkenen.

De ervaring leert echter dat als het aankomt op het nemen van beslissingen (wel of geen hulp, wel of geen doorverwijzing, wat voor soort hulp), de beslissingnemer de informatie van de verschillende informanten integreert en weegt. Voor de jeugdzorg betekent dit dat de hulpverlener van Bureau Jeugdzorg zich weliswaar kan bedienen van uiteenlopende informanten, maar dat het er in veel gevallen op aan komt welk beeld deze hulpverlener zich uiteindelijk heeft gevormd van de ernst van de problematiek. Hoe in dat licht het perspectief van de cliënt weegt is een materie waarop nog geen eenduidig antwoord bestaat. In paragraaf 5.5 komen we hierop terug.

2.4 Wel of niet ernstig: waar ligt de grens?

Spreken we van een ernstig probleem, dan hanteren we impliciet een norm voor wat wel en niet als ernstig geldt. In deze paragraaf lichten we de verschillende typen normen toe die daarbij aan de orde zijn.

Algemene, kwantitatieve normen. Het eerste type relateert de kenmerken van een jeugdige of zijn gezin aan een gemiddelde van de doorsnee Nederlandse bevolking. Een bekende toepassing hiervan vinden we bij de intelligentiebepaling: een test bepaalt hoe een jeugdige op een reeks van taken scoort. Deze score wordt vervolgens vergeleken met scores van een steekproef van leeftijdsgenoten uit de doorsnee bevolking, die hier fungeert als algemene norm. De mate waarin de score van de cliënt negatief afwijkt van deze algemene norm, vormt een indicatie van de zwaarte van het intelligentie-tekort. In de jeugdzorg zijn voor verschillende domeinen vragenlijsten en tests beschikbaar die op deze wijze zijn genormeerd. Een voordeel van het gebruik van dit soort middelen is dat met een compact getal uit te drukken is in welke mate de problematiek van een jeugdige afwijkt van de Nederlandse jeugdpopulatie.

Klinische, kwantitatieve normen. Een variant op het eerste type is dat men de jeugdige niet vergelijkt met de doorsnee bevolking, maar met de doorsnee populatie van de jeugdzorg – of van een deel van de jeugdzorg. Dit is de zogeheten klinische normering. Hierbij krijgt men dus geen beeld van de ‘zwaarte’ van de problematiek in termen van de afwijking van het normale beeld, maar in termen van de afwijking van het *voor de jeugdzorg* normale beeld (bijvoorbeeld, scoort deze jeugdige conform het gemiddelde beeld van de ambulante populatie, de populatie dagbehandeling of voor de residentiële populatie?).

Klinische, kwalitatieve criteria. Een geheel andere aanpak van de inschatting van de ‘zwaarte’ vinden we in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 1995). Dit is een zeer bekend, goed uitgewerkt en gedocumenteerd systeem voor de classificatie van psychische stoornissen en daaraan gerelateerde factoren. Het wordt veel gebruikt in voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en door gedragswetenschappers in overige voorzieningen. Kenmerkend voor de DSM is de dichotome beoordeling van de aanwezigheid van problemen: een probleem is wel of niet aanwezig. In principe bestaat de mogelijkheid om per gescoord probleem aan te geven of er sprake is van een lichte, matige of ernstige manifestatie. Men gaat daarbij uit van het aantal en de intensiteit van de symptomen, van de klachten die de cliënt heeft en van de beperkingen die de cliënt als gevolg van zijn klachten laat zien in beroepsmatig of sociaal opzicht. In vergelijking met de normgebonden instrumenten gaat het hier niet om een kwantitatieve inschatting van de zwaarte van de problematiek, maar om een kwalitatieve inschatting. Kenmerk van deze aanpak is dat men criteria aanreikt in de zin van “Indien drie of meer van de volgende kenmerken aanwezig zijn, is er sprake van ernstige problematiek: ...”. De DSM biedt dergelijke criteria voor een aantal typen problemen: mentale retardatie, gedragsstoornis (conduct disorder) en stemmingsstoornissen. Tevens bevat het systeem een schaal waarop de actuele gevolgen van de stoornis op het functioneren kan aan te geven zijn (de zogeheten as V of GAF-schaal). In paragraaf 3.5 komen we daarop terug.

Grenswaarden, beslissingsdrempels of afkappunten (cut-off points). Bij de kwantitatieve normen krijgt men een beeld van de mate van afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de normgroep. Of nu iets wel of niet ernstig afwijkt, is afhankelijk van de grenswaarden, beslissingsdrempels of afkappunten die men hanteert. Gebruikelijk is bijvoorbeeld om bij twee standaard deviaties onder of boven het gemiddelde te spreken van een ernstige afwijking. Soms wordt daarnaast nog een minder extreme grenswaarde gehanteerd (bijvoorbeeld anderhalve standaarddeviatie onder of boven het gemiddelde) om 'grensgevallen' te identificeren tussen normaal en ernstig afwijkend. Bij de kwalitatieve normen komt men iets soortgelijks tegen. Men spreekt hier van een ernstig probleem als er bijvoorbeeld drie of meer kenmerken van dat probleem aanwezig zijn. Het hoger of lager stellen van de grenswaarde heeft gevolgen voor het aantal gevallen dat men al dan niet als 'ernstig' aanmerkt. De keuze voor een bepaalde grenswaarde is niet altijd met onderzoek te onderbouwen. Het instellen van de afkappunten is dan ook afhankelijk van keuzes.

2.5 De context: het Bureau Jeugdzorg

In de voorgaande paragrafen is de focus gericht op de invulling van het ernstbegrip los van de context waarin deze invulling gestalte krijgt. In dit project is het de bedoeling dat de ernsttaxatie en –registratie plaatsvindt in het Bureau Jeugdzorg. Dat heeft verschillende consequenties. In de eerste plaats bedienen de Bureaus Jeugdzorg een zeer gevarieerde cliëntèle, niet alleen qua leeftijd (jeugdigen van 0-18 jaar) en culturele achtergrond, maar ook wat betreft de hulpvragen waarmee cliënten zich aanmelden, de juridische context van de aanmeldingen (bijvoorbeeld vrijwillig of in het kader van civiel- of strafrechtelijke maatregelen) en de samenstelling van het cliëntensysteem (alleen de jeugdige, alleen de opvoeder(s), de jeugdige en opvoeder(s) samen, de jeugdige met een andere wettelijk vertegenwoordiger dan de ouder etc.). Daar komt bij dat de weg die cliënten door het Bureau Jeugdzorg aflopen gevarieerd kan zijn. Sommigen hebben maar even contact met het Bureau in verband met bijvoorbeeld een eenvoudige opvoedingsvraag. Anderen doorlopen een aanmelding en een korte screening met aansluitend enkele gesprekken. Weer anderen krijgen te maken met een traject met uitgebreide basisdiagnostiek, eventueel nog een aanvullende diagnostiek en een indicatiestelling. Voor zover deze trajecten met instrumenten zijn ondersteund, lijkt dat in de Bureaus Jeugdzorg nog voor een deel afhankelijk van een persoonlijke, disciplinaire of een sectorale voorkeur. Voorts geldt dat de Bureaus Jeugdzorg nog volop in ontwikkeling zijn. De participatie van de verschillende sectoren (jeugdhulpverlening, (gezins)voogdij, jeugdreclassering, jeugd-geestelijke gezondheidszorg, zorg voor licht verstandelijk gehandicapten) en de samenwerking met het gemeentelijke instellingen, is op veel plaatsen nog lang niet rond, ook niet in het ROA-gebied. Ook de inhoudelijke en bedrijfsmatige inrichting van het Bureau vergt nog de nodige aandacht. De inrichting en instrumentalisering van het primaire proces vormt daarom nog een zoekproces, waarin een balans moet worden gevonden optimale inhoudelijke kwaliteit, klantgerichte dienstverlening en efficiënte bedrijfsvoering.

In een dergelijke context is op voorhand uit te sluiten dat er één taxatie-instrument is aan te wijzen dat bij alle cliënten inzetbaar zal zijn. Eerder zal gezocht moeten worden naar een set van instrumenten die elk inzetbaar zijn bij afzonderlijke doelgroepen en in de uiteenlopende trajecten die de cliënten kunnen afleggen. In dit project gaan we ervan uit dat de ernsttaxatie en de daaraan gekoppelde registratie in ieder geval op twee momenten in het primaire proces van Bureau Jeugdzorg uitgevoerd wordt:

- bij de screening, waarbij – na de aanmelding bij Bureau Jeugdzorg - de hulpvraag, de problematiek en de aangrijpingspunten voor de hulpverlening globaal en op de verschillende levensdomeinen in kaart wordt gebracht en eventueel
- bij de diagnostiek, waarbij – naar aanleiding van een specifieke onderzoeksvraag – nauwkeuriger wordt gekeken naar de hulpvraag, de problematiek en de aangrijpingspunten voor hulpverlening.

De hier uitgevoerde studie zal gericht zijn op de verdere invulling van de ernsttaxatie en -registratie in deze twee functies.

2.6 Theoretisch werkmodel voor de verdere verkenning

Voor de verdere verkenning van het concept ‘ernst van de problematiek’ en de doelen van de taxatie en registratie stellen wij een nadere uitwerking voor van het kader van Pelzer e.a.. We sluiten daarbij aan bij het eerder genoemde ‘balansmodel’ en het concept ‘kwaliteit van leven’. Figuur 4 geeft dit werkmodel weer. Zoals gezegd, gaat dat model uit van enerzijds problemen en risicofactoren die ‘druk’ uitoefenen op de ontwikkeling van de jeugdige. Onder deze factoren rekenen wij problemen of risicofactoren in de jeugdige, het gezin en de omgeving. Het gaat hier zowel om actueel aanwezige factoren als factoren die in historisch perspectief moeten meewegen. Anderzijds zijn er protectieve factoren (in de jeugdige, het gezin, de omgeving, actueel of in historisch perspectief) die in geval van de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren ‘verlichting’ kunnen geven of compenserend kunnen werken. Verstoring van de balans (zwaarder gewicht van aanwezige problemen en risicofactoren ten opzichte van het gewicht van aanwezige protectieve factoren) uit zich onder meer in lijden, sociale belemmeringen, belemmeringen in de verdere ontwikkeling, in gevolgen voor anderen. De onbalans moet zowel in de historische, actuele als prognostische betekenis worden beschouwd. Het model is voor elke afzonderlijke informant in te vullen (vanuit het perspectief van de jeugdige, de ouder, de hulpverlener, enz.).

Figuur 4. ‘Ernst van de problematiek’: een theoretisch werkmodel

Historische en actuele problemen en risico's	Historische en actuele protecties
<p>A. Gewicht van de stressfactoren en risicofactoren ('Draaglast') gelegen in jeugdige, opvoeding, gezin en wijdere omgeving.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abnormaliteit van de problematiek - Specificiteit, intensiteit, frequentie, duur - Passendheid bij leeftijd, ontwikkelingsstadium, sekse, context - Aantal terreinen / accumulatie van stressfactoren gelegen in jeugdige, opvoeding en gezin, wijdere omgeving • (Bijkomende) risicofactoren gelegen in jeugdige, opvoeding en gezin, wijdere omgeving <p>Taxatie ernst is: Taxatie van de <i>zwaarte van de problematiek</i>, door een weging van de draaglast ten opzichte van draagkracht.</p>	<p>B. Gewicht van de protectieve factoren ('Draagkracht') gelegen in jeugdige, opvoeding, gezin en wijdere omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aard van deze factoren - Specificiteit, intensiteit, frequentie, duur - Type risicofactor die in werking geremd wordt - Aantal terreinen / accumulatie van protectieve factoren gelegen in jeugdige, opvoeding en gezin, wijdere omgeving • (Bijkomende) protectieve factoren gelegen in jeugdige, opvoeding en gezin, wijdere omgeving <p>Taxatie ernst is: zie A</p>
<p>C. Gewicht van negatieve gevolgen van een overgewicht aan draaglast of een tekort aan draagkracht</p> <p>Historisch, actueel en verwacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ervaren beperking in kwaliteit van leven jeugdige • 'Objectieve' sociale belemmeringen • 'Objectieve' risico's voor verdere ontwikkeling • Negatieve gevolgen voor anderen (gezin, samenleving) • Gevolgen voor behandeling (moeilijker, minder effect) <p>Taxatie ernst is: Taxatie van de <i>gevolgen</i> van de negatieve onbalans.</p>	<p>D. Mobiliserende, compenserende reacties op de 'negatieve onbalans':</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hulpzoekgedrag • Mate van legitimering van zorg met een bepaalde urgentie, ingrijpendheid, duur, intensiteit ('zorgzwaarte'), ter vermindering van draaglast of versterking van draagkracht • Mate van legitimering voor civiele of strafrechtelijke maatregelen van de samenleving (jeugdbescherming, detentie) <p>Taxatie ernst is: Taxatie van de <i>zorgzwaarte</i></p>

In deel A van de figuur zijn de draaglastfactoren in beeld gebracht en in deel B de protectieve factoren. Dit onderscheid zullen we in veel instrumenten niet terugvinden, omdat de instrumentmakers risico- en protectieve factoren vaak als elkaars tegenpolen beschouwen. Een negatieve score op een factor geldt dan als de aanwezigheid van een risico, een positieve score als de aanwezigheid van protectie (bijvoorbeeld slechte sociale contacten is een risicofactor en goede contacten zijn een protectieve factor). Niettemin is het onderscheid tussen A en B zinvol, omdat daarmee het krachtenspel van positieve of negatieve werking van kenmerken in beeld brengt.

Deel C stelt de negatieve gevolgen van de onbalans centraal, in het geval dat de draaglast zwaarder is dan de draagkracht. Deze gevolgen kunnen zich voordoen bij de jeugdige (bijvoorbeeld, een puber met ADHD en gedragsproblemen voelt zich vanwege zijn probleem onbegrepen en ongelukkig), bij het gezin (de ouders maken zich vreselijk zorgen), of de bredere omgeving (de belemmering van een gunstige ontwikkeling maakt dat de jeugdige met deze specifieke vorm van problematiek gaat behoren tot de risicogroep van jeugdigen die maatschappelijk ontspoord). Het lang moeten dragen van deze gevolgen kan deel uit gaan maken van het probleem en vergroot in die zin de draaglast. Ook een slechte prognose of een uitzichtloos perspectief kan de draaglast zwaarder maken.

In deel C is ook het concept 'kwaliteit van leven' geplaatst. Het is hier toegespitst op de subjectieve beleving van de gevolgen die de problematiek heeft op de kwaliteit van het leven van de jeugdige. Hieronder kunnen ook de negatieve kanten van een interventie vallen, zoals een tehuisplaatsing die de jeugdige als traumatisch ervaart. Naast dit subjectieve belevingsaspect zijn ook meer 'objectieve' gevolgen van de problematiek genoemd (de sociale belemmeringen en de risico's voor de verdere ontwikkeling) en de gevolgen voor anderen en voor de behandeling. De mate waarin de subjectieve beleving en de 'objectieve' gevolgen wegen in de taxatie, zal afhankelijk zijn van degene die de beoordeling van de ernst van de problematiek uitvoert. Zo kan een cliënt zijn problemen te licht inschatten, terwijl de hulpverlener ziet dat de 'objectieve sociale belemmeringen' en de 'objectieve risico's groot zijn'. Ook kan – omgekeerd – een hulpverlener de problematiek te licht inschatten omdat deze de belemmeringen en de risico's niet aan den lijve ondervindt.

Tegenover C staat volgens ons het mobiliserende effect van de onbalans: er gaan mechanismen in werking treden die erop zijn gericht de balans te herstellen (deel D). Zoals Pelzer e.a. in hun literatuurstudie opmerkten, kan verergering van de problematiek de cliënt ertoe brengen hulp te gaan zoeken. Wij voegen daaraan toe dat een zwaardere draaglast (aan problemen of risico's) of een onvoldoende draagkracht tevens een professionele en maatschappelijke legitimering vormt voor de inzet van een bepaalde zwaarte van hulp of steun. In de nieuwe Wet op de jeugdzorg vindt deze legitimering zelfs uitdrukking in een recht op jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg, concept december 2001). Ook biedt het in sommige gevallen de samenleving een legitimering om via een civiele maatregel de jeugdige in bescherming te nemen door in te grijpen in het gezin of via een strafrechtelijke maatregel de samenleving in bescherming te nemen tegen het regelovertredend gedrag van de jeugdige. Het overgrote deel van deze maatregelen zijn erop gericht de balans in het leven van de jeugdige en het gezin te herstellen (zie o.a. Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, 2000; Stichting Vedio, 2000 en 2002). Het bestaan van de mogelijkheid om deze maatregelen te treffen vormen in die zin letterlijk een beschermende factor: ze moeten een tegenwicht vormen tegen een verdere escalatie van de problematiek.

Figuur 5 (op de volgende pagina) geeft een voorbeeld van de weging van factoren in het balansmodel.

Figuur 5. De balans bij Martin (15 jaar)

Historische en actuele problemen en risico's	Historische en actuele protecties
<p>A. Stressfactoren en risicofactoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Martin heeft voor de tweede keer een winkeldiefstal gepleegd, nu met bedreiging met een mes. Een winkel diefstal plegen komt vaker voor op deze leeftijd, maar het feit dat Martin dit nu voor de tweede keer doet en nu dreiging heeft gebruikt, maakt het voorval ernstig. • Verzwarend is dat er op veel terreinen problemen zijn: Martin spijbelt veel van school (VMBO), hij ziet er slecht uit en zijn stemming is erg somber, hij maakt veel ruzie met zijn ouders, heeft een slechte vriendenkring (drugsgebruik, heling), en woont in een buurt met veel maatschappelijke problemen (criminaliteit, jeugdprostitutie, ontbreken van voorzieningen). • Zijn ouders (moeder en stiefvader) interesseren zich weinig voor Martin en hebben vanaf zijn 10^{de} de grip op hem verloren. • Martin droomt wel van een leuke baan, maar is somber over zijn kans dat het hem zal lukken zijn opleiding af te maken ("ze trappen me toch van school") en de bedrijfsopleiding te krijgen ("de politie verzint toch weer wat om me te pakken"). <p>Taxatie ernst: De problematiek is ernstig door de cumulatie van problemen en risicofactoren. De protectieve factoren wegen daar weinig tegen op, omdat deze op maar een paar van de probleemgebieden impact hebben.</p>	<p>B. Protectieve factoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Martin's gemiddelde intelligentie maakt hem aanspreekbaar op zijn probleemgedrag. Hij blijkt zeer goed in staat om op zijn eigen situatie te reflecteren. • De school participeert in een aanpak ontwikkeld voor risicjongeren. Martin's interesse voor computertechnologie maakt hem bereid om te proberen zijn school toch af te maken en bij een bedrijf een gerichte vervolgopleiding te gaan volgen. Een bedrijf in de stad heeft zich via school bereid verklaart om hem deze kans te bieden, onder voorwaarde dat hij vanaf nu niet meer met justitie in aanraking komt.
<p>C. Negatieve gevolgen</p> <p>Historisch, actueel en verwacht:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ervaren beperking in kwaliteit van leven: Martin vindt zijn situatie "shit" en ervaart weinig toekomstperspectief. • 'Objectieve' belemmeringen en risico's ontwikkeling: Martin bouwt een slechte naam op, komt in een neerwaartse spiraal terecht, kansen om zich te rehabiliteren nemen af; zijn omstandigheden en denkpatroon versterken zijn somberheid; sterk risico op recidive en 'afglijden' naar maatschappelijke marginaliteit. • Negatieve gevolgen voor anderen: de samenleving wordt geconfronteerd met onveiligheid. • Gevolgen voor behandeling: Jeugdigen als deze zijn moeilijk aan te pakken (o.h.a. alleen met een multi-systemische aanpak). Bij voortbestaan van het ontwikkelingspatroon wordt de situatie steeds moeilijker benaderbaar en beïnvloedbaar. <p>Taxatie ernst: Het door Martin's ervaren gebrek aan perspectief, de actuele situatie van onveiligheid van de samenleving en de risico's voor Martin en de samenleving dat er sprake is van een 'afglijden' geven een extra gewicht aan de problematiek.</p>	<p>D. Mobiliserende, compenserende reacties op de 'negatieve onbalans'</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hoewel er geen sprake is van een crisis, is de aanpak van de situatie urgent. De aanpak moet op verschillende terreinen worden gericht (probleemgedrag, lichamelijke conditie, school, betere thuissituatie of zelfstandig wonen, toekomstperspectief). • De hulpverlening is in eerste instantie in een justitieel kader (taakstraf en jeugdreclassering) gelegitimeerd, maar zal – om op langere termijn effect te sorteren – voortgezet moeten worden in een vrijwillig kader. <p>Taxatie zorgzwaarte en urgentie: vrij zwaar</p>



Kijken we naar het begrip ‘ernst’, dan staat dit in de figuren 4 en 5 op drie plaatsen genoemd.

- In A is de ernst opgevat in de zin van de *zwaarte* van deze problematiek. Aangegeven is dat de taxatie van de ernst zich hier zal richten op het in kaart brengen van de abnormaliteit van de problematiek (specificiteit, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd e.d., accumulatie van stressfactoren), alsook op de aanwezigheid van risicofactoren die niet direct met de problematiek samenhangen, maar die de situatie nu of in de toekomst kunnen compliceren of die herstel kunnen belemmeren. Het uitgangspunt bij A is dat problematiek zwaarder zal zijn en tot een grotere onbalans zal leiden naarmate protectieve factoren in B minder gewicht in de schaal leggen.
- In C is de ernst genoemd in de zin van de *gevolgen* van de onbalans, zowel in historisch opzicht, als actueel en prognostisch. Deze gevolgen zijn hier breed opgevat: het gaat om de taxatie van verschijnselen als de ervaren kwaliteit van leven, de objectieve sociale belemmering of handicap, de belemmering van de verdere ontwikkeling, de negatieve consequenties voor anderen (in gezin, in omgeving) en voor de behandeling.
- In D staat de ernst aangegeven in termen van de benodigde *zorgzwaarte* om de balans te herstellen. Normaal gesproken zou men verwachten dat bij een ernstiger problemen er hulpzoekgedrag van de cliënt ontstaat of dat de cliënt hulp van buitenaf eerder zal accepteren. Onze inschatting is dat als dit ‘natuurlijke’ compensatiemechanisme niet werkt, en motivatie voor hulp of acceptatie van hulp uitblijft, een probleem doorgaans als ernstiger wordt getaxeerd dan wanneer dit mechanisme wel optreedt. Een grotere onbalans zal tegelijk aanleiding geven tot het passeren van een grens waarop de urgentie van hulp toeneemt en er recht op zorg ontstaat. Bij bepaalde problemen zal ook een rechter zich eerder gelegitimeerd achten een maatregel te nemen als de balans doorslaat. Voor de goede orde: het gaat hier om kenmerken die met de ernst van de problematiek samenhangen, niet om kenmerken of verschijnselen die zelf deel uitmaken van de ernst.

Dit verslag zal duidelijk maken dat instrumenten de kenmerken van de zwaarte en de gevolgen van de problematiek vaak niet expliciet scheiden. Dat is logisch, omdat – zoals hierboven al is betoogd - de gevolgen van de problemen op termijn deel uit kunnen gaan maken van het probleem. Toch is het zinvol om het onderscheid te handhaven, omdat het als het ware twee kanten van de draaglast laat zien en omdat – zoals Rutter opmerkte – de gevolgen een zwaar gewicht leggen in de schaal.

3. Instrumenten voor de ernsttaxatie

3.1 Inleiding

Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld met de pretentie om de ernst van de problematiek in kaart te brengen. Grofweg vallen deze uiteen in een aantal groepen. In paragraaf 3.2 gaan we dieper in op een instrument dat in het vorige deel al is genoemd: de L-HETS. Daarna komen in de paragrafen 3.3 tot en met 3.5 instrumenten aan bod die ongeveer dezelfde, algemene meetpretentie hebben (de General Health Questionnaires, de Child and Adolescent Functional Assessment Scale, de Strengths and Difficulties Questionnaire en de zogeheten GAF-schalen).

Er bestaan ook veel instrumenten die meer gedetailleerd de problematiek, de risicofactoren en/of de protectieve factoren in beeld brengen, of die gemaakt zijn om heel specifieke problemen te diagnosticeren. Een aantal van deze instrumenten zijn redelijk tot zeer bekend in de jeugdzorg. In paragraaf 3.6 passeren deze de revue.

In paragraaf 3.7 komen taxatielijsten aan bod die met name voor het justitiële veld ontwikkeld zijn. Deze lijsten hebben twee voor ons interessante eigenschappen. Ten eerste bieden ze een operationalisatie voor het in kaart brengen van risicofactoren die een ‘gevaar’ opleveren voor de ontwikkeling van de jeugdige (bijvoorbeeld armoede, verwaarlozing, misbruik, inconsequente opvoeding), of die een ‘gevaar’ inhouden voor de samenleving (bijvoorbeeld een risico op recidive). Ten tweede helpen die lijsten helder te maken hoe bepaalde de gevolgen van de problematiek te meten zijn (waaronder het risico voor de verdere ontwikkeling, de gevolgen voor de samenleving).

Paragraaf 3.8 gaat in op de vraag hoe het concept ‘kwaliteit van leven’ van de jeugdige in instrumenten te vangen is. Vervolgens komen de operationalisatie van de zorgzwaarte en de urgentie van hulp aan de orde in respectievelijk paragraaf 3.9 en 3.10. We besluiten met enkele voorlopige conclusies. In hoofdstuk 5 vinden deze conclusies een verdere uitgewerkt met betrekking tot de vraag: hoe is de ernst van de problematiek te taxeren en te registreren?

Dit hoofdstuk bespreekt de instrumenten globaal. Een lijst met instrumenten die daarbij aan de orde komen is opgenomen in bijlage F, met vermelding van de volledige naam, de afkorting, de auteurs, het leeftijdsbereik van het instrument en de informant waar het instrument van uit gaat. Systematisch onderzoek naar de psychometrische en praktische kwaliteiten van elk van de genoemde instrumenten is in het kader van deze studie niet verricht. Het aantal besproken instrumenten is daarvoor te groot in verhouding tot het tijdsbestek waarin de literatuurstudie is uitgevoerd. Pas wanneer in het onderhavige project is vastgesteld welke instrumenten interessant genoeg zijn voor nadere studie, zullen de psychometrische en praktische kwaliteiten verder aan bod komen.

3.2 De L-HETS

In paragraaf 2.2 is besproken dat Pelzer e.a. (1999) een aantal kenmerken aan de ernst van de problematiek onderscheiden. Zij werkten dit onderscheid verder uit in de vorm van een instrument waarop een groot aantal aspecten van de ernst van de problematiek te scoren zijn. De items van dit instrument - de zogeheten Landelijke versie van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal / L-HETS - zijn op grond van consensus tussen ervaren klinici die werkzaam waren in RIAGG's bijeengebracht. Het proces dat daarbij is gevolgd, verliep in een aantal stappen. Eerst zijn medewerkers gevraagd een aantal casus in te delen naar ernst en te beschrijven op grond waarvan zij die indeling maakten. Vervolgens kregen medewerkers een lijst van voorlopige criteria, die elk gescoord werden op de mate belang bij het taxeren van de ernst van de problematiek. Ten slotte is in een Delphi-procedure gebruikt waarin afdelingshoofden van RIAGG's op een systematische manier naar een gemeenschappelijke explicitering en indeling van items en beoordelingsschalen gebracht zijn.

Zoals in paragraaf 2.2 is aangegeven, hebben Pelzer e.a. op theoretische gronden een aantal aspecten onderscheiden die volgens hen van belang zijn bij de taxatie van de ernst van de problematiek: de

abnormaliteit van het probleemgedrag, de gevolgen, de risicofactoren en de protectieve factoren. Het onderzoek van Pelzer e.a. is tegelijk een van de weinig studies die op basis van explicitering van kennis van praktijkwerkers een blik werpen op de beoordelingsaspecten die volgens deze praktijkwerkers van belang zijn. Pelzer e.a. presenteerden de L-HETS als één lijst, zonder differentiatie naar de eerder door hen onderscheiden aspecten van aard, risico- en protectieve factoren en gevolgen. Interessant is om te zien in hoeverre de door de praktijkwerkers genoemde onderwerpen te rubriceren zijn naar de ‘theoretische’ aspecten van het model dat in paragraaf 2.5 is gepresenteerd. Figuur 6 geeft een overzicht van de items van het instrument, door ons – voor zover mogelijk - gesorteerd naar deze aspecten. De risico- en protectieve factoren zijn daarbij samengevoegd in één rubriek, omdat deze – zoals eerder is opgemerkt - vaak als elkaars tegenpolen worden opgevat.

Figuur 6. Items van de Landelijke versie van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal (L-Hets) (*)

Abnormaliteit gedrag	Bijdragende risico- en protectieve factoren	Gevolgen probleemgedrag
<ul style="list-style-type: none"> • Intensiteit probleemgedrag (7) • Frequentie probleemgedrag (8) • Is problematiek fasespecifiek? (12) • Duur van de problemen (13) • Aantal terreinen waarop het probleemgedrag voorkomt (14) • Psychiatrische symptomatologie bij het kind (18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mate invloed cliënt invloed op probleemgedrag (1) • Pathologie gezinssysteem (4) • Zeer vroege ontstaansgeschiedenis van probleem (5) • Mate van verwaarlozing (6) • Percepties ouders ten aanzien van probleemgedrag (9) • Percepties kind ten aanzien van probleemgedrag (10) • Cumulatie stressfactoren (11) • Traumatische ervaringen kind (15) • Bestaan meerdere ziektebeelden (16) • Sociale contacten met leeftijdgenoten (17) • Pedagogische mogelijkheden ouders (19) • Stabiliteit gezinscontext (21) • Motivatie ouders en/of kind voor hulpverlening (22) • Inzicht van ouders en kind in probleemgedrag (23) • Belaste ontwikkelingsgeschiedenis kind (24) • Draagkracht/draaglastverhouding (28) • Psychiatrische problematiek ouders (29) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mate waarin de ontwikkeling kind wordt bedreigd (2) • Prognose ontwikkelingsverloop (3) • Vormt het probleemgedrag een bedreiging voor het kind en zijn omgeving (20) • Lijdensdruk kind (25) • Effect probleemgedrag op dagelijks functioneren (26) • Invaliderend karakter probleemgedrag (27)

(*) Bron: Pelzer e.a. (1999). De items zijn door ons geordend naar de thema's van de beoordelingscriteria uit figuur 3. De nummers tussen haakjes verwijzen naar de oorspronkelijke volgorde van de items in de L-HETS.

Te zien is dat de items voor een belangrijk deel betrekking hebben op de risico- en protectieve factoren. Zes items gaan over de abnormaliteit van het probleemgedrag en zes items over de gevolgen ervan. Opvallend is dat ten aanzien van de gevolgen van het probleemgedrag geen item is opgenomen ten aanzien van de gevolgen voor de behandeling. Kennelijk vonden de praktijkwerkers dit geen zinvol item.

