

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Zorgintensiteit-/zorgzwaartebe­paling bij
minderjarigen in de intersectorale toegangspoort
NRTJ:
zoektocht naar een instrumentarium**

Tim Stroobants
Prof.dr. Johan Vanderfaeillie
Prof.dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Kapucijnenvoer 39 – B-3000 Leuven
Tel 0032 16 33 70 70 – Fax 0032 16 33 69 22
E-mail: swvg@med.kuleuven.be

Website: <http://www.steunpuntwvg.be>

Publicatie nr. 2011/07

SWVG-Rapport 18

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium.

Promotor: Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie,

Copromotor: Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

Onderzoeker: Tim Stroobants

Administratieve ondersteuning: Lut Van Hoof, Lieve Van Cauwenberghe, Manuela Schröder

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.



Promotoren en Partners van het Steunpunt

K.U.Leuven

Prof. Dr. Chantal Van Audenhove (Promotor-Coördinator), Lucas en ACHG

Prof. Dr. Karel Hoppenbrouwers, Dienst Jeugdgezondheidszorg

Prof. Dr. Johan Put, Instituut voor Sociaal recht

Prof. Dr. Anja Declercq, Lucas

UGent

Prof. Dr. Lea Maes, Vakgroep maatschappelijke gezondheidkunde

Prof. Dr. Jan De Maeseneer, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg

Prof. Dr. Ilse De Bourdeaudhuij, Vakgroep Bewegings- en sportwetenschappen

Prof. Dr. Ann Buysse, Vakgroep Experimenteel-klinische en gezondheidspsychologie

VUBrussel

Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie

KHKempen

Dr. Guido Cuyvers, Vlaams onderzoeks- en kenniscentrum derde leeftijd

Rapport 18

Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort NRTJ: zoektocht naar een instrumentarium

Onderzoeker: Tim Stroobants

Promotor: Johan Vanderfaeillie

Copromotor: Chantal Van Audenhove

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2014 zal de intersectorale toegangspoort onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De toegangspoort moet er garant voor staan dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulp kan worden ingezet op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat ze prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. De toegangspoort moet ook de flexibele inzetbaarheid en combineerbaarheid van modules mogelijk maken vanuit een vraaggericht perspectief. Om het indicatiestellingsteam te ondersteunen in deze opdracht is er nood aan een instrument dat helpt bij een zo uniform mogelijke zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling van de benodigde hulp.

De centrale doelstelling van dit onderzoek is voorstellen te formuleren inzake een instrument (of instrumentarium) om in het kader van indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgintensiteit/zorgzwaarte te bepalen. Het instrument dient minstens toegepast te kunnen worden in de praktijk van alle betrokken sectoren.

Het onderzoek startte met een beperkte literatuurstudie naar de definiëring van verschillende begrippen (diagnostisch proces, diagnostiek, diagnose, indicatiestelling, zorgintensiteit/zorgzwaarte). Tevens is per begrip nagegaan hoe het zich verhoudt t.o.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ. Globaal gezien is het proces zoals het nu is uitgetekend (aanmelder die diagnostiek of vraagverheldering aanlevert → indicatiestelling op basis van diagnostiek of vraagverheldering → toewijzing van hulp) in overeenstemming met de processen zoals deze worden uitgetekend in de literatuur over systematische en rationeel-wetenschappelijke diagnostiek. Indicatiestelling en zorgtoewijzing worden er opgevat als een schakel tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. Het is een fase van reflectie waarin wordt getracht om de problematiek te linken aan hulpverlening. Indicatiestelling heeft twee functies. Deze functies hangen samen met het perspectief van waaruit (top-down of bottom-up) indica-

tiestelling wordt bekeken. In het eerste geval fungeert indicatiestelling als een beheersinstrument met als doel schaarse middelen rechtvaardig te verdelen. Vanuit het tweede perspectief is indicatiestelling een middel om zorg op maat voor cliënten te realiseren. Het is duidelijk dat de toegangspoort beide functies als opdracht heeft. Een onafhankelijk team binnen de toegangspoort kan op deze manier bijdragen aan een betere toewijzing van hulp. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren, moet rekening worden gehouden met enkele aandachtspunten. Vooral de aansluiting bij de motivatie van de cliënt en het contact tussen cliënt en het indicatiestellingsteam noodzaken aandacht. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.

Uit het literatuuronderzoek bleek ook dat twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte te onderscheiden zijn. Enerzijds kan een dimensie gericht op tijdelijke zorg die resulteert in een nieuwe autonome balans (cure) worden herkend. Anderzijds kan een dimensie worden onderscheiden die betrekking heeft op (semi-)permanente zorg met als doel de bevordering van een zo adequaat mogelijk functioneren (care). Beide dimensies worden al dan niet samen teruggevonden in de zorgintensiteit/zorgzwaarteinstrumenten. Instrumenten focussen minimaal op één van bovenstaande dimensies (zie later).

Er is onderzocht welke instrumenten bestaan voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte, welke geschikt zijn voor gebruik in de toegangspoort en wat de kwaliteit is van deze instrumenten. Elektronische databases zijn doorzocht naar potentiële instrumenten (sneeuwbalmethode). De gevonden instrumenten zijn beschreven en geanalyseerd. Vervolgens zijn deze instrumenten in twee fasen geëvalueerd voor gebruik in de intersectorale toegangspoort NRTJ. In de eerste fase zijn de instrumenten beoordeeld op enkele cruciale domeinen (gebruiksdoel, uitkomstvariabele, ...) waaraan een instrument minstens moet voldoen. In een tweede fase zijn de 'geslaagde' instrumenten geëvalueerd op een aantal bijkomende criteria (betrouwbaarheid, validiteit, ...).

Deze evaluatie leidde tot volgende conclusies:

De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies (ondersteuning en behandeling) van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij nul- tot en met vijfjarigen.

De ECSII heeft als sterktes: het is gericht op beide zorgdimensies, het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (service intensity levels) bevat meerdere parameters, het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk en de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort. Daarnaast kan een aantal aandachtspunten worden geformuleerd bij de ECSII.

De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes- tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op de behandeling van gedrags- en emotionele problemen.

De IZIKA heeft een aantal sterktes. Het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (zeven zorgniveaus) wordt gekarakteriseerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen en geeft een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteed aan de hulpverlening, het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk, de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de inter-

sectorale toegangspoort en het instrument is reeds vertaald naar het Nederlands. Ook bij de IZIKA kunnen enkele aandachtspunten kunnen worden geformuleerd.

Er bestaat een belangrijke lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling van de ondersteunende zorgdimensie bij zes- tot achttienjarigen.

De ICAP komt hiervoor het meest in aanmerking. Het eist echter uitgebreid contact tussen cliënt en indicatiesteller wat als een cruciale beperking wordt beschouwd binnen het proces van de intersectorale toegangspoort.

De ICAP heeft enkele sterktes. Het instrument schaaft diagnostische gegevens in (probleemdomeinen en adaptieve vaardigheden), de uitkomstvariabele (servicescore) positioneert met kwantitatieve normen de cliënt t.o.v. de algemene bevolking, het is bedoeld voor gebruik bij drie maand oude kinderen tot en met achttienjarigen (en ouder), de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort, en de validiteit en de betrouwbaarheid lijken voldoende gekend. Opnieuw zijn er enkele aandachtspunten.

Ten slotte behandelden we enkele onderzoeksvragen over het gebruik van een zorgintensiteit/zorgzwaarteinstrument in de toegangspoort en de toekomstige werking van deze poort. Deze onderzoeksvragen betreffen vragen naar de huidige wijze waarop zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bepaald enerzijds en vragen naar de opvattingen en verwachtingen van de Vlaamse jeugdzorgsectoren omtrent de toekomstige werkwijze in de intersectorale toegangspoort NRTJ anderzijds.

Voor acht van de veertien organisaties is het idee van de toegangspoort acceptabel, al worden heel wat bedenkingen geformuleerd. Bij twee organisaties heerst verdeeldheid over de werkbaarheid van de uitgetekende procedures. Een minderheid van de organisaties (vier) en de gebruikers hebben fundamentele bezwaren.

Meerdere argumenten voor en tegen de toegangspoort zijn aangehaald. Vermelde argumenten voor zijn: tijdsbesparing, professionalisering en neutraliteit. Aangehaalde tegenargumenten zijn: verbrokkeling van het proces, statische opzet, onvoldoende participatief of vraaggericht, niet responsabiliserend, gebrek aan contact tussen cliënt, aanmelder en indicatiesteller, gebrek aan legitimiteit van het indicatiestellingsteam bij inhoudelijk betwisting van indicatievoorstellen, grote verschillen tussen de sectoren, de voorzieningen zijn onvoldoende klaar, en zal leiden tot een flessenhals.

Op grond van de bevindingen en de conclusies worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. *Contact cliënt – indicatiestellingsteam*: Er vindt best een gezamenlijke afweging plaats tussen wat volgens de indicatiesteller noodzakelijk is en wat ouders en jeugdigen willen. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren is contact tussen het indicatiestellingsteam en cliënt aangewezen. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.
2. *Overleg aanmelder – indicatiestellingsteam*: Wanneer een indicatiestellingsteam afwijkt van een indicatievoorstel wordt overleg met de aanmelder aanbevolen. Uit de intersectorale focusgroepen blijkt dat de meesten instemmen met de mogelijkheid van inhoudelijke uitspraken door het indicatiestellingsteam maar enkel wanneer dit resulteert uit en/of aanleiding geeft tot overleg. Belangrijk is

dan wel dat de cliënt opnieuw wordt betrokken bij dit bijgestuurde indicatiestellingsproces.

3. *Instrumenten inzake zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling:* We raden drie instrumenten aan (mits enkele aandachtspunten) voor gebruik binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ. De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte (ondersteunende en behandelende zorg) bij nul tot en met vijfjarigen. De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Daarnaast wordt de ICAP aanbevolen als instrument dat het meest in aanmerking komt om de aanwezige lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling bij de ondersteunende dimensie bij zes tot achttienjarigen op te vullen. De ICAP kan niet worden ingevuld zonder contact tussen cliënt en indicatiesteller wat als een cruciale beperking wordt beschouwd binnen de intersectorale toegangspoort. Ten slotte moet worden opgemerkt dat de ECSII en ICAP uitsluitend in het Engels beschikbaar zijn.
4. *Randvoorwaarden van de instrumenten:* Er wordt bij voorkeur voldaan aan de randvoorwaarden van de instrumenten. De ECSII, IZIKA en ICAP bevatten een handleiding en formulieren die moeten worden ingevuld. Hiervoor moeten financiële middelen ter beschikking worden gesteld. We bevelen tevens aan om opleiding en training te voorzien alvorens gebruik te maken van de instrumenten. Ten slotte moet voldoende tijd worden voorzien voor de afname van de instrumenten.
5. *Communicatie met werkveld:* Uit de intersectorale focusgroepen kwam naar voren dat de procedures die voor de intersectorale toegangspoort NRTJ zijn uitgetekend weinig gekend zijn in het werkveld. Daarom raden wij aan om een positieve communicatie omtrent de werking van de toegangspoort op te starten met het werkveld.
6. *Evaluatie van de toegangspoort vanuit het gebruikersperspectief:* De gebruikers zijn van mening dat ze bij de ontwikkeling van de toegangspoort te weinig zijn gehoord. Het is alvast aangewezen dat kort na de start (1 jaar) van de toegangspoort een evaluatie wordt gehouden vanuit het gebruikersperspectief.

Inhoud

Voorwoord	13
Lijst met afkortingen	15
Overzicht tabellen	17
Inleiding	19
1 Context onderzoek	19
2 Opzet van het onderzoeksrapport	20
3 Situering van de intersectorale toegangspoort NRTJ	21
3.1 Inleiding	21
3.2 De aanmelding bij de toegangspoort en de rol van de netwerkpartners	24
3.2.1 Het aanvraagdocument NRTJ (A-document)	24
3.3 Indicatiestelling	25
3.3.1 Proces/traject indicatiestelling	25
3.3.2 Instrumenten team indicatiestelling	30
3.4 Toewijzing	30
3.4.1 Proces/traject indicatiestelling	31
Hoofdstuk 1: Referentiekader: begripsbepaling op basis van literatuur	35
1 Inleiding	35
2 Diagnostisch proces	35
2.1 Definiëring	35
2.2 Voorbeelden van diagnostische processen	36
2.2.1 Diagnostische cyclus	36
2.2.2 Handelingsgerichte diagnostiek	37
2.2.3 Plancyclus	38
2.3 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ	38
3 Diagnostiek	38
3.1 Definiëring	38
3.2 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort	39
4 Diagnose	40
4.1 Definiëring	40
4.2 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ	41

5	Indicatiestelling	41
5.1	Definiëring	41
5.1.1	Top-down versus bottom-up perspectief	41
5.1.2	Ruime versus enge definiëring	41
5.1.3	Open versus gesloten indicatiestelling	42
5.2	Voorbeelden van modellen indicatiestelling	43
5.2.1	Indicatieanalyse (diagnostische cyclus)	43
5.2.2	Indiceringsfase (handelingsgerichte diagnostiek)	44
5.2.3	Beslissen en indiceren (plancyclus)	44
5.3	Een kwalitatief goede indicatiestelling	45
5.4	Algemeen werkzame factoren	46
5.5	Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ	48
6	Zorgintensiteit/zorgzwaarte	51
6.1	Definiëring	51
6.2	Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ	53
7	Discussie en besluit	53
Hoofdstuk 2: Instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte		55
1	Inleiding	55
2	Onderzoeksvragen	55
3	Methode	55
4	Beknopte beschrijving instrumenten	56
4.1	Supports Intensity Scale NL 1.2 (SIS)	56
4.2	Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)	58
4.3	Early Childhood Service Intensity Inventory (ECSII)	60
4.4	Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)	61
4.5	ZorgZwaarte-Instrument (ZZI – VAPH)	62
4.6	Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF)	64
4.7	Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS)	65
4.8	Checklist MST/FFT(MDFT)	68
4.9	Metten van Addicties voor Triage en Evaluatie 2.0 (MATE)	69
4.10	Care and Needs Scale	71
4.11	Developmental Disabilities – Support Needs Assessment Profile (DD – SNAP)	72
4.12	BAxisRaadsOnderzoek (BARO)	74
4.13	Belgische versie Resident Assessment Instrument (BelRAI)	77
4.14	Camberwell Assessment of Need (CAN)	81

4.15	Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)	82
5	Beoordeling per domein	85
5.1	FASE 1: Cruciale domeinen	85
5.1.1	Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen	85
5.1.2	Doelgroep: Leeftijd	100
5.1.3	Contact cliënt – beoordelaar	101
5.1.4	Discussie en besluit	104
5.2	FASE 2: Bijkomende criteria	108
5.2.1	Doelgroepbeschrijving	108
5.2.2	(Theoretische) achtergrond	113
5.2.3	Normen	120
5.2.4	Betrouwbaarheid	123
5.2.5	Validiteit	128
5.2.6	Discussie en besluit	134
	Hoofdstuk 3: Intersectorale focusgroepen	139
1	Inleiding	139
2	Onderzoeksvragen	139
3	Methode	140
4	Resultaten	141
4.1	Huidige werkwijze	142
4.1.1	Indicatiestelling	142
4.1.2	Zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling	147
4.1.3	Knelpunten	148
4.2	Toekomstige werkwijze intersectorale toegangspoort NRTJ	151
4.2.1	Standpunten en verwachtingen t.a.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ	152
4.2.2	Standpunten en verwachtingen t.a.v. indicatiestelling	156
4.2.3	Standpunten en verwachtingen t.a.v. het aanvraagdocument NRTJ	157
4.2.4	Minimaal noodzakelijke informatie	159
4.2.5	Standpunten en verwachtingen t.a.v. typemodules	160
4.2.6	Standpunten en verwachtingen t.a.v. het indicatiestellingsverslag	161
5	Discussie en besluit	162
	Hoofdstuk 4: Besluiten en aanbevelingen	167
1	Inleiding	167
2	Besluiten	168

3	Beperkingen	172
4	Aanbevelingen	173
	Referentielijst	175

Bijlagen Deel I en Deel II zie CD-Rom

Bijlage Deel I - Inhoud

- Bijlage 1 Aanvraagdocument NRTJ.
- Bijlage 2 Overzicht doelgroepen
- Bijlage 3 Interviewschema intersectorale focusgroepen
- Bijlage 4 Interviewschema focusgroep gebruikersperspectief
- Bijlage 5 Verslag intersectorale focusgroep 1
- Bijlage 6 Verslag intersectorale focusgroep 2
- Bijlage 7 Verslag intersectorale focusgroep 3
- Bijlage 8 Verslag intersectorale focusgroep 4
- Bijlage 9 Verslag intersectorale focusgroep 5
- Bijlage 10 Verslag intersectorale focusgroep 6
- Bijlage 11 Verslag focusgroep gebruikersperspectief

Bijlage Deel II - Inhoud

1. Supports Intensity Scale (SIS)
2. Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)
3. Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0 – 5 (ECSII)
4. Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)
5. Zorgzwaarte-instrument (VAPH)
6. Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF)
7. De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie
8. Checklist MST/FFT(/MDFT)
9. MATE 2.0.
10. Care and Needs Scale (CANS)
11. Developmental Disabilities – Support Assessment Profile (DD-SNAP)
12. BARO

13. Belgische versie Resident Assessment Instrument (BelRAI)

Deel 1: RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©

Deel 2: interRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©

14. Camberwell Assessment of Need (CAN)

15. Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)

Voorwoord

In voorliggend rapport worden de resultaten en conclusies gepresenteerd van het onderzoeksproject 'Zorgintensiteit-/zorgzwaartebepaling bij minderjarigen in de intersectorale toegangspoort niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp: zoektocht naar een instrumentarium'. Dit "ad-hoconderzoek" van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd toevertrouwd aan de vakgroep Klinische Levensloopspsychologie van de Vrije Universiteit Brussel.