De vorm waarin de items zijn geoperationaliseerd is eenvoudig: per item zijn enkele antwoordmogelijkheden genoemd, waarbij aan elk antwoord een aantal punten is gekoppeld. Hoe meer punten er in totaal zijn gescoord, hoe ernstiger de problematiek. De bedoeling is dat de hulpverlener de items invult. De scores van de L-HETS zijn vooralsnog niet genormeerd. Figuur 7 toont ter illustratie de items die betrekking hebben op de gevolgen van de problematiek.

Figuur 7. Itemsschalen van de L-Hets die betrekking hebben op de gevolgen van het probleemgedrag (*)

Item	Scoring
2. De mate waarin ontwikkeling kind wordt bedreigd:	
a. Scheefgroei in de motoriek	1 Ja 0 Nee
b. Scheefgroei emotioneel	1 Ja 0 Nee
c. Scheefgroei cognitief	1 Ja 0 Nee
e. Scheefgroei sociaal	1 Ja 0 Nee
3. Prognose van het ontwikkelingsverloop	0 Gunstig 1 Ongunstig
20. Vormt het probleemgedrag een bedreiging voor het kind en zijn omgeving?	2 Voor het kind 1 Voor omgeving 0 Geen bedreiging

25. Lijdensdruk van het kind	0 Geen lijdensdruk 1 Enigszins lijdensdruk 2 Hoge lijdensdruk
26. Effect van het probleemgedrag op het dagelijks functioneren	0 Geen effect 1 Gering effect 2 Groot effect
27. Invaliderend karakter probleemgedrag	2 Invalideert dagelijks leven 1 Niet invaliderend, wel lastig 0 Geen invaliderend effect

(*) Bron: Pelzer e.a. (1999). De indeling van de items naar dit onderdeel is van ons. Tekst en lay-out zijn aangepast.

Hiethaar, Van Loosbroek en Veerman (1999) onderzochten de bruikbaarheid van de L-HETS bij indicatiestelling naar ambulante hulp, dagbehandeling of residentiële hulp. In een groep van 34 kinderen bleken de gemiddelde scores op de L-HETS bij de ambulante verwezen kinderen het laagst en de residentiële groep het hoogst. Dagbehandeling scoorde daar gemiddeld tussenin. De verschillen tussen ambulante en dagbehandeling en residentieel en dagbehandeling bleken te echter klein om er betekenis aan te hechten. Ook onderzochten zij met behulp van een factoranalyse de schaal op de aanwezigheid van eventuele subschalen. Voor de totale schaal vonden zij een interne consistentie van .82. De factoranalyse resulteerde in vier subschalen en een rest van niet in te delen items:

- *Sociaal-emotioneel functioneren* (Items 2b, 2d, 3, 7, 8, 10, 13, 14d, 17, 26; $\alpha = .76$). Hierin staat duidelijk het probleemgedrag van het kind centraal. De factor strekt zich uit over zowel de abnormaliteit van het probleemgedrag, de risico- en protectieve factoren in het kind en de gevolgen voor het functioneren van het kind.
- *Comorbiditeit* (Items 2c, 14c, 16, 18, 27; $\alpha = .68$). Deze heeft betrekking op problemen in het kind die deels op het terrein van sociaal-emotioneel functioneren vallen, maar ook deels te maken lijken te hebben met problemen waarvoor een verwijzing naar of samenwerking met de kinder- en jeugdpsychiatrie, de lvg-sector en/of het speciaal onderwijs in het vizier komt (cognitie, ziektebeelden, psychiatrische symptomen).
- *Ouderlijk functioneren* (Items 4, 9, 21, 19, 22, 23, 29; $\alpha = .84$). Deze factor is geheel te plaatsen onder de noemer van de bijdragende risico- en protectieve factoren. Het gaat daarbij overigens niet alleen om het functioneren van de ouders, maar ook van het gezinssysteem als geheel.
- Ook de factor *Stress of belasting* (2a, 6, 11, 14a, 15, 24, 28; $\alpha = .78$) valt vrijwel geheel onder de noemer van de risico- en protectieve factoren. Het gaat hier zowel om de historie van de belasting (de ontwikkelingsgeschiedenis) als de actuele belasting in termen van de cumulatie van stressfactoren en de draagkracht/draaglastverhouding. De items van deze subschaal die betrekking hebben op de motorische problemen lijken hier weinig op hun plaats. Wellicht dat deze items door de specifieke kenmerken van de onderzochte groep hier bij toeval door de factoranalyse in terechtgekomen zijn.
- *Rest* (Items 1, 5, 20, 25). Dit betreft een verzameling items die in de factoranalyse van Hiethaar e.a. niet duidelijk in te delen waren. Het lijkt hier om items te gaan die inhoudelijk zowel bij de factor *Sociaal emotioneel functioneren van het kind* horen als bij de factor *Stress of belasting*.

Van de genoemde subschalen bleek alleen *Stress of belasting* duidelijk onderscheid te maken tussen cliënten die ambulante of residentieel waren geplaatst en tussen cliënten in dagbehandeling of residentiële behandeling. De overige schalen bleken niet goed te differentiëren. Voor ons vormt dit een bevestiging van het vermoeden dat niet de zwaarte van de problemen van het kind en/of het gezin *sec* van belang is bij de taxatie van de ernst van de problematiek, maar de mate en de duur van de onbalans in enerzijds de draaglast en anderzijds de draagkracht van het cliëntensysteem.

De L-HETS geniet naar onze indruk in het veld een redelijke naamsbekendheid. Over het daadwerkelijk gebruik van de L-HETS in de praktijk is echter weinig bekend.

3.3 SDQ en CAFAS

SDQ

De zogeheten Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) van Goodman (1997, 1999) is een vragenlijst die door de ouder, de leerkracht of de jeugdige zelf is in te vullen. Er wordt met 25 items een

beeld geschetst van het emotionele, gedrags- en sociale functioneren van het kind. Het accent ligt daarbij op het in kaart brengen van de problemen en de risicofactoren. Enkele items hebben betrekking op protectieve factoren. Invulling van de items resulteert in een totaalscore en in scores op vijf subschalen die de problemen bij het kind weergeven:

- Emotionele symptomen
- Symptomen van gedragsproblemen
- Hyperactiviteit
- Problemen met leeftijdsgenoten
- Prosociaal gedrag

Daarnaast vult de respondent vijf vragen in over de gevolgen van de problemen. Figuur 8 brengt deze vragen in beeld:

Figuur 8. De vijf vragen over de gevolgen van de problematiek in de ouerversie van de SDQ (*)

1. Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?	0 Nee	0 Ja, kleine problemen	0 Ja, duidelijke problemen	0 Ja, zware problemen
Als u 'ja' heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?				
2. Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?	0 Korter dan een maand	0 1-5 maanden	0 6-12 maanden	0 Meer dan een jaar
3. Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg
4. Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden:				
Thuis	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg
Vriendschappen	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg
Leren in de klas	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg
Activiteiten in vrije tijd	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg
5. Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?	0 Helemaal niet	0 Een beetje maar	0 Tamelijk	0 Heel erg

(*) Bron: www.sdqinfo.com

Onderzoek van Goodman (1999) laat zien dat met een dergelijk simpel lijstje een redelijk onderscheid is te maken tussen “normal / borderline / abnormal”. Opmerkelijk in dat onderzoek is dat dat onderscheid al met één vraag behoorlijk scherp te maken blijkt te zijn (scherper dan met uitgebreide symptoomblijsten). Als een ouder bij vraag 4 uit figuur 8 aangeeft dat één van deze terreinen heel erg hinder ondervindt als gevolg van de problemen of als twee van deze problemen tamelijk veel problemen ondervinden, dan is dat een goede indicator voor de ernst van de problematiek. Ook dit vormt een bevestiging van het feit dat de actuele gevolgen van de problemen van belang zijn bij de inschatting van de ernst van de problematiek. Bovendien laat het werk van Goodman zien dat voor de globale inschatting van die ernst een simpele vraag kan volstaan. Overigens valt ons daarbij op dat de SDQ vooral de focus richt op het globaal functioneren van de jeugdige en de invloed daarvan op de omgeving. De voor de jeugdige ongunstige opvoedingsomstandigheden zijn niet gedekt.

De SDQ is in meer dan veertig talen beschikbaar en geldt als een veelgebruikte lijst, niet alleen voor het meten van de ernst van de problematiek, maar ook voor het bepalen van de uitkomsten van interventies (Garralda, Yates & Higginson, 2000; Scott, 2001). In Nederland wordt de SDQ in enkele instellingen (waaronder GGD-en en jeugdreclassering) op experimentele basis gebruikt (Valenkamp e.a., in voorbereiding). De kinder- en jeugdpsychiatrische kliniek Curium werkt momenteel aan een geautoriseerde Nederlandse vertaling en normering (Treffers, persoonlijke communicatie). De desbetreffende onderzoekers hopen de eerste verslaggeving daarover binnenkort te publiceren.

CAFAS

De *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (CAFAS; Hodges & Gust, 1995; Hodges & Wong, 1997) is een instrument dat ontwikkeld is in het kader van het beroemde Fort Bragg Demonstration Project. Het bestaat uit een verzamellijst waarop op uiteenlopende gebieden van functioneren aan te geven is of een jeugdige niet, een beetje, matige of ernstige problemen biedt:

- het vervullen van sociale taken en rollen door de jeugdige (thuis, op school/werk, in maatschappij);

- cognitie/denken, het vermogen van de jeugdige om rationeel te opereren;
- gedrag van de jeugdige ten opzichte van anderen;
- de stemming/emoties van de jeugdige en zelfverwondend gedrag van de jeugdige;
- gebruik van (verslavende) middelen;
- gedachten van de jeugdige (bijvoorbeeld gedachtevlucht vreemde fantasieën, niet-communicatieve uitdrukkingen, wanen).

Daarnaast zijn er twee subschalen waarop het functioneren van de opvoeder is weer te geven:

- verzorging;
- kwaliteit gezinsomgeving en sociale steun.

Voor elk gebied zijn de gradaties van de ernst van de problematiek uitgebreid gespecificeerd. Per gebied is ook aan te geven welke sterke punten de jeugdige en zijn opvoeders kenmerken en welke doelen er voor de behandeling kunnen gelden. Invulling van de CAFAS resulteert in een profiel dat de ernst van de problematiek op verschillende terreinen schetst. Er is een gemiddelde van de profielscores te berekenen als globale index van de ernst. Er is een Nederlandse vertaling van dit instrument voorhanden, maar nog niet vrij beschikbaar. Deze versie wordt momenteel onderzocht op de inhoudelijke en psychometrische eigenschappen. Dit zal nog dit jaar resulteren in een publicatie (Koot, persoonlijke communicatie).

3.4 Schalen voor algemene beoordeling functioneren: de General Health Questionnaires

Om problemen op het spoor te komen, zijn er ook schalen die het algemene functioneren van een individu en de stoornissen daarin meten. De General Health Questionnaire (GHQ), is er daar een bekend voorbeeld van. De GHQ is een zelfbeoordelingvragenlijst die in 1972 ontwikkeld om personen te signaleren die last hebben van emotionele stoornissen als angst en depressies. Hoe hoger de score op de GHQ, des te waarschijnlijker dat er bij de betreffende persoon sprake is van geestelijke gezondheidsproblemen. Als instrument om een specifieke diagnose te stellen is de GHQ niet geschikt. De GHQ wordt al sinds zijn ontwikkeling in Nederland gebruikt, maar pas tien jaar geleden is er een geautoriseerde vertaling van de GHQ gemaakt, alsmede een handleiding (zie Koeter en Ormel, 1991).

De oorspronkelijke schaal bestaat uit 60 items. Omdat dit nogal lang is, zijn er al snel enkele kortere versies ontwikkeld, met name de GHQ-30, de GHQ-28 en de GHQ-12. De GHQ is individugebonden: het gaat om de subjectieve inschatting van de persoon die de vragenlijst invult. De gebruiker moet bij elk item zijn huidige toestand vergelijken met de voor hem of haar normale toestand. Ieder item bestaat uit een vraag in de trant van 'Heeft u zich de laatste tijd... gevoeld?'. De respondent kan dan kiezen uit vier antwoordmogelijkheden: 1) helemaal niet, 2) niet meer dan gewoonlijk, 3) wat meer dan gewoonlijk, 4) veel meer dan gewoonlijk. Door deze opzet stelt het individu, anders dan bij de meeste vragenlijsten naar de geestelijke gezondheidstoestand, zelf de norm.

Men gebruikt de GHQ als case-finding instrument en voor het inschatten van de ernst van psychopathologie. De validiteit van de GHQ is in buitenlands onderzoek veelvuldig vastgesteld, onder meer aan de hand van correlaties met andere, gevalideerde ernstmaten als de Clinical Interview Schedule (CIS), de Present State Examination (PSE) en de Diagnostic Interview Schedule (DIS). Dit zijn gestandaardiseerde psychiatrische interviews, dus geen zelfbeoordelingvragenlijsten.

In hun handleiding waarschuwen Koeter en Ormel ervoor om geen scherp onderscheid aan te brengen tussen gezonde en psychiatrisch zieke mensen. Wel is duidelijk dat er een bepaalde drempel moet worden gehanteerd. Er bestaat echter geen algemeen geaccepteerde drempelwaarde. Er zijn voor de GHQ veel validiteitstudies verricht waarin dan ook verschillende drempelwaarden zijn gebruikt.

3.5 Schalen voor algemene beoordeling functioneren: de GAF-familie

Kenmerkend van de schalen die in deze paragraaf aan de orde komen is dat een beoordelaar er met één getal aangeeft in welke mate symptomen van een probleem manifest zijn en in welke mate deze

symptomen het functioneren van de cliënt beïnvloeden. Het accent in deze instrumenten ligt op het in kaart brengen van de problemen en de actuele gevolgen van de problematiek. In de Verenigde Staten blijken dit soort instrumenten erg populair als middel om in te kunnen schatten welke cliënten nu wel of geen dure zorg nodig hebben en welke budgetten er in dat licht nodig zijn (Hodges & Gust, 1995). De bekendste schaal van deze soort is de Global Assessment of Functioning Scale, of kortweg de GAF-schaal, van de DSM. Hierop zijn verschillende varianten gemaakt. We beschouwen deze verzameling van instrumenten hier als één familie. We beperken ons tot een korte bespreking van de instrumenten die (ook) in Nederland bekend en/of beschikbaar zijn.

◆ *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)*. Zoals gezegd is de bekendste schaal voor de beoordeling van het functioneren de GAF-schaal van de DSM (American Psychiatric Association, 1995). Hierin geeft een diagnosticus met een getal aan hoe goed het functioneren van een persoon is. De schaal loopt van 100 (uitstekend functioneren) tot 1 (zeer slecht functioneren). Figuur 9 geeft een voorbeeld van de niveaus die als 'ankerpunten' zijn omschreven.

Figuur 9. Voorbeelden van schaalpunten op de GAF-schaal (*)

100-91	Uitstekend functioneren bij een groot aantal activiteiten, levensproblemen lijken nooit uit de hand te lopen, en komt naar hem/haar toe vanwege de vele positieve kwaliteiten. Geen symptomen.
90-81	Geen of minimale symptomen, goed functioneren op alle terreinen, belangstellend en betrokken bij een grote reeks van activiteiten, effectieve sociale vaardigheden, in het algemeen tevreden met het bestaan, niet meer dan alledaagse problemen of zorgen.
80-71	Indien symptomen aanwezig, dan zijn dit voorbijgaande en te verwachten reacties op psychosociale stressveroorzakende factoren; niet meer dan lichte beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school.
70-61	Enkele of lichte symptomen, of enkele problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school, maar in het algemeen vrij redelijk functioneren, heeft enkele betekenisvolle persoonlijke contacten.
60-51	Matige symptomen of matige problemen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school.
50-41	Ernstige symptomen of elke ernstige beperking in het sociaal of beroepsmatig functioneren of op school.
40-31	Enige beperkingen in de 'reality-testing' of de communicatie, of belangrijke beperkingen op verschillende terreinen zoals werk, school, gezins- of familierelaties, oordeelsvorming, denken of stemming.
30-21	Het gedrag wordt in ernstige mate beïnvloed door wanen of hallucinaties of ernstige beperkingen in communicatie of oordeel of onvermogen om te functioneren op bijna alle terreinen.
20-11	Enig gevaar voor zichzelf of anderen, of af en toe ernstige verwaarlozing van de persoonlijke hygiëne, of grove beperkingen in de communicatie.
10-1	Voortdurend ernstig gevaar voor zichzelf of voor anderen of voortdurend niet in staat tot een minimale persoonlijke hygiëne of ernstige suïcidepoging met de duidelijke verwachting dood te zullen gaan.

(*) Bron: American Psychiatric Association (1995). De beschrijving geeft de schaalpunten gedeeltelijk weer.

Kenmerk van deze schaal is dat het zowel de mate van aanwezigheid van symptomen van een psychische stoornis in beeld brengt als de actuele sociale en beroepsmatige gevolgen van de stoornis. Het perspectief richt zich daarbij sterk op de persoon die de stoornis heeft. Gevolgen voor of invloeden van de omgeving blijven buiten beschouwing. Dat is de reden waarom in de praktijk de GAF-schaal vaak niet los gebruikt wordt van andere onderdelen van de DSM, waarin deze omgeving wel aan bod komt (met name de zogeheten as IV: Psychosociale en omgevingsproblemen).

◆ *De Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*. Dit is een experimentele schaal die is opgenomen in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Feitelijk gaat het hier om een uitgekledede variant van de GAF: op een schaal van 1-100 wordt alleen het niveau van functioneren in sociaal en beroepsmatig opzicht gescoord. De zwaarte van de problematiek (de symptomen) telt niet mee. Daarentegen mag men in deze schaal wel de actuele gevolgen van lichamelijke en omgevingscondities meewegen. De SOFAS is net als de GAF-schaal gericht op de scoring van de gevolgen van het individu. Gevolgen voor bijvoorbeeld het gezin vallen erbuiten. Onlangs is op basis van onderzoek voor de SOFAS alweer een verbeterde versie voorgesteld (zie Morosini e.a., 2000). Voor zover ons bekend, is er van deze schaal geen speciale versie gemaakt voor gebruik bij kinderen en jeugdigen.

◆ *De Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale*. Ook dit is een experimentele schaal die is opgenomen in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Hij is gemaakt om de mate

te scoren waarin een gezin of een relatie de affectieve of instrumentele behoeften van de leden bevredigt. Daarin worden drie aandachtsgebieden betrokken:

- A. Probleemoplossen (onderhandelen, regels hanteren, aanpassing aan stress, communicatievaardigheden, conflictoplossen);
- B. Organisatie (omgang met rollen en grenzen van subsystemen, hiërarchisch functioneren, verdeling van macht, controle en verantwoordelijkheden);
- C. Emotionele klimaat (gevoelens, kwaliteit van verzorging, empathie, betrokkenheid en verbondenheid, het delen van waarden, wederzijdse affectieve responsiviteit, respect, kwaliteit van de seksuele relaties).

Analoog aan de GAF is een schaal van 1-100 geconstrueerd waarop de kwaliteit van de overall relatie is aan te geven. In deze schaal zijn vijf ijkpunten geformuleerd. Elk ijkpunt bevat een uitgebreide set aan indicatoren uit elk aandachtsgebied (A, B en C) aan de hand waarvan de score op de 100-puntsschaal is in te schatten.

◆ De *Nederlandse versie van de Children's Global Assessment Scale* (N-CGAS; Ferdinand, 1992). Een kenmerk van de lijsten die in de DSM zijn opgenomen, is dat deze niet specifiek zijn gemaakt voor gebruik bij jeugdigen. Shaffer e.a. (1983) bewerkten een voorloper van de GAF-schaal die we uit de DSM kennen tot een instrument specifiek voor kinderen en jeugdigen: de CGAS. Er zijn verschillende versies voorhanden, zoals die voor de ouders of voor een interviewer (niet-clinicus). Figuur 10 geeft voorbeelden van de schaalpunten.

Figuur 10. Voorbeelden van schaalpunten op de CGAS (*)

100-91	Functioneert erg goed op alle gebieden; geen problemen thuis, op school, of met leeftijdgenoten; wordt aardig gevonden, is te vertrouwen, betrokken bij verschillende activiteiten, heeft interesse. Functioneert tot ver boven het gemiddelde.
90-81	Functioneert goed op alle gebieden; thuis, op school en met leeftijdgenoten. Soms is er misschien sprake van kleine probleempjes of alledaagse zorgen, maar in het algemeen functioneert hij/zij goed.
80-71	Het gaat redelijk goed thuis, op school en met leeftijdgenoten; is na een spannende situatie/belevenis wellicht van slag, maar zij die het kind goed kennen zouden de reactie van het kind volkomen begrijpelijk vinden. Elk probleem betreffende het functioneren is mild en van tijdelijke aard.
70-61	Enige problemen; Mensen die het kind niet zo goed kennen, merken de problemen misschien niet op, maar mensen die hem/haar beter kennen zouden zich zorgen kunnen maken.
60-51	Enkele merkbare problemen; In sommige situaties zou iedereen de problemen kunnen opmerken, maar in andere situaties kan het lijken alsof er niets met het kind aan de hand is.
50-41	Duidelijke problemen; verschillende problemen die moeilijkheden geven in de meeste situaties – thuis, op school, en/of met leeftijdgenoten; of een zeer ernstig probleem.
40-31	Aanzienlijke problemen thuis, op school of met leeftijdgenoten, en/of met de maatschappij in het algemeen. Ernstige beperkingen in het functioneren; kan in sommige situaties niet functioneren.
30-21	Ernstige problemen; kan in de meeste situaties niet functioneren.
20-11	Zeer ernstig beperkt in het functioneren; dermate beperkt dat een aanzienlijke mate van toezicht is vereist in verband met de veiligheid.
10-1	Extreem beperkt functioneren; constant toezicht is voor de veiligheid nodig.

(*) Bron: Ferdinand (1992, Interviewer-versie). De hier overgenomen beschrijvingen geven de schaalpunten gedeeltelijk weer.

Er is veel onderzoek met de CGAS gedaan (Hodges & Gust, 1995). Veel van deze studies hebben laten zien dat de CGAS goed bruikbaar is om vast te stellen of een jeugdige nu wel of geen problematisch 'geval' is. Shaffer et al. (1983) namen aan dat een score van 71 of hoger wijst op een normaal functioneren. Bird e.a. (1990) vonden in hun onderzoek dat een score van 61 of minder een duidelijke indicatie vormden voor een stoornis, terwijl de score van 71 of lager wijst op een vermoedelijke stoornis. Onderzoek van Verhulst e.a. (1997) laat zien dat met deze scores vrij trefzeker gevallen zijn aan te wijzen die hoog op de CBCL, YSR en TRF scores. Comorbiditeit leverde bovendien een lagere CGAS-score op. Dat wijst erop dat het voorkomen van meerdere problemen samenhangt met grotere beperking van het algemeen functioneren. Shaffer et al. (1983) stelden vast dat ambulante cliënten op de CGAS gemiddeld 65 scoren, terwijl klinisch behandelde cliënten gemiddeld de score 46 halen (een significant verschil met $p < .001$). Hieruit is af te leiden dat het onderscheid tussen 'normaal functioneren' en 'ambulant behandelde kinderen' wellicht te dicht bij elkaar ligt om goed te kunnen differentiëren, maar dat het onderscheid tussen 'normaal functioneren' en 'klinisch behandelde kinderen' wel goed te maken is.

◆ *As VI van de Multi Axiale Classificatie van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen (MAC-As VI; Remschmidt & Schmidt, 1994; World Health Organization, 1996)*. In verschillende landen is speciaal voor de kinder- en jeugdpsychiatrie een bewerking verschenen van de ICD-10. In die bewerking zijn, net als bij de DSM-IV, assen onderscheiden waarop men de problematiek van de jeugdige classificeert. De nieuwste versie van dit multi-axiale systeem bevat een schaal voor 'Global Assessment of Psychosocial Disability', kortweg aangeduid met 'As VI'. De schaal lijkt in veel opzichten op de SOFAS. Het brengt het psychosociale, sociale en beroepsmatig functioneren in kaart bij kinderen en jeugdigen. Gevolgen van beperkingen van lichamelijke of omgevingsbepaalde aard worden daarin niet meegenomen. Het niveau van functioneren wordt ingeschat op basis van de relaties die de jeugdige heeft met anderen, de zelfverzorging, de uitvoering van huishoudelijke taken, het los van thuis kunnen functioneren, het functioneren op school of op het werk, de relaties met leeftijdsgenoten, en de mate van participatie in activiteiten. De schaal heeft negen punten. Figuur 11 biedt daarvan een impressie.

Figuur 11. Voorbeelden van schaalpunten op As VI van MAC (ICD-10) (*)

- | | |
|----|--|
| 0. | Superieur/good sociaal functioneren in alle domeinen. |
| 1. | Matig overall functioneren, maar met voorbijgaande of kleine problemen in slechts één of twee gebieden (functioneren in een of enkele andere gebieden is al dan niet superieur) |
| 2. | Lichte sociale handicap. Adequaat functioneren in de meeste gebieden, maar lichte problemen in minstens een of twee andere gebieden. |
| 3. | Matige sociale handicap. Matige handicap in minstens één of twee gebieden. |
| 4. | Ernstige sociale handicap. Ernstige handicap in minstens één of twee gebieden) |
| 5. | Ernstige en pervasieve sociale handicap. Ernstige handicap in de meeste gebieden. |
| 6. | Niet in staat om in de meeste gebieden te functioneren. Heeft constante toezicht of zorg nodig om het dagelijks functioneren te handhaven; niet in staat tot zelfstandig functioneren. |
| 7. | Brede en pervasieve sociale handicap. Is soms niet in staat om persoonlijke hygiëne te onderhouden, heeft soms een continue supervisie nodig om gevaar voor zichzelf of voor anderen te voorkomen, of grote beperkingen in alle vormen van communicatie. |
| 8. | Diepe en pervasieve sociale handicap. Voortdurende tekortkoming van de persoonlijke hygiëne of voortdurende risico om zichzelf of anderen te beschadigen, of een totaal gebrek aan communicatie. |

(*) Bron World Health Organization (1996)

Kenmerk van de hier beschreven schalen is dat, net als bij de SDQ, de focus vooral is gericht op het globaal functioneren van de jeugdige en de invloed daarvan op de omgeving. De voor de jeugdige ongunstige opvoedingsomstandigheden vallen erbuiten. Weinig is bekend over de mate waarin de verschillende schalen die hier zijn genoemd ook daadwerkelijk in de jeugdzorg worden gebruikt. Eerste reacties op de bevindingen in onze studie laten zien dat bijvoorbeeld de CGAS en As VI van de ICD-10 nagenoeg onbekend zijn in het veld. Het Bureau Jeugdzorg in Haaglanden benut de GAF-schaal om te differentiëren tussen de doelgroep voor de jeugd-ggz en die van de overige jeugdzorg. Een GAF-score van 70 of minder wordt beschouwd als één van de indicatoren voor behandeling in het jeugd-ggz-circuit. Ons sterke vermoeden is dat een dergelijk systematisch gebruik een uitzondering is.

3.6 Instrumenten gericht op specifieke problematiek en risicofactoren

In de vorige paragrafen zijn instrumenten de revue gepasseerd voor de taxatie van de problematiek in het algemeen. Daarnaast is het mogelijk om met gerichtere instrumenten het *soort* probleem aan te duiden dat de orde is, bijvoorbeeld depressie, autisme, gedragsprobleem, thuisloosheid, mishandeling. Voor een dergelijke taxatie is een groot aantal instrumenten voorhanden. Er bestaan in de jeugdzorg vele tests, vragenlijsten, observatieschema's en dergelijke die gemaakt zijn voor het onderkennen van de aanwezigheid van specifieke probleemsoorten. Voor een deel gaat het hier om genormeerde instrumenten, maar voor een groot deel ook niet (voor een overzicht zie Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000). Ook zijn er verschillende gestandaardiseerde diagnostische interviews beschikbaar om cliënten te screenen op de aanwezigheid van verschillende soorten psychiatrische problematiek (Esmeijer, Veerman, Ten Brink & Van Leeuwen, 1998). Door een samenstelling van bestaande tests of gestandaardiseerde vragenlijsten zijn uiteenlopende batterijen te construeren waarmee op een zeer brede manier de abnormaliteit van de problematiek is in te schatten.

Onderzoek laat zien dat een dergelijk instrumentgebruik in de Bureaus Jeugdzorg en de zorgaanbieders beslist geen routine is (Eijgenraam e.a., 2001; Van Loosbroek & Veerman, 1998). Eén van de redenen daarvoor kan zijn dat dergelijke batterijen veel afnametijd vergen, terwijl de resulterende gegevens niet zonder meer bruikbaar hoeven te zijn voor het stellen van een behandelindicatie en het maken van een hulpverleningsplan. Van Loosbroek & Veerman (1998) onderzochten welke genormeerde instrumenten in de jeugdzorg worden gebruikt en welke probleem domeinen die instrumenten dekken. Hun onderzoek concentreerde zich daarbij op de provincie Gelderland. Daarnaast zochten zij naar genormeerde instrumenten die aan te bevelen zijn, afgezien van de vraag of er nu wel of geen sprake is van frequent gebruik in die provincie. Figuur 12 geeft een overzicht van hun bevindingen.

Figuur 12. Probleemdomeinen en veelgebruikte, genormeerde instrumenten in de jeugdzorg Gelderland*

Domein	Veelgebruikte, genormeerde instrumenten	Bruikbare, genormeerde instrumenten
<i>Psychosociaal functioneren</i>	<i>Gevoelsleven/emoties:</i> SAS-K, DVK, CBCL, TRF, YSR <i>Gedrag:</i> CBCL, TRF, YSR <i>Persoonlijkheid:</i> NPV-J, ABV-K, PMT-K, ATL	<i>Gedrag en emoties:</i> CBCL, TRF, YSR, CTRS, VSPS-gedrag, SCICA <i>Persoonlijkheid:</i> NPV-J, ABV-K, NVM, NPV, MMPI, MMPI-2, ABV, VSPS-persoonlijkheid
<i>Lichamelijke gezondheid</i>		
<i>Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling</i>	<i>Intelligentie:</i> WISC-R, Raven CPM, SON2-7, RAKIT, WAIS, WPPSI <i>Functie-ontwikkeling:</i> Bender, Beery, Bourdon-Vos	<i>Intelligentie:</i> WISC-R, Raven CPM, SON2-7, RAKIT, WAIS, WPPSI, LDT, DOS
<i>Gezin en opvoeding</i>		<i>Gezin en opvoeding:</i> GKS, NGT, GDS, NOSI, LGV, VSPS-gezin, VGP**
<i>Omgeving jeugdige</i>		

* Bron: Van Loosbroek & Veerman, 1998. De naamgeving van de domeinen is hier – conform de ISIS-tabel – iets aangepast. Voor een verklaring van de afkortingen, zie Van Loosbroek & Veerman.

** De VGP is niet in het onderzoek van Van Loosbroek en Veerman genoemd; het instrument is na het verschijnen van hun rapportage gepubliceerd (zie Koot, 1997).

Te zien is dat voor de domeinen ‘psychosociaal functioneren’ en ‘Vaardigheden en verstandelijke ontwikkeling’ aardig wat genormeerde instrumenten voorhanden zijn. Voor ‘gezin en opvoeding’ zijn wel instrumenten voorhanden, maar die blijken over het algemeen weinig benut. Voor de domeinen ‘lichamelijke gezondheid’ en ‘omgeving jeugdige’ bestaan geen voor de jeugdzorg bruikbare, genormeerde instrumenten. Meer in het algemeen is uit dit overzicht af te leiden dat het in principe mogelijk is om een kleine batterij van instrumenten samen te stellen, waarmee voor een aantal domeinen een genormeerde index voor de ‘zwaarte’ van de problematiek is te verkrijgen. Een dergelijke constructie is bijvoorbeeld gehanteerd in het zogeheten ‘Interventie-evaluatie onderzoek Boddaert’ van Kloosterman en Veerman (1997) en het evaluatie-onderzoek van Families First (zie paragraaf 3.6).

De Bureaus Jeugdzorg gebruiken veel van de in figuur 12 genoemde instrumenten niet of zeer weinig. De inventarisatie van Eijgenraam e.a. (2001) onder de Bureaus Jeugdzorg laat zien dat relatief frequent benut worden of gaan worden:

◆ *De Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996)*. Dit is een bekende, op de Nederlandse bevolking genormeerde vragenlijst waarop ouders kunnen aangeven welke probleemgedragingen zij bij hun kind ervaren. Eijgenraam e.a. vonden dat dertien van de negentien onderzochte Bureaus de lijst inzetten bij de intake, als onderdeel van een screeningsprocedure of in de meer specialistische diagnostiek.

◆ *De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS; Scholte, 1992) en het Registratie-, Evaluatie- en Diagnostiekformulier (RED; Van Vianen & Baarda, 1998; Van Vianen e.a. 1999)*. Landelijk is afgesproken dat de (gezins)voogden in de Bureaus Jeugdzorg deze instrumenten gebruiken om het functioneren van de jeugdige en het gezin in kaart te brengen met het oog op het formuleren van een hulpverleningsplan. Het betreffen hier basisdiagnostische instrumenten die gemaakt zijn om hulpverleners te leiden bij een brede exploratie van de problematiek van de jeugdige, het gezin en de bredere omgeving. De VSPS is genormeerd op een deel van de jeugdhulpverleningspopulatie. De RED is niet genormeerd. Nog niet alle (gezins)voogden blijken de VSPS en de RED in gebruik genomen te hebben. In de studie van Eijgenraam e.a. blijken twee Bureaus de RED standaard te gebruiken en drie

de VSPS. Het *Pedagogisch Signalerings-Instrumentarium* (PSI; zie o.a. Weterings, Pruijs, Bloemberg, Grootes & Pool, 1993), een soortgelijk instrument, werd volgens het onderzoek niet gebruikt.

◆ De *Jeugdzorg Intake Methode* (JIM; Van Deur en Scholte, 2000). Het gaat hier om een protocol dat intake van Bureau Jeugdzorg helpt om een zeer lichte, eenvoudige screening op een systematische en goed onderbouwde manier in te richten. Ter ondersteuning van het protocol bevat de JIM beknopte, niet-genormeerde checklists, die helpen de problematiek bij 0-12 jarigen, 12-18 jarigen, migranten en vluchtelingen te exploreren. Tevens is een checklist voorhanden voor het in kaart brengen van de gezins- en opvoedingssituatie en voor de inschatting van de ernst van de problematiek aan de hand van de tien aandachtspunten van Kievit en Tak (zie paragraaf 2.2). Voorts bevat de JIM een beknopte checklist met criteria voor raadsbemoeyenis (zie paragraaf 3.7). Drie van de 19 onderzochte Bureaus Jeugdzorg blijken in het onderzoek van Eijgenraam e.a. de JIM of een variant daarvan (zoals de LIM en de SCREEN) te gebruiken. In het verslag van dit rapport vatten we de JIM en de varianten daarvan samen onder de naam *JIM-familie*.

Verder komen we in de Nederlandstalige onderzoeksliteratuur geregeld de volgende instrumenten tegen.

◆ *De International Classification of Diseases* (ICD; World Health Organization, 1994) en aanverwante systemen. De ICD is de wereldstandaard voor de registratie en uitwisseling van gegevens over ziekte en aan ziekte gerelateerde factoren. Organisaties als het Centraal Bureau voor de Statistiek en de bureaus die belast zijn met de registratie in de gezondheidszorg, inclusief de psychiatrie, zijn aangewezen op het gebruik van deze standaard of daarmee samenhangende systemen. In jeugdzorg in Nederland zijn verschillende classificatiesystemen in gebruik die aan de ICD zijn gelieerd, zoals de eerder genoemde DSM (zie paragraaf 3.5), het zogeheten Multi-Axiale Classificatiesysteem (MAC; Remschmidt & Schmidt, 1994; World Health Organization, 1996), de met diagnostische richtlijnen beschreven ICD-10 classificatie van psychische stoornissen en gedragsstoornissen (World Health Organization, 1994), en de eveneens van diagnostische richtlijnen voorziene ICD-10 classificatie van ongunstige opvoedings- en omgevingsomstandigheden van jeugdigen (Van Goor-Lambo, 1990; Van Goor-Lambo, Orley, Poustka & Rutter, 1990). Aan dit soort systemen hangt geen kwantitatieve normering. Er wordt uitsluitend gebruik gemaakt van kwalitatieve, klinische criteria.

◆ *De COM* (Van den Boogaart e.a., 1989). Dit instrument komt men nog geregeld tegen in het justitiële werkveld en in verschillende evaluatie-onderzoeken. Een onderdeel van dit instrument, de zogeheten COM-lijst, bestaat uit een reeks van subschaaltjes waarmee verschillende soorten problematiek in beeld te brengen zijn. Met die schaaltes zijn weer verschillende indexen te berekenen. De bekendste is de COM-HPG (HPG staat voor Huis of PleegGezin), die te gebruiken is om te bepalen of een kind al dan niet voor een uithuisplaatsing in aanmerking komt. Deze index, die genormeerd is op een deel van de jeugdzorgpopulatie, is ook gebruik als algemene indicator van de ernst van de problematiek (zie o.a. Mesman Schultz, Gageldonk & Messing, 1993). Discussie over de kwaliteit van de COM-HPG heeft er wellicht toe geleid dat deze index geen wijdverbreide invoering heeft gevonden (voor een bespreking, zie Van Yperen, Verheggen & Roza, 1995).

◆ *De VT-ladder* (Bijl, 1996; Van Haaster, Van der Veldt & Van den Boogaart e.a., 1997). De zogeheten VertrekTraining (VT) is een hulpvorm die moet voorkomen dat jeugdigen die een residentiële voorziening verlaten thuisloos raken. De VT-ladder is een middel om het risico van thuisloosheid in te schatten. Hierbij wordt op grond van twee indicatoren, de stabiliteit en volledigheid van het gezin en de aanwezigheid van specifieke gedragsproblemen, een inschatting gemaakt van het risico van thuisloosheid. Deze indicatoren zijn voor een belangrijk deel afgeleid van de COM-lijst. Bij een gebleken hoog risico op thuisloosheid volgt een screeningsinterview om het risico van thuisloosheid gedetailleerder in te schatten.

◆ *Evaluatie-instrumenten Families First*. In het kader van de implementatie en evaluatie van de intensieve thuisbehandeling Families First is in een betrekkelijk groot aantal instellingen een combinatie ingevoerd van de eerder genoemde CBCL en COM, de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS; Wells & Robbroeckx, 1989), en de Vragenlijst Meegemaakte

Gebeurtenissen (VMG; Veerman e.a., 1993). Met deze batterij, die een mix van algemene en klinische normering bevat, worden zowel de problemen van de jeugdige als van de opvoeders gedekt. De instrumenten stellen onderzoekers in staat om op een sterk gestandaardiseerde en genormeerde wijze de zwaarte van de problematiek vast te stellen.

Met behulp van de instrumenten is een Uithuisplaatsingsindex (afgekort: UHP-index) geconstrueerd. Volgens een aantal vuistregels wordt daarbij bepaald op hoeveel van de genoemde instrumenten een gezin een vergelijkbare score haalt als gezinnen met een jeugdige in een tehuis. Geldt dat voor 3 of vier van de genoemde instrumenten, dan is er een groot risico op uithuisplaatsing.

Later is een soortgelijk index gemaakt op basis van alleen de CBCL, de NVOS en de VMG (zie De Kemp, Veerman en Ten Brink, 2001). In een onderzoek binnen de sector voor de zorg aan licht verstandelijk gehandicapten werd de NVOS in de UHP-index vervangen door de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI; De Brock e.a., 1992; zie Monshouwer, Ten Brink en Veerman, 2000).

Ten slotte is het belangrijk te melden dat er een groot aantal gestructureerde interviews en vragenlijsten bestaat waarmee het mogelijk is aangemelde jeugdigen te screenen op de aanwezigheid van psychiatrische symptomen en problemen. Het gebruik van deze lijsten in de praktijk is tot nu toe vrij beperkt gebleven (Esmeijer, Veerman, Ten Brink & Van Leeuwen, 1998), wellicht vanwege de soms lange afnameduur en de specifieke gerichtheid op psychiatrische problematiek. Valenkamp e.a. (in voorbereiding) hebben onlangs de interviews en vragenlijsten die een korte afnametijd vergen (maximaal 20 minuten) op gebruikswaarde beoordeeld. Enkele lijsten zijn in Nederland ontwikkeld en van enkele blijkt een Nederlandse vertaling voorhanden. We zetten deze hier kort op een rij. Voor referenties en details verwijzen we naar de betreffende publicatie van Valenkamp e.a.:

- De *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA). Dit omvat een pakket aan CBCL-achtige vragenlijsten voor de ouder, de leerkracht en de jeugdige zelf (de zogeheten CBCL, TRF en YSR). Voor deze lijsten bestaan Nederlandse normen.
- De *Child Symptom Inventories* (CSI). Met deze lijst voor ouders, leerkrachten en jongeren zijn een groot aantal DSM-diagnoses te signaleren. Alleen voor de ouderversie bestaat een Nederlandse vertaling. Er zijn geen Nederlandse normen voorhanden.
- De *Conners' Rating Scales – Revised* (CRS-R) is een ouder- en een leerkrachtversie voorhanden. Deze biedt de mogelijkheid om op de aanwezigheid van een aantal internaliserende en externaliserende stoornissen te screenen. Er zijn geen Nederlandse normen beschikbaar.
- De *DSM-IV vragenlijst*. De ouder-, leerkracht- en jongerenversie van deze, in Nederland ontwikkelde lijst brengen enkele stoornissen uit de DSM-IV in kaart. Nederlandse normen zijn er niet.
- *Symptom Checklist – 90* (SCL-90). Met deze zelfbeoordelingschaal krijgt men een indicatie van de aanwezigheid voor psychopathologie. Er is alleen een versie voor jeugdigen vanaf 13 jaar. Deze is voor Nederland genormeerd.

3.7 Taxatie van gronden voor justitiële maatregelen

Eén van de bronnen waarvan men kan verwachten informatie te vinden over de taxatie van de ernst van de problematiek is de jeugdbescherming. Immers, deze sector is gespecialiseerd in het verzamelen en beoordelen van informatie op grond waarvan een rechter kan beslissen een justitiële maatregel te nemen. Daarom hebben we ons georiënteerd op richtlijnen en screeningsinstrumenten voor het signaleren van ernstige psychosociale problematiek bij delinquenten, richtlijnen en instrumenten die door de Raad voor de Kinderbescherming worden gebruikt in civiele zaken en instrumenten voor de taxatie van risico op recidive. Een aantal van deze instrumenten is al aan de orde geweest: de VSPS en de RED. Van origine zijn deze twee instrumenten mede gefocused geweest op de ondersteuning van de informatieverzameling en de explicitering van de besluitvorming bij de Raad voor de Kinderbescherming of de gezinsvoogdij (zie Scholte, 1995; Van Vianen e.a., 1999). De voogdij- en gezinsvoogdijvereniging (Vedivo) voeren de RED en de VSPS in als standaard voor de basisdiagnostiek door hun werkers. Kenmerk van beide lijsten is dat ze een brede inventarisatie opleveren van risico- en protectieve factoren in de jeugdige, het gezin en de omgeving.

Het accent in deze lijsten ligt duidelijk op het in kaart brengen van problemen en risicofactoren. In de literatuur zijn we de volgende instrumenten en richtlijnen op het spoor gekomen.

◆ De *Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths* (MAYSI-2; aangehaald in Valenkamp e.a., in voorbereiding). Dit is een gestructureerde vragenlijst die met name in de forensische psychiatrie wordt gebruikt om op de aanwezigheid van psychopathologie te screenen. De jeugdreclassering in Amsterdam experimenteert met de standaardafname van deze, voor Nederland nog niet genormeerde lijst.

◆ *Het Basisonderzoek strafzaken Raad voor de Kinderbescherming* (BARO; Doreleijers e.a., 1999). Dit instrument geeft een globale taxatie van de mogelijke aanwezigheid van psychische problemen bij de jeugdige. Het is bedoeld om bij strafzaken op een gestructureerde wijze een inschatting te kunnen maken of een aanvraag voor een nader Psychologisch Onderzoek (PO) zinvol lijkt. Het beleid van het Ministerie van Justitie is gericht op de afname van de BARO bij alle jeugdigen die in het kader van strafzaken bij de Raad voor de Kinderbescherming zijn aangemeld. De BARO gaat uit van kwalitatieve, klinische normen.

◆ De lijst *Criteria voor Raadsbemoeyenis* in de *Jeugdzorg Intake Methode* (JIM; Van Deur & Scholte, 1999). Deze lijst bevat een korte, aan Veldkamp (1999) ontleende set van criteria om te beslissen of bemoeyenis van de Raad voor de Kinderbescherming aangewezen is of niet. De kern van de lijst wordt gevormd door een beperkt aantal vragen om te bepalen of een raadsonderzoek aangewezen is:

- Wordt de ontwikkeling van het kind vermoedelijk ernstig bedreigd en, zo ja, welke feiten onderbouwen dit oordeel?
- Kan de vermoedelijk ernstige bedreiging nog door hulp op vrijwillige basis worden afgewend?. Zo ja, met welke middelen en waarop is dat oordeel gebaseerd? Zo nee, welke middelen zijn er dan nodig en waarop is dat oordeel gebaseerd?

Naast deze vragen geeft de lijst situaties aan waarin sprake is van een vacuüm in het ouderlijk en raadsbemoeyenis is geïndiceerd. De lijst is niet genormeerd.

◆ De *Taxatielijst voor Ouderfunctioneren* (TvO; Van der Veen, Van der Maas en Veerman, 2001) is niet specifiek gemaakt voor het beoordelen van opvoedingssituaties met het oog op een melding bij de Raad voor de Kinderbescherming. Niettemin is het zinvol de lijst hier te noemen, omdat het op een eenvoudige manier in beeld brengt in welke mate een opvoeder kijkt heeft op de behoeften en de ontwikkeling van de jeugdige, de eigenheid van het kind respecteert en het gedrag van het kind stuurt. In deze beeldvorming spelen items een rol gericht op zowel de biologische, als de psychologische en de sociale ontwikkeling van de jeugdige. De lijst is nog niet genormeerd.

◆ De *Checklist Intake Klachtzaken (CLIK)* en het *Risk Assessment Decision Making-model (RADM)*.

Ten Berge (1998b) construeerde in het kader van haar onderzoek naar besluitvorming in de kinderbescherming een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming. Deze lijst, de CLIK, moet de raadsmedewerker helpen te beslissen of een zaak nader onderzoek vergt of niet. De lijst levert geen index voor de ernst van de problematiek van het kind, de thuissituatie of de dreiging voor het kind op, maar biedt een inhoudelijke structuur voor de oordeelsvorming. Het instrument biedt ook geen normering. De CLIK vormde de basis voor de constructie van de eerder genoemde RED.

Ten Berge (1998a) heeft het zogeheten RADM-model van Dalglish (1999) naar voren geschoven om de oordeelsvorming over ingrijpende maatregelen verder te structureren. Het RADM-model is een algemeen kader voor risicotaxatie en beslissen in de jeugdbescherming. Dalglish gaat ervan uit dat er in de oordeelsvorming op dit terrein vier elementen worden gewogen. Twee daarvan hebben betrekking op de actuele schade aan het kind en de aanwezige positieve krachten in de situatie. De twee andere elementen zijn de kansen op toekomstige schade voor het kind en de geschatte omvang van deze schade. Deze kansen op toekomstige schade volgen uit de interactie tussen aanwezige problemen, de werking van protectieve factoren en de aanwezige risicofactoren die bepaalde ontwikkelingsscenario's bij de jeugdige tot gevolg kunnen hebben. Voor de taxatie van de problemen en de risicofactoren maakte Dalglish een eenvoudige checklist, waarin voor verschillende aspecten van het functioneren aan te geven is wat de 'Level of concern' is. Deze aspecten betreffen (vertaald):

- het opvoeden;
- problemen van de ouders zelf;
- de relatie tussen de opvoeders;
- het functioneren van het kind, de familie en het bredere sociale systeem;
- gebrek aan medewerking van de ouders.

Voor elk aspect van het functioneren zijn de 'Levels of concern' met behulp van klinische criteria nader geoperationaliseerd.

♦ *Criteria kindermishandeling* (Willems, 1999). Voor de operationalisering van het begrip 'kindermishandeling' stelde Willems - in navolging van buitenlandse onderzoekers - definities en ernstcriteria op voor zes vormen van deze, zoals de auteur dit aanduidt, 'schending van het kernrecht van het kind op minimale persoonswording'. De vormen waar het hier om gaat, zijn:

- A. Lichamelijke kindermishandeling;
- B. Seksueel misbruik (seksuele kindermishandeling);
- C. Lichamelijke verwaarlozing: onvoldoende fysieke zorg (met betrekking tot de lichamelijke en geestelijke gezondheid);
- D. Fysieke verwaarlozing: onvoldoende fysiek toezicht;
- E. Emotionele maltraitering: psychische mishandeling, emotioneel misbruik, affectieve verwaarlozing en normatieve/pedagogische verwaarlozing (onvoldoende grenzen, structuur, disciplineren);
- F. Normatieve en educatieve maltraitering (morele corrumperen en schoolverzuim).

Vanuit ontwikkelingsperspectief en bedreiging van de minimale persoonswording is per type mishandeling (A t/m F) de ernst gedefinieerd in vijf gradaties: licht, matig, ernstig, zeer ernstig en (bijna) fataal. Elk type en elke ernstgradatie is daarvoor uitvoering gedefinieerd en geoperationaliseerd met behulp van klinische, kwalitatieve normen. De Nederlandse Gezinsraad heeft onlangs (2001) geadviseerd de door Willems opgestelde operationalisering als instrument te implementeren in de praktijk van de jeugdzorg en de rechtspraak. Draaijer (1990), heeft voor de taxatie van de ernst van seksueel misbruik een specifieke ernstindex geconstrueerd.

♦ *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren* (Structured Assessment of Violence Risk in Youth / SAVRY; Lodewijks, Doreleijers, De Wit en Grouls, in voorbereiding).

Het betreft hier een vertaling van een instrument dat oorspronkelijk is gemaakt door R. Borum e.a., bedoeld voor het voorspellen van geweldsrisico bij adolescenten (12-18 jaar). Op het instrument zijn achtereenvolgens te scoren: historische risicofactoren (10 items), sociale/contextuele risicofactoren (6 items), individuele risicofactoren (8 items) en protectieve factoren (6 items). De SAVRY maakt feitelijk deel uit van een protocol waarin een aantal instrumenten is verenigd. Achter de factoren die te scoren zijn op het instrument 'hangen' namelijk weer meer specifieke instrumenten en een gestructureerd interview om gegevens te verzamelen die de scoring op de factoren mogelijk moet maken. Van de lijst is een geautoriseerde, Nederlandse vertaling gemaakt die vermoedelijk rond de zomer vrijgegeven zal worden. Op dit moment wordt in internationaal verband, waaronder ook in Nederland, onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. (Lodewijks, persoonlijke communicatie).

Naast de SAVRY zijn sterk gelijkende lijsten ontwikkeld voor jonge kinderen (de Early Assessment of Risk Level / EARL; 8-12 jaar) en het HKT voor vanaf 18 jaar (zie hieronder).

♦ *Taxatie-instrumenten voor risico op recidive*. De Dienst Justitiële Inrichtingen heeft door het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP) een inventarisatie laten uitvoeren naar de bruikbaarheid van verschillende instrumenten voor de taxatie van het risico op recidive van delinquenten (Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie, 2000). De focus daarbij was vooral gericht op het belang van een oordeel over de kans op toekomstig gewelddadig gedrag bij het opleggen van Terbeschikkingstelling (TBS), bij tussentijdse evaluaties van een TBS en bij een mogelijke beëindiging. Het CIFP heeft geïnventariseerd welke indicatoren en instrumenten er in gebruik zijn. Daaruit heeft het CIFP een set risicofactoren geselecteerd met voor elke indicator een meetprocedure. Uitgangspunt daarbij was dat dit moet leiden tot een instrument dat zowel statische als dynamische kenmerken meeneemt (zowel het delictrisico als de veranderingen die daarin optreden).

De op dat moment gebruikte instrumenten hebben een beperkte voorspellende waarde omdat ze ofwel statisch ofwel dynamisch zijn. Uit die instrumenten heeft het CIFP de belangrijkste indicatoren gehaald. Deze vormen de zogeheten HKT-30. Deze lijst brengt voor dertig indicatoren verdeeld over drie typen in beeld waar er risico ligt voor herhaling van crimineel gedrag:

- 12 Historische en statische indicatoren die de *situation before* aangeven (H). Uit onderzoek blijkt dat deze indicatoren een voornaam invloed hebben op recidive en als zodanig het ankerpunt moeten vormen voor risicotaxatie.
- 12 Klinische en dynamische indicatoren die de *current condition* aangeven (K). Deze factoren zijn essentieel voor het inschatten van veranderingen in de recidivekans in de loop van de behandeling.
- 6 Toekomstige en situatieve factoren die de *future situation* aangeven (T). Dit betreft externe omstandigheden die een destabiliserende invloed kunnen hebben op betrokkene en als zodanig kunnen leiden tot een verhoging van het delict risico.

Elk van deze indicatoren wordt op een 7-puntsschaal gescoord. Het resultaat is een profiel op grond waarvan het risico op recidive dient te worden ingeschat. De toepassing van de HKT-30 vindt plaats door een ervaren professional, niet door de behandelaar, aan de hand van bestudering van de relevante dossiers, een gesprek met de behandelaar(s) en een gesprek met de betrokkene zelf. Onduidelijk is nog hoe de scores op de HKT-30 te gebruiken zijn. Het CIFP adviseert om de scores om te zetten in een risicotaxatie 'via een nauwkeurige, klinisch geïnformeerde weging'. Het CIFP adviseert verder de HKT-30 te gebruiken in combinatie met andere, bestaande instrumenten. Er is in ieder geval een pilot-studie nodig om de HT-30 verder te verfijnen, alsmede een onderzoek waarin de HKT-30 wordt vergeleken met andere instrumenten.

Ook de Stichting Reclassering Nederland (SRN) inventariseerde onlangs de voorhandenzijnde risicotaxatie-instrumenten, met name voor delinquenten die uit detentie of TBS terugkeren in de samenleving (Van Opdorp, 2001). Er wordt daarbij een onderscheid gemaakt tussen instrumenten die gebruik maken van statische indicatoren en instrumenten die werken met meer dynamische indicatoren. De eerste soort geeft specifieke indicaties voor de lange termijn, de tweede soort is meer geschikt voor beoordeling van de actuele situatie. De SRN bespreekt de volgende instrumenten:

- ◆ PCL-R (Psychopathy Checklist Revised), gericht op het vaststellen van de mate van psychopathie;
- ◆ Pscan (Psychopathy-scan), bedoeld om aanvullende informatie te verzamelen;
- ◆ HCR-20 (Historische Risicohertering-20), voor de risicotaxatie van gewelddadig gedrag;
- ◆ HKT-30 (Historisch Klinisch Toekomstig-30), om het initieel delict risico in te schatten, alsmede de veranderingen daarin tijdens de behandeling;
- ◆ SVR-20 (Sexual Violent Risk Assessment), bedoeld om risico op seksueel geweld vast te stellen;
- ◆ Static 99, om het recidiverisico op seksueel geweld in te schatten.

De conclusie van de stichting luidt dat instrumenten die gebruik maken van zowel statische als dynamische indicatoren (HCR-20, HKT-30 en SVR 20) een vollediger risicoprofiel opleveren en ook prognostisch veelbelovender zijn. Verder is vastgesteld dat psychopathie, zoals gemeten met de PCL-R, een belangrijke voorspeller van recidive is en tevens een contra-indicatie kan betekenen voor bepaalde vormen van behandeling. De HKT-30 wordt waarschijnlijk ingevoerd in de forensisch psychiatrische klinieken. De Static-99 tenslotte kan een functie hebben rond indicatiestelling en intake maar niet bij het meten van het behandelresultaat.

De instrumenten die we in de rapporten van de CIFP en Van Opdorp zijn tegengekomen, blijken vooral voor volwassenen geconstrueerd te zijn. Het ministerie van Justitie heeft opdrachten uitstaan voor de ontwikkeling van taxatie-instrumenten voor jeugdige delinquenten. Een ander kenmerk van de hier genoemde instrumenten is dat ze het accent leggen op het in kaart brengen van problemen en risicofactoren. Met name bij de lijsten die gericht zijn op de taxatie van de belemmeringen voor de ontwikkelingen van de jeugdige ligt daarbij doorgaans het accent op de risicofactoren in het gezin. Bij de taxaties van het risico op recidive gaat veel aandacht uit naar risicofactoren in de jeugdige. Uitzondering daarop vormen de VSPS en de RED, waarin zowel de risico- als de protectieve factoren in de jeugdige, het gezin en de omgeving meer in beeld zijn.

3.8 Schalen voor de taxatie van lijdensdruk en kwaliteit van leven

In paragraaf 2.2 is beschreven dat de kwaliteit van iemands leven afhangt van de situatie waarin hij of zij verkeert op verschillende domeinen. In het algemeen kan deze worden samengevat als een positie op een dimensie die loopt van laag naar hoog. Een lage kwaliteit van leven vormt mogelijk een indicatie voor het bestaan van problematiek. De score op een schaal voor kwaliteit van leven kan men dan opvatten als een maat voor de ernst van die problematiek. In paragraaf 2.2 werden acht domeinen genoemd die van belang zijn voor de kwaliteit van iemands leven. In een overzichtsstudie van 87 onderzoeken komen Hughes en Hwang (1996) tot 15 domeinen die van belang zijn voor het meten van kwaliteit van leven. De belangrijkste daarvan komen overeen met de acht domeinen van Schalock die in paragraaf 2.2 zijn genoemd. Hughes en Hwang hebben in hun overzichtartikel de indicatoren geïnventariseerd die bij de operationalisatie van belang zijn. Een voorbeeld: een indicator voor het domein 'interpersoonlijke relaties' is 'vriendschap'. Alleen al voor deze indicator hebben de auteurs 198 verschillende maten gevonden. Zij noemen als representatief de maat: 'het aantal vrienden', 'variatie binnen de vriendenkring' en 'het hebben van een beste vriend'. Deze domeinen, de bijhorende indicatoren en de maten daarvoor worden onder meer gebruikt voor het vaststellen van de effectiviteit van interventies en diensten. Men kan ze ook gebruiken om een indruk te krijgen van de kwaliteit van leven op individueel niveau. Schalock (1996) constateert dat men voor een goed begrip van kwaliteit van leven drie soorten indicatoren in beschouwing moet nemen:

- sociale indicatoren zoals deze statistisch en min of meer objectief vast te stellen zijn (gezondheid, welvaart, aantal vrienden),
- psychologische indicatoren die subjectief verankerd zijn (gevoel van welbevinden, persoonlijke voldoening).
- De mogelijkheden die het individu heeft om zijn of haar behoeften en wensen in vervulling te laten gaan.

Schalock stelt voor om verschillende technieken te gebruiken om kwaliteit van leven te meten: het verzamelen van objectieve gegevens (bijvoorbeeld over gezondheid), het gebruik van gestandaardiseerde meetmethoden, en participerende observatie en interviews om de subjectieve ervaring van de kwaliteit van leven vast te stellen.

Heal en Seligman (1996) merken op dat veel onderzoek naar kwaliteit van leven betrekking heeft op personen met een lichte verstandelijke handicap. Zij vinden het daarom niet voldoende om cliënten te interviewen, maar achten het ook nodig om vast te stellen of een interview betekenisvolle informatie oplevert. Dat gebeurt aan de hand van de volgende vragen:

- is de bewuste persoon überhaupt in staat een vraag te beantwoorden? (Responsiviteit)
- geeft de respondent bij verschillende gelegenheden op een en dezelfde vraag hetzelfde antwoord? (Betrouwbaarheid)
- is het antwoord in lijn met de antwoorden op andere vragen? (Consistentie)
- kloppen de antwoorden met feitelijke gegevens? (Feitelijke juistheid)

Vervolgens kan men op de volgende manieren te werk gaan. In de eerste plaats door verschillende interviewtechnieken te gebruiken en dan vast te stellen welke daarvan het meest effectief zijn. De tweede manier houdt in dat men ervoor kiest om andere informanten dan de personen zelf te gebruiken. Uiteindelijk lijkt een mengeling van deze benaderingen de beste methode om de kwaliteit van leven vast te stellen. De opmerkingen die Heal en Seligman maken, kunnen ook gelden voor het interviewen van jonge kinderen. Ook hierbij zal het van belang zijn na te gaan of de verzamelde informatie voldoende betekenis heeft.

Kersten en Douma (2001) hebben een beschrijving gemaakt van zes Nederlandse instrumenten en methoden voor het bepalen van de kwaliteit van leven. De doelgroep waarop zij zich hebben gericht betreft voornamelijk mensen met een verstandelijke handicap. Drie instrumenten die daarbij aan de orde komen, noemen we hier kort als illustratie van wat voor soort lijsten dit zijn:

- ◆ De *Vincentius Welbevinden Schaal (VWS)*, bedoeld voor het verkrijgen van inzicht in het verschil tussen de behoeften van cliënten en de realisatie daarvan, en voor het verwerven van inzicht in het subjectief beleefde welbevinden. Domeinen die daarbij worden bekeken zijn de lichamelijke

toestand, de psychische toestand, onafhankelijkheid en zelfbepaling, sociale relaties, omgeving en religie/spiritualiteit.