De opdrachtgever verwachtte voorstellen van een instrument of instrumentarium om in het kader van de indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgintensiteit/zorgzwaarte te kunnen bepalen. Teneinde de onderzoeksdoeleinden te realiseren werd een literatuurstudie uitgevoerd naar (internationale) instrumenten die op een of andere manier een uitspraak doen over de zorgintensiteit en/of zorgzwaarte. De instrumenten zoektocht leverde vijftien instrumenten op. Deze werden beschreven en geëvalueerd voor gebruik in de intersectorale toegangspoort. Tegelijkertijd werd een beperkte literatuurstudie uitgevoerd naar de definiëring van begrippen die worden gebruikt in verschillende nota's over de toegangspoort. Er werd nagegaan of de procedures in deze documenten in overeenstemming zijn met ideeën en concepten uit de literatuur over de systematische en rationeel-wetenschappelijke diagnostiek. Ten slotte zijn intersectorale focusgroepen gehouden met vertegenwoordigers van de verschillende sectoren over de het actuele gebruik van zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrumenten en opvattingen en verwachtingen omtrent de werkwijze van de toekomstige poort.

Verschillende actoren hebben een grote bijdrage geleverd aan de totstandkoming van het rapport. Ik wens hen allen te bedanken voor hun bereidwillige medewerking. In de eerste plaats wens ik de stuurgroep van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het dagelijks bestuur van het Steunpunt te bedanken die het onderzoek aan de Vrije Universiteit Brussel hebben toevertrouwd. Een tweede actor was de stuurgroep van het onderzoek (met als leden Dirk Broos (later Margot Cloet), Greet Callens (later Annelies Weytjes), Jan De Ridder, Sofie De Smet, Nele Haedens, Walter Krikilion, Lut Vanden Boer, Jean-Pierre Vanhee en Nele Wijnants) die constructief meedacht en het project op de rails hield. Uiteraard hebben de vertegenwoordigers van de sectoren en de gebruikers dit onderzoek mogelijk gemaakt door te participeren aan de focusgroepen. Ik wens ze hiervoor dan ook uitdrukkelijk te bedanken. Ik dank ten slotte de copromotor Chantal Van Audenhove voor haar bijdrage aan het project. Heel in het bijzonder wens ik Tim Stroobants te bedanken die als wetenschappelijk medewerker aan het project was verbonden. Zonder zijn toewijding, enthousiasme, harde werk en voortdurende inzet zou de opdracht nooit tot een goed einde zijn gebracht.

Ik hoop dat dit onderzoeksrapport een positieve bijdrage mag leveren aan de werking van de intersectorale toegangspoort niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp en met name aan kwaliteitsvolle indicatiestelling en een rechtvaardige verdeling van de middelen.

Johan Vanderfaeillie

Promotor

Brussel, juli 2011

Lijst met afkortingen

A-document	Aanvraagdocument NRTJ
BARO	Basisraadsonderzoek
BeIRAI	Belgische versie Resident Assessment Instrument
CAN	Camberwell Assessment of Need
CANS	Care And Needs Scale
CBJ	Comités Bijzondere Jeugdbijstand
CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
Checklist MST/FFT/(MDFT)	Checklist Multi System Therapy, Functional Family Therapy, Multidimensional Family Therapy
CIG	Centra voor Integrale Gezinszorg
CKG	Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
COS	Centra voor Ontwikkelingsstoornissen
DD – SNAP	Developmental Disabilities – Support Needs Assessment Profile
DMW	Diensten voor Maatschappelijk Werk
ECSII	Early Childhood Service Intensity Inventory
GA	Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdiensten
ICAP	Inventory for Client and Agency Planning
IJH	Integrale Jeugdhulp
IS	Indicatiestelling
ISV	Indicatiestellingsverslag
IZIKA	Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan
KD	Kinderpsychiatrische Diensten
MATE	Metten van Addicties voor Triage en Evaluatie 2.0
MDT	Multidisciplinair Team
NRTJ	Niet – Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp
OBC1	Observatie- en Behandelcentra
OBC2	Observatiecentra, erkend of georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de gecoördineerde decreten voor bijzondere jeugdbijstand

OOOC	Onthaal, Observatie- en Oriëntatiecentra
PEC	Provinciale Evaluatie Commissie (VAPH)
RC	Revalidatiecentra
SIS	Supports Intensity Scale 1.2 NL
STEP	Standaard Taxatie Ernst Problematiek
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VGF	Vragenlijst Gezinsfunctioneren
VK	Vertrouwencentra Kindermishandeling
VSPS	Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie
ZZI – VAPH	Zorgzwaarte-Instrument van het VAPH

Overzicht tabellen

Tabel 1: Zorgintensiteit-/zorgzwaartedimensies van de beoordeelde instrumenten	88
Tabel 2: Zorgintensiteit-/zorgzwaartedimensies en inhoud van in te schalen domeinen van de beoordeelde instrumenten	92
Tabel 3: Invoergegevens van de beoordeelde instrumenten	95
Tabel 4: Uitkomstvariabelen zorgintensiteit/zorgzwaarte van de beoordeelde instrumenten	100
Tabel 5: Leeftijdsgroep van de beoordeelde instrumenten	101
Tabel 6: Contact cliënt – beoordelaar bij de beoordeelde instrumenten	104
Tabel 7 Beoogde doelgroepen van de beoordeelde instrumenten	112
Tabel 8: Achtergrond van de beoordeelde instrumenten	120
Tabel 9: Normen van de beoordeelde instrumenten	123
Tabel 10: Betrouwbaarheid van de beoordeelde instrumenten	128
Tabel 11: Validiteit van de beoordeelde instrumenten	134
Tabel 12: Huidig gebruik van inhoudelijke en/of procesmodellen bij indicatiestelling	143
Tabel 13: Huidig bepalende factoren bij indicatiestelling	147
Tabel 14: Ervaren knelpunten bij huidige werkwijze	151
Tabel 15: Standpunten t.a.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ	153
Tabel 16: Argumenten tegen/voor de intersectorale toegangspoort NRTJ	155
Tabel 17: Standpunten t.a.v. functie indicatiestellingsteam	157
Tabel 18: Standpunten t.a.v. aanvraagdocument NRTJ	159
Tabel 19: Standpunten t.a.v. en argumenten tegen/voor typemodules	161
Tabel 20: Standpunten t.a.v. het indicatiestellingsverslag	162

Inleiding

1 Context onderzoek¹

Deze opdracht situeert zich in het kader van de implementatie van de intersectorale toegangspoort niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp (NRTJ) binnen Integrale Jeugdhulp. De centrale doelstelling is voorstellen te formuleren inzake een instrument (of instrumentarium) om in het kader van indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgzwaarte/zorgintensiteit² te bepalen en om na te gaan of de aangeboden zorgintensiteit voldoende is. Het instrument dient toegepast te kunnen worden in de praktijk van alle betrokken sectoren. Het onderzoek is erop gericht de instrumenten gebruikt in het VAPH, de instrumenten gebruikt binnen Jongerenwelzijn en de instrumenten aanwezig in het bredere (Nederlandstalig en internationaal) zorglandenschap te identificeren en te beoordelen op de procesmatige en inhoudelijke kwaliteitseisen van indicatiestelling.

Aanleiding voor dit onderzoek is de implementatie van de intersectorale toegangspoort die vanaf 1 januari 2014 onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De toegangspoort moet er garant voor staan dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulp kan worden ingezet op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat ze prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. De toegangspoort moet ook de flexibele inzetbaarheid en combineerbaarheid van modules mogelijk maken vanuit een vraaggericht perspectief.

De toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp wordt momenteel georganiseerd door twee sectorale poorten: het Bureau van het Comité Bijzondere Jeugdzorg en de Provinciale Evaluatiecommissie van het VAPH. Deze zullen worden vervangen door de intersectorale toegangspoort die de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp die zich richt tot minderjarigen en hun ouders, hun opvoedingsverantwoordelijken en/of personen uit hun leefomgeving.

Iedere jeugdhulpaanbieder kan rechtstreeks aanmelden bij de toegangspoort. Het besluitvormingsproces tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp respecteert volgende stappen: vraagverheldering/diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing.

De aanmelding bij de toegangspoort gebeurt met een aanvraagdocument NRTJ, dat een luik vraagverheldering en een luik diagnostische gegevens bevat. Enkel erkende

¹ De context van dit onderzoek is in evolutie. Het concept van de intersectorale toegangspoort NRTJ is in volle ontwikkeling en ondergaat nog aanpassingen. Onderstaand geschetste context vormt het kader van dit onderzoek.

² In dit rapport worden zorgintensiteit en zorgzwaarte als synoniemen van elkaar gehanteerd. Zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt opgevat als de hoeveelheid aan of de mate van hulp.

multidisciplinaire teams (MDT) kunnen een aanvraagdocument met diagnostische gegevens en een voorstel van indicatie aanleveren.

Een team indicatiestelling staat in voor de behandeling van de aanvraagdocumenten. Dit team zal de vraagverheldering screenen, de kwaliteit van de aangeleverde diagnostiek screenen en op basis van deze gegevens instaan voor het indiceren van een range van mogelijke modules jeugdhulp. Het team toewijzing bepaalt welke voorzieningen de geïndiceerde hulp daadwerkelijk zullen aanbieden.

De huidige opdracht situeert zich in de laatst genoemde opdracht van het indicatiestellingsteam. Het team indicatiestelling moet op basis van het aanvraagdocument NRTJ de hulpvrager een indicatiestellingsverslag kunnen aanreiken. Dit is een soort van toegangsticket dat noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor het aanbod van de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het indicatiestellingsverslag beschrijft in typemoduletaal welke hulp minimaal aangewezen en welke hulp maximaal wenselijk is.

Er zijn een aantal procesmatige kwaliteitseisen opgesteld in de intersectorale toegangspoort NRTJ waaraan de indicatiestelling moet voldoen. Het heeft ten minste volgende kenmerken: multidisciplinariteit en meervoudige partijdigheid, onderbouwing, samenhang, onafhankelijkheid, cliëntparticipatie en tijdigheid. Daarnaast zijn er inhoudelijke kwaliteitseisen van toepassing op het indicatiestellingsverslag. Het komt tegemoet aan volgende principes en omvat, naast de administratieve gegevens van de cliënt, minstens volgende informatie: taalgebruik, synthese van de diagnostiek, meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp, urgentiebepaling, geldigheidsduur en subsidiariteitsprincipe.

2 Opzet van het onderzoeksrapport

Dit onderzoeksrapport is opgedeeld in vier grote delen. In de inleiding wordt de context van het onderzoek aangegeven en wordt de intersectorale toegangspoort NRTJ gesitueerd.

In 'Deel 1: Referentiekader: begripsbepaling op basis van literatuur' worden verschillende begrippen met een beperkte literatuurstudie gedefinieerd en uitgewerkt (diagnostisch proces, diagnostiek, diagnose, indicatiestelling, zorgintensiteit/ zorgzwaarte). Tevens is per begrip nagegaan hoe het zich verhoudt t.o.v. de intersectorale toegangspoort.

In 'Deel 2: Instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte' worden instrumenten voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte onder de loep genomen. Er worden beknopte beschrijvingen gepresenteerd van vijftien gevonden instrumenten (voor een uitgebreide beschrijving en beoordeling van de instrumenten verwijzen we naar de bijlagen op bijgeleverde CD-ROM of op de website). Nadien worden de instrumenten beoordeeld in twee fasen. In een eerste fase ondergaan alle instrumenten een evaluatie op enkele cruciale domeinen. In een tweede fase worden de geslaagde instrumenten geëvalueerd op enkele bijkomende criteria. Elke beoordelingsfase wordt afgerond met een discussie en besluit.

In 'Deel 3: Intersectorale focusgroepen' wordt ingegaan op de standpunten en verwachtingen van de verschillende sectoren van het Vlaamse zorglandschap over de zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling in de indicatiestellingsfase van de toegangspoort en over de toekomstige werking van de toegangspoort.

In het laatste deel van het onderzoeksrapport, 'Deel 4: Besluiten en aanbevelingen', worden de belangrijkste conclusies gepresenteerd en worden de voorgaande delen samengebracht. Tevens worden enkele beperkingen van het onderzoek aangegeven. Dit deel sluit af met enkele beleidsaanbevelingen.

3 Situering van de intersectorale toegangspoort NRTJ³

3.1 Inleiding

De intersectorale toegangspoort is het orgaan dat vanaf 1 januari 2014 onafhankelijk van de jeugdhulpaanbieders de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. De aanvragen voor individuele materiële Bijstand (IMB) en het Persoonlijke Assistentie Budget (PAB) worden, na ontvangst en beoordeling door het team Indicatiestelling van de intersectorale toegangspoort, overgemaakt aan het VAPH voor de verdere (technische) uitvoering van het onderzoek in functie van een volledige en inhoudelijk correct geformuleerde indicatiestelling. Ook het gebruik van PSA (Preventieve Sociale Actie binnen Jongerenwelzijn) zal door de intersectorale toegangspoort geregeld worden.

Niet-rechtstreeks toegankelijke hulp is het jeugdhulpaanbod dat op basis van een kwantitatieve en kwalitatieve weging door de overheid als niet-rechtstreeks toegankelijk wordt gepositioneerd. Het onderscheid tussen rechtstreekse en niet-rechtstreeks toegankelijke modules loopt over de sectorale grenzen heen en wordt binnen alle sectoren op dezelfde wijze vastgelegd (cf. de weging van de typemodules).

De toegangspoort moet er garant voor staan dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke hulp enkel kan ingezet worden op grond van een kwaliteitsvolle, van het aanbod onafhankelijke indicatiestelling en dat ze prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. De toegangspoort moet ook de flexibele inzetbaarheid en combineerbaarheid van modules mogelijk maken vanuit een vraaggericht perspectief.

De toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp wordt momenteel georganiseerd door twee sectorale poorten: het Bureau van het Comité Bijzondere Jeugdzorg en de Provinciale Evaluatiecommissie van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Deze worden vervangen door de intersectorale toegangspoort die de buitengerechtelijke toegang zal organiseren tot alle niet-rechtstreeks toegankelijke

³ Deze sectie moet worden beschouwd als een samenvatting van de 'Concepttekst intersectorale toegangspoort. Vraagverheldering/diagnostiek – indicatiestelling – toewijzing en maatschappelijke noodzaak.' Versie 17 januari 2011. Beschikbaar via de website van IJH (<http://wvg.vlaanderen.be>).

hulp die zich richt tot -18 jarigen, of tot minderjarigen en hun ouders, hun opvoedingsverantwoordelijken en/of personen uit hun leefomgeving.

De intersectorale toegangspoort wordt op die manier de buffer tussen de rechtstreeks en de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp van de volgende sectoren: Kind en Gezin, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Jongerenwelzijn, de Centra Algemeen Welzijnswerk, de Centra voor Integrale Gezinszorg en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. De Centra voor Leerlingenbegeleiding hebben geen aanbod niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Ook de toegang tot verlengde maatregelen Bijzondere Jeugdzorg zal geregeld worden via de intersectorale toegangspoort.

Ten einde de intersectorale toegangspoort toe te laten om ook het bestaande aanbod 'voortgezette jeugdhulpverlening' aan jongeren ouder dan 18 jaar te indiceren en toe te wijzen dient deze bevoegdheid regelgevend te worden toegekend aan de teams van de intersectorale toegangspoort. Zowel binnen het VAPH als in het Agentschap Jongerenwelzijn wordt vandaag voortgezette jeugdhulpverlening aan +18 jarigen op een flexibele wijze toegewezen.

Iedere jeugdhulpaanbieder kan rechtstreeks aanmelden bij de toegangspoort. Het besluitvormingsproces tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp respecteert volgende stappen: vraagverheldering/diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing. De toegangspoort staat in voor de kwaliteitscontrole op de haar aangeleverde diagnostiek, voor de indicatiestelling in individuele cliëntsituaties en voor de daarbij aansluitende toewijzing van de hulp aan de cliënt⁴.

De aanmelding bij de toegangspoort gebeurt middels een aanvraagdocument NRTJ, dat een luik vraagverheldering en een luik met diagnostische gegevens bevat. Alleen de erkende multidisciplinaire teams kunnen vergoed worden voor het bijeenbrengen en aanleveren van diagnostiek, via het invullen van het luik 'diagnose' in het aanvraagdocument.

Binnen de toegangspoort staat een team indicatiestelling in voor de behandeling van de aanvraagdocumenten. Dit team zal in het bijzonder de vraagverheldering screenen, de kwaliteit van de aangeleverde diagnostiek screenen en op basis van deze gegevens instaan voor het indiceren van een range van mogelijke modules jeugdhulp. Het team toewijzing bepaalt welke voorzieningen de geïndiceerde hulp daadwerkelijk zullen aanbieden.

Het installeren van de toegangspoort grijpt in op de structuur van het jeugdhulpaanbod, o.m. door het instellen van een intersectoraal onderscheid tussen rechtstreeks en niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Het heeft ook consequenties voor de lopende sectorale processen van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing. De installatie van de intersectorale toegangspoort zal ook de (her)allocatie van personeel tot gevolg hebben.

⁴ Omwille van de leesbaarheid wordt de term 'cliënt' gehanteerd, ook wanneer die in een medische context 'patiënt' genoemd wordt. Met de term 'cliënt' wordt in eerste instantie de minderjarige bedoeld. Hij vormt immers het aangrijpingspunt van de jeugdhulp. Uiteraard wordt de minderjarige steeds benaderd vanuit zijn context (ouders, opvoedingsverantwoordelijken en leefomgeving).

Wanneer een situatie erkend wordt als problematische opvoedingssituatie (POS) geeft dit niet alleen toegang tot het niet-rechtstreeks toegankelijk hulpaanbod van Jongerenwelzijn maar wordt ook de mate waarin de hulp maatschappelijk noodzakelijk wordt geacht, meegenomen. Vanaf 2014 worden deze twee taken onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. De toegang tot alle niet-rechtstreeks toegankelijk jeugdhulp gebeurt vanaf dan via de intersectorale toegangspoort. De inschatting, beoordeling en opvolging van maatschappelijk noodzakelijk geachte hulp gebeurt vanaf dan onafhankelijk van de toegangspoort.

Op de eerste lijn zullen voorzieningen gevat door Integrale jeugdhulp, georganiseerd in netwerken RTJ daarbij een belangrijke rol spelen. Op de tweede lijn situeren zich de diensten met een specifiek mandaat, de Gemandateerde Voorzieningen Maatschappelijke Noodzaak (GV MaNo). Het betreft in eerste instantie het nieuw op te richten 'Bureau Jeugdhulp' dat in principe enkel toegankelijk zal zijn voor de jeugdhulpvoorzieningen die zich niet (meer) alleen in staat achten om een verontrustende situatie in te schatten, te beoordelen en/of op te volgen.

De beleidskeuze om de toegang tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulp los te koppelen van het bepalen van het maatschappelijk noodzakelijk karakter van hulp noopt tot aanpassingen van de regelgeving m.b.t. de overgang naar de gerechtelijke jeugdhulp: de Bemiddelingscommissie Bijzondere Jeugdbijstand wordt afgeschaft, de toegang tot het gerecht wordt gewijzigd op het vlak van de vorderingsgronden en de modaliteit van rechtstreekse toegang tot de jeugdrechter in hoofde van minderjarigen, ouders en opvoedingsverantwoordelijken wordt geïnstalleerd. De optimalisering van de overgang naar de gedwongen hulp is een gelijktijdige en fundamentele beweging in het hulpverleningslandschap. Door het installeren van de toegangspoort wordt de decretale kwalificatie van een problematische opvoedingssituatie (POS) ontrafeld en meteen geïntersectoraliseerd.

De toegang tot de gerechtelijke jeugdhulp wordt ook in de toekomst opgenomen door de sociale diensten van de jeugdrechtbank. Het lange termijnperspectief is om ook in de gerechtelijke context het proces van diagnostiek en indicatiestelling op een gelijkwaardige manier te laten verlopen zoals in de buitengerechtelijke context.

Wat de toewijzing van gerechtelijke jeugdhulp betreft, wordt voorzien in het organiseren van samenwerking met de buitengerechtelijke jeugdhulp via het intersectoraal capaciteitsbeheer. Dit gebeurt via samenwerking met het team toewijzing van de toegangspoort. Ten slotte is ook geopteerd om het maatregelenpakket van de jeugdrechter bij hoogdringendheid uit te breiden in functie van een meer vraaggestuurde hulpverlening.

De overheid creëert met de intersectorale toegangspoort een transparant kader waarin hulpvragen zo snel en accuraat mogelijk de juiste hulp kunnen krijgen en waarbij de nodige regie gevoerd wordt voor de totaliteit van de hulpvraagdossiers. De overheid doet dit in goed partnerschap met de jeugdhulpaanbieders en de cliënt.

Het nieuw organisatiemodel van de toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp wil de garantie bieden op een kwaliteitsvol, snel, accuraat en intersectoraal antwoord op een geïndiceerde hulpvraag van een minderjarige en/of zijn gezin.

3.2 De aanmelding bij de toegangspoort en de rol van de netwerkpartners

Kinderen, jongeren en ouders moeten in principe met hun (algemene) vragen bij de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp terecht kunnen. De diensten die de 'brede instap' verzekeren, het onthaal door de preventieve gezinsondersteuning van Kind en Gezin, de Centra voor Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Leerlingenbegeleiding staan hiervoor garant. Deze hulpaanbieders verhelderen de hulpvraag, verstrekken gevraagde informatie en bieden, indien nodig, kortdurende eerste hulp aan.

De diensten 'brede instap' verwijzen, indien nodig, ook door naar diensten die meer probleemgebonden hulp verlenen (zowel rechtstreekse als niet-rechtstreeks toegankelijk), naar diensten die een diagnose m.b.t. de hulpvraag kunnen stellen of naar de meldpunten van de hulpprogramma's crisisjeugdhulp.

Naast vraagverheldering kan gepaste diagnostiek essentieel zijn om jongeren en hun gezin doorheen de jeugdhulp te navigeren. De erkende MDT's zijn rechtstreeks toegankelijk of kunnen door het team indicatiestelling van de toegangspoort ingezet worden wanneer ze niet-rechtstreeks toegankelijk zijn. Het diagnostisch aanbod van de netwerken RTJ moet voldoende snel kunnen worden ingezet.

3.2.1 Het aanvraagdocument NRTJ (A-document)

3.2.1.1 Het 'aanvraagdocument NRTJ' als instrument en als concept

Wanneer jeugdhulpaanbieders en een minderjarige en/of zijn gezin samen tot de vaststelling komen dat meer ingrijpende (en dus niet-rechtstreeks toegankelijke) jeugdhulp aangewezen is, kan een aanvraag bij de toegangspoort worden ingediend.

Dit gebeurt op basis van het 'aanvraagdocument NRTJ'⁵ dat de jeugdhulpaanbieder in samenspraak met de minderjarige/het gezin, en desgevallend andere betrokken jeugdhulpaanbieders opmaakt. In het 'aanvraagdocument NRTJ' worden alle noodzakelijke (diagnostische) gegevens opgenomen in functie van het aanvragen van niet-rechtstreeks toegankelijke hulp.

Het aanvraagdocument kenmerkt zich door een tweeledigheid.

Het bevat een luik 'vraagverheldering' en een luik 'diagnostiek'. Deze tweeledigheid moet iedere hulpverlener de mogelijkheid bieden om naar de toegangspoort te stappen.

Om een vraag naar niet-rechtstreekse hulp te kunnen stellen, dienst minstens het luik vraagverheldering ingevuld te worden. Het resultaat van een onderzoek door een MDT is een verzameling van diagnosegegevens (zo mogelijk verstrekt volgens vooropgestelde protocollen) en een voorstel van indicatiestelling. Essentieel bij het voorstel tot indicatiestelling is dat er een inschatting gemaakt wordt van de zorgzwaarte die nodig is om de jongere en zijn gezin verder te helpen. Om deze zorgzwaarte/-intensiteit te bepalen, wordt een specifiek instrument uitgewerkt.

⁵ Zie Bijlage Deel I - bijlage 1

3.2.1.2 Proces van aanmelding en de mogelijke rol van bemiddeling

Bij het proces van aanmelding kan het gebeuren dat de aanmelder/contactpersoon en cliënt niet (langer) op dezelfde lijn zitten qua vraag naar jeugdhulp. Die onenigheid kan de vorm aannemen van een conflict tussen beide partijen of het kan betekenen dat er geen instemming is van de minderjarige of de ouders m.b.t. het aanvragen van NRTJ. Geen instemming kan, maar hoeft niet te wijzen op een vorm van verontrusting.

In geval van verontrusting kan de samenwerking met andere diensten of met het Bureau Jeugdhulp en (ingeval van vermoeden van kindermishandeling) met de Vertrouwenscentra Kindermishandeling een oplossing bieden. Is er geen sprake van verontrusting dan kan een beroep worden gedaan op de functie bemiddeling in de netwerken IJH.

3.3 Indicatiestelling

Het aanvraagdocument NRTJ wordt op elektronische wijze aan de toegangspoort bezorgd. Wanneer een aanvraagdocument NRTJ is ingediend bij de toegangspoort komt dit terecht bij het team indicatiestelling. Dit team kan de hulpaanvrager een indicatiestellingsverslag aanreiken. Het is een soort toegangsticket dat noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor het aanbod van NRTJ.

3.3.1 Proces/traject indicatiestelling

3.3.1.1 Proces (her)indicatiestelling

Kennisname aanvraag (her)indicatiestelling

Het team indicatiestelling neemt kennis van een vraag naar indicatiestelling (piste a) of een vraag naar herindicatiestelling (piste b) op basis van het aanvraagdocument NRTJ.

Herindicatiestelling dient te gebeuren wanneer de termijn van de eerste indicatiestelling is verstreken of wanneer er zich een grondige wijziging voordoet in de situatie van de cliënt die reeds in het bezit is van een indicatiestellingsverslag. Bij een grondige wijziging van de diagnostische gegevens kan er immers ook een herindicatiestelling (een IS die volgt op een IS) plaatsvinden.

Een herindicatiestelling gebeurt eveneens via het aanvraagdocument NRTJ. Het principe bij herindicatiestelling is dat men bij de opmaak van het aanvraagdocument niet helemaal opnieuw moet beginnen. De nieuwe gegevens zullen, mits het akkoord van de cliënt, worden gevoegd bij de reeds beschikbare gegevens van de eerste indicatiestelling. Verder zijn de te doorlopen stappen dezelfde bij beide pistes.

Nagaan of IS-proces kan opgestart worden en aanduiden van een dossierverantwoordelijke

De administratieve medewerker van het team indicatiestelling doet een ontvankelijkheidscheck op het aanvraagdocument NRTJ. Het betreft een administratieve toets waarbij wordt nagegaan of het aanvraagdocument voldoende is ingevuld en of alle noodzakelijke gegevens beschikbaar zijn.

Indien gegevens ontbreken, wordt het document niet doorgestuurd voor verwerking en wordt het 'niet-ontvankelijk' verklaard. Dit wordt gemeld aan de cliënt en aan de aanmelder. Indien alle noodzakelijke gegevens aanwezig zijn, wordt het aanvraagdocument NRTJ wel 'ontvankelijk' verklaard. In dat geval verstuurt de administratieve medewerker van het team indicatiestelling een e-mail naar de aanmelder, een brief naar de cliënt en een kopie van de brief naar de aanmelder met vermelding van de dossierverantwoordelijke.

Het dossier wordt binnen het team indicatiestelling toevertrouwd aan een dossierverantwoordelijke.

Wanneer de cliënt verhuist naar een andere provincie verhuist zijn dossier ook naar de toegangspoort van die provincie. In dat geval wordt een andere dossierverantwoordelijke aangeduid. Het dossier wordt elektronisch opgemaakt, overgemaakt en bewerkt. De cliënt heeft recht op toegang tot zijn dossier.

De modaliteiten van deze toegang zijn vastgelegd in de wet patiëntenrechten en in het decreet rechtspositie van de minderjarige in de Integrale jeugdhulp.

De dossierverantwoordelijke toetst het aanvraagdocument NRTJ aan de kwaliteitseisen diagnostiek. Het aanvraagdocument NRTJ moet immers, in geval van aanlevering van diagnostiek, aansluiten bij de kwaliteitseisen diagnostiek, zoals vast te leggen bij uitvoeringsbesluit.

De dossierverantwoordelijke volgt het dossier op, analyseert de beschikbare gegevens en klasseert het dossier als een 'consensusdossier (A-dossier)' of als een 'besprekingsdossier (B-dossier)'.

In geval van een A-dossier is er voldoende beschikbare informatie om eenduidig tot een indicatiestellingsverslag te komen. In geval van een B-dossier is dit niet het geval.

Consensusdossiers zijn dossiers waarbij de kwaliteitseisen, zowel inhoudelijk als procesmatig, volledig getrouw zijn nagekomen. Het beoordelingsproces leidt dan tot een omschrijving van te indiceren hulp die in overeenstemming is met de hulpvraag. Indien dit niet het geval is, gaat het om besprekingsdossiers. Het is de bedoeling dat consensusdossiers zo snel als mogelijk doorstromen naar het team toewijzing.

Opstarten IS-proces

De dossierverantwoordelijken bespreken de hun toegewezen dossiers in teamverband. Indien aangewezen kan de dossierverantwoordelijke vóór de bespreking in teamverband per mail bijkomende gegevens opvragen.

De consensusdossiers worden in groep goedgekeurd op basis van een voorstel van indicatiestelling door de dossierverantwoordelijke. Voor de besprekingsdossiers kan het team tot drie besluiten komen.

1. Er dient contact te worden opgenomen met de aanmelder of met (één van) de gezinsleden teneinde nog beter zicht te krijgen op de hulpvraag.
2. Er is een voldoende basis om te komen tot een indicatiestellingsverslag. Als blijkt dat er geen nood is aan bijkomende informatie, wordt een indicatiestellingsverslag opgemaakt door het team IS.
3. Er is nood aan bijkomende diagnostiek. Als dat uit de toetsing van de kwaliteitseisen noodzakelijk zou blijken te zijn dan kan de dossierverantwoordelijke per mail bijkomende gegevens opvragen. Dit kan gebeuren ten aanzien van de contactpersoon-aanmelder. Het team IS kan ook, mits het akkoord van de cliënt een gerichte vraag stellen ten aanzien van een MDT of ten aanzien van een externe diagnosticus via een MDT.

Iedere vraag naar bijkomende gegevens moet worden gemotiveerd en dient te gebeuren binnen een termijn van maximum tien werkdagen. De termijn voor het aanleveren van de bijkomende diagnostiek wordt door het team IS vastgelegd in overleg met de betrokken jeugdhulpaanbieders. De contactpersoon-aanmelder informeert de cliënt over deze bijkomende opdracht. In het geval dat het team IS wenst dat er een externe diagnosticus wordt aangesproken, dienen de aanmelder en de cliënt hiervan op de hoogte te worden gebracht.