- ◆ De *Intellectual Disability Quality of Life* (IDQOL), een zeer korte schaal (16 items) voor het meten van de kwaliteit van het bestaan voor mensen met een lichte en matige verstandelijke handicap. Drie domeinen komen daarbij aan bod: psychisch functioneren (o.a. levensvisie, gevoelens gezondheid), sociaal functioneren (o.a. familie, vrienden/kennissen, collega's) en wonen (o.a. woonruimte, buurt, huisgenoten).
- ◆ *Zeg het ons!* Deze lijst is bedoeld voor het in kaart brengen van de tevredenheid met verschillende aspecten van het leven, zoals de veiligheid, gezondheid, waardigheid, onafhankelijkheid, functioneren in de maatschappij, werk, vervoer. Bijzonder hiervan is dat mensen met een verstandelijke handicap met dit protocol zowel de rol van respondent kunnen innemen als de rol van interviewer.

De genoemde lijsten zijn niet specifiek gemaakt voor jeugdigen.

Mattejat en Remschmidt (1998) presenteren een overzicht van instrumenten om kwaliteit van leven vast te stellen bij jeugdigen. Met betrekking tot de zorg voor jeugdigen (in dit geval de kinder- en jeugdpsychiatrie) zijn er twee het vermelden waard:

- ◆ De *Münchener Lebensqualitätsfragebogen für Kinder* (KINDL), een instrument dat bij kinderen van 9 tot 12 jaar met name de kwaliteit van het leven meet voor zover het de gezondheid betreft. De 40 vragen hebben betrekking op de psychische, fysieke, sociale en dagelijkse aspecten daarvan.
- ◆ De *Child Health Related Quality of Life* (CQOL), een instrument dat Graham en Stevenson speciaal hebben ontwikkeld voor gebruik bij kinderen met een ziekte, ontwikkelingsstoornis of handicap. Hiervan is een Duitse vertaling gemaakt. Er is een ouderversie en een versie voor kinderen. De lijst omvat zestien levensgebieden met elk drie vragen.

Daarnaast presenteren zij een lijst die in Duitsland door een breed samengestelde onderzoekscommissie en in nauwe samenwerking met de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk is ontwikkeld.

- ◆ De *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen* (ILK). Met deze lijst kan de kwaliteit van leven van jeugdigen met een psychische stoornis worden vastgesteld. Verschillende levensterreinen komen aan de orde: school, gezin, leeftijdgenoten, vrijetijdsbesteding, lichamelijke en geestelijke gezondheid. Voor jeugdigen met een psychische stoornis kan daar nog aan worden toegevoegd: de problemen die het gevolg zijn van deze stoornis en de belasting die de behandeling oplevert. Voor ieder van de genoemde levensterreinen worden zowel gegevens van de patiënt zelf en van zijn/haar ouders (subjectief) als van de behandelaar (objectief) ingewonnen. Dit gebeurt in een interview met behulp van eenvoudige vragenlijsten, een voor kinderen (6-11 jaar) en een voor jongeren en ouders. Daarnaast registreert de behandelaar objectieve gegevens. In de praktijk worden de lijsten goed geaccepteerd; men vult ze over het algemeen graag en zorgvuldig in. De ILK blijkt belangrijke en voor de behandeling relevante informatie op te leveren. Het is echter nog in ontwikkeling. De interne samenhang, de betrouwbaarheid en validiteit moeten nog nader onderzocht worden.

3.9 Taxatie van de zorgzwaarte

In het door ons gehanteerde 'balansmodel' is de zorg aan een cliëntsysteem geboden zorg te zien als een ingebrachte protectieve factor. Het 'gewicht' van deze zorg moet een bijdrage leveren aan herstel van de balans tussen enerzijds de problemen en de risico's en anderzijds de protecties. Twee scenario's zijn daarbij denkbaar.

- *Zorg als tijdelijk ingebrachte 'cure'-factor, leidend tot een nieuwe, autonome balans.* De zorg kan erop gericht zijn te helpen bij het oplossen van problemen of het wegwerken van risicofactoren. Ook kan de zorg erop gericht zijn protectieve factoren in het cliëntsysteem te versterken, zodat problemen draaglijker worden gemaakt of risicofactoren minder invloed krijgen. Naarmate het cliëntsysteem in dit proces zelf een nieuwe balans in stand kan houden, is er minder zorg nodig.

- *Zorg als (semi-) permanent ingebrachte 'care'-factor.* Bij niet op te lossen problemen en onvoldoende te versterken protectieve factoren, kan het nodig zijn dat de zorg meer structureel in het cliëntsysteem wordt ingebouwd. Het gaat hier bijvoorbeeld om vormen van pleegzorg, langdurige opname in een begeleide vorm van wonen of langdurige leun-en-steuncontacten.

De veronderstelling bij het balansmodel is dat er bij een groter 'overgewicht' aan problemen en risicofactoren er over het algemeen een groter 'gewicht' aan zorg nodig is. Anders gezegd, het model gaat uit van een correspondentie tussen de zwaarte van de problematiek en de zorgzwaarte. Een dergelijk uitgangspunt ligt aan de basis van veel planningssystemen die overheden willen gebruiken bij de allocatie van middelen in de zorg (zie o.a. Hodges & Gust, 1995). De vraag is nu hoe deze zorgzwaarte te operationaliseren is. In de literatuur vinden we daar weinig directe aanwijzingen voor. Indirect zijn er wel een aantal ideeën te vinden.

In de eerste plaats is in verschillende onderzoeken (zie o.a. Van den Bogaart e.a., 1989; Hiethaar e.a., 1999; Scholte, 1992) gebleken dat de zwaarte van de problematiek samenhangt met het type voorziening dat de jeugdige of het gezin hulp biedt: bij ambulante zorg vinden we gemiddeld genomen lichte problematiek, bij dagbehandeling gaat het gemiddeld om zwaardere problemen en bij dag-en-nachtbehandeling om de zwaarste problemen. Hodges en Wong (1997) vonden een duidelijk relatie tussen enerzijds de zwaarte van de problematiek (gemeten met de CAFAS en de CGAS) en anderzijds het type voorziening (ambulant, intensieve thuiszorg of dagbehandeling, therapeutische pleegzorg of groepshuis, residentiële behandeling, klinische opname in een ziekenhuis), de intensiteit en complexiteit van de zorg (in termen van het aantal face-to-facecontacten en/of verblijfsdagen gemeten over de duur van de behandeling in verschillende behandelvormen) en de kosten (volgens de normen voor de verschillende behandelvormen). Pelzer e.a. (1999) komen op basis van hun literatuur onderzoek tot de stelling dat hoe ernstiger de problematiek is, langer de duur van de interventie over het algemeen is.

Een tweede aanknopingspunt vinden we in de beleidstrajecten met betrekking tot de vorming van de Bureaus Jeugdzorg en de zorgprogrammering. De typering van de zorg naar inhoud, soort, duur en intensiteit is een steeds terugkerend thema in de indicatiestelling in Bureau Jeugdzorg, de presentatie van het aanbod in termen van modules en zorgprogramma's en de invulling van het aanbod aan cliënten in individuele hulpverleningsplannen (zie o.a. Van Yperen, Konijn & Ten Berge, 1999). Nota, Van der Schaft en Van Yperen (1998) hebben een onderscheid gemaakt in enerzijds licht ambulante zorg (door hen 'vrij toegankelijke zorg' genoemd) en geïndiceerde zorg ('niet-vrij toegankelijke zorg'). Figuur 13 geeft een overzicht van de criteria die zij daarin als onderscheidend hebben aangeduid.

Figuur 13. Onderscheidende criteria licht ambulante en geïndiceerde zorg

criterium	Licht ambulante zorg	Geïndiceerde zorg
Kosten	De hulpvorm kost gemiddeld € 2024,- (FI 4500,-) of minder	De hulpvorm kost gemiddeld meer dan € 2024,- (FI 4500,-)
Zwaarte problematiek	Lichte problematiek, een enkelvoudige klacht/hulpvraag van de cliënt en/of enkelvoudige problematiek.	Zware problematiek, een meervoudige klacht/hulpvraag van de cliënt en/of meervoudige problematiek.
Duur en intensiteit contacten	De prognose van de behandelduur en – intensiteit is veertien contacten of minder.	De prognose van de behandelduur en – intensiteit is vijftien contacten of meer.
Complexiteit aanbod	Een enkelvoudig of eenvoudig ambulant aanbod.	Een meervoudig of complex (als dan niet ambulant) aanbod.
Ingrijpendheid	De behandeling wordt niet ingeschat als zeer ingrijpend, risicovol of belastend voor de cliënt.	De behandeling wordt ingeschat als zeer ingrijpend*, risicovol of belastend voor de cliënt.

* Nota e.a. geven hiervan geen verdere specificaties. Het ligt voor de hand dat het hier gaat om bijvoorbeeld hulpvormen waarbij het kind uit huis gaat in dagbehandeling, dag-en-nachtbehandeling of pleegzorg.

De kosten van de interventie werden door hen als het enig onderscheidend criterium voorgesteld, omdat de overige criteria volgens hen onvoldoende zuiver differentiëren. De zwaarte van de problematiek, de complexiteit van het aanbod, de duur en intensiteit van de contacten en de ingrijpendheid van de interventie zijn in dat licht *indicatief* voor het door hen aangebrachte onderscheid, niet rechtstreeks *bepalend*. Onderzoek van Baecke en Baerends (2000) in het kader van de zorgprogrammering laat

inderdaad zien dat er een relatie is tussen enerzijds de gemiddelde kosten van de zorg en anderzijds de kenmerken van deze zorg in termen van de soort zorg (ambulante, daghulp, dag-en-nachthulp) de intensiteit en de duur. Daarbij hoort echter de kanttekening dat elk kenmerk in dat onderzoek ook een forse spreiding rond de gemiddelde kosten laat zien.

Naar de geldigheid van deze trends voor de Nederlandse jeugdzorg hebben we in het onderhavige project geen verdere literatuurstudie gedaan. Niettemin zijn er op grond van de bovengenoemde studies aanwijzingen dat de zorgzwaarte groter te noemen is bij een langere duur van de zorg; een hogere intensiteit van de contacten; een groter aantal toe te passen zorgvormen (complexere zorg); een ingrijpender zorg (bijvoorbeeld geen of wel uithuisplaatsing van de jeugdige).

3.10 Taxatie van de urgentie van hulp

Volgens het door ons geschetste balansmodel draagt de taxatie van de urgentie van de hulp (in deel D) bij in het compenserende mechanisme dat de balans kan herstellen. De veronderstelling daarbij is dat hoe erger het probleem is, hoe meer men doorgaans de hulp als urgent zal beoordelen. Toch is deze relatie minder sterk dan men op het eerste gezicht kan vermoeden. Van Yperen, Nota en Van der Schaft (1999) stelden dat bij de urgentiebepaling ook andere factoren in de oordeelsvorming meewegen, zoals:

- *de kans van slagen van de bemoeienis.* Men kan bijvoorbeeld bij een autistisch kind een zware behandeling inzetten, gericht op 'genezing'. De kans van slagen van deze behandeling is echter, uitgaand van de huidige kennis, gering. Voor de urgentiebepaling kan dit bijvoorbeeld betekenen dat men jeugdigen die wel veel baat hebben bij de zware behandeling liever voor laat gaan.
- *de gevolgen van uitstel van de jeugdzorgbemoeienis.* Bij sommige problemen loopt men de kans dat het herstel moeilijker verloopt als men nog langer wacht, dan bij nadere. Daarom kan het nodig zijn om de hulp bij de een urgent in te zetten, terwijl dat bij de ander nog wel even kan wachten.
- *de kosten die de zorg met zich meebrengt.* Als met een beperkt budget bijvoorbeeld tien cliënten te helpen zijn met een goedkope behandeling die redelijk effectief is, tegenover één cliënt met een dure behandeling die eveneens redelijk effectief is, wie laat men dan voorgaan?
- *de mate van maatschappelijke legitimering.* Bij veel problemen is moeilijk in te schatten wat precies de kans van slagen van de hulp is, maar is het maatschappelijk onaanvaardbaar om een situatie voort te laten blijven bestaan. De meest solide vorm van maatschappelijke legitimering vormt de uitspraak van een rechter dat hulp bij een gezin of een jeugdige geboden is. Voor het overige spelen publieke opinie, beroepsopvatting en maatschappijvisie een rol.

Volgens van Yperen e.a. zou het goed zijn als dit beoordelingsproces met instrumenten is te objectiveren en te ondersteunen. In de jeugdzorg vindt men hiervoor echter weinig instrumenten. Wel treft men bij enkele Bureaus Jeugdzorg enkele lijstjes met criteria of voorrangregels aan die de beoordeling van de urgentie ondersteunen, zoals (zie ook Booy, Kroon en Van Yperen (2002):

- Justitiële plaatsingen van jeugdigen uit het eigen stadsgewest hebben voorrang;
- Daarna komen de vrijwillige plaatsingen van jeugdigen uit het eigen stadsgewest aan de beurt;
- Dan volgen de justitiële plaatsingen die niet afkomstig zijn uit het eigen stadsgewest;
- Ten slotte komen de vrijwillige plaatsingen die niet afkomstig zijn uit het eigen stadsgewest.

In de Agglomeratie Amsterdam spelen de bovenstaande regels geen expliciete rol. Daar worden bij de bepaling van de urgentie en bij crisisplaatsingen verschillende factoren op een kwalitatieve wijze gewogen, waaronder: wat zijn de consequenties bij het uitblijven van hulp, welke andere oplossingen zijn er, is er sprake van een bedreigende situatie, wat zijn de motivatie en de mogelijkheden van de ouders, wat is al geprobeerd. Het Bureau Jeugdzorg in Drenthe brengt de urgentie sterk gestructureerd in kaart. Voor negen onderwerpen brengt men per onderwerp op een vijfpuntsschaal de redenen voor geïndiceerde zorg in beeld. Daarnaast stelt men een aantal kwalitatieve vragen. Dit tezamen moet het beeld van de urgentie opleveren. Figuur 14 biedt hiervan een verkorte weergave.

Figuur 14. Urgentiebepaling zorgbehoefte op moment van indicatiestelling Bureau Jeugdzorg Drenthe

Redenen voor geïndiceerde zorg volgens casemanager	(1=geen sprake van; 5=in ernstige mate sprake van)				
a. Scheefgroei in de ontwikkeling van jeugdige	1	2	3	4	5
b. Geïnternaliseerd probleemgedrag	1	2	3	4	5
c. Geëxternaliseerd probleemgedrag	1	2	3	4	5
d. Jeugdige berokkent zichzelf en/of omgeving schade	1	2	3	4	5
e. Verstoring draagkracht-draaglastverhouding opvoedingssituatie	1	2	3	4	5
f. Bedreiging jeugdige in actuele verblijfssituatie	1	2	3	4	5
g. Geweld, mishandeling of seksueel misbruik	1	2	3	4	5
h. Ongunstige factoren als problematische schoolloopbaan en/of lange hulpverleningsgeschiedenis	1	2	3	4	5
i. Dreigende verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, gokken)	1	2	3	4	5
Waar verblijft de jeugdige nu? Hoe lang kan de jeugdige daar blijven?					
Wat is het verwachte effect van zorgaanbod op korte termijn?					
Wat is het effect van een lange wachttijd?					
Wat is de ingeschatte kans op (dreiging van) geweld t.o.v. hulpverleners?					

(*) Bron: Indicatieformulier Zorgtoewijzingsorgaan Drenthe, november 2000

Het Groninger Toewijzingsorgaan Jeugdzorg en het Zorgtoewijzingsorgaan Midden Holland hanteren een compactere variant van deze lijst.

3.11 Conclusies en discussie

Overzien we de resultaten van de oriëntatie op de literatuur, dan treedt een aantal zaken op de voorgrond.

In de eerste plaats zien we dat er veel instrumenten voorhanden zijn die verschillende aspecten van de ernst van de problematiek dekken. In termen van het werkmodel uit hoofdstuk 2, zijn de meeste van deze instrumenten te plaatsen in deel A en B (problemen, risicofactoren en protectieve factoren). Ook voor het in beeld brengen van de gevolgen (deel C van het model) is een redelijk aantal instrumenten te vinden. Weinig materiaal is aangetroffen met betrekking tot begrippen die met name in deel D een belangrijke rol spelen: 'zorgzwaarte' en 'urgentie'.

Tevens is duidelijk dat er weinig instrumenten zijn die de ernst van de problematiek uitdrukken in één globale maat of index die alle delen van het balansmodel (A t/m D) omvat. De instrumenten bieden of een beperkte dekking (bijvoorbeeld alleen A en B), of geven afzonderlijke scores op uiteenlopende facetten van de ernst. Ook voor de lijsten die tot de laatstgenoemde categorie behoren geldt dat zij geen complete dekking van het balansmodel (A t/m D) bieden.

De lijsten die zijn gevonden vormen een belangrijke bron voor een verdere invulling en operationalisering van het model. Te zien is dat die verdere invulling met een verschillende mate van gedetailleerdheid kan gebeuren. Er zijn instrumenten die een tamelijk oppervlakkige en eenvoudige opzet hebben, zoals de SDQ en de schalen uit de GAF-familie. Wat uitgebreidere lijsten vinden we in instrumenten als de VSPS, RED, PSI en de multiaxiale classificatiesysteem als de DSM en het MAC. Daarnaast zijn er vele tests en vragenlijsten te vinden die gedetailleerd op bepaalde aspecten de aanwezigheid van problemen, risicofactoren, protectieve factoren en/of gevolgen in kaart brengen.

De lijsten die een eenvoudige opzet hebben, maar die niettemin een globale ernsttaxatie pretenderen te meten (GHQ, SDQ en de schalen uit de GAF-familie) vertonen wel een opmerkelijk kenmerk. Bij nadere bestudering van deze instrumenten valt op dat deze sterk gericht zijn op het globale functioneren van de jeugdige en de invloed van dit functioneren op de omgeving. Risicovolle, negatieve kwaliteiten en positieve aspecten van de opvoedingssituatie van de jeugdige worden er niet mee gedekt. Instrumenten die specifiek gemaakt zijn voor risicotaxaties en beslissingsondersteuning in het kader van de civielrechtelijke jeugdbescherming dekken dergelijke opvoedingssituaties duidelijk wel, maar laten de problematiek van het kind en de invloed daarvan op de omgeving weer onderbelicht. De instrumenten voor risicotaxatie op recidive zijn daarentegen weer meer gefocused op de jeugdige. De L-HETS en de CAFAS vormen de weinige instrumenten van beknopte aard die beide aspecten (problemen van de jeugdige en een ongunstige opvoedingssituatie) enigszins in beeld brengen. Jammer is wel dat er met de

L-HETS nog niet zo veel ervaring is opgedaan, vergeleken met de GHQ, SDQ en de GAF-schalen. De Nederlandse versie van de CAFAS is op dit moment nog niet vrij beschikbaar. Wel beschikbare, uitgebreidere basisdiagnostische instrumenten zoals de VSPS, RED en PSI, en multiaxiale classificatiesystemen zoals de MAC en de DSM, brengen ook de problemen van de jeugdige en de ongunstige opvoedingssituatie in beeld. Daarnaast is geconstateerd dat er combinaties van tests en vragenlijsten zijn geconstrueerd (zoals in het Families First – onderzoek) die een brede inhoudelijke dekking bieden.

De operationalisering van het concept ‘kwaliteit van leven’ is nog erg beperkt; het blijkt een aandachtsgebied te zijn dat qua instrumentontwikkeling nog in de kinderschoenen staat. Tot nu toe heeft onze studie van deze groep instrumenten zich echter beperkt tot buitenlandse bronnen. We streven ernaar in het kader van dit project nog aanvullende binnenlandse bronnen te raadplegen.

In de literatuur legt men een verband tussen de ernst van de problematiek en de zorgzwaarte. Het begrip ‘zorgzwaarte’ blijkt als volgt te kunnen zijn opgevat: de zorg is zwaarder naarmate er sprake is van een langere duur van de zorg, een hogere intensiteit van de contacten, een complexer (uit meer zorgvormen of modules) bestaand zorgpakket, en een ingrijpender zorg (bijvoorbeeld geen of wel uithuisplaatsing van de jeugdige). Deze invulling is echter gebaseerd op een nogal beperkt literatuurbestand. Bovendien moeten we erop bedacht zijn dat de gevonden relaties tussen ernst en zorgzwaarte *gangbare* praktijken weerspiegelen die niet zonder meer de *juiste* praktijken hoeven te zijn. Zo waarschuwen onderzoekers ervoor dat de duur van de zorg weliswaar positief samenhangt met effect, maar dat deze samenhang kan gelden tot slechts een bepaalde duur van de interventie (zie o.a. Shadish, 2000; Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). Met andere woorden, een steeds langere duur van zorg leidt mogelijk niet tot een steeds beter resultaat. Een langdurige zorg hoeft daarom ook niet altijd het beste antwoord te zijn op een zwaar probleem. Op een bepaald moment is het maximaal haalbare in een behandeling bereikt. Daar komt bij dat niet alleen de zwaarte van de problematiek een voorspellende waarde heeft voor de zwaarte van de zorg. Zo laten Hodges en Wong (1997) zien dat ook de aard van de problematiek een rol speelt. Bijvoorbeeld, bij gedragsstoornissen (conduct disorder) bleek in hun onderzoek doorgaans sprake van ingrijpender, langere en intensievere zorg. ADHD werd juist gekenmerkt door een lichte en korte zorg. Zij verklaren dit laatste uit het feit dat ADHD vaak ambulante met medicatie te behandelen is en de specifieke aanpak van deze jeugdigen thuis en op school kan plaatsvinden. Meer in het algemeen is dit een duidelijke aanwijzing dat het van belang is om bij het bepalen van de zorgzwaarte de aard van de problematiek en daarmee ook de prognose van de behandeling in beschouwing te nemen. Ook maakt dit duidelijk dat het zinvol is om niet alleen de zwaarte van de problematiek in kaart te brengen om alleen daaruit de zorgzwaarte af te leiden. De taxatie van de zwaarte levert in combinatie met gegevens over de behandelbaarheid van het probleem meer trefzekere informatie op.

In onze literatuurstudie is geen systematisch onderzoek gedaan naar de doelen waarmee de instrumenten worden ingezet. Toepassingen die in de studie naar vormen gekomen zijn leveren niettemin interessante informatie op. Zo blijken onderzoekers de taxatie-instrumenten veel te benutten om de ‘caseness’ te bepalen: behoort een persoon tot de ‘normale populatie’ of tot de groep die, gezien de problematiek, in principe voor zorg in aanmerking zou komen. Ook gebruikt men de taxaties om aanwijzingen te krijgen over het type zorg dat aangewezen lijkt (bijvoorbeeld ambulante, daghulp, residentieel). Daarnaast laten publicaties uit de Verenigde Staten zien dat overheden daar de taxaties gebruiken om te bepalen welke omvang het zorgbudget zou moeten hebben.

Met betrekking tot het gebruik van de verschillende instrumenten in de Nederlandse jeugdzorgpraktijk vallen twee zaken op. Ten eerste geldt voor veel ernsttaxatielijsten dat de mate van gebruik gering lijkt. Wellicht hangt dit samen met het feit dat de meeste van deze lijsten nog vaak onbekend en betrekkelijk nieuw zijn voor de Nederlandse jeugdzorg, en dus weinig in het denken en handelen van hulpverleners ingeburgerd zijn. Maar, ten tweede, uit studies naar het gebruik van tests en vragenlijsten blijkt ook dat routinematig gebruik van instrumenten meer in het algemeen zeker geen gemeengoed is. Het komt weinig voor dat veel instellingen een bepaald instrument standaard gebruiken.

De resultaten roepen het beeld op van de aanwezigheid van veel bruikbaar materiaal. Maar er komt niet meteen een ideaal instrument naar voren. Alvorens op zoek te gaan naar een goede, dekkende operationalisering van de ernst van de problematiek op basis van de beschreven instrumenten, proberen we eerst een nader beeld te krijgen van de context van de inzet van deze instrumenten: de ernsttaxatie en registratie in de Bureaus Jeugdzorg.

4. Theorie en praktijk: bevindingen uit de interviews

4.1 Inleiding

Doel van de interviews was om vanuit de praktijk bij te dragen aan de begripsverkenning, meer zicht te krijgen op de doelen die de ernsttaxatie en de registratie moeten dienen, en ideeën op te doen over de mogelijke invulling van het instrumentarium. De vier vragen die in de onderhavige rapportage centraal staan, vormden ook bij de interviews de leidraad van gesprek: (1) Wat kan worden verstaan onder ‘ernst van de problematiek’? (2) Wat is het doel van de taxatie en registratie? (3) Welke instrumenten zijn er? Wat is van elk instrument de gebruikswaarde? (4) Met welke instrumenten is de ernsttaxatie en -registratie op te bouwen? Wat is er aan ontwikkeling nodig?

Zoals in hoofdstuk 1 is vermeld, groeide tijdens de uitvoering van de interviews bij ons de overtuiging dat het productiever zou zijn om veel van de gesprekken in een later stadium van het project te voeren. Het aantal geïnterviewden is om die reden in deze ronde beperkt gebleven. In totaal zijn twee groepsinterviews gehouden en een aantal individuele interviews:

- Een groepsinterview met uitvoerend hulpverleners en teamleiders (c.q. werkbegeleiders) van het Bureau Jeugdzorg in het ROA-gebied (inhoudelijk deskundigen Bureau Jeugdzorg). Deze personen zijn afkomstig uit twee locaties van het Bureau: Amstelland, Meerlanden, Zaanstreek, Waterland (BJZ AMZW) en Bureau Jeugdzorg Amsterdam (BJA).
- Een groepsinterview met gedragsdeskundigen¹ van de locaties van het Bureau Jeugdzorg in het ROA-gebied (materiedeskundigen Bureau Jeugdzorg). Van deze personen bleken er ook enkele ervaring te hebben als gedragsdeskundige van een zorgbiedende instelling.
- Twee interviews met personen die werkzaam zijn in de HOI-instellingen: de directeur hulpverlening van Amstelsad (Rik van Beijma; materiedeskundige van zorgaanbieder) en de algemeen directeur van het SaC (Theo Binnendijk).
- Een interview met twee beleidsmedewerkers van Dienst Welzijn Amsterdam (DWA, Paul Nota en Soefje van der Laan).
- Een interview met Roy Boere, werkzaam bij Bureau Jeugdzorg Overijssel, die in de afgelopen periode literatuurstudie en een rondvraag heeft gedaan naar de mogelijkheden om de urgentiebepaling bij de zorgtoewijzing handen en voeten te geven.
- Naast deze interviews zijn zes experts geconsulteerd. Eén daarvan (Jan Willem Veerman) is uitgebreid gesproken gezien zijn ervaring met onderzoek en registratie in praktijkinstellingen, gebruikmakend van ernstmaten. De uitkomsten van dat gesprek is in het onderstaand verslag verwerkt. Andere experts zijn specifiek voor informatie over een instrument benaderd: Frank Verhulst (N-CGAS), Hans Koot (CAFAS, Flip Treffers (SDQ), Pim Steerneman en Huub Pelzer (L-HETS) en Henny Lodewijks (SAVRY). De resultaten van die consultaties zijn reeds in het verslag van de literatuurstudie verwerkt.

Bijlage A geeft een overzicht van de betrokkenen.

Dit hoofdstuk biedt een beknopte weergave van de resultaten uit de interviews. Het gaat hier om een zeer voorlopig beeld omdat, zoals gezegd, meer gerichte gesprekken in een volgend stadium van het project gevoerd moeten worden.

4.2 Het begrip ‘ernst van de problematiek’

Eerste inventarisatie

Om een indruk te krijgen van wat men verstaat onder het begrip ‘ernst van de problematiek’ is de geïnterviewden eerst gevraagd hoe men het begrip zelf zou omschrijven. Door zowel de inhoudelijk

¹ Bij BJZ-AMZW gz-psychologen genoemd. Ten behoeve van de leesbaarheid volstaan we hier met het noemen van de gedragsdeskundigen.

deskundigen van Bureau Jeugdzorg (uitvoerend hulpverleners, teamleiders) als de materiedeskundigen van Bureau Jeugdzorg (gedragsdeskundigen) worden de volgende punten genoemd:

- Complexe, meervoudige problematiek; uitval op één of meer leefgebieden;
- De mate waarin de cliënt zelf last ondervindt van het probleem (de lijdensdruk);
- De noodzaak gedwongen hulp in te zetten.

Dit laatste punt wordt met name door de hulpverleners / teamleiders van Bureau Jeugdzorg (ROA-gebied) belangrijk gevonden en aangevuld met de opmerking dat de noodzaak tot gedwongen hulp wordt ingegeven door een bedreiging voor (de ontwikkeling van) het kind en/of een aanwezig gezagsvacuüm in de opvoeding van het kind.

Het betreft hier vooral punten die een indicatie geven van de cumulatie (opeenstapeling) van problemen op verschillende gebieden, de gevolgen van die problematiek en de noodzaak zorg te bieden om het probleem op te lossen (of hanteerbaar te maken). Gedragsdeskundigen van Bureau Jeugdzorg vinden verder nog het volgende van belang bij de ernsttaxatie:

- Opeenstapeling van risicofactoren;
- Duur van de problematiek;
- Omstandigheden, bijv. ingrijpende gebeurtenissen;
- Frequentie van het probleem (gedrag);
- Mate waarin het probleem afwijkend is (van bijv. leeftijd).

Ook Veerman is van mening dat de mate van ernst in belangrijke mate wordt bepaald door de cumulatie van problemen: hoe meer problemen tegelijkertijd zijn opeengestapeld, hoe ernstiger de problematiek. Ook de geschiedenis van het (ontstaan van het) probleem speelt daarin volgens hem een belangrijke rol: hoe langer de problemen bestaan, oftewel hoe hardnekkiger de problemen, des te ernstiger is de problematiek.

Daarnaast wordt door de hulpverleners / teamleiders van Bureau Jeugdzorg en door Van Beijma ‘ernst’ ook afgemeten aan de zwaarte van de zorg die ingezet moet worden (hoe zwaarder de zorg, hoe ernstiger het probleem), aan de snelheid waarmee de zorg ingezet moet worden (urgentie), of er een uithuisplaatsing nodig is en/of gedwongen hulpverlening nodig is. Boere legt het accent vooral op de gevolgen van de problematiek (gevaar voor de ontwikkeling) en de resulterende urgentie van zorg. Binnendijk vindt de ernsttaxatie een belangrijk onderdeel van de indicatiestelling van BJZ. Bij die taxatie moet op een deskundige wijze worden aangegeven: wat is er aan de hand? Daarbij moet sterk gekeken worden naar de mogelijkheden om hulp in te zetten, wat cliënten willen en wat er in dat kader moet gebeuren.

Omschrijving ‘ernst’ aan de hand van de ‘verzamellijst beoordelingsaspecten’

De ‘Verzamellijst beoordelingsaspecten ernst van de problematiek’ is opgesteld om, ter voorbereiding op de ontwikkeling van een taxatie en registratie, met betrokkenen en deskundigen na te kunnen gaan welke onderwerpen aan de orde zouden moeten komen. De lijst bestaat uit een opsomming van aspecten die onder het begrip ‘ernst van de problematiek’ gerekend zouden kunnen worden. De aspecten in de lijst zijn gegroepeerd naar een viertal onderwerpen: aard en cumulatie van problematiek van de jeugdige; aard en cumulatie van risicofactoren voor de jeugdige; bijdragende protectieve factoren; gevolgen. Daarnaast is bij elk aspect aangegeven of het betrekking heeft op het niveau van het individu of de omgeving. Bijlage B bevat een volledige weergave van de lijst. Aan de hand van deze ‘verzamellijst beoordelingsaspecten’ is nagegaan of men vindt dat de genoemde onderwerpen gerekend kunnen worden onder het begrip ‘ernst van de problematiek’. Er is gevraagd wat men in zijn algemeenheid van de lijst vindt, welke onderwerpen men wel / niet belangrijk vindt als onderdeel van ‘ernst van de problematiek’ (en waarom), wat men vindt van de gebruikte onderverdeling en wat men eventueel nog mist of overbodig vindt in de lijst.

De geïnterviewden van de Dienst Welzijn Amsterdam (DWA) zijn van mening dat het niet aan hen is om iets te zeggen over de inhoud van de ernsttaxatie. DWA moet feitelijk vertrouwen op de kwaliteit van de oordeelsvorming van de professionals. De instellingen en de beroepsgroepen moeten daar zelf beleid op voeren. De professionals moeten wel inzichtelijk kunnen maken hoe de ernsttaxatie tot stand

komt, welk referentiekader zij daarbij gebruiken en wat de kwaliteit van de taxatie is. Gegevens over de kwaliteit moeten helder maken welke onzekerheidsmarge bij de taxatiegegevens geldt.

De meeste van de overige geïnterviewden vinden de verzamellijst volledig, logisch en herkenbaar. Wel stelt een aantal geïnterviewden kanttekeningen bij de indeling in categorieën. Zo vinden de gedragsdeskundigen van Bureau Jeugdzorg, die over het algemeen gewend zijn om te lijst van Kievit en Tak (zie ook paragraaf 2.2) te gebruiken, deze verzamellijst in eerste instantie onoverzichtelijk. Hoewel men de indeling in problemen, risicofactoren, protectieve factoren en gevolgen wel zinvol vindt, voorziet men ook problemen bij het gebruik van deze categorieën in het beoordelen van de mate van ernst. Bij het eerste contact van de cliënt met Bureau Jeugdzorg kan het nog onduidelijk zijn wat precies het probleem is, wat de oorzaak en wat het gevolg. De lijst geeft echter wel de indruk dat dit meteen bij de eerste taxatie beoordeeld zou moeten worden. Bijvoorbeeld, problemen op het gebied van werk en wonen kunnen een risicofactor zijn, maar ook onderdeel van het probleem of een gevolg van het probleem. Er wordt ons in dat licht geadviseerd de lijst in te delen naar leefgebieden. Dat spoort beter met het denkkader van de VSPS (deze wordt gebruikt c.q. gaat gebruikt worden) en de SAM (screeningsinstrument, Amsterdamse methode). Veerman is van mening dat (voor onderzoek) eigenlijk alleen de aard en cumulatie van problematiek en de risicofactoren er toe doen. Het vaststellen van mogelijke protectieve factoren kunnen volgens hem wel aanknopingspunten bieden voor behandeling, maar de vraag is of die factoren bij de ernsttaxatie al meegewogen zouden moeten worden.

Bij de lijst zijn verder een groot aantal detailopmerkingen gemaakt. Een overzicht daarvan is opgenomen in bijlage B. Het beeld dat daaruit naar voren komt is heel divers. Uit deze opmerkingen is op te maken dat er met name aandacht wordt gevraagd voor accentleggingen of voor verdere differentiatie van het begrip met het oog op verschillende werksoorten (hulp in een gedwongen kader, gezinsvoogdij, reclassering, hulp bij psychiatrische problemen) en verschillende doelgroepen (cliënten in verschillende leeftijdsgroepen, al dan niet behorend tot de allochtone doelgroep, type probleem dat aan de orde is).

4.3 Doelen van de taxatie en registratie

Eerste inventarisatie

Om een indruk te krijgen van welke doelen men van belang vindt, is de geïnterviewden eerst gevraagd welk(e) doel(en) een ernsttaxatie en –registratie naar hun mening zou moeten dienen.

Bij een eerste inventarisatie wordt het volgende genoemd (tussen haakjes zijn de groepen vermeld waartoe de doelen te rekenen zijn – zie hieronder):

- Objectiveren van het probleem (1).
- Middel om intern te overleggen met collega's, zodat er een grotere kans is op een minder persoonsgebonden uitkomst (1).
- De cliënt krijgt inzicht in het probleem en wat er nodig is om het probleem op te lossen, zodat hij dit zelf kan aangeven / zoeken (1/2).
- De hulpverlener krijgt duidelijkheid over wat er aan de hand is zodat hij de juiste hulp kan inzetten (1/2).
- Het probleem kunnen oplossen/verminderen (2).
- Legitimatie van benodigde hulp (2).
- Noodzakelijke hulp kunnen krijgen of afdwingen (2).
- Urgentiebepaling (2).
- De zorgtoewijzing (financier) kan zorg als pakket op maat bieden (2).
- Registratie van benodigde hulp, zodat er betere afstemming ontstaat tussen vraag en aanbod (2).
- Toetsing / evaluatie / herindicatie (3).

Grofweg zien we deze doelbepalingen in drie, deels elkaar overlappende groepen uiteenvallen. De met (1) gemarkeerde doelen hebben betrekking op het helder maken van het probleem. De doelen die zijn

gemarkeerd met (2) gaan over het koppelen van een probleem aan de te verlenen hulp. Het laatste doel (3) heeft betrekking op de evaluatie van de hulp.

Bepaling belang doelen aan de hand van de lijst ‘Ernsttaxatie en –registratie: welke doelen zijn daarmee gediend?’

De geïnterviewden kregen de lijst ‘Ernsttaxatie en –registratie: welke doelen zijn daarmee gediend?’ voorgelegd waarin, gegroepeerd naar verschillende belanghebbenden (cliënt, hulpverlener, management, financier), mogelijke doelen van ernsttaxatie en –registratie worden genoemd. De lijst is opgenomen in bijlage C. Aan de hand van deze lijst is verder nagegaan welke doelen men van belang vindt en waarom men die doelen wel / niet belangrijk vindt.

Bijlage C geeft een weergave van de reacties die konden worden genoteerd. Deze reacties liepen erg uiteen. Veel doelen worden onderschreven. Hierdoor ontstaat het beeld van een taxatie en registratie die zeer uiteenlopende belangen moet dienen. De grote lijnen die we uit dit sterk gedifferentieerde, nogal diffuse beeld naar voren kunnen halen, lijken te wijzen op met name drie belangen:

- een inschatting kunnen maken van hoe erg de problematiek is, onder meer om dit te kunnen vergelijken met andere instellingen;
- een inschatting kunnen maken van welke hulp er nodig is (wel of niet geïndiceerd, type van benodigde geïndiceerde hulp, urgentiebepaling);
- gegevens verzamelen met het oog op financiering / bepaling van budgetten in de afstemming van het aanbod op de vraag.

In één van de groepsinterviews met BJZ-medewerkers wordt overigens opgemerkt dat er bij de inschatting van de benodigde hulp weliswaar wordt gelet op de ernst van de problematiek, maar dat er doorgaans veel meer gekeken wordt naar het beschikbare aanbod. Zo wordt bijvoorbeeld bij het invullen van een indicatieformulier vaak meteen de gewenste hulpvorm vermeld. Men is het erover eens dat men dat eigenlijk niet zou moeten doen; er zou meer vraaggericht moeten worden gewerkt. De praktijk is echter anders.

Veerman merkt op dat het opvallend is dat bij al de genoemde doelen in de lijst niet genoemd is: het kunnen meten van veranderingen in de problematiek, en daarmee de eventuele effectiviteit van de interventies. De respondenten uit de HOI-instellingen geven aan dat het belangrijkste doel van de ernsttaxatie is het goed kunnen opstellen van een behandelingsplan. Boere brengt naar voren dat het belang van de ernsttaxatie afhankelijk is van bepaalde ontwikkelingen. Als er bijvoorbeeld voldoende hulp zou zijn, is het belang van een urgentiebepaling al veel minder actueel.

Nota en Van der Laan stellen dat het niet zo uitmaakt welke doelen elk van de partijen stelt, zolang deze maar expliciet zijn. Overigens geven zij ook aan te verwachten dat er wel enige weerstand tegen de registratie van de ernst van de problematiek kan bestaan. Veel beroepsbeoefenaren in de Toegang hebben sterk hun focus op de individuele cliënt. De maatschappelijke verantwoording van hun handelen staat bij hen veel minder op de voorgrond; veel zijn dat ook niet gewend om daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast roept het registreren sec al weerstand op. Dus is het volgens Nota en Van der Laan van belang is te zoeken naar de gedeelde belangen van de hulpverlener, de instelling en de financier. Daarnaast heeft DWA niet het doel de registratie sanctionerend in te zetten, maar om zaken ter discussie te stellen, debat te voeren, en de hulporganisaties verder zelf verantwoordelijk te houden voor de aanpak van problemen.

4.4 De instrumenten

Eerste inventarisatie van gebruikte instrumenten en protocollen.

Bij Bureau Jeugdzorg AMZW wordt er volgens een intakeprotocol/checklist gewerkt. Verder werkt men met vaste vragenlijsten en een standaardverslag. Zo is er een vaste ADHD-vragenlijst. Daarnaast wordt de CBCL en de VSPS gebruikt. Verder wordt er gewerkt met een ontwikkelingsanamnese, een ouderanamnese, een gezinstaxatie en met verschillende onderdelen uit de methode Kort Ambulant

(gebaseerd op competentiemodel), zoals doelenkaart en netwerklijst, die afkomstig zijn van het PI. Per geval wordt in het team besproken welke screeningsinstrumenten nodig zijn. Eén van de hulpverleners werkt ook wel eens met een instrument waarmee bij jonge kinderen vastgesteld kan worden hoe ver een kind in zijn ontwikkeling is. Dit instrument heeft zij zelf meegebracht uit het MKD waar zij voorheen werkte. Indien specialistische diagnostiek nodig is, kan een beroep worden gedaan op de jeugd-GGz.

Bij de voordeur van BJA wordt de SAM (screeningsmethodiek, Amsterdamse methode) gebruikt. De werkwijze is dat eerst een klachtanalyse wordt gemaakt en vervolgens informatie op de verschillende leefgebieden wordt verzameld. Ook worden wel de CBCL en het RED-systeem gebruikt. Daarnaast hanteert men uit de GGZ afkomstige anamneselijsten en een ADHD-vragenlijst. Net als bij BJZ AMZW wordt ook bij BJA met onderdelen uit de methode Kort Ambulant gewerkt. Bij de afdeling jeugdreclassering bij BJA wordt wel op experimentele basis gewerkt met een vragenlijst uit de VS waarmee bepaald kan worden of er sprake is van psychiatrische problematiek (de MAISY – zie paragraaf 3.7). Bovendien geeft een informant aan de BARO te gebruiken. De jeugdbescherming van BJA werkt sinds kort met een landelijk protocol van Vedio. Voor specialistische diagnostiek kan de gezinsvoogdij een beroep doen op Fora, een regionaal expertisepunt voor forensische diagnostiek.

Binnen Amstelsad wordt op dit moment geïnventariseerd welke instrumenten gebruikt worden. In ieder geval zijn dat: de COM-lijst, de CBCL, de NOSI en de VMG. Sinds kort meet Amstelsad op verzoek van de ROA-bestuurscommissie Jeugdhulpverlening de tevredenheid van cliënten. Jongeren bij wie de hulp van Amstelsad afloopt, wordt daarbij gevraagd om een cijfer (van 0 tot 10) te geven aan de ontvangen hulp.

Wat is de waarde van de instrumenten?

In de interviews is geen oordeel van alle genoemde instrumenten verzameld. Positieve geluiden zijn geuit over de CBCL (geeft inzicht aan zowel de cliënt als hulpverlener; een voordeel is dat de cliënt de lijst zelf invult) en de ADHD-lijst. Binnen Amstelsad worden instrumenten gebruikt om gegevens te verzamelen ten behoeve van het hulpverleningsplan. De ernst van de problematiek wordt daar niet systematisch gemeten, maar kan wel worden afgeleid, bijvoorbeeld uit de cumulatie van problemen op verschillende gebieden. Ten aanzien van de COM-lijst is opgemerkt dat een voordeel hiervan is dat een beeld verkregen wordt van de problematiek in de vorm van profielen. Je kunt dan in een oogopslag zien wat de dalen en pieken zijn en daarmee hoe ernstig het is. Negatieve signalen zijn afgegeven over de BARO en de SAM. In de Jeugdreclassering zou veel geklaagd worden over de BARO. Die zou te lang zijn en teveel tijd kosten om af te nemen. De SAM voldoet niet helemaal; die is te weinig sturend en wordt te weinig ingevuld. De SAM biedt een platte maar brede screening. Op onderdelen moet die worden aangevuld met veel specifiekere instrumenten. Voordeel van de SAM is wel dat daarmee zo het indicatieformulier van het Bureau Jeugdzorg is in te vullen.

4.5 Ontwikkeling

Eisen ten aanzien van de vormgeving en instrumenten

Op de vraag wat er nodig is om tot een goede ernsttaxatie binnen het Bureau Jeugdzorg te komen, wordt door de medewerkers van Bureau Jeugdzorg genoemd:

- Bureau Jeugdzorg-breed volgens vaste protocollen werken. Binnen BJZ AMZW gebeurt dit al. Ook voor BJA is men nu bezig om protocollen en instrumentgebruik vast te leggen voor de praktijk van BJA. Het is daarbij belangrijk dat een instrument voor ernsttaxatie goed geïntegreerd wordt in de werkwijze van de medewerkers van het Bureau Jeugdzorg. Een nieuw instrument / methode moet duidelijk zijn en de toepassing ervan moet geïntegreerd zijn in de huidige werkprocessen. De maatschappelijk werkers moeten het goed kunnen gebruiken.
- Een instrument moet compact en praktisch zijn. En in onderdelen te gebruiken.
- Gebruik maken van / aansluiten op wat er al is.
- Het zou mooi zijn wanneer de hulpverlener samen met de cliënt zo'n instrument kan gebruiken. Het geeft de cliënt (en hulpverlener) inzicht en zo'n instrument dient dan tevens als communicatiemiddel

met de cliënt, over hoe ernstig het probleem is en wat er aan gedaan zou kunnen worden om het probleem op te lossen.

Van Beijma merkt met het oog op de HOI-instellingen op dat men geen voorstander is van de ontwikkeling van weer een nieuw instrument. De kans dat medewerkers er geen gebruik van gaan maken, is dan erg groot. Belangrijk voor het succes van een nieuw instrument en voor het welslagen van de invoering daarvan is het draagvlak dat ervoor gevormd wordt. Hij raadt eerder aan een instrument aan te wenden dat al veel wordt toegepast, zoals de CBCL. Gebruik van bijvoorbeeld de CBCL zou volgens hem verplicht gesteld moeten worden, zowel voor de voordeur als voor de achterdeur. Men krijgt daarmee niet alleen inhoudelijke informatie, maar ook informatie die voor het management en voor het beleid van belang is. Wat er volgens Van Beijma in ieder geval moet komen, is eenheid van taal.

Nota en Van der Laan hebben geen standpunt of suggesties ten aanzien van de opbouw van de registratie. Wel geldt er één eis: de registratie moet er niet toe leiden dat de discussie oplaait over de dreigende bureaucrativering van Bureau Jeugdzorg. De registratie moet dus hanteerbaar zijn, eenvoudig, eenduidig, inzichtelijk, afgestemd op en ingebed in bestaande instrumenten. Liever minder dan meer is de moraal. De registratie zou dan ook eigenlijk een logisch onderdeel moeten zijn van de gebruikte instrumenten. Bovendien zou het logisch moeten zijn dat een dergelijke registratie ICT-ondersteund is.

4.6 Conclusies en discussie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten gepresenteerd van een beperkte interviewronde om vanuit de praktijk bij te dragen aan de begripsverkenning, meer zicht te krijgen op de doelen die de ernsttaxatie en –registratie moeten dienen, en ideeën op te doen over de mogelijke invulling van het instrumentarium. De bevindingen daaruit beschouwen we als zeer voorlopig, omdat in het vervolg van het project meer gerichte gesprekken moeten volgen. Overzien we de resultaten uit de interviews tot nu toe dan komen, kort samengevat, de volgende bevindingen naar voren.

Inhoud van het ernstbegrip

De inhoud van het ernstbegrip concentreert zich volgens de geïnterviewden op vier hoofdaspecten:

- de complexiteit (accumulatie van problemen), duur, intensiteit, de omstandigheden en mate van afwijkendheid van het probleem;
- de gevolgen van de problematiek (de mate waarin de cliënt zelf last ondervindt van het probleem, het risico voor de ontwikkeling);
- de noodzaak gedwongen hulp in te zetten (i.e. de mate van bedreiging van de ontwikkeling van het kind en/of een aanwezig gezagsvacuüm in de opvoeding van het kind);
- de zwaarte van de zorg die ingezet moet worden (hoe zwaarder de zorg, hoe ernstiger het probleem) en aan de snelheid waarmee de zorg ingezet moet worden (urgentie).

De meeste van de respondenten vinden de aandachtspunten die wij hebben aangedragen volledig, logisch en herkenbaar. Wel pleiten de vertegenwoordigers van Bureau Jeugdzorg er wel voor de indeling in problemen, risicofactoren en protectieve factoren los te laten en over te gaan op een indeling naar leefgebieden. Bij de lijst is verder een groot aantal detailopmerkingen gemaakt.

Plaatsen we deze bevindingen in een breder perspectief, dan valt op dat de vier hoofdaspecten die zijn gevonden voor een belangrijk deel overeen komen met die van het balansmodel: daar gaat het vooral om de zwaarte van de problematiek, de gevolgen ervan en de zorgzwaarte/urgentie van de zorg. Opmerkelijk bij het aspect van de zorgzwaarte is dat de praktijkwerkers een veel zwaarder accent aan dit aspect toekennen dan we in de literatuur hebben gezien. De bestudeerde instrumenten gaan nauwelijks over zorgzwaarte, terwijl de praktijk veel belang aan dit aspect hecht. De interviews hebben voorts duidelijk gemaakt dat in de praktijk het onderscheid tussen een vrijwillig hulptraject en een gedwongen kader een belangrijke rol speelt. Ernstige problematiek in de zin van 'een ontwikkelingsbedreiging voor het kind' vormt daarbij een signaal voor de mogelijke noodzaak van een gedwongen kader (en andersom: een gedwongen kader vormt een indicatie van ernstige problematiek).

Opmerkelijk hierbij is dat in dat verband de mate van bedreiging die een jeugdige voor zijn omgeving kan vormen niet expliciet aan de orde is geweest.

Van belang is verder dat er gepleit is voor het loslaten van de indeling in problemen, risicofactoren en protectieve factoren en over te gaan op een indeling in leefgebieden. Dit komt enigszins overeen met wat in de literatuurstudie herhaaldelijk naar voren is gekomen: problemen en risicofactoren zijn vaak moeilijk van elkaar te scheiden, net zoals de risicofactoren en de protectieve factoren. Een belangrijke toevoeging is de reden die de vertegenwoordigers van de Bureaus Jeugdzorg daarvoor aangeven: medewerkers van de Bureaus kennen de casus vaak te kort om oorzaak, actueel probleem en gevolgen goed van elkaar te kunnen scheiden.

Doelen

De doelen die worden genoemd vallen in drie, elkaar deels overlappende groepen uiteen:

- het helder maken van het probleem op individueel niveau of een inschatting kunnen maken van hoe erg de problematiek is, onder meer om dit te kunnen vergelijken met andere instellingen;
- een inschatting kunnen maken van welke hulp er nodig is, zowel in inhoudelijk opzicht (wel of niet geïndiceerd, type van benodigde geïndiceerde hulp, urgentiebepaling) als in financieel of budgettair opzicht;
- evaluatie van de hulp.

Het laatstgenoemde doel is overigens slechts door één informant (Veerman) genoemd.

De doelen die de verschillende partijen voor ogen hebben met de taxatie en de registratie blijken redelijk overeen te komen. Er is weliswaar sprake van enig accentverschil in belangen: praktijkwerkers hechten lijken meer belang te hechten aan inhoudelijke doelen en management en financiers aan doelen die te maken hebben met kengetallen voor de instelling en de financiering. In de interviews kwamen we echter geen grote belangentegenstellingen tegen.

Instrumenten

Er is in de praktijk niet sprake van een standaardgebruik van een instrument waarmee de ernst wordt getaxeerd of dat daarvoor bruikbaar is. Het beeld van het instrumentgebruik is nogal divers. Er is door de verschillende informanten ook geen duidelijke voorkeur naar voren gekomen voor de invoering van een instrument, zij het dat de CBCL geregeld is genoemd als bruikbaar middel. Verder zien we dat beleid wordt gevoerd op de verdere ontwikkeling van het instrumentgebruik. Binnen Amstelslad loopt nog een inventarisatie naar het gebruik.

Over de waarde van de gebruikte instrumenten is de informatie beperkt. Er klinken positieve geluiden over enkele middelen en negatieve over andere. Bij de ontwikkeling van instrumenten komt de wens naar voren om meer te standaardiseren. Tegelijk wordt genoemd dat de taxatie moet aansluiten bij wat er al is, draagvlak moet hebben compact en praktisch moet zijn en in onderdelen te gebruiken moet zijn. Ideaal gezien zou de taxatie samen met de cliënt ingevuld moeten worden.

Ten aanzien van de instrumenten vormen de resultaten een bevestiging van het beeld dat ook uit onderzoek rijst: er is geen systematisch gebruik van instrumenten. Het type instrument dat men gebruikt lijkt te zijn ingegeven door de werksoort waarbinnen of waarmee men werkt (Bureau Jeugdzorg algemeen, de reclassering, de (gezins)voogdij, de ggz), of de kennis en ervaring die men met een instrument heeft. De differentiatie naar de werksoort is goed te verklaren: men gebruikt een instrument dat het beste past bij de doelen waarvoor men dat instrument moet inzetten. Voor wat betreft de noodzakelijke ontwikkelingen komt een complex eisenpakket naar voren. De ervaring leert dat het niet gemakkelijk is om hieraan te voldoen. Een bescheiden aanpak lijkt in dat geval aangewezen, om overspannen verwachtingen te voorkomen.

5. Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

Op verzoek van de ROA-bestuurscommissie Jeugdhulpverlening onderzoekt het NIZW Jeugd de mogelijkheden van een systematische registratie van de ernst van de problematiek van jeudzorgcliënten. Het project richt zich daarbij niet alleen op de *registratie* van de ernst, maar ook op de *taxatie*. Bij dat laatste de taxatie, gaat het om de inschatting van de ernst door de hulpverlener. Bij de registratie gaat het om de schriftelijke neerslag van deze inschatting. Een reden om in dit project ons op beide te richten is dat een goede taxatie een voorwaarde is voor een goede registratie. Bovendien zijn er verschillende instrumenten ontwikkeld die de hulpverlener in het kader van de screening en de diagnostiek ondersteunen bij de taxatie van de ernst; de gegevens die hieruit voortvloeien zijn mogelijk ook bruikbaar voor registratiedoelen.

Uitgangspunt bij het project is dat de Bureaus de primaire uitvoerders zijn van de taxatie en de registratie. De problematiek moet integraal in kaart kunnen worden gebracht (zowel intrapsychische, gedragsmatige, somatische, pedagogische, materiële als maatschappelijke aspecten). De taxatie dient voorts relevant en hanteerbaar te zijn binnen het primaire proces en is zo veel mogelijk gebaseerd op bestaande screenings-, diagnostiek-, indicatie- en registratie-instrumenten. De taxatie-gegevens moeten voor inhoudelijke en management- en beleidsdoeleinden relevante en hanteerbare informatie bieden. In het project moet ten slotte ook aandacht zijn voor afstemming met andere projecten op het terrein van de registratie en de instrumentalisering van Bureau Jeugdzorg.

Het project verloopt in drie fasen. De *eerste fase* omvat de uitvoering van bronnenonderzoek en een interviewronde om zicht te krijgen op de inhoud van het ernstbegrip, het doel van de taxatie en de registratie en bruikbaarheid van instrumenten. In de *tweede fase* wordt, afhankelijk van de uitkomsten van fase I, gewerkt aan de concrete invulling van de taxatie door een instrumentarium op te bouwen. De *derde fase* is gericht op een grootschaliger uitgebreide test op de kwaliteit en bruikbaarheid van de ernsttaxatie bij het zeer diverse cliëntenbestand van de Bureaus Jeugdzorg.

Deze rapportage biedt verslag van de eerste fase van het project. Vier vragen staan daarin centraal:

1. Wat is te verstaan onder 'ernst van de problematiek'?
2. Wat is het doel van de registratie?
3. Welke instrumenten zijn er? Wat is van elk instrument de gebruikswaarde?
4. Met welke instrumenten is de ernstregistratie op te bouwen? Wat is er aan ontwikkeling nodig?

Om deze vragen te beantwoorden, is in de periode januari-maart 2002 een bronnenonderzoek gedaan naar de begripsmatige invulling van het ernstbegrip en naar de mogelijkheden van het operationaliseren van dat begrip. Parallel aan het bronnenonderzoek vonden interviews plaats van personen in het veld die belang hebben bij de ernsttaxatie en de registratie. De resultaten ten aanzien van de eerste drie vragen komen in de paragrafen 5.2 tot en met 5.4 aan bod. Voor de resultaten uit de interviews geldt dat deze als zeer voorlopig moeten worden beschouwd, omdat een meer gerichte bevraging in de volgende fase van het project nodig is gebleken. Paragraaf 5.5 gaat in op de mogelijkheden van de opbouw van een instrumentarium voor ernsttaxatie en –registratie in het Bureau Jeugdzorg (vraag 4). De conclusies en de aanbevelingen staan hier onder voorbehoud genoteerd. Op grond van de bespreking in de begeleidingsgroep volgt een bijstelling van de tekst. Op basis van de definitieve rapportage beslissen de opdrachtgever en de uitvoerder over de verdere inrichting van het project.

5.2 Wat is 'ernst van de problematiek'?

Bronnenstudie

Een van de belangrijkste Nederlandse studies die recentelijk op dit gebied zijn uitgevoerd betreft die van Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1999). Op basis van hun bronnenonderzoek komen zij tot vier hoofdaspecten van de ernst van de problematiek: de mate van abnormaliteit van de problemen, de in het

spel zijnde risicofactoren, de protectieve factoren en de (historische, actuele en voorspelde) gevolgen van de problemen. Deze invulling past goed bij het welbekende *balansmodel*. Dat model gaat ervan uit dat er enerzijds problemen en risicofactoren bestaan (in de jeugdige, het gezin, de omgeving, actueel of in historisch perspectief) die ‘druk’ uitoefenen op de ontwikkeling van de jeugdige. Anderzijds zijn er protectieve factoren die ‘verlichting’ geven of compenserend werken. Bij een ‘overgewicht’ aan problemen en risicofactoren en een onvoldoende verlichtende werking van de protectieve factoren is er sprake van een zekere mate van negatieve ‘onbalans’ die de ernst van de problematiek sterk bepaalt. De begripsinvulling van Pelzer e.a. vertoont ook een nauwe relatie met het concept *kwaliteit van leven*. Een verschil is dat het kwaliteit-van-leven-concept over het algemeen meer nadruk legt op de mogelijkheden van iemand, in plaats van iemands gebrek of onvermogen. Ook legt het meer accent op de subjectieve beleving van de problematiek en daarop gerichte interventie. Vanuit dit concept is er voorts veel aandacht voor het feit dat sommige interventies objectief gezien problemen kunnen oplossen, maar dat er tegelijk een negatieve invloed kan uitgaan naar de kwaliteit van leven door de negatieve bijwerking van die interventies (denk bijvoorbeeld aan een tehuisplaatsing van een jong kind).

Een belangrijk probleem bij de taxatie van de ernst van de problematiek is dat verschillende informanten (de jeugdige, de ouder, de leerkracht, de groepsleider, de hulpverlener) slechts gebrekkig overeenstemmen in hun oordeel over die ernst. Hoe in dat licht het perspectief van de cliënt weegt ten opzichte van dat van de hulpverlener is een materie waarop nog geen eenduidig antwoord bestaat. Een ander probleem is dat er verschillende normen bestaan om al dan niet van ernstig te kunnen spreken. Afkappunten die men gebruikt om de scheidslijnen te trekken berusten op keuzes.

Duidelijk is dat het concept ‘ernst van de problematiek’ veel facetten kent. Voor de verdere verkenning van het concept is gebruik gemaakt van een combinatie van het kader van Pelzer e.a., het ‘balansmodel’ en het concept ‘kwaliteit van leven’. Het begrip ‘ernst’ komt in het resulterende werkmodel op drie plaatsen voor (zie ook figuur 4 in paragraaf 2.5):

- ernst in de zin van de zwaarte de *zwaarte van de problematiek* (de weging van de specificiteit van de problemen, intensiteit, frequentie, duur, passendheid bij leeftijd, accumulatie van stressfactoren, andere risicofactoren en de protectieve factoren);
- ernst in de zin van de *gevolgen van de onbalans*, zowel in historisch opzicht, als actueel en prognostisch. Deze gevolgen zijn hier breed opgevat: het gaat om de taxatie van verschijnselen als de ervaren kwaliteit van leven, de objectieve sociale belemmering of handicap, de belemmering van de verdere ontwikkeling, de negatieve consequenties voor anderen (in gezin, in omgeving) en de gevolgen voor de behandeling;
- ernst in de zin van de *benodigde zorgzwaarte* om de balans te herstellen. Een grotere onbalans zal doorgaans aanleiding geven tot een taxatie van zwaardere hulp en een hogere urgentie van hulp. Ook kan het een aanleiding zijn tot civiel of strafrechtelijk ingrijpen.

In paragraaf 5.5 komen we op de invulling van dit model terug.

Interviews

De inhoud van het ernstbegrip concentreert zich in de interviews op vier hoofdaspecten:

- de complexiteit (accumulatie van problemen), duur, intensiteit, de omstandigheden en mate van afwijkendheid van het probleem;
- de gevolgen van de problematiek (de mate waarin de cliënt zelf last ondervindt van het probleem, het risico voor de ontwikkeling);
- de noodzaak gedwongen hulp in te zetten (i.e. de mate van bedreiging van de ontwikkeling van het kind en/of een aanwezig gezagsvacuüm in de opvoeding van het kind);
- de zwaarte van de zorg die ingezet moet worden (hoe zwaarder de zorg, hoe ernstiger het probleem) en aan de snelheid waarmee de zorg ingezet moet worden (urgentie).