Binnen de afgesproken termijn leveren de contactpersoon-aanmelder of het MDT de bijkomende diagnostische gegevens aan de dossierverantwoordelijke van het team IS aan. De bespreking daarvan in teamverband leidt tot een indicatiestellingsverslag.

Een goede IS-werking veronderstelt dat de teamleden een voldoende, open en goede communicatie met de cliënt onderhouden. Daarbij ligt de nadruk op de kwaliteit, eerder dan op de kwantiteit van de contacten tussen de cliënt en het IS-team. Via het aanvraagdocument NRTJ, bij de aangrijpingspunten voor hulpverlening, kan de cliënt expliciet aangeven of hij tijdens de fase van de indicatiestelling contact wil hebben met de dossierverantwoordelijke van het IS-team. De dossierverantwoordelijke neemt in dat geval het initiatief om de cliënt uit te nodigen binnen een vastgelegde termijn. Een contact met de cliënt moet in ieder geval voorzien worden wanneer er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling. De cliënt kan de aanmelder verzoeken om hem/haar te vergezellen bij dit gesprek.

Teneinde de vraaggerichtheid en onafhankelijkheid van het IS-team te waarborgen, is het essentieel dat de met de cliënt onderhandelde en aanvaarde hulp, zoals ook vermeld in het aanvraagdocument NRTJ of geformuleerd door de cliënt tijdens een gesprek, expliciet benoemd wordt. Wat als niet wenselijk wordt gezien door de cliënt wordt eveneens vermeld.

De bespreking van het team indicatiestelling resulteert in het uitwerken van een indicatiestellingsverslag (ISV) en/of in een doorverwijzing naar een aan IJH 'externe' dienst wanneer er nood is aan jeugdhulp die niet valt onder het toepassingsgebied van IJH. Als m.a.w. zou blijken dat de meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp

zich helemaal buiten het toepassingsgebied van IJH situeert (bv. nood aan kinderpsychiatrische hulp) dan neemt de toegangspoort ook hierin, en in overleg met de aanmelder, mede verantwoordelijkheid op voor een goede doorverwijzing.

Het ISV beschrijft in typemodules welke hulp minimaal aangewezen en welke hulp maximaal wenselijk is. Het ISV wordt door de dossierverantwoordelijke aan het team toewijzing bezorgd.

De betrokkenen worden op de hoogte gebracht van de besluitvorming van het team indicatiestelling. Hiertoe wordt een mail gestuurd naar de contactpersoon-aanmelder (incl. kopie van een brief naar cliënt) en een brief naar de cliënt.

De contactpersoon-aanmelder krijgt de mail van het IST vooraleer de cliënt de brief ontvangt. Dit laat de contactpersoon-aanmelder toe om de cliënt op voorhand in te lichten over de uitkomst van het ISV of over de nood aan behandeling van het dossier door een andere dienst.

Op de brief naar de cliënt staat zijn contactpersoon-aanmelder vermeld die beschikt over de contactgegevens van de dossierverantwoordelijke binnen de toegangspoort. Daarnaast staan de contactgegevens van de dossierverantwoordelijke van de toegangspoort ook op elke communicatie vermeld. Er wordt vermeld dat de cliënt bij vragen of opmerkingen bij voorkeur contact opneemt met zijn contactpersoon-aanmelder maar, indien gewenst, ook rechtstreeks contact kan opnemen met de dossierverantwoordelijke van het team indicatiestelling. In geval het IS-team van oordeel is dat NRTJ-aanbod buiten de toegangspoort is aangewezen dan vermeldt de brief ook de contactgegevens van voorzieningen die wel in aanmerking komen voor het verstrekken van hulp.

Procesmatige kwaliteitseisen indicatiestelling

Het indicatiestellingsproces heeft ten minste onderstaande kenmerken.

1. Multidisciplinariteit

De indicatiestelling is in elke geval het resultaat van een intercollegiaal, multidisciplinair en deskundig proces. Indien aangewezen kan specifieke deskundigheid worden ingeschakeld.

2. Onderbouwing

De indicatiestelling komt maximaal tot stand volgens een professionele en op effectiviteit gestoelde methodiek en wordt zo mogelijk gestaafd door effectiviteitservaring en -onderzoek.

De indicatiestelling is gebaseerd op wetenschappelijk betrouwbare en valide parameters. Dit leidt tot een objectieve indicatiestelling in functie van de latere toewijzing. Het team indicatiestelling beschikt over eenduidige instrumenten om de gepaste zorgintensiteit te bepalen en om na te gaan of de aangeboden zorgintensiteit voldoende is.

3. Samenhang

De indicatiestelling is intern samenhangend en houdt in de mate van het mogelijke rekening met de resultaten van de reeds lopende en eerder verleende hulp.

4. *Onafhankelijkheid*

De indicatiestelling sluit maximaal aan bij de vraag en de behoefte van de cliënt en houdt geen rekening met de beschikbaarheid van de geïndiceerde hulp.

(In de indicatiestelling worden geen concrete hulpaanbieders of concrete modules genoemd. Wel wordt voor het omschrijven van de geïndiceerde hulp maximaal gebruik gemaakt van het gestandaardiseerde begrippenkader dat ontwikkeld werd voor het beschrijven van modules (functies, probleemkenmerken, enz.).

5. *Cliëntparticipatie*

De toegangspoort draagt de verantwoordelijkheid voor het uitnodigen van de cliënt voor de bespreking van een voorstel van indicatiestelling. Voor iedere casus onderzoekt ze de noodzaak en de meerwaarde van een dergelijke bespreking. De cliënt van zijn kant kan steeds een dergelijke bespreking aanvragen. Een contact met de cliënt moet in ieder geval voorzien worden wanneer er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling. Het indicatiestellingsverslag wordt opgesteld in een voor de cliënt zo toegankelijk mogelijke taal.

6. *Tijdigheid*

Het indicatiestellingsverslag wordt afgeleverd binnen dertig kalenderdagen na ontvangst van het aanvraagdocument door de toegangspoort, op voorwaarde dat de diagnostiek voldeed aan de kwaliteitseisen. Deze termijn is niet van toepassing op een eventuele urgentieprocedure.

Vanuit het cliëntperspectief lijken 30 kalenderdagen te lang, maar vanuit een operationeel oogpunt lijkt dit zelfs een korte periode. De termijn wordt daarom als compromis behouden met dien verstande dat het team IS gevraagd wordt om naar de kortst mogelijke periode te streven.

Inhoudelijke kwaliteitseisen van het Indicatiestellingsverslag (ISV)

Het indicatiestellingsverslag komt tegemoet aan volgende principes en omvat, naast de administratieve gegevens van de cliënt, minstens volgende informatie:

1. *Taalgebruik.*

Het ISV dient in een duidelijke taal te worden geschreven in functie van de grootst mogelijke begrijpelijkheid voor iedereen betrokken bij de aanvraag.

2. *Synthese van de diagnostiek*

Het ISV omvat een korte, consistente samenvatting van de diagnostische bevindingen waarop de indicatiestelling geënt is. Deze samenvatting bevat ten minste een beschrijving van de problematiek, een aanduiding van de ernst ervan en een kort overzicht van de vroegere en huidige hulpverlening.

3. *Meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp*

Het indicatiestellingsverslag omvat een beschrijving van:

- de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en eventuele alternatieven volgens de indicatiesteller. Het IS-team baseert zich hiervoor op de

aangeleverde vraagverheldering, de diagnostiek en op het eventueel voorstel van indicatiestelling;

- de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en eventuele alternatieven volgens de cliënt;
- de hulp waarover na onderhandeling een consensus bestaat tussen de indicatiesteller en de cliënt.

Ook wanneer binnen het cliëntsysteem meningsverschillen bestaan aangaande de meest wenselijke hulp, de minimaal aangewezen hulp en/of eventuele alternatieven, worden deze in het indicatiestellingsverslag omschreven.

4. Urgentiebepaling

Het ISV bevat een bepaling van de urgentie waarmee de geïndiceerde hulp, in het belang van de cliënt, moet worden opgestart. Wanneer de urgentie verschilt naargelang het onderdeel van de indicatiestelling, wordt dit duidelijk aangegeven. De urgentie kan zowel in de vorm van een termijn als kwalitatief worden uitgedrukt (bv. gerelateerd aan de duur van een probleem).

5. Geldigheidsduur

In het ISV bepaalt men de geldigheidsduur van de indicatiestelling. Wanneer de geldigheidsduur verschilt naargelang het onderdeel van de indicatiestelling, wordt dit duidelijk aangegeven.

De geldigheidsduur kan zowel in de vorm van een termijn als kwalitatief worden uitgedrukt (bv. gerelateerd aan de duur van een probleem). Ingeval van onzekere condities of factoren wordt in overleg met alle partijen gestreefd naar een zo helder mogelijk compromis.

6. Subsidiariteitsprincipe

Bij gelijke efficiëntie dient te worden geopteerd voor de minst interveniërende hulpverlening.

3.3.2 Instrumenten team indicatiestelling

Het team indicatiestelling beschikt over eenduidige instrumenten om de gepaste zorgintensiteit te bepalen en om na te gaan of de aangeboden zorgintensiteit voldoende is.

De procedures van de indicatiestelling dienen te worden uitgewerkt in een kwaliteitshandboek. Daarnaast wordt een procedure uitgewerkt om op de consensusdossiers de nodige externe kwaliteitscontrole toe te passen.

3.4 Toewijzing

De procedurele uitwerking van de toewijzing streeft een maximale garantie na van toewijzing vanuit het standpunt van de cliënt. De toewijzer wijst op de keuzemogelijk-

heden van de cliënt om ofwel zelf jeugdhulp te vragen ofwel samen met de toewijzer hierover te onderhandelen. In het proces van toewijzing zijn vier partners actief: de cliënt met zijn contactpersoon/aanmelder, de voorziening, de toewijzer en het netwerk niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Bij toewijzing gaat het er ook om dat alle jeugdhulpaanbieders in gezamenlijke solidariteit de best mogelijke antwoorden bieden op de vragen van cliënten/patiënten.

In dit kader dienen zij actief te participeren aan de regie, planning en waar nodig de onderhandeling/dialogo⁶ omtrent toe te wijzen modules. De meeste dossiers komen tot een oplossing door een samenspel tussen de toewijzer, de cliënt en de voorziening.

3.4.1 Proces/traject indicatiestelling

3.4.1.1 Kennisneming vraag naar (her)toewijzing en aanduiden van een dossierverantwoordelijke

Het toewijzingsproces start met de kennisneming van het indicatiestellingsverslag of met de kennisneming van de vraag naar hertoewijzing door het team Toewijzing.

Een hertoewijzing is nodig in het geval een voorgaande toewijzing wanneer de periode verstreken is of wanneer er zich tijdens een lopende hulpverlening een herindicatiestelling heeft opgedrongen op basis van dewelke een hertoewijzing noodzakelijk is. Het akkoord van de cliënt moet bij een hertoewijzing expliciet gevraagd worden door de toewijzer. De betrokken jeugdhulpaanbieder, die niet noodzakelijk dezelfde is als de eerste aanmelder van het dossier bij de toegangspoort, levert de gegevens aan die nopen tot een nieuwe toewijzing.

Per dossier wordt in het team toewijzing een dossierverantwoordelijke aangesteld die het dossier opvolgt. Het dossier wordt elektronisch opgemaakt en bewerkt. De cliënt heeft recht op toegang tot zijn dossier. De modaliteiten van deze toegang zijn vastgelegd in de wet patiëntenrechten en in het decreet rechtspositie van de minderjarige in de Integrale jeugdhulp.

Het toewijzingsproces is een dynamisch proces. De context zal mee bepalen hoe de toewijzing verloopt. In wat volgt concretiseren we dat proces.

3.4.1.2 Nagaan of (her)toewijzing mogelijk is

Toewijzing toetst de indicatiestelling aan de kwaliteitseisen indicatiestelling in functie van toewijsbaarheid en geeft feedback aan de dossierverantwoordelijke van het team Indicatiestelling.

In de context van een hertoewijzing wordt nagegaan of de door de contactpersoon-aanmelder aangeleverde elementen toereikend zijn.

Op basis van een vraag van de cliënt of het team indicatiestelling en/of wanneer bepaalde elementen in de aanvraag daartoe nopen, kan de toewijzer, voorafgaand aan

⁶ De term 'bemiddeling' doelt enkel op de aanduiding van processen en handelingen die het vermijden of het oplossen van conflicten tussen cliënt en/of hulpverleners voor oog hebben.

de toewijzing contact hebben met de dossiereigenaar in het IS team en met de cliënt. Dit overleg heeft plaats na de indicatiestelling en voor de eigenlijke opstart van de toewijzing.

3.4.1.3 Omzetten van de aangewezen hulp in modules

Indien de indicatiestelling aan de kwaliteitseisen voldoet, kan overgegaan worden tot toewijzing. De indicatiestelling (vanuit het Team IS), die een bandbreedte van type-modules bevat, wordt omgezet in een module of combinatie van modules.

3.4.1.4 Het zoeken naar de meest aangewezen hulp

(kort traject)

Wanneer het aangewezen concreet jeugdhulpaanbod a.h.w. evident voortkomt uit het indicatiestellingproces en het hulpaanbod onmiddellijk kan toegewezen worden, dan dient geen toewijzingsproces te worden gelopen. Alle gegevens zijn dan bekend zodat er meteen een toewijzingsbeslissing (TWB) kan worden opgesteld. Niet voor alle problematieken dient een ruime range van voorzieningen toegewezen te worden (cf. aanbod voor kinderen met een auditieve - visuele handicap).

(lang traject)

De toewijzer informeert de cliënt en de contactpersoon-aanmelder over de aanbodmogelijkheden. De toewijzer geeft ook voldoende informatie mee zoals de vermoedelijke wachttijd per voorziening en de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen bij het realiseren van de toewijzing. Hij communiceert een range van voorzieningen die volgens hem het best in aanmerking komen voor de cliënt, rekening houdend met verschillende criteria zoals aangeboden modules, context, locatie, e.d.

De cliënt is vrij om zijn voorkeur uit te spreken voor de voorziening(en). Hij kan een keuze maken uit, indien mogelijk, minimaal twee voorzieningen. De keuzemogelijkheid kan ook meer dan twee voorzieningen betreffen. Indien de cliënt niet zelf een keuze maakt, is het de toewijzer die de voorziening(en) per toe te wijzen module kiest die volgens hem het meest aangewezen is (zijn). Het keuzeprocess en het dialogerend gebeuren zijn in deze sterk contextueel bepaald.

De cliënt kan in zijn keuzeprocess desgewenst rekenen op ondersteuning. Deze ondersteuning kan gebeuren op verschillende manieren:

1. door de contactpersoon-aanmelder;
2. door de toewijzer;
3. door een andere partner uit het werkveld.

De cliënt kan, indien gewenst en al dan niet ondersteund, de voorgestelde voorzieningen contacteren/bezoeken.

Het bezoek aan de voorziening(en) kan gezien worden als een kennismakingsgesprek. Het moet de cliënt maximaal in de gelegenheid stellen om zijn keuze te maken. In sommige gevallen kan dit bezoek ook een intakeproces zijn.

Dit wordt bepaald door een aantal factoren en situationele elementen: de praktijk van de voorziening, de draagkracht van de cliënt/het cliëntstelsel, de urgentie waarmee

zorg wordt gevraagd, de zekerheid waarmee men zijn keuze bepaalt (bv. ouders die de voorziening komen bezoeken met de verwachting om hun gehandicapt kind binnen twee jaar te plaatsen). Het resultaat van deze ronde moet duidelijkheid opleveren omtrent de bereidheid van de voorziening(en) om de jongere op de centrale wachtlijst te laten plaatsen door de toewijzer of om te cliënt op te nemen.

Nadat de cliënt één of meerdere voorzieningen werd voorgesteld en na een eventueel bezoek, worden maximaal twee potentieel geschikte voorzieningen afgesproken. Deze afspraak moet er zijn met de cliënt, de toewijzer en de voorziening(en). Het betreft een afstemmingsgebeuren waarvan melding wordt gemaakt in het toewijzingsverslag.

Wanneer de voorziening niet onmiddellijk bereid blijkt de cliënt op te nemen, neemt de toewijzer contact op met de voorziening en onderhandelt indien nodig. In elk geval geldt dat jeugdhulpaanbieders die niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpverlening aanbieden, een toewijzingsvoorstel enkel kunnen afwijzen om situationele redenen en niet op grond van indicaties en contra-indicaties, behoudens deze zoals opgenomen in de modules. Het afwijzen van een toewijzingsvoorstel moet in elk geval gemotiveerd worden.