De meeste van de respondenten vinden de aandachtspunten die wij hebben aangedragen volledig, logisch en herkenbaar. Wel pleiten de vertegenwoordigers van Bureau Jeugdzorg er wel voor de indeling in problemen, risicofactoren en protectieve factoren los te laten en over te gaan op een indeling naar leefgebieden. Bij de lijst zijn verder een groot aantal detailopmerkingen gemaakt.

Wat hier opvalt is de vier hoofdaspecten voor een belangrijk deel overeenkomen met die van het balansmodel: daar gaat het vooral om de zwaarte van de problematiek, de gevolgen ervan en de zorgzwaarte/urgentie van de zorg. Opmerkelijk bij het aspect van de zorgzwaarte is dat de praktijkwerkers een veel zwaarder accent aan dit aspect toekennen dan we in de literatuur hebben gezien. De interviews hebben voorts duidelijk gemaakt dat in de praktijk het onderscheid tussen een vrijwillig hulptraject en een gedwongen kader een belangrijke rol speelt. Ernstige problematiek in de zin van 'een ontwikkelingsbedreiging voor het kind' vormt daarbij een signaal voor de mogelijke noodzaak van een gedwongen kader (en andersom: een gedwongen kader vormt een indicatie van ernstige problematiek). Opmerkelijk hierbij is dat in dat verband de mate van bedreiging die een jeugdige voor zijn omgeving kan vormen niet expliciet aan de orde is geweest.

Van belang is verder dat er gepleit is voor het loslaten van de indeling in problemen, risicofactoren en protectieve factoren en over te gaan op een indeling in leefgebieden. Dit komt enigszins overeen met wat in de literatuurstudie herhaaldelijk naar voren is gekomen: problemen en risicofactoren zijn vaak moeilijk van elkaar te scheiden, net zoals de risicofactoren en de protectieve factoren. Een belangrijke toevoeging is de reden die de vertegenwoordigers van de Bureaus Jeugdzorg daarvoor aangaven: medewerkers van de Bureaus kennen de casus vaak te kort om oorzaak, actueel probleem en gevolgen goed van elkaar te kunnen scheiden.

Conclusies

Het begrip 'ernst van de problematiek' is een complex begrip dat niet eenvoudig in een volzin is te definiëren. Beter is het om de aandacht te richten op de *kenmerken* die de ernst van een probleem typeren. Uit de literatuur en de interviews blijkt dat er vele kenmerken zijn die een rol spelen. Het in dit project gebruikte werkmodel, samengesteld op grond van het theoretisch kader van Pelzer e.a., het 'balansmodel' en het concept 'kwaliteit van leven' helpt deze kenmerken te ordenen. Het lijkt ons goed om dit werkmodel als kapstok bij de verdere uitwerking van de taxatie en de registratie van de ernst van de problematiek te hanteren. Deze uitwerking van het 'ernst-begrip' concentreert zich dan op drie deelconcepten: ernst in de zin van de zwaarte de *zwaarte van de problematiek*; ernst in de zin van de *gevolgen van de onbalans*; ernst in de zin van de *benodigde zorgzwaarte* en de *urgentie van de zorg* om de balans te herstellen. Het vierde aspect dat in de interviews is genoemd, de noodzaak gedwongen hulp in te zetten, is daarbij niet als apart deelconcept opgenomen, maar maakt deel uit van de andere drie concepten (zie ook paragraaf 5.5).

Bij het construeren van een taxatielijst voor de zwaarte van de problematiek loont het waarschijnlijk weinig om veel energie te stoppen in een scherp onderscheid in problemen, risicofactoren en protectieve factoren. Veel instrumenten doen dat ook niet. Beter is het om een onderscheid te maken in belangrijke leefgebieden. Met het oog op de cliëntèle van Bureau Jeugdzorg (jeugdigen en opvoeders) lijkt een onderscheid in minimaal de ernst van de problematiek van de jeugdige en de ernst van de problematiek in de opvoeding van belang.

De gevolgen van de onbalans worden het beste opgesplitst in de historische en actuele gevolgen (bijvoorbeeld de als maar voortdurende lijdensdruk, de actuele belemmering en het sociale verkeer) en de voorspelde of geprognostiseerde gevolgen (zoals de gevolgen voor de verdere ontwikkeling, het risico voor de maatschappij). De actuele gevolgen zullen vaak moeilijk te scheiden zijn van de problemen. De voorspelde gevolgen spelen een belangrijke rol in besluiten over een mogelijk te treffen juridische maatregel, zoals een ots bij kinderen die ernstig in hun ontwikkeling worden bedreigd, of een intensief hulpaanbod bij jeugdigen met een hoge kans op gewelddadige delinquentie.

5.3 Het doel van de taxatie en de registratie

Bronnenstudie

In onze literatuurstudie is geen systematisch onderzoek gedaan naar de doelen van de ernsttaxatie. Niettemin levert de studie in dit opzicht interessante informatie op. Zo blijken onderzoekers de taxatie-instrumenten vaak toe te passen om de 'caseness' te bepalen: behoort een persoon tot de 'normale populatie' of tot de groep die, gezien de problematiek, in principe voor zorg in aanmerking zou komen. Ook gebruikt men de taxaties om aanwijzingen te krijgen voor het type zorg dat gepast lijkt

(bijvoorbeeld ambulant, daghulp, residentieel). Daarnaast is uit publicaties uit de Verenigde Staten af te leiden dat overheden daar de taxaties gebruiken om te bepalen welke omvang het zorgbudget zou moeten hebben.

Interviews

Bij het verkrijgen van zicht op de doelen van de taxatie en registratie van de ernst is hoofdzakelijk gebruikgemaakt van de interviews. De doelen die daarin genoemd worden, vallen grofweg in drie, elkaar deels overlappende groepen uiteen:

- Het helder maken van het probleem op individueel niveau of een inschatting kunnen maken van hoe erg de problematiek is, onder meer om dit te kunnen vergelijken met andere instellingen.
- Een inschatting kunnen maken van welke hulp er nodig is. Deels gaat dit om een bepaling van hulp in inhoudelijk opzicht: wel of niet geïndiceerde hulp, het type van benodigde hulp, urgentiebepaling. Het 'type benodigde hulp' moet hier breed opgevat worden. Het gaat hier om onderscheidingen naar werksoorten (bijvoorbeeld wel of geen ggz, wel of niet in een gedwongen kader) en/of naar het type instelling (ambulant, residentieel). Daarnaast geldt de inschatting welke hulp er nodig is ook in financieel opzicht: welk budget is er nodig om een x aantal cliënten van ernst y te helpen.
- Het kunnen meten van veranderingen in de problematiek en het daarmee kunnen evalueren van de hulp. Een informant heeft aangegeven dat dit perspectief structureel heeft ontbroken in de vragen die in het interview zijn gesteld.

Er blijkt redelijke consensus te bestaan over de eerste twee doelen. Er is weliswaar sprake van enig accentverschil in belangen: praktijkwerkers hechten lijken meer belang te hechten aan inhoudelijke doelen en management en financiers aan doelen die te maken hebben met kengetallen voor de instelling en de financiering. In de interviews zijn we echter geen grote belangentegenstellingen tegen gekomen.

Conclusies

In de praktijk lijkt er op hoofdlijnen vrij goede overeenstemming over de doelen die de taxatie de registratie moet dienen. Verschillende partijen leggen weliswaar accenten, maar er zijn geen grote tegenstellingen te constateren. De doelen die genoemd worden, zijn – grofweg weergegeven – helder maken wat problematiek is van cliënten (individueel en met het oog op de vergelijking van doelgroepen) en inschattingen kunnen maken van welke hulp er nodig is (naar werksoort, naar type instelling, qua budget). Met name het tweede doel komt overeen met het gebruik dat we in de literatuur zijn tegenkomen. Een enkeling noemt ook als doel: het kunnen meten van verandering in de problematiek en daarmee het en evalueren van de hulp.

5.4 Instrumenten voor de ernsttaxatie

Bronnenstudie

Aan de hand van het werkmodel is een studie verricht naar instrumenten die het ernstbegrip helpen uitwerken en operationaliseren. Het blijkt dat er veel instrumenten voorhanden zijn; bij elkaar vormen ze een rijke bron voor een verdere invulling en operationalisering van het werkmodel. In termen van het balansmodel meten de meeste van deze instrumenten de zwaarte van de problematiek en de gevolgen. Weinig materiaal is aangetroffen met betrekking tot begrippen als 'zorgzwaarte' en 'urgentie'.

Een aantal lijsten maakt het mogelijk om met een beperkt aantal vragen of items een globaal oordeel te geven over de ernst van de problematiek: de L-HETS, de GHQ, de SDQ, de CAFAS en de schalen uit de zogeheten GAF-familie. Uit onderzoek met dit soort instrumenten blijkt dat enkele eenvoudige items vaak al een behoorlijk scherp onderscheid maken tussen 'normale gevallen' en gevallen die – gezien de problematiek – in principe voor hulp in aanmerking komen. De meeste van deze instrumenten zijn sterk gericht op het globale functioneren van de jeugdige en de invloed van dit functioneren op de omgeving. Risicovolle, negatieve kwaliteiten van de opvoedingssituatie van de jeugdige vallen erbuiten. De L-HETS en de CAFAS vormen de weinige instrumenten van beknopte aard die beide aspecten (problemen van de jeugdige en een ongunstige opvoedingssituatie) wel in beeld brengen. Met de L-HETS is echter

nog niet zo veel ervaring opgedaan, vergeleken met de andere schalen. De Nederlandse versie van de CAFAS is momenteel nog niet vrij beschikbaar.

Er bestaan ook veel instrumenten die meer gedetailleerd de problematiek, de risicofactoren en/of de protectieve factoren in beeld brengen, of die gemaakt zijn om heel specifieke problemen te diagnostiseren. Uitgebreide basisdiagnostische instrumenten, zoals de VSPS, RED en PSI en multiaxiale classificatiesystemen zoals de MAC en de DSM, brengen ook de problemen van de jeugdige en de ongunstige opvoedingssituatie in beeld. Daarnaast is geconstateerd dat er combinaties van tests en vragenlijsten zijn geconstrueerd (zoals in het Families First – onderzoek) om de zwaarte van de problematiek op een sterk gestandaardiseerde en genormeerde wijze te meten.

Daarnaast vinden we een groep taxatielijsten die primair gemaakt zijn voor beslissingsondersteuning in het kader van civiel- en strafrechtelijke preventie en interventie. Voor ons project hebben deze instrumenten interessante eigenschappen. Een aantal lijsten is gericht op het in kaart brengen van risicofactoren (bijvoorbeeld armoede, verwaarlozing, misbruik, inconsequente opvoeding) die een ‘gevaar’ opleveren voor de verdere ontwikkeling van de jeugdige en een aanleiding kunnen zijn om bijvoorbeeld een ondertoezichtstelling (ots) van de jeugdige uit te spreken. Ook zijn er lijsten die kenmerken van een persoon en zijn omgeving als focus hebben die een risico opleveren voor de samenleving (bijvoorbeeld een risico op geweldpleging of recidive).

De operationalisering van het concept ‘kwaliteit van leven’ is nog erg beperkt; het blijkt een aandachtsgebied te zijn dat qua instrumentontwikkeling nog in de kinderschoenen staat. Echter, tot nu toe heeft onze studie van deze groep instrumenten zich beperkt tot buitenlandse bronnen. We streven ernaar in het kader van dit project nog aanvullende, binnenlandse bronnen te raadplegen.

Het begrip ‘zorgzwaarte’ blijkt als volgt te kunnen opgevat: de zorg is zwaarder naarmate er sprake is van een langere duur van de zorg, een hogere intensiteit van de contacten, een complexer (uit meer zorgvormen of modules) bestaand zorgpakket, en een ingrijpender zorg (bijvoorbeeld geen of wel uithuisplaatsing van de jeugdige). Daarnaast vonden we een aanwijzing dat het van belang is om bij de bepaling van de zorgzwaarte ook, gegeven de aard van de problematiek, de prognose van de behandeling in beschouwing te nemen.

Kijken we naar het gebruik van de verschillende instrumenten in de jeugdzorgpraktijk, dan vallen twee zaken op. Ten eerste blijkt voor veel ernsttaxatielijsten het gebruik in de praktijk onduidelijk is. Wellicht hangt dit samen met het feit dat de meeste lijsten voor de Nederlandse jeugdzorg vaak nog onbekend of betrekkelijk nieuw zijn en dus weinig in het denken en handelen van hulpverleners ingeburgerd zijn. Maar, ten tweede, uit studies naar het gebruik van tests en vragenlijsten blijkt ook dat routinematig gebruik van bekende instrumenten zeker geen gemeengoed is. Er zijn maar weinig instrumenten die standaard in veel instellingen worden gebruikt.

Interviews

Er blijkt in de praktijk van het ROA-gebied geen sprake te zijn van een standaardgebruik van een instrument waarmee de ernst wordt getaxeerd of dat daarvoor bruikbaar is. Het beeld van het instrumentgebruik is nogal divers. Er is door de verschillende informanten ook geen duidelijke voorkeur naar voren gekomen voor de invoering van een instrument, zij het dat de CBCL geregeld is genoemd als bruikbaar middel. Veel andere instrumenten die in de literatuurstudie zijn gevonden, worden in de praktijk niet gebruikt. Binnen Amstelveen loopt nog een inventarisatie naar het instrumentgebruik. Over de waarde van de gebruikte instrumenten is de informatie beperkt. Er klinken positieve geluiden over enkele middelen en negatieve over andere. Bij de ontwikkeling van instrumenten komt de wens naar voren om meer te standaardiseren. Tegelijk wordt genoemd dat de taxatie moet aansluiten bij wat er al is, er moet draagvlak voor zijn, het moet compact en praktisch zijn en in onderdelen te gebruiken zijn. Ideaal gezien zou de taxatie samen met de cliënt ingevuld moeten worden.

Dit beeld is een bevestiging van wat eerder uit de literatuurstudie is gebleken: er is geen systematisch gebruik van bepaalde instrumenten. Het type instrument dat men gebruikt lijkt te zijn ingegeven door de

werksoort waarbinnen of waarmee men werkt (Bureau Jeugdzorg algemeen, de reclassering, de (gezins)voogdij, de ggz), of de kennis en ervaring die men met een instrument heeft. De differentiatie naar de werksoort is goed te verklaren: men gebruik een instrument dat het beste past bij de doelen waarvoor men dat instrument moet inzetten. Voor wat betreft de noodzakelijke ontwikkelingen komt een complex eisenpakket naar voren. De ervaring leert dat het niet gemakkelijk is om hieraan te voldoen. Een bescheiden aanpak lijkt in dat geval aangewezen, om overspannen verwachtingen te voorkomen.

Conclusies

De resultaten laten zien dat er veel bruikbaar materiaal in de literatuur te vinden is om tot een nadere operationalisering van het ernstbegrip te komen. Routinematig gebruik van instrumenten komt echter weinig voor. Veel ernsttaxatie-instrumenten die wij in de literatuur vonden, worden in de praktijk niet gebruikt. Dit alles roept het beeld op dat er wat betreft instrumentalisering van het ernstbegrip in theorie veel mogelijk lijkt, maar dat er daarbij niet zonder meer kan worden voortgeborduurd op een reeds ontwikkelde praktijk. Daar staat tegenover dat er in de praktijk een nogal diverse verzameling aan instrumenten wordt gebruikt. De wens van praktijkwerkers is dat de ernsttaxatie hierop aansluit en compact van aard is.

5.5 Hoe verder?

Bij de start van het project is ervan uitgegaan dat er hoe dan ook een eerste voorstel is te formuleren voor de invulling van de registratie van de ernst van de problematiek. Tevens is gesteld dat, gezien de reikwijdte van dit project, deze voorstellen een eenvoudig en vooral pragmatisch karakter zullen hebben. Hoe zou de ernsttaxatie en registratie tegen deze achtergrond en in het licht van de resultaten van de bronnenanalyse en de interviews er uit kunnen zien? Wat is er nodig in de verdere ontwikkeling?

Zoals in paragraaf 2.5 is opgemerkt, hebben de Bureaus Jeugdzorg een zeer gevarieerde cliëntèle, die bovendien binnen het bureau uiteenlopende trajecten kunnen doorlopen. Voor zover deze trajecten met instrumenten zijn ondersteund, lijkt dat in de Bureaus Jeugdzorg nog voor een deel afhankelijk van een persoonlijke, disciplinaire of een sectorale voorkeur. Uit de interviews blijkt duidelijk dat men in deze complexe werkelijkheid beducht is voor de 'top down'-invoering van een instrument dat deze werkelijkheid gaat dicteren. De ernsttaxatie moet aansluiten op het gebruikte instrumentarium, niet andersom, zo is de gedachte. Daarnaast waarschuwt de financier (DWA) voor onnodige verbureaucratisering van het hulpverleningsproces. Ook kan de invoering van een instrument de inmiddels op gang gebrachte ontwikkelingen voor de inrichting van het primaire proces compliceren.

Onze ervaring is dat het contraproductief werkt om in een dergelijke context een vernieuwingsproject in hoog tempo door te voeren. Er moet tijd gemaakt worden voor voorlichting van praktijkwerkers over de bestaande instrumenten. Al werkend moeten de werkers in de gelegenheid worden gesteld nader met deze instrumenten kennis te maken en ze – waar mogelijk en nuttig – in hun eigen handelen te incorporeren. Verder is het van belang om veel tijd te besteden aan inrichten van een ernsttaxatie waarvan de belanghebbenden vinden dat het om een interessant en nuttige onderneming gaat. Dat pleit er voor een ruime periode vrij te maken voor het bespreken van voorstellen met diverse medewerkers in het veld en het uitvoeren van kleinschalige experimenten in de praktijk.

Ook is het contraproductief om in de complexe realiteit van Bureau Jeugdzorg op zoek te gaan naar *dat ene* ernsttaxatie-instrument dat op een goede wijze het primaire proces bij alle cliënten ondersteunt en tegelijk resulteert in een dekkende ernsttaxatie. Het zou een enorme taak zijn om voor Bureau Jeugdzorg een instrument te maken waarin alle werksoorten zich goed kunnen vinden. Een dergelijke ambitie zou bovendien voorbijgaan aan het feit dat er al vele instrumenten bestaan waarmee hulpverleners zich (kunnen) bedienen. Het verplicht stellen van één instrument past bovendien niet bij de noodzakelijke flexibiliteit die een organisatie als Bureau Jeugdzorg moet bieden op allerlei cliënten op maat van dienst te kunnen zijn. Ook bijvoorbeeld een veelgebruikt instrument als de CBCL past in dat licht niet als universeel af te nemen vragenlijst. Immers, dit instrument, dat de ouders vraagt het

gedrag van hun kind te beoordelen, past niet bij jeugdigen die op eigen initiatief het Bureau Jeugdzorg benaderen om hulp en daar hun ouders niet bij willen betrekken.

Een hiërarchie van instrumenten

In deze complexe werkelijkheid is het goed om te streven naar een systematiek die de nodige differentiatie mogelijk maakt in instrumentgebruik, maar tegelijk altijd een zelfde soort kerngegevens oplevert. Met het oog hierop stellen we een opzet voor die is opgebouwd uit drie niveaus:

Niveau I. Standaard Taxatie Ernst van de Problematiek (STEP)

Het eerste niveau gaat uit van een taxatie en registratie op een zeer globaal niveau. Het gaat hier om het gebruik van een uiterst simpele lijst die bij alle typen cliëntsystemen en trajecten binnen Bureau Jeugdzorg inzetbaar is. De lijst gaat uit van een ernsttaxatie op een zeer beperkt aantal domeinen. Figuur 15 toont deze domeinen, met daarbij een voorbeeld van een schaalindeling die te gebruiken is:

Figuur 15. Domeinen van de STEP, met voorbeelden van bijbehorende inschaling*

De zwaarte van de problematiek en de actuele gevolgen, uitgesplitst naar:		
1. Functioneren jeugdige (met de problematiek, risicofactoren, protectieve factoren en de historische en actuele gevolgen ingecalculerd)	Zeër slecht Functioneren 1 ----- 100	Zeër goed Functioneren ----- 100
2. Kwaliteit directe opvoedingsomgeving (met de problematiek, risicofactoren, protectieve factoren en de historische en actuele gevolgen ingecalculerd)	Zeër slechte Kwaliteit 1 ----- 100	Zeër goede Kwaliteit ----- 100
De mogelijke (prognose van de) gevolgen van de problematiek (1 en 2) bij uitblijven van de interventie, uitgesplitst naar:		
3. Gevolgen en risico's voor de jeugdige	Zeër negatieve Gevolgen 1 ----- 100	Zeër positieve Gevolgen ----- 100
4. Gevolgen en risico's voor de omgeving	Zeër negatieve Gevolgen 1 ----- 100	Zeër positieve Gevolgen ----- 100
De noodzakelijk geachte zorgzwaarte en urgentie van de zorg		
5. De zorgzwaarte	Zeër zware Zorg 100----- 1	Zeër lichte Zorg ----- 1
6. De urgentie van de zorg	Zeër hoge Urgentie 100----- 1	Zeër lage Zorg ----- 1

* Het voorbeeld volgt de schaal van de N-CGAS. Een hoge score houdt in: veel gewicht aan de positieve kant van het balansmodel. Per schaal geldt: 0=onvoldoende informatie

De standaard gaat uit van de drie aspecten van de ernsttaxatie:

- De *zwaarte van de problematiek* en de actuele gevolgen. De problematiek, risicofactoren, protectieve en de historische en actuele gevolgen zijn hier bijeengebracht en worden elk gewogen op hun bijdrage in de taxatie. Twee leefgebieden zijn hier grofweg onderscheiden: het functioneren van de jeugdige en de kwaliteit van de opvoedingssituatie.
- De *gevolgen van de problematiek* zijn hier toegespitst op de voorspelde gevolgen (de prognose), opgesplitst naar de risico's voor de jeugdige en risico's voor de omgeving.
- De noodzakelijk geachte *zorgzwaarte en urgentie* van de hulp.

De onderscheiden schalen dienen twee doelen. Ten eerste is op elke schaal aan te geven hoe ernstig de problematiek is, waarbij aan het begrip 'ernst' de verschillende dimensies zijn onderscheiden (corresponderend met de zes schalen) die in de literatuurstudie of de interviews zijn genoemd. De ernst van de problematiek is met deze schalen per cliënt, per doelgroep of per organisatorische eenheid in een profiel uit te drukken. Ten tweede moet de taxatie met de schalen ondersteunend werken bij de beslissingen van de benodigde zorg (inhoudelijk, budgettair). De literatuurstudie heeft laten zien dat de eerste twee typen schalen daarvoor gebruikelijk zijn. De schalen 3 en 4 staan in relatie tot beslissingen over het al dan niet inschakelen van de Raad voor de Kinderbescherming of het toepassen van gedwongen hulp. De eerste schaal voor de risicotaxatie (schaal 3) moet – conform het belang dat praktijkwerkers stellen in de taxatie – heeft te maken met het al dan niet in bescherming nemen van jeugdigen. Daarnaast voegen wij een tweede schaal, gericht op de risicotaxatie in verband met het in bescherming nemen van de omgeving van de jeugdige (schaal 4). De laatste twee schalen

weerspiegelen voor een deel het type zorg dat op grond van de wegingen op de andere schalen wordt geïndiceerd in termen van de zorgzwaarte en de urgentie.

Het resultaat is een standaard die bestaat uit maximaal zes schalen of items, met per item één simpele score voor de ernsttaxatie. Belangrijk principe is nu dat de STEP op niveau I *altijd* wordt ingevuld, voor *elk* cliëntsysteem dat de screening in Bureau Jeugdzorg heeft gepasseerd. Voor de cliënten die na de screening een indicatiebesluit krijgen, volstaat invulling van de STEP bij dat besluit. Er zijn twee redenen voor deze constructie. Ten eerste biedt het op een zeer algemeen niveau sturing aan de taxatie van de ernst van de problematiek in het primaire proces, dat verzekert dat er in de screening en bij de indicatiestelling voor de zes onderwerpen van de standaard aandacht is. Ten tweede biedt de standaard de basis voor de registratie met het oog op de hierboven genoemde doelen.

Het invullen van de items van de STEP kan in een aantal gevallen via een conversie van scores op andere instrumenten gebeuren (zie hieronder).

Niveau II. Toegevoegde, optionele standaardtaxatie

Het tweede niveau biedt verdere operationalisaties binnen de domeinen van niveau I, gebruikmakend van nog vrij globale en breed dekkende instrumenten. Middelen die hier passen zijn bijvoorbeeld de L-HETS, de SDQ, de CAFAS. Ook zijn hieronder – met het oog op de bestaande praktijk – instrumenten als de JIM-familie, de SAM, de VSPS en de RED te scharen. Tevens zijn relaties hier relaties te leggen met bijvoorbeeld de operationalisaties die in de jeugdbescherming een belangrijke rol kunnen spelen, zoals de kaders van Dalgliesh (1999) en Willems (1999) en de instrumenten voor de taxatie van de kans op delinquentie of recidive.

Standaardgebruik van instrumenten is hier afhankelijk zijn van de werksoort, de koppeling met de fase in het proces binnen Bureau Jeugdzorg, de beslissingen die moeten worden genomen, of bepaalde cliëntgroepen waarmee men te maken heeft.

In de verdere ontwikkeling van het instrumentarium zijn middels onderzoek expliciete relaties gelegd tussen de scoring op instrumenten van dit niveau en de scoring op de zes items van de STEP. Mogelijk kan iemand die bijvoorbeeld de L-HETS gebruikt de scores dan moeiteloos (laten) converteren naar de scoring op de STEP. Hetzelfde kan gelden voor iemand die bijvoorbeeld de SDQ of de CAFAS gebruikt. In schema:

<u>Instrumenten niveau II, bijv.</u>		<u>Instrument niveau I</u>
L-HETS	→	STEP
SDQ	→	STEP
CAFAS	→	STEP

Als het gebruikte instrument van niveau II een of meerdere items van de STEP niet (goed) dekt, zullen deze items consequent náást het gebruikte instrument moeten worden ingevuld. Hoogstens gaat het dan om zes simpele items.

Niveau III. Specifieke taxaties

Het derde niveau bestaat uit een gedetailleerde differentiatie aan instrumenten, toegespitst op de specifieke gebruiker, een bepaalde samenstelling van het cliëntsysteem, een specifieke vraagstelling, etc. Het gaat hier om de brede variëteit aan tests en vragenlijsten die voor de praktijk beschikbaar is (bijvoorbeeld NOSI, CBCL, SAS-K etc.). Instrumentgebruik op dit niveau is optioneel. Voor zover er sprake is van een instrument dat – al dan niet op grond van afspraken - veelvuldig gebruikt wordt kan een conversiemogelijkheid van scores naar de STEP worden onderzocht. In schema:

<u>Instrumenten niveau III, bijv.</u>		<u>Instrument niveau I</u>
CBCL	→	STEP
NOSI	→	STEP

Informanten

Ideaal gezien scoren twee informanten de STEP afzonderlijk: de hulpverlener en de cliënt. Langs deze weg ontstaat een goed beeld van de verschillende visies van deze twee partijen op de problematiek.

Vermoedelijk zal de invulling door de hulpverlener weinig problemen geven (technisch gezien). De invulling door de cliënt zal om een aantal redenen minder eenvoudig zijn.

- In de eerste plaats: *de* cliënt bestaat niet. Zoals eerder opgemerkt, heeft het Bureau Jeugdzorg te maken met zeer uiteenlopende typen cliëntsystemen, zowel wat betreft samenstelling (jeugdige, jeugdige en ouder, etc.) als persoonskenmerken (leeftijd, cultuur, motivatie etc.). Wie van het cliëntstelsel dan het beste als informant kan dienen, is niet altijd duidelijk.
- Ten tweede: de STEP bevat nogal wat jargon. Het kan nodig blijken om het taalgebruik en mogelijk ook de opzet aan te passen, wil de leek snappen waar het om gaat.
- Ten derde: reflectie op de kwaliteit van het eigen leven en de ernst van de eigen problematiek vraagt nogal wat van cliënten. De literatuur heeft laten zien dat hierbij wellicht specifieke taxatie-methoden van toepassing zijn. Over welke methoden daarbij de meest trefzekere resultaten opleveren is nog weinig bekend.

Al met al is niet uit te sluiten dat de (verdere) ontwikkeling van de taxatie door de cliënten een andere oriëntatie vraagt op de operationalisatie van de STEP dan hier in aanzet geboden is.

Verdere ontwikkeling: een voorstel

Voorop staat dat voor de verdere ontwikkeling van de ernsttaxatie het nodig is:

1. een nadere kennismaking van medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg en de HOI-instellingen met de resultaten van deze eerste fase van het project, om de bekendheid met de materie en de instrumenten te vergroten;
2. verder onderzoek naar het draagvlak voor het hier gepresenteerde voorstel van de hiërarchie van instrumenten;
3. een eventuele aanpassing van het voorstel van de hiërarchie van instrumenten en een concrete uitwerking van het voorstel in een werkgroep, samengesteld uit medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg van de agglomeratie Amsterdam, de HOI-instellingen en het NIZW Jeugd.

De werkgroep kan bij de eventuele aanpassing en de verdere uitwerking volop gebruikmaken van voorhanden zijnde instrumenten op niveau II, of van delen daaruit. Ideeën daarover zijn te vinden in bijlage D. Aan de hand van deze lijsten kan in het vervolg van dit project geprobeerd worden ankerpunten (à la N-CGAS) te vinden die te gebruiken zijn voor de constructie van de schalen op niveau I.

Zoals gezegd is het van belang om veel tijd te besteden aan inrichten van een ernsttaxatie waarvan de belanghebbenden vinden dat het om een interessante en nuttige onderneming gaat. Dat pleit er voor een ruime periode vrij te maken voor het bespreken van voorstellen met diverse medewerkers in het veld en het uitvoeren van kleinschalige experimenten in de praktijk. In dat licht zou het goed zijn om de eerstvolgende, tweede fase van het project - waarin gewerkt aan de concrete invulling van de taxatie - uit te breiden. De derde fase, gericht op een test op de kwaliteit en bruikbaarheid van de ernsttaxatie bij het zeer diverse cliëntenbestand van de Bureaus Jeugdzorg, moet dan wellicht een beperktere invulling krijgen.

Naast de aanpassing en de verdere uitwerking van het hier gepresenteerde model zijn nog andere acties zinvol. Voor een belangrijk deel kunnen deze aansluiten bij elders lopende projecten of trajecten:

- De ontwikkeling van de relaties van niveau I en II van het model met allerlei specifieke instrumenten op Niveau III vindt niet in het onderhavig project plaats. Dit onderwerp is mee te nemen in een project waarin de samenhang van instrumentgebruik binnen Bureau Jeugdzorg in het algemeen centraal staat (zie bijlage E voor een bespreking).
- Voor de registratie van de zorgzwaarte ligt een aansluiting bij de ontwikkeling van de registratie van het indicatiebesluit voor de hand. Voor een goede interpretatie van de gegevens over de zorgzwaarte is verder aandacht nodig voor drie andere soorten gegevens:
 - Uit de gegevens over de *doelen van de hulp* is af te leiden in welk kader de aangegeven zorgzwaarte te plaatsen is (bijvoorbeeld de problematiek oplossen of de problematiek draaglijk of hanteerbaar maken – zie ook paragraaf 3.9);

- Uit de gegevens over de *aard van de problematiek* is voor een deel de prognose van het succes van de behandeling af te leiden (het ene probleem is over het algemeen beter te behandelen dan het andere – zie ook paragraaf 3.11);
- Praktijkwerkers hechten veel belang aan de registratie van de *juridische context* waarin de hulp uitgevoerd wordt of zou moeten worden (vrijwillig, gedwongen).

Voor zover de bestaande registratiesystemen dit soort gegevens niet vastleggen, zou dat alsnog moeten gebeuren. De ontwikkeling van een dergelijke registratie valt echter buiten het bestek van het onderhavige project. Andere projecten besteden hier wel aandacht aan (zie ook bijlage E).

- Voor de uitwerking van de taxatie en registratie van de ernst van de problematiek vanuit het cliëntenperspectief is een zeer specifieke expertise, een ruime voorbereidingstijd en een goede samenhang nodig met trajecten op het gebied van cliëntenraadpleging en cliëntenbeleid. De omvang van het onderhavige project lijkt daarvoor niet toereikend. Ons voorstel is om – in samenwerking met diverse deskundigen – voor dit onderdeel een apart traject op te bouwen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baecke, J.A.H. & Baerends, J. (2000). *Financiering van de jeugdzorg op basis van modules*. Leusden: Bestuur en Management Consultants.
- Bakker, K. (1999). Sociale kwetsbaarheid en sociale competentie: een kaderstelling. In: K. Bakker, M. Pannebakker & J. Snijders (Red.), *Kwetsbaar en competent. Sociale participatie van kwetsbare jeugd. Theorie, beleid en praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Bartels, A.J. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, 22, nr. 4, p. 211-226.
- Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen* (2000). Gewijzigd voorstel van wet en memorie van toelichting. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Berge I.J. ten (1998a). Beslissen over ingrijpende maatregelen in de jeugdbescherming. I: H.E.M. Baartman & J.M.A.M. Janssens (Red.). *Werken met risico's: jeugdhulpverlening en jeugdbescherming* (p. 79-89). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Berge, I.J. ten (1998b). *Besluitvorming in de kindbescherming. De ontwikkeling en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming*. Delft: Eburon.
- Bijl, B. (1996). *De screening van jongeren voor VT*. Utrecht: NIZW.
- Bird, H.B., T.J. Yager, B. Staghezza, M.S. Gould, G. Canino & M. Rubio-Stipec (1990). Impairment in the epidemiological measurement of childhood psychopathology in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 796-803.
- Boelhouters, K., A. Bothof, T. Kayser, C. Konijn, D. de Ruyter & T. van Yperen (1999). *Registratie van de begrippen problematiek, resultaat en cultuur. Onderzoek naar de uitwerking van deze begrippen voor het landelijke intersectorale informatiesysteem van de jeugdzorg (ISIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut/NIZW.
- Bogaart, P.H.M. van den, K. Mesman Schultz, P.M.H. Naayer & Tj. Zandberg (1989). *Instrumentarium voor programma-evaluatie in de residentiële jeugdhulpverlening: De COM-UV. Betrouwbaarheid en validiteit*. Leiden: COJ.
- Booy, Y., N. Kroon-Cohen de Lara en T. van Yperen (2002). *Zorgtoewijzingsorganen in kaart. Rapport van een enquête naar de praktijk en de verdere ontwikkeling van de zorgtoewijzing*. Den Haag/Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg/NIZW
- Brock, A.J.L.L. de, A.A. Vermulst, J.R.M. Gerris & R.R. Abidin (1992). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI). Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Dalglish, L. (1999). *Risk Assessment and Decision Making in Child Protection*. Queensland: The University of Queensland, Dept. of Psychology.
- Deur, H. van en M. Scholte (1999). *Jim Hulpmiddelen*. Utrecht: NIZW.
- Deur, H. van en M. Scholte (2000). *Inzicht in de Jeugdzorg Intake Methode / JIM. Een methode voor aanmelding en screening voor de toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 2000
- Doreleijers, Th.A.H., B. Bijl, M.C. van der Veldt & E. van Loosbroek (1999). *BARO. Standaardisatie en protocollering Basisonderzoek strafzaken Raad voor de Kinderbescherming*. Amsterdam/Utrecht: VU/NIZW.
- Draijer, N. (1990). *Seksuele traumatisering in de jeugd. Lange termijn gevolgen van seksueel misbruik*. Amsterdam: Uitgeverij SUA.
- Eijgenraam, K, A. Bothof & T. van Yperen (2001). *Haalbaarheid samenhangend instrumentarium Bureaus Jeugdzorg: eindrapport*. Utrecht: NIZW.

- Esmeijer, F.J., J.W. Veerman, L.T. ten Brink & H.M.P. van Leeuwen (1998). Gestructureerde interviews bij DSM-classificatie van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen, *Kind en Adolescent*, 19, 263-273.
- Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder & C.J. Groot (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Felce, D. & Perry, J. (1996) 'Assessment of Quality of Life' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Ferdinand, R. (1992). *Schaal voor de globale beoordeling van het functioneren van kinderen. N-CGAS*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson, I. (2000). Child and adolescent mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goor Lambo, G. van (1990). *World Health Organization Multi-axiale classificatie van kinderpsychiatrische stoornissen. As V. Abnormale Psychosociale Factoren*. WHO-document MNH/PRO/86.1.Rev.1 (Nederlandse vertaling). Amsterdam: Gemeentelijk Pedotherapeutisch Instituut.
- Goor-Lambo, G. van, Orley, J., Poustka, F., & Rutter, M. (1990). Classification of abnormal psychosocial situations: Preliminary report of a revision of a WHO scheme. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 229-241.
- Groenendaal, J.H.A. & Yperen, T.A. van (1994). Beschermende en bedreigende factoren. In: J. Rispens, P.P. Goudena en J.J.M. Groenendaal (Red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (p. 90-118). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haaster, A.G.J. van, M.C.A.E van der Veldt & P.H.M. van den Bogaart (1997). *Vertretraining ter voorkoming van thuisloosheid bij jongeren. De empirische evaluatie van een nieuw trainingsprogramma*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Heal, L.W. & Seligman, C.K. (1996) 'Methodological Issues in Quality of Life Measurement' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Hiethaar, M.L.D., E. van Loosbroek & J.W. Veerman (1999). Ernstig, ernstiger, ernstigst: Landelijke Heerlense Ernst Taxatie Schaal. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 38, 447-458.
- Hodges, K & J. Gust (1995). Measures of impairment for children and adolescents. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 403-414.
- Hodges, K & M.M. Wong (1997). Use of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale to predict service utilization and cost. *Journal of Mental Health Administration*, 24, 278-292.
- Hughes, C. & Hwang, B. (1996) 'Attempts to Conceptualize and Measure Quality of Life' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Kemp, R.A.T. de, J.W. Veerman & L.T. ten Brink (2001). *Evaluatie-onderzoek Families First Nederland. Een bundeling van deel een tot en met vijf*. Utrecht: NIZW.
- Kersten, M. & J. Douma (2001). Instrumenten en methoden voor het bepalen van kwaliteit van bestaan. Utrecht: Landelijk KennisNetwerk Gehandicaptenzorg.
- Kievit, Th. & J.A. Tak (1996). De praktijk van de hulpverlening en het gebruik van de regulatieve cyclus. In: Th. Kievit, J. de Wit, J.H.A. Groenendaal en J.A. Tak (Red.). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen* (p. 42-65). Utrecht: De Tijdstroom, 1996.
- Kleber, R.J. (1999). Trauma en verwerking. In: P.G.H. Aarts & W.D. Visser (Red.), *Trauma. Diagnostiek en behandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Kloosterman, M. & J.W. Veerman (1997). *Boddaert belicht. Eindrapport lnterventie-evaluatie onderzoek Boddaert*. Utrecht: VOG
- Koeter, M.W.J. & Ormel, J. (1991) *GHQ – General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Koot, H.M. (1997). *Handleiding bij de vragenlijst voor gezinsproblemen*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit.
- Lodewijks, H. Th. Doreleijers, De Wit en Grouls (in voorbereiding). *Structured Assessment of Violent Risk in Youth / SAVRY*. Eefde: Rentray.
- Loosbroek, E. van & J.W. Veerman (1998), *Stap na stap: naar een normgebonden registratiesysteem voor problematiek in de jeugdzorg*. Nijmegen: Stichting De Waarden.
- Mattejat, F. u.a. (1998) 'Das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) – Eine Pilotstudie': *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, p.174-182.
- Mattejat, F. und H. Remschmidt (1998) 'Zur Erfassung der Lebensqualität bei psychisch gestörten Kinder und Jugendlichen – Eine Uebersicht' in: *Zeitschrift Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 26, p.183-196.
- Mesman Schultz, K., A. Gageldonk & C.T.H.M. Messing (1993). *Een toekomst voor jeugdhulpverlening. Verwachtingen over de hulpvraag van jeugdigen en aanbevelingen voor toekomstig beleid*. Leiden: DSWO Press.
- Monshouwer, H.J., L.T. ten Brink & J.W. Veerman (2000). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag Deel 2: Evaluatieonderzoek*. Utrecht: NIZW.
- Morey, L.C. & McNamara, T.P. (1987). On definitions, diagnosis, and DSM-III. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 283-285.
- Morosini, P.L., L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini & R. Pioli (2000). Development, reliability, and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 323-329.
- Nederlandse Gezinsraad (2001). *Als vrijwillig te vrijblijvend is. Een studie naar de mogelijkheden van een lichtere rechtsgrond voor pedagogische interventie*. Den Haag : Nederlandse Gezinsraad.
- Nota, P.H., Schaft, R.A. van der & Yperen, T.A. van (1998). *Vrij toegankelijke jeugdzorg. Toegang tot de zorg*. Rijswijk/Utrecht: Ministerie van VWS / NIZW
- Opdorp, F van (2001). *A calculated guess. Inventarisatie risicotaxatie instrumenten*. Utrecht : Stichting Reclassering Nederland.
- Pelzer, H.J., W.J.P.J.M. Steerneman & E.E.J. De Bruyn (1994). De ernst van het probleemgedrag: een conceptuele analyse. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 33, 380-393.
- Pelzer, H.J., W.J.P.J.M. Steerneman & E.E.J. De Bruyn (1995). Beoordeling ernst van de problematiek bij kinderen en jeugdigen: een landelijke consensuslijst. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34, 399-409.
- Pelzer, H.J., W.J.P.J.M. Steerneman & E.E.J. De Bruyn (1999). De ernst van het probleemgedrag: een conceptuele verkenning. In: H. Pelzer & P. Steerneman (Red.). *De taxatie van de ernst van de problematiek bij kinderen en jeugdigen: de ontwikkeling van een praktijkinstrument*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Uitgeverij KU Nijmegen.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (1994). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (Multi-axial classification for mental disorders in Childhood and Adolescence according to the ICD-10 of the WHO). Bern: Verlag Hans Huber.
- Rispens, J. & Goudena, P.P. (1994). De theoretische fundering van pedagogische preventie. In: J. Rispens, P.P. Goudena en J.J.M. Groenendaal (Red.). *Preventie van psychosociale problemen bij kinderen en jeugdigen* (p. 47-58). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rutter, M. (1975). *Helping troubled children*. London: Plenum Press.
- Schalock, R.L. (1996) 'Reconsidering the Conceptualization and Measurement of Quality of Life' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).

- Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Scholte, E.M. (1992). *De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Handleiding bij het gebruik van de VSPS. Versie 3.0*. Delft: Eburon.
- Scholte, E.M. (1995). *De vragenlijsten Explicitering Besluitvorming Raadsadvies (EBR) & Hulpverlening (EBH)*. Amsterdam: Nederlands Instituut voor Pedagogisch en Psychologisch Onderzoek (NIPPO).
- Scott, S. (2001). Deciding whether interventions for antisocial behaviour work: Principles of outcome assessment, and practice in an multicentre study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1/59-1/70.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shaffer, D., M. Gould, J. Brasic, P. Ambrosini, P. Fisher, H. Bird & S. Aluwahlia (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (2000). *Gebruikershandleiding 2000 bij de RJHV-tabel 'Aard van de problematiek'*. Utrecht: Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen
- Stichting Vedivo (2000). *Leiding geven aan verandering. Een visie op de inhoud van het werk van gezinsvoogden*. Utrecht: Stichting Vedivo.
- Stichting Vedivo (2002). *Perspectief in jeugdreclassering. Missie en methodische uitgangspunten*. Utrecht: Stichting Vedivo.
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1996) 'Quality of Life Across the Life Span' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Valenkamp, M. e.a. (in voorbereiding). *Screeningsinstrument psychische problematiek Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Veen, M. van der, J.J. van der Maas & J.W. Veerman (2001). *Constructie Taxatielijst voor Ouderfunctioneren (TvO)*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Veerman, J.W., Brink, L.T. ten, Horst, H. van der & Koedoot, P (1993). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen. Herziene Handleiding*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Veldkamp, A.W.M. (1999). *Wegomlegging: theorie ten behoeve van de overdracht van de intake van ed Raad voor de kinderscherming naar Bureau Jeugdzorg en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht: Landelijk Instituut van de Raad voor de Kinderbescherming.
- Verhulst, F.C., J. van der Ende, R.F. Ferdinand & M.C. Kasius (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Verhulst, F.C., J. van der Ende & H.M. Koot (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit.
- Vermande, M, E. Faber & G. Hutschemaekers (1997). *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vianen, R.T van en B. Baarda. *Registratie Evaluatie en Diagnostiek formulier (RED)*. Utrecht: Vakgroep Pedagogiek Universiteit Utrecht, 1998.
- Vianen, R.T van, B.D. Baarda, I.J. ten Berge & B.G.J.M. Speet. (1999). *RED-systeem. Handboek Ambulant en Jeugdbescherming*. Rotterdam: Jeugdzorg Rotterdam/Zuid-Holland Zuid.
- Ward, N.A. & Keith, K.D. (1996) 'Quality of Life and the Individual Perspective' in: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (ed.) (1996) *Quality of Life. Conceptualization and Measurement*. American Association on Mental Retardation (AAMR).
- Wells, P.M.A. & Robbroeckx, L.M.H. (1989), *Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Wet op de jeugdzorg* (2001). Concept 18 december 2001. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Weterings, A.M., H. Pruijs, W.A. Bloemberg, C. Grootes & W. Pool (1993). *Pedagogisch Signalerings Instrumentarium / PSI*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden.

Willems, J.C.M. (1999). *Wie zal de opvoeders opvoeden? Kindermishandeling en recht van het kind op persoonswording*. Den Haag: Asser Press.

World Health Organization (1994). *De ICD-10 classificatie van psychische en gedragsstoornissen: klinische beschrijvingen en diagnostische richtlijnen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

World Health Organization (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization (1997). *ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation: A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-1 Draft for field trials*. Geneva: World Health Organization.

Yperen, T.A. van & R. Giel (Red.) (1995). *Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen: uitgangspunten en bruikbaarheid van ICD, DSM en MAC*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Yperen, T.A. van & C. Konijn. *Registratie van de ernst van de problematiek. Pilot voorstel ten behoeve van een verkenning door VWS*. Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut, november 1999.

Yperen, T.A. van, C. Konijn & I. ten Berge (1999). *Registratie van gewenste en uitgevoerde zorg*. Utrecht: NIZW/Trimbos-instituut.

Yperen, T.A. van, S.N. Verheggen & A.W. Roza (1995). *Elf instrumenten onder de loep. Registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Bijlagen

- A. Lijst leden begeleidingsgroep, deelnemers interviews en geconsulteerde experts
- B. In interviews gebruikte *Verzamellijst beoordelingsaspecten ernst van de problematiek*²
- C. In interviews gebruikte *Lijst doelen ernsttaxatie*
- D. Een eerste aanzet tot invulling hiërarchie instrumenten (informant: hulpverlener)
- E. Korte karakteristiek van samenhangende projecten
- F. Lijst van beschreven instrumenten

² Een nieuwe lijst, aangepast aan de landelijke standaard voor de registratie van de aard van de problematiek is inmiddels voorhanden.

Bijlage A. Lijst leden begeleidingsgroep, deelnemers interviews en geconsulteerde experts

Leden begeleidingscommissie

- Hans Matthaai / Harry Vink (Bureau Jeugdzorg Amsterdam en AMZW)
- Ron Heinrich (Bureau Jeugdzorg Amsterdam en AMZW)
- René van Vianen (Bureau Jeugdzorg Utrecht)
- Barbara Jedding (Bureau Jeugdzorg Gouda)
- Frits Boer (PI Duivendrecht).
- Jolande Coolen (Mondriaan Zorggroep).
- Mark Bent (Amsterdam)
- Soefje van der Laan (ROA – Commissie Jeugdhulpverlening)

Deelnemers interviews

Bureau Jeugdzorg

- Ineke Dekker (hulpverlener bij Bureau Jeugdzorg AMZW, Zaanstreek, voogdij / gezinsvoogdij)
- Esther Bakker (hulpverlener bij Bureau Jeugdzorg AMZW, Waterland, voordeurteam)
- Mairon Chang (werkbegeleider bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam, A'dam Noord, voogdij / gezinsvoogdij)
- Henry Janssen (werkbegeleider bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam, A'dam Zuid/Nieuw West, Jeugdclassering)
- Pieter Bijkerk (werkbegeleider bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam, Zorgtoewijzing)
- Mirjam Hinfelaar (gz-psycholoog bij Bureau Jeugdzorg AMZW, Zaanstad)
- Muriel Fukkink (gedragsdeskundige bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam, Nieuw-West, Voordeur)
- Marion van Leeuwen (gedragsdeskundige bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam, Zuid-Oost, voogdij / gezinsvoogdij).
- Els Rozema (gedragsdeskundige bij Bureau Jeugdzorg Amsterdam)

HOI-instellingen

- Rik van Beijma (directeur hulpverlening van Amsterdam Jeugdzorg)
- Theo Binnendijk (algemeen directeur SaC)

Dienst Welzijn Amsterdam (DWA)

- Paul Nota (beleidsmedewerker bij Dienst Welzijn Amsterdam)
- Soefje van der Laan (beleidsmedewerker bij Dienst Welzijn Amsterdam)

Overig

- Roy Boere (Bureau Jeugdzorg Overijssel)

Geconsulteerde experts

- Jan Willem Veerman (Praktikon / Katholieke Universiteit te Nijmegen) i.v.m. instrumenten algemeen
- Frank Verhulst (Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit te Rotterdam) i.v.m. N-CGAS
- Hans Koot (Vrije Universiteit te Amsterdam) i.v.m. CAFAS
- Flip Treffers (Curium te Oegstgeest) i.v.m. SDQ
- Huub Pelzer en Pim Steerneman (Mondriaan Stichting te Heerlen) i.v.m. L-HETS
- Hennie Lodewijks (Rentray te Eefde) i.v.m. SAVRY

Bijlage B. In interviews gebruikte *Verzamellijst beoordelingsaspecten ernst van de problematiek*³

De *Verzamellijst beoordelingsaspecten ernst van de problematiek* is een lijst met onderwerpen die onder het begrip ‘ernst van de problematiek’ gerekend zouden kunnen worden. Tijdens het interview zullen we deze lijst met u doornemen. Vragen die daarbij aan de orde zullen komen zijn:

- Kunt u met deze lijst uit de voeten?
- Welke onderwerpen vindt u erg belangrijk vindt als onderdeel van ‘ernst van de problematiek’ (en waarom)?
- Welke onderwerpen vindt u juist niet belangrijk (en waarom)?
- Zijn er nog andere begrippen die niet in de lijst staan maar die u wel van belang vindt?

(i) = niveau individu; (o) = niveau omgeving

1. Aard en cumulatie van problematiek van de jeugdige

- a. Problemen op één of meer gebieden:
 - intrapsychisch en/of gedragsmatig (i)
 - cognitie, verstandelijke ontwikkeling, schoolprestaties (i)
 - somatisch / gezondheid (i)
 - materieel en/of maatschappelijk (wonen, werk) (o)
- b. Functioneren qua duur en intensiteit al dan niet passend bij leeftijd (i)
- c. Duur en hardnekkigheid van de problemen (i)
- d. Frequentie van het optreden van de problemen (i)
- e. Ongunstige of inadequate percepties / inzichten van de jeugdige m.b.t. de problematiek (i)
- f. Al dan niet passen bij de socio-culturele context (o)
- g. Al dan niet passend bij de levensomstandigheden (o)
- h. Overig ...

2. Aard en cumulatie van risicofactoren voor de jeugdige

- a. Belaste ontwikkelingsgeschiedenis van de jeugdige (i)
 - periode waarin de problematiek is ontstaan (i)
 - historie van andere problemen (i)
 - historie van voor de jeugdige ingrijpende gebeurtenissen (i)
- b. Biologische kwetsbaarheid (i)
- c. Socio-economische problemen (i)
- d. Pathogene opvoeders of gezinsrelaties (o)
- a. Risicovol of inadequaate opvoedingsklimaat (o)
 - Ongunstige of inadequate percepties / inzichten van de opvoeders m.b.t. de problematiek
 - Inadequate verzorging of opvoeding
 - Vormen van mishandeling, misbruik of verwaarlozing in het gezin
- b. Risicovolle of inadequate relaties met anderen buiten het gezin
 - Risicovolle relaties met andere jeugdigen
 - Vormen van mishandeling of misbruik buiten het gezin
 - Vormen van discriminatie, vervolging, isolatie
- c. Overig ...

3. Bijdragende protectieve factoren

- a. adaptieve kwaliteiten van de jeugdige (i)
 - Mogelijkheden tot verandering / mate van invloed op problematiek (i)
 - Bereidheid tot verandering (i)
- b. adaptieve capaciteiten van het gezin en de omgeving (o)
 - Mogelijkheden tot verandering / mate van invloed op problematiek (o)
 - Bereidheid tot verandering (o)
- c. bronnen van steun en interventiemogelijkheden voorzieningen (o)
 - beïnvloedbaarheid van de problematiek en/of de risicofactoren (o)
 - beschikbaarheid van voorzieningen (o)
- d. Overig ...

³ Een nieuwe lijst, aangepast aan de landelijke standaard voor de registratie van de aard van de problematiek is inmiddels voorhanden.

4. Gevolgen

- a. Huidige toestand (i)
 - Lijdensdruk / kwaliteit van leven van de jeugdige (i)
 - Belemmering in het algemeen functioneren van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de verdere ontwikkeling van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de opvoeders (o)
 - Gevolgen voor de omgeving buiten het gezin (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: economisch (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: sociaal / veiligheid (o)
- b. Prognose bij uitblijven interventie (i)
 - Lijdensdruk / kwaliteit van leven van de jeugdige (i)
 - Belemmering in het algemeen functioneren van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de verdere ontwikkeling van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de opvoeders (o)
 - Gevolgen voor de omgeving buiten het gezin (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: economisch (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: sociaal / veiligheid (o)
- c. Benodigde zorgzwaarte / intensiteit van de interventie (o)
 - Mate van maatschappelijke druk tot interventie
 - Al dan niet noodzaak tot daghulp, dag-en-nachthulp of pleegzorg
 - Duur van de zorg
 - Frequentie van de contacten
 - Benodigde inzet van specialisten
 - Al dan niet de noodzaak van een gedwongen kader
 - Termijn waarop de zorg moet worden ingezet
- d. Ingeschat profijt bij de ingeschatte zorgzwaarte
 - Lijdensdruk / kwaliteit van leven van de jeugdige (i)
 - Belemmering in het algemeen functioneren van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de verdere ontwikkeling van de jeugdige (i)
 - Gevolgen voor de opvoeders (o)
 - Gevolgen voor de omgeving buiten het gezin (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: economisch (o)
 - Gevolgen voor de maatschappij: sociaal / veiligheid (o)

Overzicht van commentaar bij de lijst van inhoudelijke aandachtspunten

<p>1. <i>Aard en cumulatie van problematiek van de jeugdige</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Het eerst punt bij 1a zou naar de mening van een aantal geïnterviewden meer uitgesplitst mogen worden. De aspecten sociale, emotionele en interactionele problematiek worden hier bijvoorbeeld gemist, maar ook de aanwezigheid van psychiatrische problematiek.• Een aantal geïnterviewden zou hulp in een gedwongen kader in het rijtje opgenomen willen hebben.• Een belangrijk aspect van ernst van de problematiek is ook of de betreffende cliënt onmachtig of onwillig is.• Materiële en/of maatschappelijke problemen op het niveau van het individu, zoals wonen, vindt één van de deelnemers niet relevant, “want je kunt daar toch niets aan veranderen”.• Eén van de geïnterviewden die werkzaam is bij de jeugdreclassering vindt dat in het geval van criminaliteit inzicht in de eigen problematiek (1 e) geen rol speelt.• Eén van de gedragsdeskundigen merkt op dat de onderhavige categorie bij oudere jeugd van groter belang is dan opvoedingsaspecten (zie categorie 2). Ze zijn nog niet volwassen, maar ze worden eigenlijk niet meer opgevoed.• De expert vindt binnen deze categorie de belangrijkste aspecten: het hebben van problemen op meer dan één gebied en co-morbiditeit (bijvoorbeeld uit te drukken in het aantal DSM-diagnoses dat op het kind van toepassing is).
<p>2. <i>Aard en cumulatie van risicofactoren voor de jeugdige</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Over het aspect ‘biologische kwetsbaarheid’ zijn de meningen verdeeld: de één vindt dit ‘niet interessant’ (ervan uitgaande dat dit geen rol speelt bij bepaalde problematiek), één van de andere inhoudelijk deskundigen vindt dit juist weer wel van belang (wetende dat dit een belangrijke rol kan spelen bij het ontstaan van psychiatrische problematiek).• De sociale omstandigheden van de ouders wordt erg belangrijk gevonden.• Of de jeugdige uit een adoptiegezin komt, wordt door sommigen genoemd als een belangrijke risicofactor.• Het aspect risicovolle relaties buiten het gezin leeft sterk.• Discriminatie is een aspect waarmee met name de gezinsvoogdij te maken krijgt. Het gaat dan om gezinnen die niets meer te verliezen hebben en die zich afzetten tegen de maatschappij.• Over risicofactoren wordt verder nog opgemerkt dat deze bij ernstige problematiek eigenlijk nooit alleen, maar altijd in combinatie voorkomen. De ernst van problematiek wordt met andere woorden sterk bepaald door de cumulatie van risicofactoren.• Eén van de experts vindt binnen categorie 2 belangrijk: de biologische kwetsbaarheid en het opvoedingsklimaat.

3. *Protectieve factoren.*

- De protectieve factoren zouden in de lijst nog veel meer uitgesplitst en geconcretiseerd moeten worden. Binnen de huidige hulpverleningspraktijk ziet men vaak dat het voor mensen moeilijk is concrete protectieve factoren te noemen. Het benoemen van protectieve factoren blijft nu vaak beperkt tot “moeder is heel betrokken” of “vader is competent”.
- Als voorbeeld van een wat concretere uitwerking wordt intelligentie genoemd als een algemene protectieve factor.
- Verder kan dat per type problematiek verschillen, bij seksueel misbruik bijvoorbeeld maakt het veel uit of een slachtoffer snel over die ervaring heeft kunnen praten.
- Voor oudere jeugd geldt dat het hebben van een relatie bescherming biedt. Problematische jongens die een vriendin krijgen, worden vaak een stuk rustiger.
- Beschikbare hulp buiten de thuissituatie kan als protectieve factor (gaan) fungeren. Dat zie je bij Beter Met Thuis (combinatie van residentiele hulp en thuisbehandeling, Amsterdam): het werkt ontspannend op de verhoudingen wanneer een jongere hulp krijgt in een andere context (dagbehandeling of partieel residentieel).
- De aanwezigheid van aanknopingspunten voor hulpverlening wordt erg belangrijk gevonden.

4. *Gevolgen*

- Ten behoeve van urgentiebepaling is het van belang wat de gevolgen zouden kunnen zijn als er geen (directe) hulp zou worden geboden.
- De gevolgen van de problematiek acht men moeilijk te meten, ook in subjectieve zin.
- Het is moeilijk om te zeggen wat de prognose bij het uitblijven van enige vorm van interventie is. Soms gaat een probleem dan vanzelf over, een enkele keer slaagt een jongere erin om zelf tot een oplossing te komen. Maar in verreweg de meeste gevallen wordt het alleen maar erger wanneer er niets gedaan wordt.
- De zorgzwaarte is over het algemeen wel in balans met de zwaarte van de problematiek. Het is echter wel moeilijk meetbaar wat voor profijt cliënten hebben bij de ingeschatte zorgzwaarte.
- De gevolgen worden door sommige geïnterviewden van minder belang gevonden bij het taxeren van de ernst.
- Met betrekking tot gevolgen voor de maatschappij in de zin van ‘risico op delict’ is afhankelijk van de aard van de problematiek. Voor de jeugdbescherming kan dit een aanwijzing zijn voor hoge urgentie.

Bijlage C. In interviews gebruikte lijst doelen ernsttaxatie

Met de taxatie van de ernst van de problematiek kan een aantal belangen gediend worden. Of, anders gezegd, de vraag is welke doelen met de taxatie en registratie van de ernst van de problematiek gediend worden. Tijdens het interview willen we met u doornemen om welke doelen het volgens u gaat én hoe belangrijk deze doelen zijn. Centraal staat daarbij de vraag *welke doelen gediend zouden moeten worden*, afgezien van eventuele lacunes in de huidige praktijk van de taxatie van de ernst van de problematiek. We hebben een indeling gemaakt in een aantal mogelijke gebruikers of belanghebbenden (zoals cliënt, hulpverlener, management, etc.) en hebben per groep een aantal mogelijke doelen / belangen genoemd. Deze lijsten zijn wellicht niet volledig, om die reden hebben we ruimte gelaten de lijsten aan te vullen met andere doelen. Ter voorbereiding op het interview willen we u vragen deze lijst door te nemen en zo mogelijk alvast voor uzelf te beoordelen

- welke doelen volgens u van belang zijn bij de ernsttaxatie en –registratie
- om welke reden u deze doelen van belang vindt
- welke doelen u minder of niet van belang vindt (en waarom).

(NB. Afhankelijk van de te interviewen groep of persoon zijn de doelen onder A t/m F in een opsomming genoemd of als open vraag voorgelegd.)