Op basis van alle beschikbare gegevens en vooral van de gegevens vermeld in het veld urgentie van het aanmeldingsdocument NRTJ kan het team toewijzing een aantal dossiers tot prioriteitsdossiers benoemen.

In het samenwerkingsprotocol tussen de toegangspoort en de netwerken NRTJ worden tevens, binnen globale overheidslijnen, verdere afspraken gemaakt rond volgende items: (a) de criteria tot bepaling van prioritaire dossiers. Algemene criteria voor het erkennen van dossiers als prioriteitsdossiers zijn onder meer: de ernst van de problematiek, de draagkracht van de jongere en de context, crisissituaties in de voorgeschiedenis; (b) de verhouding tussen het aantal prioritaire dossiers t.o.v. de openstaande / vrij gekomen plaatsen waarvan de overheid de marge bepaalt en (c) de verdere uitvoeringsrichtlijnen m.b.t. het omgaan met 'gewone toegewezen hulpvragen'; (d) het bepalen van een procedure voor het toewijzen van moeilijk toe te wijzen dossiers (knelpuntdossiers).

3.4.1.5 Toewijzing module(s), opmaken van een toewijzingsverslag/beslissing

Het team toewijzing wijst een of (een combinatie van) meer modules toe of zet de cliënt op de centrale wachtlijst, met vermelding van de voorkeur van de twee als potentieel geschikte voorziening(en).

Wanneer de hulp wordt toegewezen, wordt een toewijzingsbeslissing opgemaakt. Indien de concrete toewijzing van de hulp langer dan tien dagen uitblijft, wordt een tussentijds toewijzingsverslag opgemaakt.

(kort traject)

Wanneer de toewijzer niet geconfronteerd wordt met een wachtlijstproblematiek, maakt hij een toewijzingsbeslissing die hij communiceert aan de cliënt.

(lang traject)

Wanneer de toewijzer geconfronteerd wordt met een wachtlijst, bezorgt hij een toewijzingsverslag dat een stand van zaken geeft van het toewijzingsproces. Het toewij-

zingsverslag is een document dat verschillende keren kan worden vernieuwd telkens dat aangewezen is omwille van een gewijzigde situatie en opdat de cliënt en de aanmelder op de hoogte blijven van de stand van zaken.

De voorziening communiceert wanneer er een bepaald aanbod vrijkomt. De toewijzer geeft aan of deze plaats met een 'prioriteitsdossier' of met een 'gewoon dossier' wordt ingevuld.

Bij de toewijzing wordt een evenwicht gezocht tussen de draagkracht van een voorziening en het principe van een (regionale) begeleidingsplicht. Dit betekent dat de voorziening, rekening houdend met de specifieke omstandigheden binnen de voorziening, zelf een keuze maakt uit de door de toewijzer aangeboden dossiers. Een niet-opname dient steeds te worden gemotiveerd door de betrokken voorziening.

Eens de geschikte plaats is vrijgekomen en de cliënt kan worden toegewezen, wordt de toewijzingsbeslissing (TWB) opgemaakt. De toewijzer wijst toe en bemiddelt met de voorziening indien nodig. Wanneer de voorziening bereid is de cliënt op te nemen, neemt de toewijzer contact op met de contactpersoon-aanmelder. Die neemt vervolgens contact op met de cliënt tot de toewijzing gerealiseerd is.

Al de nodige administratieve handelingen worden gesteld door de administratieve medewerker. De nodige dossiergegevens worden doorgegeven aan de voorziening.

De cliënt wordt desgevallend definitief van de centrale wachtlijst geschrapt.

De toewijzingsbeslissing (TWB) wordt gecommuniceerd naar de contactpersoon-aanmelder, de cliënt, de betrokken voorziening en haar sectorale administratie. De contactpersoon-aanmelder ontvangt de TWB via mail en de cliënt per brief waarvan ook een kopie verstuurd wordt naar de contactpersoon-aanmelder. De contactpersoon-aanmelder licht de cliënt in over de uitkomst.

Toewijzing staat in voor de uniforme administratieve afhandeling van de toewijzingen.

Van de voorzieningen die hulp verlenen, wordt verwacht dat ze bij doorlopende hulpverlening minstens jaarlijks en/of bij beëindiging van de hulpverlening samen met de cliënt de verstrekte hulpverlening evalueren. Deze evaluatie wordt desgevallend toegevoegd aan een herindicatiestelling of hertoewijzing.

Hoofdstuk 1:

Referentiekader: begripsbepaling op basis van literatuur

1 Inleiding

Tijdens het huidige onderzoek werd de nood aan een definiëring van de verschillende begrippen (diagnostiek, indicatiestelling, zorgzwaarte, zorgintensiteit, ...) duidelijk. Op dit ogenblik wordt in de praktijk immers niet eenduidig omgegaan met alle verschillende begrippen. Het is belangrijk dat alle begrippen worden verhelderd om verwarring te vermijden.

In dit deel worden respectievelijk de begrippen diagnostisch proces, diagnostiek, diagnose, indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaarte besproken op basis van literatuur. Tevens wordt per begrip een reflectie meegegeven m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ. Er wordt afgerond met een besluit.

2 Diagnostisch proces

2.1 Definiëring

De hoofdactiviteiten in de hulpverlening kunnen worden gegroepeerd als diagnostiek en interventie (hier ook in de betekenis van directe en indirecte begeleiding, behandeling, therapie e.d.). Diagnostiek kan worden beschouwd als de eerste fase in het proces van de hulpverlening (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & van Aarle, 2003). Diagnostiek is niet eenvoudig te definiëren. Verschillende definities kunnen in de literatuur worden gevonden (zie bijvoorbeeld enkele op het eerste zicht uiteenlopende definities):

- diagnostiek is een zoeken naar zin of betekenis en/of naar wegen om tot (meer gedeelde) zin en betekenis te geraken; een zoeken naar de aard van iemands verhouding tot zijn handelen, gericht op herstel of bewerkstelligen van autonomie; en het zoeken naar wegen van openingen ter realisering van iemands eigen geschiedenis (Baartman, 1986) versus
- diagnostiek is een zoek- en beslissingsproces waarbij de diagnosticus problemen onderkent en analyseert in dialoog met de cliënt en zijn omgeving. De diagnosticus zoekt naar mogelijke verklaringen voor de problemen met als doel het geven van een advies dat gericht is het oplossen van die problemen. Het begin is de hulpvraag van de cliënt of de problemen door de cliënt of diens omgeving gesignaleerd (De Bruyn et al., 2003; Pameijer & van Beukering, 2004).

De meeste definities verwijzen naar een proces dat door een diagnosticus al dan niet samen met een cliënt wordt doorlopen en dat resulteert in een uitspraak (diagnose). Deze uitspraak heeft als doel te constateren, categoriseren, adviseren en beslissen

(ter Laak & de Goede, 2005a; van Gemert, 1996). Het is een besluitvormingsproces dat liefst op een systematische, consistente en transparante manier wordt doorlopen. Om de kwaliteit van het besluitvormingsproces te bevorderen zijn door verschillende auteurs procedures beschreven met als doel het verhelfen van het diagnostisch gebeuren. Deze modellen beelden af hoe het diagnostisch proces dient te verlopen. Daar de totstandkoming van het oordeel transparant en expliciet is, kan de kwaliteit ervan worden ingeschat (Rispen, 1984).

Diagnostiek is dus een proces dat verscheidene activiteiten behelst die naar gelang het gehanteerde model in een bepaalde volgorde worden uitgevoerd. De begrippen diagnostiek, diagnose, classificatie en indicatiestelling nauw met elkaar verbonden (Schoorl, van de Bergh, & Ruijsenaars, 2000). Duidelijkheid hieromtrent is dus geboden.

2.2 Voorbeelden van diagnostische processen

Voorbeelden van zulke modellen zijn de Diagnostische Cyclus (DC) van de Bruyn et al. (2003), het model van Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD) van Pameijer en van Beukering (2004) en de Plancyclus van de Roos (2001). Deze modellen onderscheiden in het diagnostisch proces verschillende fasen die moeten worden doorlopen.

2.2.1 Diagnostische cyclus

De diagnostische cyclus van De Bruyn et al. (2003) onderscheidt vier hoofdfasen: klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. Het diagnostisch onderzoek start bij de aanmelding. Klachten van de cliënt vormen de natuurlijke ingang tot het diagnostisch proces. In de eerste fase, de klachtanalyse, verzamelt de diagnosticus de klachten en gaat hij na of de verwoording van de cliënt ook daadwerkelijk overeenkomt met wat deze bedoelt. Verder gaat de diagnosticus in samenspraak met de cliënt na welke diagnostische hulpvraag aan de klachten tegemoet zou komen. De uitkomst van de klachtanalyse is een ordening van de klachten die door de cliënt onderschreven en herkend worden en waarop diens hulpvragen betrekking hebben: de verhelfende diagnose.

In een tweede fase, de probleemanalyse, legt de diagnosticus een verband tussen klachten en problemen, controleert hij deze correspondentie, groepeerd en benoemd hij de problemen, en taxeert hij de ernst ervan. De uitkomst van de probleemanalyse is een benoeming van het probleem (of de problemen) in een terminologie die door het forum van diagnostici onderschreven kan worden: de onderkende diagnose.

De verklaringsanalyse is de derde fase in de diagnostische cyclus. De diagnosticus genereert hypothesen, leidt er empirisch toetsbare voorspellingen uit af, formuleert en toetst deze, en stelt een integratief beeld op. De uitkomst van de verklaringsanalyse is een samenhangend beeld, waarin één of meerdere condities met een bepaalde mate

van waarschijnlijkheid als verklaring voor het probleem gelden: de verklarende diagnose.

De laatste fase, de indicatieanalyse, formuleert de diagnosticus in overleg met de cliënt een globaal interventiedoel, inventariseert hij de in aanmerking komende typen interventie, bepaalt in onderling overleg het nut van de mogelijke alternatieven, onderzoekt of de indicatiecriteria voor de verschillende interventies van toepassing zijn, schat de kansen van slagen in van de mogelijke keuzen en formuleert een uiteindelijke aanbeveling. De uitkomst van de indicatieanalyse is een lijst van indicaties in de zin van aanbeveling voor mogelijke interventies: de indicerende diagnose.

2.2.2 Handelingsgerichte diagnostiek

Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & van Beukering, 2004) verloopt systematisch volgens vijf fasen: intake, strategie, onderzoek, indicering en advisering.

Handelingsgerichtheid begint al in de intakefase, direct bij de aanmelding. De diagnost brengt in deze eerste fase de context van de aanmelding in kaart: de reden van aanmelding en de hulpvragen, de concrete wensen en verwachtingen van school, ouders en kind, de klachten en positieve aspecten die zij beleven, hun attributies en relevante aspecten uit de voorgeschiedenis.

In de strategiefase bepaalt de diagnost de strategie: hoe gaan we, gezien de informatie uit de intakefase, bij deze casus te werk? Dit gebeurt systematisch in drie stappen: (1) wat weet de diagnost al? (2) Wat wil hij nog weten om de diagnostische vraagstelling te beantwoorden? Welk diagnostisch traject past hierbij: is onderzoek vereist of kan de casus door naar de Indiceringsfase? (3) Als onderzoek nodig is: de diagnost formuleert hypothesen en zet deze om in onderzoeksvragen.

Het doel van de onderzoekfase is het beantwoorden van de geselecteerde onderzoeksvragen. Onderzoek wordt breed opgevat, het gaat niet alleen om tests en toetsen, maar ook om onderzoeksmiddelen zoals diagnostisch interview e.d. De diagnost gebruikt onderzoeksmiddelen die geëigend zijn om de onderzoeksvraag te beantwoorden en die dit zo objectief en valide mogelijk doen.

In de indiceringsfase begint de diagnost met het integreren van de tot nu toe verzamelde gegevens tot een samenvattend of integratief beeld. In dit deel wordt de relatie tussen de context van de aanmelding enerzijds en de onderzoeksgegevens anderzijds geëxpliciteerd. Weten wat er aan de hand is en wat er moet veranderen impliceert nog niet hoe dit het best kan gebeuren. Daartoe is indicatiestelling vereist. Daartoe zijn volgende vragen aan de orde: Wat willen we veranderen? Welke begeleiding is gewenst? Welke begeleiding is haalbaar? Bij het inschatten van de wenselijkheid en haalbaarheid van een advies worden indicaties en contra-indicaties gehanteerd. Indicatiestelling is cruciaal omdat het de schakel vormt tussen de diagnostische bevindingen en de uiteindelijke advisering.

In de adviesfase informeert de diagnost de cliënt over de diagnose en zijn aanbevelingen. De cliënt maakt vervolgens een keuze uit deze aanbevelingen.

2.2.3 Plancyclus

De plancyclus (de Roos, 2001) is een diagnostisch proces dat uit een aantal onderling op elkaar afgestemde fasen bestaat. Het betreft de oriëntatiefase, de diagnostische fase, de planningsfase en de uitvoeringsfase. Het concept van de plancyclus heeft twee kenmerken, het biedt descriptieve en prescriptieve mogelijkheden.

Alle hulpverlening begint met het signaleren van problemen, ongewenste toestanden of disfunctionele gedragingen. Signaleren is de eerste schakel in de keten van hulpverleningsactiviteiten. In de oriëntatiefase tracht de hulpverlener de signalen te oriënteren. De betekenis en het belang van de signalen worden gezocht. Oriënteren is 'kijken en bekeken worden'. Het is altijd voorlopig van aard. Het doel is beeldvorming van de patronen in het gedrag van de cliënt of van de structuur van de situatie waarin men werkzaam is.

In de diagnostische fase wordt diagnosticeren als 'het verder doordringen in, en specifiek beschrijven van, de individuele cliënt en diens leefsituatie' opgevat. De hulpverlener is erop gericht om de problematiek in detail te beschrijven en zo diep mogelijk te doorgronden opdat hij te weten komt welk behandelaanbod het meest gewenst is. Waar oriëntatie draait om uit te zoeken wat er scheelt, gaat het in de diagnostische fase om nader onderzoek, het expliciteren van de hulpvraag, de keuze van een zo exact mogelijke probleemdefinitie en het stellen van passende behandelindicaties.

De planningsfase is gericht op het vaststellen van behandeldoelen en evaluatiecriteria. Tevens wordt een behandelplan opgesteld en een handelingsprogramma geformuleerd.

De uitvoeringsfase ten slotte betreft de uitvoering van het handelingsprogramma waarbij aandacht gaat naar controle, evaluatie, heroriëntatie, herinformereren, nieuwe conclusies enzovoort.

2.3 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ

De kerntaken van de toegangspoort zijn indicatiestelling en toewijzing. De opzet van de toegangspoort kan in enge zin worden gezien als één fase van het diagnostisch proces. De overige fasen, vraagverheldering en diagnostiek van het diagnostisch proces vinden plaats voorafgaand aan de toegangspoort.

3 Diagnostiek

3.1 Definiëring

Diagnostiek kan zowel in ruime als enge zin worden opgevat. In ruime zin houdt diagnostiek verband met het totale diagnostische proces vanaf de aanmelding van een probleem tot en met de advisering (Schoorl et al., 2000). Het eindproduct is een

verantwoord en bruikbaar advies of een plan voor behandeling (Pameijer & van Beukering, 2004; ter Laak & de Goede, 2005; van Gemert, 1996; Rispens, 1984). Diagnostiek kan in deze niet worden gelijkgesteld met testen of classificeren. Het gaat met name om een proces waarbinnen besluitvorming plaatsvindt. Deze besluitvorming levert liefst een basis voor de latere interventie, plan of programma (van Gemert, 1996; de Roos, 2001; ter Laak et al., 2005). Het is een moment van reflectie en/of analyse dat aan het proces van (be)handelen voorafgaat.

In enge zin verwijst diagnostiek naar een afgelijnde fase uit het diagnostisch proces. De diagnostische fase uit de plancyclus van de Roos kan als voorbeeld dienen. Diagnostiek wordt er als het verder doordringen in, en specifiek beschrijven van, de individuele cliënt en diens leefsituatie beschouwd. In het meervoudig risicomodel van Scholte (2000) worden de termen basisdiagnostiek en specifieke diagnostiek gehanteerd. Basisdiagnostiek betreft een (eerste) analyse van de (probleem)situatie van de jeugdige. Specifieke diagnostiek verwijst naar een uitgebreide, aanvullende analyse van bepaalde onderdelen van de psychosociale (probleem)situatie van de jeugdige.

3.2 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort

De term 'diagnostiek' wordt binnen de toegangspoort in enge zin gebruikt. Diagnostiek wordt op seriële wijze naast de vraagverheldering en voor de indicatiestelling geplaatst. Diagnostische gegevens die moeten worden bekomen hebben betrekking op (1) het problematisch functioneren/kwetsbaarheden/risico-elementen op levensdomeinen, zoals waargenomen of vastgesteld door de aanmelder en andere betrokken hulpverleners, op (2) positieve krachten/competenties en op (3) de positionering van het cliëntsysteem t.o.v. diagnostische gegevens.

Diagnostiek heeft hierdoor geen betrekking op het hele diagnostische proces. Diagnostiek wordt opgevat als een specifieke actie of m.a.w. als een afgelijnde fase uit het diagnostisch proces met een bepaalde functie. Diagnostiek volgt op een vraagverheldering en gaat het advies vooraf. Met diagnostiek wordt een meer gerichte verzameling van informatie bedoeld die aanleiding geeft tot een onderkende en verklarende diagnose. De informatie moet aanleiding geven tot de onderkenning van een probleem of classificatie van een stoornis (en de ernst ervan), en eventueel een verklaring voor het onderkend probleem of stoornis. Het betreft een meer specifieke beeldvorming (inzoomen) die specifiek en kwaliteitsvoller is dan vraagverheldering. Diagnostiek zoals aangegeven in het aanvraagdocument NRTJ is vergelijkbaar met de diagnostische fase uit de Plancyclus van de Roos, met de probleemanalyse en verklaringsanalyse van uit de diagnostische cyclus van De Bruyn e.a., en met de strategieën onderzoeksfase uit de handelingsgerichte diagnostiek van Pameijer en van Beukering.

Vraagverheldering kan eveneens als een afgelijnde fase worden beschouwd, vergelijkbaar met de klachtanalyse uit de diagnostische cyclus van De Bruyn e.a., de intakefase uit de handelingsgerichte diagnostiek van Pameijer en van Beukering en de oriëntatiefase uit de Plancyclus van de Roos.

De gemengde werkgroep van de intersectorale toegangspoort NRTJ stelde vast dat in de praktijk onduidelijkheid bestaat over de verschillende begrippen 'diagnostiek' en 'vraagverheldering'. De verwarring is mogelijks het gevolg van de verschillende wijzen waarop het kan worden gedefinieerd. In de toegangspoort wordt een (te) enge of (te) weinig gedifferentieerde omschrijving van het begrip diagnostiek gehanteerd. Het lijkt aangewezen om in de toegangspoort de termen vraagverheldering en diagnostiek duidelijk te definiëren en te differentiëren. Een mogelijke uitweg kan worden gevonden in de terminologieën uit de verschillende voorbeelden van diagnostische processen.

4 Diagnose

4.1 Definiëring

De term 'diagnose' (als resultaat van het diagnostisch proces) heeft in de loop der tijd verschillende invullingen gekregen. De oorspronkelijke medische betekenis verwijst naar de ziekte die in causaal – analytische zin wordt verondersteld aan de oorsprong te liggen van bepaalde klachten of ziekteverschijnselen. In de psychologische en orthopedagogische praktijk is de betekenis van de term diagnose echter aanzienlijk veranderd en vooral verruimd. Er worden dan ook verschillende vormen van diagnoses onderscheiden.

Pameijer en van Beukering (2004) onderscheiden bijvoorbeeld een onderkende (bv. een classificatie), een verklarende en een indicerende diagnose.

In de diagnostische cyclus van de Bruyn et al. (2003) resulteert iedere stap/fase in een specifieke diagnose. De klachtenanalyse resulteert in een verhelderende diagnose (een lijst van klachten of klachtencomplexen die door de cliënt of diens omgeving worden herkend), de probleemanalyse resulteert in een classificatie (een lijst van probleemgedragingen die door het forum van diagnostici onderschreven kan worden), de verklaringsanalyse resulteert in een integratief beeld waarin één of meerdere condities met een bepaalde waarschijnlijkheid gelden als verklaring voor het probleem en de Indicatieanalyse geeft aanleiding tot een lijst van indicaties en aanbevelingen voor interventies (indicaties zijn theoretisch of empirisch onderbouwde aanbevelingen voor een interventie) (De Bruyn et al., 2003).

Grietens en Hellinckx (Grietens & Hellinckx, 2001) onderscheiden drie niveaus van diagnostiek: onderkende, classificerende en (be)handelingsgerichte diagnostiek. Deze niveaus van diagnostiek resulteren in respectievelijk een onderkende diagnose, een classificatie (bv. in DSM-termen) en een handelingsgerichte diagnose.

Opgemerkt moet worden dat zij de onderkende diagnose op een andere wijze invullen dan Pameijer en Beukering (2004) en de Bruyn et al. (2003). Onderkende diagnostiek is bij Grietens en Hellinckx een proces van probleemverkenning. De diagnosticus gaat na of het kind een probleem heeft. Er worden gegevens verzameld over het gedrag door middel van (verkennde) gesprekken, vragenlijsten enzovoort. Centraal staat de vraag: heeft dit kind een probleem? Classificerende diagnostiek moet

hierop volgen. In het HGD van Pameijer en Beukering (2004) kan de onderkennende diagnose reeds een classificatie zijn. De fase van probleemanalyse van de Bruyn resulteert in een onderkennende diagnose of een classificatie van het probleem.

4.2 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ

Er wordt niet expliciet melding gemaakt van verschillende vormen van diagnoses. De beslissing van de toegangspoort resulteert in een indicatiestellingsbesluit (soort toegangsticket tot het aanbod NRTJ) en een toewijzing.

5 Indicatiestelling

5.1 Definiëring

5.1.1 Top-down versus bottom-up perspectief

Het begrip 'indicatiestelling' kan op verschillende manieren worden opgevat. Enerzijds kan vanuit een top-down perspectief naar indicatiestelling worden gekeken. Op deze wijze kan indicatiestelling als een beheersinstrument worden beschouwd, als een methode om middelen op een eerlijke manier te verdelen. Het is een manier om schaarse publieke voorzieningen te verdelen en daarom is het een ideologisch geladen thema. Ze is onderdeel van het algehele politieke debat over inrichting en functioneren van de overheid (van der Meer, 2010).

Anderzijds kan vanuit een bottom-up perspectief naar indicatiestelling worden gekeken. In dat geval is indicatiestelling een proces waarin de hulpverlener samen met de cliënt beoordeelt welke problemen spelen en welk hulpaanbod het meest geschikt is (Bartelink, ten Berge, & van Yperen, 2010). Vanuit dit perspectief wordt gestreefd naar een kwaliteitsvolle indicatiestelling voor de cliënt.

5.1.2 Ruime versus enge definiëring

Indicatiestelling (in het bottom-up perspectief) kan zowel in ruime als enge zin worden gedefinieerd. In ruime zin is indicatiestelling het totale proces van diagnostiek en besluitvorming. In enge zin is indicatiestelling alleen het moment waarop besluitvorming plaatsvindt. In feite vormt het dan de schakel tussen de 'diagnostiek' en de 'behandeling' (Bartelink et al., 2010).

Indicatiestelling in enge zin kan worden gedefinieerd als een fase van reflectie (Pameijer & van Beukering, 2004). Het vormt een afgeijnde fase binnen het diagnostisch proces. Diagnostiek is een proces waarbinnen besluitvorming plaatsvindt en

deze besluitvorming levert een basis voor de latere interventie, plan of programma (van Gemert, 1996). Een verklarende en/of classificerende diagnose (beide zijn constaterende uitspraken) zeggen dikwijls niet welke hulp moet worden geboden. De indicatiestelling vormt de schakel tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. Daarbij gaat het om de vraag welke hulp nodig is en welke het meest geschikt is. In de indicatiestelling vindt een vertaalslag plaats van hulpvraag van de cliënt naar de best passende hulpverlening. De analyse van de klacht, de onderkende diagnose en de verklarende diagnose zijn voor deze beslissing niet toereikend. Er blijven verschillende oplossingen voor een probleem denkbaar. Een classificatie, een onderkende diagnose of een verklarende diagnose geven weliswaar de richting van een interventie aan, maar nog niet de precieze weg die daarbij zal worden afgelegd. Weten wat er aan de hand is, leidt niet per definitie tot weten wat de beste aanpak is (Pameijer & van Beukering, 2004).

Er zijn enkele modellen beschreven die voorschrijven hoe indicatiestelling dient te verlopen (zie verder). Kenmerkend aan de meeste van de beschreven modellen is dat er (1) doelen worden geformuleerd en vervolgens (2) middelen moeten worden aangegeven om die doelen te bereiken (Audenaert, 2010).

Indicatiestelling volgens de enge benadering is in wezen slechts één beslissing in het gehele proces van besluitvorming in de jeugdhulpverlening dat uit meerdere fasen bestaat. Er kan worden gesteld dat indicatiestelling de volgende vraag betreft: Welk hulpaanbod is geëigend? De fase van indicatiestelling kan maar op een gedegen wijze worden gerealiseerd mits het doorlopen van voorgaande fasen in het hele proces tussen aanmelding en plaatsing, met de fase van diagnostiek als belangrijkste bron (Audenaert, 2010).

5.1.3 Open versus gesloten indicatiestelling

De acceptatie van de indicatiestelling door de zorgtoewijzer valt samen met de kwaliteit van de indicatiestelling, met name met de mate waarin de indicatiestelling een zeer vage of juist een gedetailleerde uitspraak over de benodigde zorg of hulp bevat (Audenaert, 2010). Om dat te verduidelijken wordt een onderscheid gemaakt tussen open en gesloten indicatiestellingen. Een open indicatiestelling is globaal geformuleerd en geeft niet precies aan waaruit de behandeling moet bestaan of laat specificaties met betrekking tot de frequentie van de behandeling achterwege. Een gesloten indicatiestelling geeft precies aan wat er moet gebeuren. De indicatiestelling, en de daaraan verbonden zorgtoewijzing, vormen als het ware het concrete hulpverleningsplan dat de opnemende voorziening alleen maar kan uitvoeren. Open indicatiestellingen moeten, omdat ze weinig houvast bieden, worden vermeden. Ze laten immers veel onduidelijkheden toe, zowel voor de zorgtoewijzer als voor de cliënt en zijn/haar ouders en leidt nadien tot gebrekkige evaluatie en toetsing van de gehaalde doelstellingen. In welke mate men de indicatiestelling gesloten kan formuleren hangt af van de wensen en voorgeschiedenis van de cliënt, de aard van de problematiek, de kennis over de noodzakelijke hulpverlening en dergelijke (van Yperen, Nota, & Van der Schaft, 1999). De indicatiestelling moet alvast zodanig zijn geformuleerd, dat men bij de zorgtoewij-

zing ten minste kan vastleggen uit welke modules de hulpverlening zal bestaan (Audenaert, 2010).

In dit opzicht is het aangewezen dat de bestaande hulpverleningsmodules indicatiecriteria vermelden. Deze criteria zijn volgens De Bruyn et al. (1995) niet afhankelijk van de diagnostiek, maar deze zijn vooraf aanwezige maatstaven, ontwikkeld op basis van ervaring, wetenschappelijk onderzoek of theoretische overwegingen. Het betreft kenmerken van het kind en/of diens opvoedingssituatie, waarvan op één of andere manier is gebleken dat deze bepaalde interventies in positieve of negatieve zin beïnvloeden. Dergelijke criteria zijn nuttig omdat ze aangeven voor welke soort problemen, situaties of cliënten een bepaald aanbod geschikt is. In de literatuur lijkt op het eerste zicht relatief veel informatie met betrekking tot indicatiecriteria te vinden. Echter, vaak is de informatie verbrokkeld, weinig coherent en is het niet duidelijk in hoeverre deze criteria gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek (Audenaert, 2010).

5.2 Voorbeelden van modellen indicatiestelling

De eerder gepresenteerde diagnostische processen hanteren allen een indiceringsfase in de enge zin. De gepresenteerde diagnostische modellen moeten worden beschouwd als procesmodellen (ook lege modellen genoemd). Ze betreffen procedures waarbij de hulpverlener binnen een bepaalde structuur de inhoud van de hulpverlening kan invullen, volgen en evalueren. Het betreft vormelijke criteria voor de besluitvorming.

Er dient te worden opgemerkt dat ook inhoudelijke modellen bestaan. Inhoudelijke modellen gaan meestal uit van een bepaalde theoretische visie en/of van een bepaald werkveld (Klomp & Van den Bergh, 1999).

5.2.1 Indicatieanalyse (diagnostische cyclus)

De diagnostische cyclus van De Bruyn et al. (2003) onderscheidt vier hoofdfasen: klachtanalyse, probleemanalyse, verklaringsanalyse en indicatieanalyse. Hier wordt dieper ingegaan op de indicatieanalyse.

Indicaties zijn empirisch of theoretisch onderbouwde aanbevelingen voor één of meerdere interventies. Interventies hoeven in de diagnostische cyclus nog niet gedetailleerd te worden gespecificeerd en hebben het karakter van typen en vormen van (be)handelings- en begeleidingsvoorstellen. In de indicatieanalyse formuleert de diagnosticus in overleg met de cliënt een globaal interventiedoel, inventariseert hij de in aanmerking komende typen interventie, bepaalt in onderling overleg het nut van de mogelijke alternatieven, onderzoekt of de indicatiecriteria voor de verschillende interventies van toepassing zijn, schat de kansen van slagen in van de mogelijke keuzen en formuleert een uiteindelijke aanbeveling. De uitkomst van de indicatieanalyse is een lijst van indicaties in de zin van aanbevelingen voor mogelijke interventies: de indicerende diagnose.

5.2.2 Indiceringsfase (handelingsgerichte diagnostiek)

Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & van Beukering, 2004) verloopt systematisch volgens vijf fasen: intake, strategie, onderzoek, indicering en advisering. Hier wordt dieper ingegaan op de indiceringsfase.

De indiceringsfase is een fase van reflectie. In de indiceringsfase voegt de diagnost de relevante informatie samen. Vervolgens wordt gezocht welke aanbevelingen wenselijk zijn en welke daarvan haalbaar zijn. Er worden zes stappen onderscheiden: (1) formuleren van een integratief beeld, (2) formuleren van wat we willen veranderen en wat de veranderingsdoelen zijn, (3) bepalen of de kenmerken en factoren die we wensen te veranderen, te beïnvloeden zijn door begeleiding, (4) vaststellen van hulpverleningsdoelen en gewenste hulpverlening, (5) van gewenste naar haalbare hulpverlening en (6) formuleren van een advies of aanbevelingen.

5.2.3 Beslissen en indiceren (plancyclus)

De plancyclus (de Roos, 2001) is een diagnostisch proces dat uit een aantal onderling op elkaar afgestemde fasen bestaat. Het betreft de oriëntatiefase, de diagnostische fase, de planningsfase en de uitvoeringsfase. Beslissen en indiceren wordt er gepositioneerd aan het eind van de diagnostische fase, waarop hier dieper wordt ingegaan.

Centraal staat de vraag hoe verder gehandeld dient te worden. Uit diagnostische besluiten vloeien niet vanzelf logische indicaties voort. In feite is indiceren het zwakste punt in de diagnostische schakel: we mogen dan weten wat er aan de hand is, maar wat we daarmee moeten doen blijft desondanks vaak in het duister gehuld. Tussen diagnosticeren en indiceren gaapt een 'logische kloof', het zijn activiteiten van verschillende orde. Voor het geven van behandeladviezen bespeel je een ander register dan voor het stellen van een diagnose. De diagnosticus wordt gefascineerd door het mysterie van de complexiteit, de adviseur laat zich verlokken door het wenkend perspectief van de oplossing. Met complexe verwickelingen kan hij niets aanvangen, hij zoekt de eenvoud van een haalbaar doel.

Indicaties en behandeladviezen vormen de verbinding tussen de diagnostische fasen en de fasen van handelingsplanning en uitvoering. Enkele mogelijkheden worden aangereikt om de besliskundige en adviserende kwaliteiten te verhogen: samen werken met anderen, lezen en schrijven van rapporten (verslaggeving).