Ad A. De belangen van de cliënt

Welke belangen of welke doelen *van de cliënt* zouden *volgens u* gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. Een idee krijgen van hoezeer het probleem eigenlijk meevalt, als je het vergelijkt met anderen. Gerust gesteld worden.
2. Kunnen laten zien hoe erg het probleem wel niet is, als je het vergelijkt met anderen
3. Erkenning krijgen van het probleem.
4. Legitimering krijgen van de aanmelding bij de jeugdzorg.
5. Te weten komen of het probleem gemakkelijk te verhelpen is of juist niet gemakkelijk.
6. Te weten komen hoe snel er hulp nodig is.
7. Te weten komen of het probleem in de jeugd-ggz, bij de Raad voor de Kinderbescherming of het AMK thuishoort.
8. Een argument in handen krijgen om hulp te kunnen eisen.
9. Andere belangen of doelen die volgens u bij de cliënt kunnen meespelen, nl.

Ad B. De belangen van de hulpverlener in Bureau Jeugdzorg

Welke belangen of welke doelen *van de hulpverlener in Bureau Jeugdzorg* zouden *volgens u* gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. De cliënt gerust kunnen stellen.
2. Een inschatting krijgen van hoe erg het probleem is, als je het vergelijkt met anderen.
3. De cliënt erkenning kunnen geven van het probleem.
4. Een beslissing kunnen nemen of het probleem wel bij Bureau Jeugdzorg thuishoort, of bij het voorliggende veld.
5. Te weten komen of het probleem met licht ambulante hulp is te verhelpen of dat er een indicatiestelling voor geïndiceerde hulp nodig is.
6. Als er geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de zwaarte van deze hulp.
7. Te weten komen hoe urgent de hulp is (al dan niet crisishulp, urgentie bij plaatsing).
8. Een beslissing kunnen nemen of het probleem bij de jeugdhulpverlening thuishoort of bij de jeugd-ggz.
9. Een beslissing kunnen nemen of het probleem bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming moet worden aangemeld.
10. Een argument kunnen hebben om een recht op zorg af te kunnen dwingen.
11. Voor registratiedoeleinden, zoals
12. Andere belangen of doelen die volgens u bij de hulpverlener van Bureau Jeugdzorg kunnen meespelen, nl.

Ad C. De belangen van de hulpverlener in de uitvoering van de geïndiceerde hulp

Welke belangen of welke doelen *van de hulpverlener in de geïndiceerde hulp* zouden *volgens u* gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. De cliënt gerust kunnen stellen.
2. Een inschatting krijgen van hoe erg het probleem is, als je het vergelijkt met anderen.
3. De cliënt erkenning kunnen geven van het probleem.
4. Beslissen of het probleem wel bij de geïndiceerde zorg thuishoort.
5. Als er geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de zwaarte van deze hulp.
6. Te weten komen hoe urgent de hulp is (al dan niet crisishulp, urgentie bij plaatsing).
7. Kunnen zien of de cliënt terecht bij de jeugdhulpverlening of bij de jeugd-ggz is geplaatst.
8. Kunnen zien of de cliënt bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming moet worden aangemeld / aangemeld had moeten worden.
9. Een argument kunnen hebben om het recht op zorg kritisch te kunnen bekijken.
10. Voor registratiedoeleinden, zoals
11. Andere belangen of doelen die volgens u bij de hulpverlener van de geïndiceerde zorg kunnen meespelen, nl.

Ad D. De belangen van het management of de organisatie Bureau Jeugdzorg

Welke belangen of welke doelen van het management of de organisatie van Bureau Jeugdzorg zouden volgens u gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. Een inschatting krijgen van hoe erg de problemen van de cliënten zijn, als je het vergelijkt met andere instellingen.
2. Kunnen zien of de aangemelde cliënten wel bij Bureau Jeugdzorg thuishoren, of bij het voorliggende veld.
3. Te weten komen voor hoeveel van de aangemelde cliënten licht ambulante hulp nodig is, en voor hoeveel er een indicatiestelling voor geïndiceerde hulp nodig is.
4. Als er geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de zwaarte van deze hulp.
5. Te weten komen hoe de verdeling van de urgentie van de hulp is (al dan niet crisishulp, urgentie bij plaatsing) over de aangemelde cliënten.
6. Kunnen zien welk deel van de aangemelde cliënten bij de jeugdhulpverlening thuishoort of bij de jeugd-ggz.
7. Kunnen zien voor welk deel van de cliënten een aanmelding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming voor de hand ligt.
8. Kunnen zien welk deel van de cliënten een recht op zorg zouden moeten hebben.
9. Voor registratiedoeleinden, zoals
10. Andere belangen of doelen die volgens u bij het management of de organisatie van Bureau Jeugdzorg kunnen meespelen, nl.

Ad E. De belangen van het management of de organisatie van de instelling voor geïndiceerde hulp

Welke belangen of welke doelen van het management of de organisatie in de geïndiceerde hulp zouden volgens u gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. Een inschatting krijgen van hoe erg de problemen van de cliënten zijn, als je het vergelijkt met andere instellingen.
2. Kunnen zien of de aangemelde cliënten wel bij de instelling thuishoren.
3. Een inschatting kunnen maken van de zwaarte van de hulp.
4. Te weten komen hoe de verdeling van de urgentie van de hulp is (al dan niet crisishulp, urgentie bij plaatsing) over de aangemelde cliënten.
5. Kunnen zien welk deel van de aangemelde cliënten terecht bij de jeugdhulpverlening is geplaatst of bij de jeugd-ggz.
6. Kunnen zien voor welk deel van de cliënten een aanmelding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming voor de hand ligt.
7. Kunnen zien welk deel van de cliënten terecht een recht op hebben gekregen.
8. Voor registratiedoeleinden, zoals
9. Andere belangen of doelen die volgens u bij het management of de organisatie van Bureau Jeugdzorg kunnen meespelen, nl.

Ad F. De belangen van de financiers

Welke belangen of welke doelen van de financiers zouden volgens u gediend moeten worden met de taxatie van de ernst van de problematiek?

1. Een inschatting krijgen van hoe erg de problemen van de cliënten zijn, als je instellingen en/of regio's met elkaar vergelijkt.
2. Kunnen zien of bij Bureau Jeugdzorg aangemelde cliënten daar wel thuishoren, of bij het voorliggende veld.
3. Te weten komen voor hoeveel van de aangemelde cliënten licht ambulante hulp nodig is, en voor hoeveel er een indicatiestelling voor geïndiceerde hulp nodig is.
4. Voor de groep cliënten waarvoor geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de het benodigde budget voor deze hulp.
5. Te weten komen hoe de verdeling van de urgentie van de hulp is (al dan niet crisishulp, urgentie bij plaatsing) over de aangemelde cliënten.
6. Kunnen zien welk deel van de aangemelde cliënten bij de jeugdhulpverlening thuishoort of bij de jeugd-ggz.
7. Kunnen zien voor welk deel van de cliënten een aanmelding bij het AMK of de Raad voor de Kinderbescherming voor de hand ligt.
8. Kunnen zien welk deel van de cliënten een recht op zorg heeft.
9. Voor registratiedoeleinden, zoals
10. Andere belangen of doelen die volgens u bij de financier meespelen, nl.

Overzicht van commentaar bij de lijst van doelen

A. Doel cliënt

- Bij de belangen van de cliënt staat als vierde doel vermeld: legitimering van aanmelding bij de jeugdzorg. Dit geldt volgens sommigen niet bij cliënten binnen de jeugdbescherming.
- De kans op recidive inschatten is een doel dat in de lijst ontbreekt.
- Bij punt 7 staat het AMK vermeld. Dat hoort hier niet omdat dit een meldpunt is waar vragen of meldingen in eerste instantie binnen komen en niet een voorziening waar cliënten voor hulp terecht kunnen.
- Cliënten willen weten welke hulp er allemaal is en wat zij kunnen verwachten.
- Een geïnterviewde mist in de lijst de doelen van gedwongen hulpverlening.
- Een geïnterviewde vindt het juist niet in het belang van de cliënt om gerustgesteld te worden. De cliënt heeft belang bij een maatstaf, een referentiekader.

<ul style="list-style-type: none"> • Het belang van de cliënt is eerst en vooral het krijgen van adequate hulp, van passende hulp, ook van de ketenpartners. • Een doel dat ernsttaxatie ook kan dienen voor de cliënt is erkenning. • Voor de cliënt is het vooral van belang dat hij een beter idee krijgt wat er aan de hand is. Als zorgaanbieder kun je dan beter een hulpverleningsplan opstellen waarbij de stem van de cliënt ook een rol speelt. Ook van belang voor de cliënt is dat hij beter inzicht krijgt en daardoor meer bereid zal zijn om mee te werken aan de hulpverlening. • De expert is voor de cliënt is het belangrijkste doel: gerustgesteld worden (1) en weten hoe snel hulp nodig is (6).
<p><i>B. Doel hulpverlener (Bureau Jeugdzorg)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het is in het belang van de hulpverlener dat hij/zij iets in handen heeft, een instrument, een stuk gereedschap. Om passende hulp te kunnen indiceren. Nog beter zou zijn: een beslismodel. • Binnen de groepsinterviews (Bureau Jeugdzorg ROA-gebied) worden de doelen 5, 6 en 7 van de lijst belangrijk gevonden: bepalen of er al dan niet geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting maken van de benodigde hulp, vaststellen van de urgentie. De communicatie met de ketenpartners is in dit verband ook van belang (SPD, GGz, AMW). • Voor de hulpverlener van het Bureau Jeugdzorg is een instrument voor ernsttaxatie van belang omdat die dan beter kan taxeren en daardoor beter kan verwijzen. Zo'n instrument kan individuele hulpverleners helpen om een beter onderscheidingsvermogen te ontwikkelen zodat zij een betere indicatie kunnen stellen. • De informant van BJZ Overijssel vindt voor de hulpverlener van Bureau Jeugdzorg vooral van belang: (2) een inschatting krijgen van hoe erg het probleem is, als je het vergelijkt met anderen, in verband met urgentiebepaling en (7) te weten komen hoe urgent de hulp is (al dan niet crisis hulp, urgentie bij plaatsing). • De expert noemt als belangrijke doelen: weten hoe erg de problematiek is (2) en kunnen vaststellen of licht ambulante dan wel geïndiceerde hulp nodig is (5).
<p><i>C. Doel hulpverlener (HOI-instelling)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor de hulpverlener van een HOI-instelling is een ernsttaxatie-instrument(arium) van belang omdat dit ervoor zorgt dat hij/zij informatie krijgt die voldoende zicht geeft op de problematiek en daardoor het opstellen van een behandelingsplan mogelijk maakt. Zo'n instrument dient een praktisch belang. Daarnaast is het ook belangrijk voor registratiedoeleinden. • De informant van BJZ Overijssel vindt voor de hulpverlener van een HOI-instelling van belang: (1) de cliënt gerust kunnen stellen, (3) de cliënt erkenning kunnen geven van het probleem, (5) als er geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de zwaarte van deze hulp. Als de jeugdigen eenmaal in de geïndiceerde hulp zitten, dan zijn de overige doelen overbodig. • De expert noemt als belangrijke doelen: (4) weten of geïndiceerde hulp nodig is en (5) de zwaarte van de hulp inschatten.
<p><i>D. Doelen management Bureau Jeugdzorg</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Volgens één van de vertegenwoordigers van de HOI-instellingen is het voor het management van het Bureau Jeugdzorg van belang om geaggregeerde gegevens te hebben over de weg die cliënten afleggen door het Bureau Jeugdzorg. Ook kan een ernsttaxatieschaal helpen bij het maken van cijfermatige overzichten, maar dan moeten de betreffende gegevens wel worden vastgelegd en geregistreerd. Verder is dat ook van belang voor de bedrijfsvoering van het Bureau Jeugdzorg. De informant van BJZ Overijssel vooral van belang de doelen (5) te weten komen hoe de verdeling van de urgentie van de hulp is (al dan niet crisis hulp, urgentie bij plaatsing) over de aangemelde cliënten en (9) voor registratiedoeleinden: populatieoverzichten kunnen leveren met kengetallen. • De expert noemt: (1) een vergelijking kunnen maken met andere Bureaus Jeugdzorg en (3) weten hoeveel cliënten licht ambulante hulp nodig hebben en hoeveel geïndiceerde hulp.
<p><i>E. Doelen management HOI-instelling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De vertegenwoordigers van de HOI-instellingen noemen de volgende doelen van belang: een inschatting krijgen van hoe erg de problemen van de cliënten zijn, als je het vergelijkt met andere instellingen, een inschatting kunnen maken van de benodigde zorgzwaarte en een inschatting kunnen maken van de urgentie. Het vaststellen of er GGz-hulp nodig is vinden beiden van belang, maar door één van de zorgaanbieders wordt daarbij opgemerkt dat dit de taak is van Bureau Jeugdzorg en daardoor voor de HOI-instelling minder van belang. Daarnaast werd door één van de HOI-instellingen genoemd (niet opgenomen in de doelenlijst): zijn er genoeg aanknopingspunten voor het opstellen van een hulpverleningsplan? • De informant van BJZ Overijssel vindt voor het management van HOI-instelling de volgende doelen van belang: goede cijfers over wat er nodig is aan hulp (zwaarte van de zorg in relatie tot de ernst van de problematiek). • Eén van de experts noemt hier als belangrijke doelen: een vergelijking kunnen maken met andere HOI-instellingen en kunnen zeggen of de cliënt er wel thuis hoort.
<p><i>F. Doelen financiers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Eén van de vertegenwoordigers van de HOI-instellingen vindt het voor de financiers van belang te weten hoe ernstig de problematiek is van de jeugdigen die bij de Bureaus Jeugdzorg terecht komen. Afgezet tegen gegevens over de hele populatie jeugdigen vormt dit sturingsinformatie op grond waarvan (wijzigingen in) beleid kunnen worden vastgesteld. • De andere vertegenwoordiger van de HOI-instellingen merkt ten aanzien van het doel 'relatie leggen tussen ernst en bepalen van welk volume zorg er nodig is' het volgende op. Van belang zijn gegevens over de ernst bij de planning van het budget: hoeveel cliënten met ernst x zijn er en hoeveel zorg heb je dan nodig. Met die gegevens kun je in een kraptemodel beslissingen nemen die gebaseerd zijn op gegevens. De vertegenwoordiger vindt echter dat de instelling terughoudend moet zijn met het leveren van gegevens over wat achteraf de relatie is ernst en de kosten van de uitgevoerde behandeling. Het gevaar is immers dat je daar op een verkeerde wijze op getoetst wordt.

- De volgende doelen worden door beleidsmedewerkers in het ROA-gebied (DWA) relevant gevonden i.v.m. de distributie van middelen of in ieder geval de discussie daarover: een inschatting krijgen van hoe erg de problemen van de cliënten zijn, als je instellingen en/of regio's met elkaar vergelijkt; kunnen zien of bij Bureau Jeugdzorg aangemelde cliënten daar wel thuishoren, of bij het voorliggende veld; te weten komen voor hoeveel van de aangemelde cliënten licht ambulante hulp nodig is, en voor hoeveel er een indicatiestelling voor geïndiceerde hulp nodig is; voor de groep cliënten waarvoor geïndiceerde hulp nodig is, een inschatting te kunnen maken van de het benodigde budget voor deze hulp. Verder wil DWA weten wat de oplosbaarheid of hanteerbaarheid is van de problematiek omdat de financier moet kunnen uitleggen dat doelmatige en doeltreffende zorg zijn grenzen heeft: bij sommige jeugdigen moet je hulp bieden de problematiek niet oplost, maar alleen maar dragelijk maakt.
- De informant van BJZ Overijssel vindt een legitiem doel voor de financiers: meer zicht krijgen op de zwaarte van de problematiek van populaties en het daarmee ook kunnen inschatten welk volume aan zorg er nodig is. De nu gebruikelijke uitsplitsing naar vrijwillige hulp of gedwongen hulp in verband met de voorrangregeling (gedwongen hulp heeft voorrang) zou overbodig moeten worden als je beter zicht hebt op de urgentie van de hulp.
- Eén van de experts noemt als doelen: instellingen met elkaar kunnen vergelijken en kunnen vaststellen of een cliënt wel in een bepaalde soort hulp thuishoort.

Bijlage D. Een eerste aanzet tot invulling hiërarchie instrumenten (informant: hulpverlener)*

Domein	Niveau I (STEP)	Niveau II (Optionele, toegevoegde standaard)	Niveau III (Optionele, specifieke taxaties)
1. Functioneren jeugdige	N-CGAS	L-HETS, CAFAS, SDQ, GHQ, JIM-familie, VSPS, RED, SAM.	Aansluiten bij project 'Ontwikkeling Samenhangend Instrumentarium'.
2. Kwaliteit directe opvoedingsomgeving	Schaal met ankerpunten te samen te stellen op basis van bij niveau II genoemde instrumenten.	L-HETS, CAFAS, JIM-familie, VSPS, RED, SAM. Tevens relaties leggen met o.a. JIM, TvO, RADM, Willems	
3. Gevolgen en risico's voor de jeugdige	Schaal met ankerpunten samen te stellen op basis van bij niveau II genoemde instrumenten.	L-HETS, CAFAS, SDQ, GHQ JIM-familie, VSPS, RED, SAM. Tevens relaties leggen met o.a. JIM, TvO, RADM, Willems	
4. Gevolgen en risico's voor de omgeving	Schaal met ankerpunten samen te stellen op basis van bij niveau II genoemde instrumenten.	L-HETS, CAFAS, SDQ, JIM-familie, VSPS, RED, SAM. Tevens relaties leggen met o.a. SAVRY, HKT-30.	
5. De zorgzwaarte	Schaal met ankerpunten samen te stellen op basis van bij niveau II genoemde registratie.	Aansluiten bij ontwikkeling registratie indicatiebesluit (functies, locaties, duur, intensiteit e.d.).	

* Voor toelichting op de instrumenten, zie hoofdstuk 3 en bijlage D.

Bijlage E. Korte karakteristiek van samenhangende projecten

Definitie en criteria rubrieken ISIS-tabel aard van de problematiek

In dit project worden de domeinen en rubrieken van de problematiektabel van het Inter Sectoraal Informatie Systeem (ISIS) met behulp van systemen als de DSM en het MAC nader omschreven.

Het project wordt uitgevoerd door het NIZW Jeugd i.s.m. het Trimbos-instituut en BJZ Agglomeratie Amsterdam.

Informatie bij: Carolien Konijn, NIZW Jeugd, telefoon 030-2306870, e-mail c.konijn@nizw.nl

Taxatie en registratie ernst van de problematiek

Aan de hand van een literatuurstudie wordt – zoveel mogelijk op basis van bestaande instrumenten - een ontwerp gemaakt voor een standaard voor de registratie van de ernst van de problematiek in Bureau Jeugdzorg.

Het project wordt uitgevoerd door NIZW Jeugd i.s.m. de jeugdzorginstellingen van de agglomeratie Amsterdam, in opdracht van de Bestuurscommissie Jeugdhulpverlening van het Regionaal Orgaan Amsterdam (ROA).

Informatie bij: Tom van Yperen, NIZW Jeugd, telefoon 030-2306375, e-mail t.vanyperen@nizw.nl

Screeningsinstrumenten voor de signalering van psychiatrische problematiek in BJZ

Aan de hand van een literatuurstudie wordt – zoveel mogelijk op basis van bestaande instrumenten - een ontwerp gemaakt voor een screeningsinstrument voor de signalering van psychische problematiek in Bureau Jeugdzorg

Het project wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut, in opdracht van het ministerie van VWS, directie VGM

Informatie bij: Marije Valenkamp, Trimbos-instituut , telefoon 030-2971100, e-mail mvalenkamp@trimbos.nl

Ontwikkeling samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg

Op grond van een voorstudie van het NIZW heeft een drietal Bureaus Jeugdzorg het initiatief genomen om – zoveel mogelijk op basis van bestaande instrumenten - een samenhangend instrumentarium op te bouwen voor de ondersteuning van beslissingen in de screening, diagnostiek en indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg. Elk bureau werkt daarvoor modellen uit. Ze worden daarbij ondersteund door het NIZW Jeugd.

Het project wordt uitgevoerd door BJZ Drenthe, BJZ Utrecht, BJZ Limburg en NIZW Jeugd, in opdracht van Pro Juventute.

Informatie bij: Karin Eijgenraam, NIZW Jeugd, telefoon 030-2306409, e-mail k.eijgenraam@nizw.nl

Bijlage F. Lijst van beschreven instrumenten (concept)

Onderstaande lijst biedt een overzicht van de instrumenten die in dit rapport zijn genoemd. Per instrument is genoemd:

1. de afkorting
2. de volledige naam
3. het meetbereik
4. het leeftijdsbereik (tussen haakjes staat experimenteel gebruik bij een bepaalde leeftijd genoemd)
5. de invuller (wiens visie op het functioneren wordt vastgelegd)
 - J = Jeugdige
 - O = Ouder / opvoeder
 - CL = Cliënt
 - LK = Leerkracht
 - HV = Hulpverlener
6. de afnametijd in minuten
7. het type normen dat wordt gebruikt
 - AN = Algemene, kwantitatieve normen
 - KN = Klinische, kwantitatieve normen
 - KC = Klinische, kwalitatieve criteria
 - nl = er zijn normen van de Nederlandse populatie;
 - nl* = Nederlandse normen zijn in voorbereiding
8. de paragraaf of paragrafen waarin het instrument in dit rapport is beschreven.

De gegevens in de kolommen 4 t/m 7 zijn nog niet compleet en op juistheid gecontroleerd. De noodzakelijke gegevens worden in de loop van het project verzameld. De definitieve lijst verschijnt in het eindrapport van het project.

1. Afk.	2. Naam	3. Meetbereik	4. Leeftijd	5. Inv.	6. Tijd	7. Norm	8. Par.
Algemene ernstlijsten							
CAFAS	Child and Adolescent Functional Assessment Scale	vervullen van sociale taken en rollen door de jeugdige; cognitie/denken; gedrag ten opzichte van anderen; stemming/emoties; gebruik (verslavende) middelen; gedachten; verzorging door opvoeder; kwaliteit gezinsomgeving en sociale steun.	5-17	HV	10 min.	Geen	3.3
CGAS	<i>Children's Global Assessment Scale</i>	zie N-CGAS					
GAF	Global Assessment of Functioning Scale	Algemeen functioneren cliënt: mate van aanwezigheid van symptomen psychische stoornis in beeld brengt als de actuele sociale en beroepsmatige gevolgen van de stoornis	Geen range genoemd	HV	2 min.	KC	3.5
GARF	<i>Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale</i>	mate waarin een gezin of een relatie de affectieve of instrumentele behoeften van de leden bevredigt (Probleemoplossen; Organisatie; Emotioneel klimaat).	Geen range genoemd	HV	2 min	Geen	3.5
GHQ	General Health Questionnaires	geestelijke gezondheidsproblemen		CL			3.4
L-HETS	Landelijke versie van de Heerlense Ernst Taxatie Schaal	Abnormaliteit gedrag jeugdige; bijdragende risico- en protectieve factoren in jeugdige en gezin; gevolgen probleemgedrag	Geen range genoemd	HV		Geen	3.2
MAC AS VI	<i>As VI van de Multi Axiale Classificatie van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen</i>	psychosociale, sociale en beroepsmatig functioneren in kaart bij kinderen en jeugdigen	Geen range genoemd	HV	2 min.	Geen	3.5
N-CGAS	<i>Nederlandse versie van de Children's Global Assessment Scale</i>	Algemeen functioneren cliënt: mate van aanwezigheid van symptomen psychische stoornis in beeld brengt als de actuele sociale en beroepsmatige gevolgen van de stoornis	Geen range genoemd	O, J, HV Intervie wer	2 min.	KC nl	3.5
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	Emotionele symptomen; symptomen van gedragsproblemen; hyperactiviteit; problemen met leeftijds-genoten; prosociaal gedrag; gevolgen problemen	4-16 11-16	O, LK J	max. 10 min	AN nl*	3.3
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>	niveau van functioneren in sociaal en beroepsmatig opzicht	Geen range genoemd	HV	2 min.	Geen	3.5

Basisdiagnostische instrumenten							
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>	Gedrags- en emotionele problemen van het kind	2-3 4-18 jr	O	20 min	AN nl KN nl	3.6
COM	Combinatie van variabelen	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Jeugdigen	HV		KN nl	3.6
JIM	<i>Jeugdzorg Intake Methode</i>	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	0-18	HV		Geen	3.6
LIM (Bewerking van de JIM. Zie JIM)							
PSI	<i>Pedagogisch Signalerings-Instrumentarium</i>	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, persoonlijkheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	0-11 12+	HV met O		KN nl	3.6
RED	<i>Registratie-, Evaluatie- en Diagnostiekformulier</i>	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, persoonlijkheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Jeugdigen	HV		Geen	3.6
SCREEN (Bewerking van de JIM. Zie JIM)							
VSPS	<i>Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie</i>	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, persoonlijkheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	v.a. +/- 6 jaar	HV		KN nl	3.6
VT-ladder	VertrekTraining-ladder	risico op thuisloosheid: stabiliteit en volledigheid van het gezin en de aanwezigheid van specifieke gedragsproblemen		HV		Geen	3.6
Screeningslijsten psychiatrische problematiek							
ASEBA	Achenbach System of Empirically Based Assessment	Gedrags- en emotionele problemen van het kind. Pakket bestaat uit - CBCL (ouderversie), - Teacher Report Form / TRF (leerkrachtversie) - Youth Self Report / YSR (versie voor jeugdige)	2-18 2-18 11-18	O LK J	20 min	AN nl KN nl	3.6
CSI	<i>Child Symptom Inventories</i>	Gedrags- en psychische problemen, ontwikkelingsproblemen	3-18 12-18	O, LK J	15 min.	AN KN	3.6
CRS-R	<i>Conners' Rating Scales – Revised</i>	Gedrags- en psychische problemen	3-17 12-17	O, LK J	20 min.	AN	3.6
DSM-IV lijst	<i>DSM-IV vragenlijst</i>	Klinische symptomen en syndromen DSM-IV	6-18	O, LK, J	15 min	Geen	3.6
MAYSI-2	Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths	Psychische problemen, denkstoornissen, traumatische ervaringen Jeugdige	12-16 jr	J ###'?	10 min.	Geen	3.7
SCL-90	Symptom Checklist – 90	Psychische problemen	v.a. 13 jr	HV	15 min.	AN	3.6
Algemene classificatiesystemen							
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>	Gedrags- en psychische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen gezondheidsproblemen en ziektes, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Geen range genoemd	HV		KC nl	3.6
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Gedrags- en psychische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen gezondheidsproblemen en ziektes, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Geen range genoemd	HV		KC nl	3.6
MAC	Multi-Axiale Classificatiesysteem	Gedrags- en psychische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen gezondheidsproblemen en ziektes, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Geen range genoemd	HV		KC nl	3.6
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Activities and Participation (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)</i>	Ziektes, stoornissen, beperkingen, handicaps, mate van participatie aan het sociale en maatschappelijke situaties	Geen range genoemd	HV		CK nl	2.2

Specifieke instrumenten (eventueel deel uitmakend van algemene batterij)							
ABV, ABV-K, ATL, Beery, Bender, Bourdon-Vos, CTRS DOS, DVK, GDS, GKS, LDT, LGV, MMPI, MMPI-2, NGT, NOSI, NOSI-K, NPV, NPV-J, NVM, NVOS PMT-K, RAKIT, Raven CPM, SAS-K, SCICA, SON 2-7 TRF, VGP, VMG, WAIS, WISC-R, WPPSI, YSR					Voor documentatie over deze instrumenten verwijzen we naar Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder & C.J. Groot (2000). <i>Documentatie van tests en testresearch in Nederland</i> . Assen: Van Gorcum.		
Taxatie-instrumenten voor justitieel onderzoek							
MAYSI-2	Massachusetts Youth Screening Instrument for Mental Health Needs of Juvenile Justice Youths	Psychische problemen, denkstoornissen, traumatische ervaringen Jeugdige	12-16 jr		10 min.	Geen	3.7
BARO	<i>Basisonderzoek strafzaken Raad voor de Kinderbescherming</i>	Gedrags- en psychische problemen	Jeugdige delinquenten	HV	6-8 uur	KN nl	3.7
CLIK	Checklist Intake Klachtzaken	Gedrags- en emotionele problemen, ontwikkelingsproblemen, gezondheid, persoonlijkheid, maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen	Geen range genoemd	HV		Geen	3.7
	<i>Criteria kindermishandeling</i>	Lichamelijke kindermishandeling; Seksueel misbruik; Lichamelijke verwaarlozing; Fysieke verwaarlozing; Emotionele maltraitering; normatieve/pedagogische verwaarlozing; normatieve en educatieve maltraitering.	Geen range genoemd	HV		CK nl	3.7
RADM	<i>Risk Assessment Decision Making-model</i>	het opvoeden; problemen van de ouders zelf; de relatie tussen de opvoeders; het functioneren van het kind, de familie en het bredere sociale systeem; gebrek aan medewerking van de ouders.	Geen range genoemd	HV		Geen	3.7
SAVRY	<i>Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren (Structured Assessment of Violence Risk in Youth)</i>	geweldsrisico bij adolescenten op basis van historische risicofactoren, sociale/contextuele risicofactoren, individuele risicofactoren en protectieve factoren	12-18 jaar	HV		Geen	3.7
TvO	<i>Taxatielijst voor Ouderfunctioneren</i>	Kijk van de ouder op de behoeften van hun kind	Geen range genoemd		10 min.	Geen	3.7
Overige justitiële risicotaxatie-instrumenten							
HCR-20	Historische Risicohantering-20	risicotaxatie van gewelddadig gedrag	Volwassenen				3.7
HKT-30	Historisch Klinisch Toekomstig-30	Risicotaxatie herhaling crimineel gedrag op basis van historische, klinische, dynamische indicatoren					
PCL-R	Psychopathy Checklist Revised	Vaststellen van de mate van psychopathie					
Pscan	Psychopathy-scan	Signaleren van psychopathie					
Static 99	Static 99	Taxatie recidiverisico op seksueel geweld					
SVR-20	Sexual Violent Risk Assessment	Risico op seksueel geweld					
Lijsten voor taxatie kwaliteit van leven							
VWS	<i>Vincentius Welbevinden Schaal</i>	Verschil tussen behoeften cliënten en het welbevinden daarvan, en subjectief welbevinden					3.8
IDQOL	Intellectual Disability Quality of Life	Kwaliteit van bestaan					
	<i>Zeg het ons!</i>	Tevredenheid met verschillende aspecten van het leven					
ILK	Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen	kwaliteit van leven van jeugdigen met een psychische stoornis					
CQOL	Child health related Quality Of Life	kwaliteit van leven bij kinderen met een ziekte, ontwikkelingsstoornis of handicap					
KINDL	Münchener Lebensqualitätsfragebogen für Kinder	kwaliteit van leven m.b.t. gezondheid					