5.3 Een kwalitatief goede indicatiestelling⁷⁸

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

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

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

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

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

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

Een belangrijk onderdeel van een goede indicatiestelling is dat de indicatiesteller rekening houdt met de veiligheid van de jeugdige, de omgeving en de uitvoerend hulpverlener. Een jeugdige heeft het recht om veilig op te groeien binnen het gezin. Bij de besluitvorming houdt de hulpverlener hier rekening mee. De veiligheid van de jeugdige heeft invloed op het type hulp dat geboden wordt. Als een jeugdige in een onvei-

⁷ Deze sectie is grotendeels overgenomen uit het rapport 'Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?' van Bartelink et al. (2010).

⁸ De kenmerken van een kwalitatief goede indicatiestelling zijn gebaseerd op de realiteit in Nederland. Situaties inzake maatschappelijke noodzaak en gerechtelijke procedures zullen niet door de intersectorale toegangspoort NRTJ worden behandeld. Het element 'veiligheid' zal van minder groot belang zijn binnen de toegangspoort.

lige opvoedingssituatie opgroeit, betekent dit dat er vaak een veelheid aan problemen speelt. Dit vraagt om een veelomvattend hulpaanbod, waarin hulp is voor de jeugdige, de ouders en het gezin als geheel. Enkelvoudige hulp die gericht is op één aspect van het probleem heeft weinig kans van slagen (Berger, ten Berge, & Geurts, 2004). Maar veiligheid heeft niet alleen invloed op de hulp die geboden gaat worden, maar ook op de manier waarop het indicatiebesluit tot stand komt. Het kan zijn dat een gezin zich niet zelf bij een hulpverleningsinstantie heeft gemeld, maar dat anderen een melding hebben gedaan vanwege zorgen rondom de veiligheid van een jeugdige. Wanneer de veiligheid van de jeugdige in het geding is, stelt dit grenzen aan de manier waarop er samengewerkt wordt of kan worden met het gezin en de mogelijkheden die het gezin heeft om zelf te beslissen over het al dan niet accepteren van een bepaald hulpaanbod (PI Research & Van Montfoort, 2009).

Bij de veiligheid van de omgeving gaat het erom dat de jeugdige of het gezin geen ernstige overlast bezorgt voor de omgeving, bijvoorbeeld vanwege crimineel of orde versturend gedrag. Wanneer een hulpverlener beoordeelt welke hulp het meest geëigend is, houdt hij rekening met de veiligheid in de omgeving. Ook wanneer een jeugdige of gezin een bedreiging vormt voor de veiligheid van de omgeving, stelt dit beperkingen aan de manier van samenwerken tussen hulpverlener en gezin.

Tot slot moet ook de hulpverlener zelf veilig zijn taak kunnen uitvoeren binnen een gezin. In de overwegingen welk hulpaanbod geschikt is, dient de indicatiesteller dit mee te nemen. Als bekend is dat een ouder agressief kan reageren, is het niet verstandig hulp aan huis te bieden waar een individuele hulpverlener niet snel de assistentie van een collega kan inroepen als een situatie uit de hand dreigt te lopen.

5.4 Algemeen werkzame factoren⁹

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

- een goede aansluiting tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds de specifieke invulling van de interventie;
- het aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- een goede relatie tussen de cliënt en de behandelaar (of indicatiesteller);
- een goede structurering van de interventie;
- professionaliteit van de behandelaar (goede opleiding en training);
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (aan de belangrijkste randvoorwaarden is voldaan, zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning,

⁹ Deze sectie is grotendeels overgenomen uit het rapport 'Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?' van Bartelink et al. (2010).

veiligheid van de hulpverlener, goede inbedding in de organisatie) (van Yperen, van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010).

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

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

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

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

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

Professionaliteit van de hulpverlener speelt niet alleen een rol in (de kwaliteit en effectiviteit van) de behandeling, maar ook in de indicatiestelling. De indicatiesteller dient de juiste kennis en vaardigheden te hebben om de problematiek van gezinnen te

kunnen beoordelen en te kunnen beslissen welke hulp het meest effectief is. Dit stelt eisen aan de opleiding en training die hij heeft gehad.

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

5.5 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ

Indicatiestelling in de toegangspoort kan zowel binnen een top-down als bottom-up perspectief worden gepositioneerd. Vanuit het top-down perspectief functioneert de toegangspoort als een beheersinstrument. Als doelstelling wordt geformuleerd dat de toegangspoort prioritair zorg NRTJ moet toewijzen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. Op deze wijze moet de cliënt een soort van toegangsticket krijgen van de overheid alvorens hij zich kan beroepen op de NRTJ. Onderzoek naar indicatiestelling in Nederland (van der Meer, 2010) toont dat dankzij of ondanks onafhankelijke indicatiestelling het gebruik van zorg is toegenomen wat tot kostenstijging leidde.

Vanuit het bottom-up perspectief moet de indicatiestellingsfase zorgen voor kwaliteitsvolle zorgadviezen afgestemd op de individuele cliënt. In de concepttekst van de toegangspoort wordt in dit kader de doelstelling geformuleerd dat de toegangspoort garantie moet bieden op een kwaliteitsvol, snel, accuraat en intersectoraal antwoord op een geïndiceerde hulpvraag van een cliënt (zorg op maat). Voor indicatiestelling betekent dit dat in typemoduletaal moet worden beschreven welke hulp minimaal aangewezen en welke hulp maximaal wenselijk is. De ervaring in Nederland leert dat de positie wordt versterkt door onafhankelijke indicatiestelling door transparantie, juridische versterking en geformaliseerde betrokkenheid. Of dit leidt tot betere zorg is lastig meetbaar (van der Meer, 2010). Het meten van de betere kwaliteit van zorg zou vereisen dat het aanbod goed is gekend alvorens wordt geïndiceerd. Dit is niet steeds het geval. Bovendien zijn er veel moeilijk controleerbare factoren die een invloed kunnen uitoefenen op de uitkomst.

De term 'indicatiestelling' wordt binnen de toegangspoort in enge zin gedefinieerd. Indicatiestelling verwijst naar een beslissing in het gehele proces van besluitvorming in de jeugdhulpverlening dat uit meerdere fasen bestaat. De indicatiestelling vormt, samen met de toewijzing, de schakel tussen de 'diagnostiek' en 'uitvoering', of m.a.w. tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. Het wordt op seriële wijze gepositioneerd tussen vraagverheldering/diagnostiek en toewijzing. Het doel van de indicatiestelling is de bepaling van welke hulp geëigend is.

Bij de begripsbepaling op basis van de literatuur is gewezen op de indicatiestelling als reflectiefase die de schakel vormt tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. In de toegangspoort is die schakel opgesplitst in een indicatiestelling en een toewijzing. Beide trachten tot een hulpadvies te komen, maar verschillen in taal. Voor de indicatiestelling moet een advies worden geformuleerd in typemoduletaal en bij de

toewijzing wordt dit vertaald in concrete modules. Over de voordelen van een scheiding tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing zeggen van Yperen et al. (2010) het volgende: (1) er is een duidelijke afbakening in de rol van indicatiesteller en zorgtoewijzer; (2) het laat een verschil in blikveld toe (specialisatie diagnostiek versus kennis van regionaal zorgaanbod); (3) het laat een verschil in professionele verantwoording toe (kwaliteitseisen beroep als gedragswetenschapper of maatschappelijk werker versus onderhandelaar/beslisser in het werkveld); en (4) de indicatiesteller hoeft zelf het aanbod niet meer af te gaan. Met name het eerste punt blijkt zeer belangrijk. Een professionele distantie tussen indicatiesteller en zorgtoewijzer maakt het mogelijk voor de indicatiesteller om objectief en los van het beschikbare aanbod te focussen op de meest gepaste zorg en aldus vraaggericht te werken. Potentiële nadelen aan een scheiding tussen indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn: (1) er treedt een discontinuïteit op, (2) aan informatieoverdracht kleven altijd risico's en (3) een afstandelijk orgaan beslist over de zorgtoewijzing.

Een advies moet worden geformuleerd aan de hand van typemoduletaal waarbij moet worden aangegeven welke hulp minimaal aangewezen en welke hulp maximaal wenselijke is. Dit kan worden geïnterpreteerd als een vork waarbij een ondergrens en een bovengrens wordt bepaald. Het bepaalt enerzijds welke hulp als minimaal noodzakelijk wordt beschouwd, als de hulp die minstens dient te worden opgestart, en anderzijds welke hulp als maximaal aangewezen wordt beschouwd, wat als ideale hulp kan worden geïnterpreteerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij de indicatiestelling binnen het VAPH momenteel geen ondergrens wordt bepaald¹⁰.

Een indicatiestelling in typemoduletaal betekent dat het advies moet gebeuren in overeenkomst met een aantal karakteristieken en kenmerken (hoofdvelen type-module: identificatiegegevens, functie, toegankelijkheid en randvoorwaarden). Audenaert (2010) wijst op het belang van gesloten indicatiestellingen voor de kwaliteit ervan en voor de acceptatie van de indicatiestelling door de toewijzer. Typemoduletaal lijkt zich alvast goed te lenen tot een gedetailleerde indicatiestelling. Het biedt een taal waarin kan worden aangegeven op welke probleemdomeneinen de hulp zich moet richten, welke activiteiten moeten plaatsvinden, waar deze activiteiten moeten plaatsvinden en in welke mate dit moet gebeuren, e.d.

Zowel de aanmelder als het indicatiestellingsteam kunnen aan indicatiestelling doen. Het proces van indicatiestelling wordt dus gespreid over verschillende fasen. Enerzijds wordt het gepositioneerd aan het einde van de diagnostische fase waarbij de aanmelder een voorstel van indicatiestelling kan opstellen. Anderzijds wordt het binnen de indicatiestellingsfase gepositioneerd.

In het geval een voorstel van indicatiestelling is geformuleerd, lijkt het indicatiestellingsteam vooral een controlerende rol op te nemen. Er vindt een administratieve toets plaats, er wordt door de dossierverantwoordelijke nagegaan of aan alle kwaliteitseisen is voldaan en er wordt onderzocht of inhoudelijke eenduidigheid aanwezig is. Indien aan alle eisen is voldaan wordt een indicatiestellingsverslag opgesteld waarop het toewijzingsteam zich vervolgens zal baseren.

¹⁰ Zie handleiding Zorgzwaarte-instrument. Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Brussel, december 2010.

In een aantal gevallen kan het indicatiestellingsteam zelf een indicatiebesluit (indice-rende diagnose) opstellen. Deze situatie doet zich voor wanneer de aanmelder geen voorstel van indicatiebesluit formuleert of in het geval van besprekingsdossiers. (Contact tussen cliënt en het indicatiestellingsteam is vooral voorzien wanneer de cliënt dit aanvraagt. Daarnaast wordt gesteld dat contact met de cliënt moet worden voorzien wanneer er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling.) In deze gevallen is de indicatiestelling niet noodzakelijk gespreid over de fasen diagnostiek en indicatiestelling. Het indicatiestellingsteam kan zelf een integra-tief beeld opstellen en veranderingsdoelen bepalen. Er kan worden verwacht dat het indicatiestellingsteam zich in bepaalde gevallen wel baseert op het integratief beeld en de veranderingsdoelen uit de diagnostische fase. In dit geval is het proces indicatie-stelling gespreid over meerdere participanten binnen de toegangspoort.

Op basis van literatuur (Bartelink et al., 2010) is een aantal kenmerken van een kwalitatief goede indicatiestelling geformuleerd: professioneel, evidence-based, in dialoog met cliënten en verantwoord met betrekking tot de veiligheid van het kind, de omgeving en de uitvoerend hulpverlener. Mede gelet op de kwaliteitseisen en inhoudelijke eisen voor indicatiestelling binnen de toegangspoort lijkt een indicatiestelling aan de kenmerken te kunnen voldoen. Er wordt gesteld dat een indicatiestelling ten-minste volgende procesmatige kwaliteitskenmerken bezit: multidisciplinariteit, onder-bouwing, samenhang, onafhankelijkheid, cliëntparticipatie en tijdigheid. Daarnaast dient het indicatiestellingsverslag tegemoet te komen aan volgende principes en omvat het minstens volgende informatie: taalgebruik, synthese van de diagnostiek, meest wenselijke en minimaal aangewezen hulp, urgentiebepaling, geldigheidsduur en het subsidiariteitsprincipe.

Tevens zijn, op basis van literatuur, algemeen werkzame factoren aangegeven. De geïdentificeerde werkzame factoren kunnen niet enkel door het indicatiestellingsteam worden voorzien. De indicatiesteller zal mede afhankelijk zijn van de kwaliteit van handelen van de aanmelder, de toewijzer en de (be)handelaar om alle factoren te voldoen. Zo dient bijvoorbeeld een goede aansluiting tussen enerzijds het probleem en de hulpvraag en anderzijds de specifieke invulling van de interventie is een eerste factor ook door de aanmelder te worden voorzien en bewaakt. De kwaliteitscontrole en de inhoudelijke controle die het indicatiestellingsteam en het team toewijzers zullen uitvoeren kunnen hieraan bijdragen.

Speciale aandacht lijkt nodig voor de factor 'aansluiten bij de motivatie van de cliënt'. Er is gesteld dat indicatiestelling niet zinvol is om afspraken met cliënten te maken over welke doelen zij willen bereiken of welke hulp het meest geschikt is, zolang zij niet bereid zijn om te veranderen. Momenteel is contact tussen de indicatiesteller en cliënt niet systematisch voorzien. Enkel indien de cliënt contact wenst of indien er geen overeenstemming is tussen de hulpvraag en de indicatiestelling is contact voor-zien. Daarnaast is gesuggereerd dat de relatie tussen de cliënt en indicatiesteller een invloed kan hebben op de uitkomsten van de behandeling. Het is een vraag hoe hier-aan in de indicatiestellingen binnen de toegangspoort kan worden voldaan. Het lijkt aangewezen voor het indicatiestellingsteam om altijd contact te hebben met de cliënt bij besprekingsdossiers en indien geen voorstel van indicatiebesluit is geformuleerd.

6 Zorgintensiteit/zorgzwaarte

6.1 Definiëring

In dit rapport worden zorgintensiteit en zorgzwaarte als synoniemen van elkaar gehanteerd. Zorgintensiteit/zorgzwaarte kan worden geïnterpreteerd als de hoeveelheid aan of de mate van hulp.

Het balansmodel (Bakker, Bakker, van Dijke, & Terpstra, 1997) biedt een goed kader om zorgintensiteit/zorgzwaarte te definiëren. De begrippen 'draaglast' en 'draagkracht' zijn van belang om de wisselwerking tussen beschermende en risicofactoren, tussen ontwikkelingsopgaven en competentie, tussen de individuele ontwikkeling en de sociale omgeving en tussen de verschillende socialisatiemilieus in kaart te brengen.

Voor de kwaliteit van opvoeding en ontwikkeling is het evenwicht tussen draagkracht en draaglast van essentieel belang. Draaglast is het geheel van taken dat ouders te vervullen hebben. Deze taken gaan verder dan de opvoeding in strikte zin. Ouders (en kinderen) hebben op meer terreinen levenstaken te verrichten. Daarbij kunnen bepaalde risicofactoren of gebeurtenissen extra stress geven en daarmee de taken verzwaren en de draaglast vergroten (bv.: aangeboren problemen van het kind, handicap, problematische sociale en achtergrondfactoren, e.d.). De draaglast bestaat uit het totaal van taken en stressoren waarmee kind en ouders worden geconfronteerd. Draagkracht daarentegen is het geheel van competenties en beschermende factoren dat ouders en kinderen in staat stelt deze taken en bedreigende factoren het hoofd te bieden.

Het balansmodel laat zien dat problemen niet altijd op te lossen zijn op het micro-niveau van kinderen, ouders of gezin. Ook zijn het niet altijd de ouders die in gebreke blijven. Zowel bij kind als bij de omgeving kunnen belangrijke oorzaken liggen van draaglast. Dit geldt ook voor mogelijke oplossingen. Daarbij gaat het om beschermende factoren te mobiliseren en risicofactoren te verminderen.

In bepaalde situaties kan de draaglast overheersen op de draagkracht en is er sprake van een onevenwicht of opvoedingsstress. Er kan een samenhang worden verwacht tussen de zwaarte van de draaglast en de hoeveelheid van draagkracht (de ernst van het onevenwicht), en de benodigde intensiteit/ zwaarte van zorg. Zorgintensiteit/zorgzwaarte kan worden opgevat als het verschil tussen draaglast en draagkracht. Zorgintensiteit/zorgzwaarte kan worden gezien als de hoeveelheid hulp noodzakelijk om het onevenwicht tussen de draaglast en draagkracht te verhelpen. Volgens van Yperen et al. (2002) zijn hierbij twee scenario's denkbaar:

- Zorg als tijdelijk ingebrachte 'cure'-factor, leidend tot een nieuwe autonome balans. De zorg kan erop gericht zijn op het oplossen van problemen of het wegwerken van risicofactoren. Ook kan de zorg gericht zijn op het versterken van protectieve factoren 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.

Binnen het VAPH wordt zorgzwaarte omschreven als 'de mate waarin een persoon ondersteuning nodig heeft om zo adequaat mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijkse leven'¹¹. Met zo 'adequaat mogelijk' wordt 'overeenkomend met wat gangbaar en algemeen aanvaard is binnen de ruime sociaal-maatschappelijke context waarbinnen de persoon leeft' en tevens 'rekening houdend met de mogelijkheden, beperkingen en wensen van de persoon' bedoeld. Deze definiëring lijkt in harmonie met de definiëring op basis van het balans model. Zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt gezien als de mate van ondersteuning om de balans in evenwicht te brengen, waarbij het evenwicht als adequaat functioneren in het dagelijks leven kan worden beschouwd.

Zorgzwaarte wordt in het VAPH gezien als de resultante van drie parameters: begeleidingsintensiteit, permanentie en nachtpermanentie. Begeleidingsintensiteit heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap ondersteuning nodig heeft van andere personen. Permanentie heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap overdag nood heeft aan de beschikbaarheid van, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Nachtpermanentie houdt verband met de mate waarin de persoon met een handicap tijdens de nacht nood heeft aan de beschikbaarheid, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen.

Andere mogelijke parameters van zorgintensiteit/zorgzwaarte zijn de kostprijs van zorg, de duur van de totale zorg, het aantal contacten tijdens de zorg, de meervoudigheid van zorg en de ingrijpendheid van zorg (van Yperen et al., 2002; Baecke & Baerends, 2000; Harder, Knorth, & Zandberg, 2006).

Op basis van de definiëring van zorgintensiteit/zorgzwaarte lijkt het logisch dat het bepalen van de benodigde zorgintensiteit/zorgzwaarte begint bij het in kaart brengen van de draaglast en de draagkracht. Eenmaal de ernst van het onevenwicht is gekend (vanaf nu ernst van de problematiek genoemd), lijkt hieruit de zorgintensiteit/zorgzwaarte te kunnen worden afgeleid. De ernst van de problematiek leidt naar de benodigde hoeveelheid zorg.

In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden voor de evidentie van deze stelling. Zo is de problematiek van jeugdigen die gebruik maken van residentiële jeugdhulpverlening intenser en complexer dan de problematiek van jeugdigen die gebruik maken van andere vormen van jeugdhulpverlening, zoals ambulante zorg en semi-residentiële zorg (Cornsweet, 1990; Handwerk, Friman, Mott, & Strairs, 1998; McDermott, McKelvey, Roberts, & Davies, 2002; Department of Health, 1998; Ten Brink, 1998; de Lange, Eijgenraam, & de Baat, 2010).

De ernst van de problematiek blijkt niet uitsluitend bepalend voor de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Ook de aard van de problematiek heeft een invloed op de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Uit onderzoek van Metselaar et al. (Metselaar, Knorth, Noom, van Yperen, & Konijn, 2004) blijkt dat jeugdigen met internaliserende problematiek meer

¹¹ Zie Handleiding Zorgzwaarte-instrument. Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. Brussel, december 2010.

ambulante zorg krijgen en dat jeugdigen met externaliserende problematiek vaker residentiële zorg ontvangen.

Het blijkt alvast duidelijk dat er een verband is tussen de intensiteit/zwaarte van hulp en de aard en ernst van de problematiek. Deze relatie lijkt echter nog niet goed gekend. Er lijkt slechts beperkte ondersteuning aanwezig voor duidelijke evidence-based indicatiecriteria bij de bepaling van de mogelijke parameters (andere dan type voorziening) van zorgintensiteit/zorgzwaarte.

6.2 Reflectie m.b.t. de intersectorale toegangspoort NRTJ

De zorgintensiteit/zorgzwaarte binnen de toegangspoort wordt als een onderdeel van de indicatiestelling geplaatst. Zorgintensiteit/zorgzwaarte is een onderdeel van de typemoduletaal waarin een indicatiestelling moet worden opgesteld. Ondanks dat in de literatuur de zorgintensiteit/zorgzwaarte niet wordt gepositioneerd in een bepaalde fase, lijkt dit logisch. Zoals eerder gesteld is in de fase van indicatiestelling de vraag 'welke hulp is geëigend' van belang. De bepaling van de hoeveelheid hulp lijkt te passen bij deze hulpindicering. De vraag van belang voor indicatiestelling wordt als het ware gespecificeerd. Het betreft niet enkel de vraag m.b.t. welke hulp, maar tevens hoeveel van deze hulp is geïndiceerd. Dit impliceert een samenhang tussen de functie van hulp en de hoeveelheid ervan. Zo zal bijvoorbeeld thuisbegeleiding met een andere range van zorgintensiteit/zorgzwaarte samengaan dan deze van residentiële zorg. Het lijkt dus moeilijk om de zorgintensiteit/zorgzwaarte los te koppelen van het type of vorm van hulp.

Typemoduletaal bestaat uit meerdere kenmerken. De FID-parameters uit deze taal verwijzen naar de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Dit betekent dat zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt geoperationaliseerd in frequentie, intensiteit en duur. Frequentie betreft het aantal hulpverlenende contacten over een welbepaalde periode. Intensiteit heeft betrekking op de duur van één hulpverlenend contact, uitgedrukt in uren per etmaal. Duur ten slotte betreft de duur van de totale zorg in de typemodule. Deze parameters liggen in lijn met de parameters die naar voor kwamen uit de literatuur. De parameters lijken te worden bepaald door de aard en ernst van de problematiek.

7 Discussie en besluit

De indicatiestelling en toewijzing binnen de toegangspoort vormen samen de schakel tussen de diagnostische cyclus en de therapeutische cyclus. Indicatiestelling vormt een fase van reflectie waarbij wordt getracht de problematiek te linken met hulpverlening.

De rol die indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort opneemt is zowel vanuit een top-down als bottom-up perspectief te beschouwen. Zo kan de indicatiestelling fungeren als een beheersinstrument enerzijds en als een middel om zorg op maat voor cliënten te voorzien anderzijds. De toegangspoort zal beide elementen nastreven.

Binnen de toegangspoort zal het indicatiestellingsteam instaan voor de indicatiestelling. Dit team heeft dus een controlerende en indicerende functie. De controlerende functie heeft betrekking op de kwaliteit van het afgelegde (diagnostische of vraagverhelderende) proces en op de kwaliteit van de inhoud van het indicatievoorstel. De controle door het indicatiestellingsteam kwaliteitskenmerken van het diagnostische of vraagverhelderende proces (was het proces voldoende participatief?, ...) en de controle op inhoudelijke aspecten (is deze specifieke hulp aangewezen bij deze specifieke problematiek?, ...) maken dat de indicatiestellingsfase zoals gevoerd door de toegangspoort en het indicatiestellingsteam een constructieve bijdrage kan leveren aan het hulpverleningsproces. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren moeten enkele aandachtspunten in overweging worden genomen. Vooral de aansluiting bij de motivatie van de cliënt en het contact tussen cliënt en het indicatiestellingsteam noodzaken aandacht. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.

Globaal gezien is het proces zoals het nu is uitgetekend (aanmelder die diagnostiek of vraagverheldering aanlevert → indicatiestelling op basis van diagnostiek of vraagverheldering → toewijzing van hulp) in overeenstemming met de processen zoals deze worden uitgetekend in de literatuur over systematische en rationeel – wetenschappelijke diagnostiek. Het betreft diagnostiek gebaseerd op de empirische cyclus van de Groot (1961), hypothesetoetsend is, gebruik maakt van systematische procedures, aandacht heeft voor de betrouwbaarheid en de validiteit van de besluiten, en transparant is. We zijn er ons echter van bewust dat andere keuzes mogelijk zijn.

Zorgintensiteit/zorgzwaarte is gedefinieerd als de hoeveelheid zorg noodzakelijk om het onevenwicht tussen draaglast en draagkracht te herstellen. De bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte betreft een aspect van de indicatiestelling waarbij de vraag wordt beantwoord hoeveel hulp nodig is. Aard en ernst van de problematiek bepalen de zorgintensiteit/zorgzwaarte. De zorgintensiteit/zorgzwaarte kan worden uitgedrukt met meerdere parameters, zoals het aantal contacten, het aantal contactpersonen, de duur van één contact, kostprijs van zorg, de totale duur van zorg, de meervoudigheid van zorg en de ingrijpendheid van zorg. De FID-parameters zoals gehanteerd binnen de toegangspoort zijn hiermee in lijn.

Ten slotte merken we op dat twee scenario's denkbaar zijn bij de toepassing van zorgintensiteit/zorgzwaarte. Enerzijds kan zorg worden gedefinieerd als tijdelijk, resulterend in een nieuwe autonome balans (cure). Anderzijds kan zorg worden gezien als (semi-)permanent, meer structureel (care).

Hoofdstuk 2:

Instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte

1 Inleiding

In dit deel worden instrumenten inzake de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte onder de loep genomen. Eerst worden de onderzoeksvragen weergegeven. Vervolgens wordt de methode uiteengezet waarmee de onderzoeksvragen zijn onderzocht. Daarna worden de resultaten gepresenteerd, we geven een beknopte beschrijving van elk van de gevonden instrumenten. Voor een uitgebreide beschrijving en beoordeling van de instrumenten wordt verwezen naar de bijlage Deel II op bijgeleverde CD-ROM of op de website. Nadien worden de instrumenten beoordeeld in twee fasen. In een eerste fase ondergaan alle instrumenten een evaluatie op enkele cruciale domeinen. In een tweede fase worden de geslaagde instrumenten geëvalueerd op basis van enkele bijkomende criteria. Elke fase wordt afgerond met een discussie en besluit.

2 Onderzoeksvragen

Drie onderzoeksvragen sturen dit deel:

- Welke instrumenten voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bestaan?
- Welke instrumenten zijn geschikt voor gebruik in de intersectorale toegangspoort NRTJ?
- Wat is de kwaliteit van de instrumenten inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte in het kader van indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ?

3 Methode

In eerste instantie zijn elektronische databases doorzocht naar potentiële instrumenten op basis van een aantal zoektermen zoals tool, instrument, service, support, intensity of support e.d. Dit leverde relevante informatie en enkele potentiële instrumenten op. Ook de stuurgroepleden gaven enkele instrumenten aan. Informatie en instrumenten leidden naar meer informatie en instrumenten. Uiteindelijk verzadigde de zoektocht en werden geen nieuwe potentiële instrumenten geïdentificeerd. De zoektocht naar instrumenten kan het best als een sneeuwbalzoektocht worden omschreven waarbij informatie steeds naar nieuwe informatie leidt.

De instrumenten moesten slechts aan één selectie criterium voldoen: één of meer uitkomstvariabele(n) die in meer of mindere mate een uitspraak doen over de benodigde zorgintensiteit/zorgzwaarte bij personen.

Vervolgens zijn alle instrumenten die voldoen aan het selectie criterium uitgebreid beschreven op basis van hun handleiding. De instrumenten zijn beschreven volgens volgende domeinen: gebruiksdoel en uitkomstvariabelen, doelgroep, (theoretische) achtergrond, meetmethode/kwaliteit van het testmateriaal, kwaliteit van de handleiding, schalen en items, normering, betrouwbaarheid, validiteit en kostprijs. Deze elementen zijn geselecteerd op basis van de COTAN (Evers, Lucassen, & Sijtsma, 2010) en rekening houdend met belangrijke domeinen m.b.t. de indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ.

Na de beschrijving van de instrumenten zijn alle instrumenten in twee fasen geëvalueerd in het kader van gebruik in de toegangspoort. In een eerste fase zijn drie cruciale domeinen geselecteerd uit de beschrijvingen waaraan een potentieel te gebruiken instrument moet voldoen. In een tweede fase worden enkele bijkomende criteria geselecteerd waarop de geslaagde instrumenten zijn geëvalueerd. Bij de evaluatie van de instrumenten is zoveel als mogelijk rekening gehouden met de richtlijnen van de COTAN.

4 Beknopte beschrijving instrumenten

4.1 Supports Intensity Scale NL 1.2 (SIS)

Supports Intensity Scale® SIS®.

Schaal Intensiteit van Ondersteuningsbehoeften.

Nederlandse versie SIS NL 1.2.

Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes, Rotholz, Schalock, Silverman, Tasse, Wehmeyer.

Nederlandse vertaling en bewerking: W. H. E. Buntickx.

2010, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De SIS is een multidimensionele schaal voor het vaststellen van de aard en de intensiteit van ondersteuningsbehoeften van volwassenen met verstandelijke beperkingen en verwante ontwikkelingsstoornissen. Er worden vijf gebruiksdoelen geformuleerd:

1. Ondersteuningsbehoeften (aard) te identificeren en in kaart te brengen
2. De intensiteit van de benodigde ondersteuning te bepalen en te vergelijken met de normgroep
3. Een profiel van ondersteuningsbehoeften op te stellen
4. Veranderingen in ondersteuningsbehoeften vaststellen
5. De uitkomsten van ondersteuning te evalueren.

De SIS is ontworpen om individuele begeleiders, ondersteuningsteams en zorgorganisaties inzicht te verschaffen met betrekking tot de hierboven vernoemde onderwerpen. Met de SIS kan zowel in individuele situaties als op het niveau van een team, organisatie of regio worden gewerkt. Het instrument heeft betrekking op de onder-

steuning die door de persoon ontvangen zou moeten worden om bepaalde activiteiten uit te voeren of hieraan te participeren.

De ondersteuningsbehoeften worden in de SIS in drie secties onderverdeeld:

Behoeftte aan ondersteuning (sectie 1)

Deze schaal onderzoekt de algemene behoeften aan ondersteuning in dagelijkse situaties op basis van zes subschalen.

Behoeftte aan ondersteuning bij belangenbehartiging (sectie 2)

Deze aanvullende schaal onderzoekt specifiek de behoefte aan ondersteuning voor bescherming en belangenbehartiging.

Behoeftte aan speciale ondersteuning in verband met medische en gedragsproblemen (sectie 3)

Deze aanvullende schaal onderzoekt in twee subschalen de behoefte aan speciale ondersteuning in relatie tot specifieke medische of gedragsmatige problemen.

Bij het invullen van de schalen uit sectie 1 en 2 wordt de behoefte aan ondersteuning bij elke activiteit met betrekking tot drie aspecten bevraagd: frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning.

Sectie 3 gaat uit van de aanname dat bepaalde ziektebeelden en bepaalde gedragsproblemen leiden tot een extra verhoging van de ondersteuningsbehoeften. In sectie 3 wordt een schaal van 0 – 2 gehanteerd om de relatieve impact van (para)medische en verpleegkundige handelingen en van preventie of behandeling van gedragsproblemen in te schalen: 0 = geen steun nodig; 1 = enige steun is nodig; 2 = uitgebreide steun is nodig.

De SIS levert meerdere scores op:

Sectie 1 berekent eerst per subschaal een totale ruwe score, een standaard score en een subschaal percentiel. Deze score wordt berekend aan de hand van de scores voor frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning. Voor de hele sectie wordt een SIS-ondersteuningsindex berekend om de intensiteit van ondersteuningsbehoeften te bepalen. Deze SIS-index wordt berekend aan de hand van de som van de standaardscores van de subschalen. Deze score wordt vervolgens met de normgroep vergeleken wat een percentielscore van de SIS-ondersteuningsindex oplevert. Al deze scores worden grafisch opgenomen in het 'profiel van ondersteuningsbehoeften' op het scoreformulier.

Sectie 2 wordt niet gebruikt bij de bepaling van de SIS-index, maar levert wel belangrijke informatie op voor een individueel ondersteuningsplan. De ruwe scores worden per deelactiviteit (zoals opkomen voor zichzelf, omgaan met geld, inroepen en gebruik maken van juridische diensten ...) berekend aan de hand van de scores voor frequentie, dagelijkse ondersteuningstijd en type ondersteuning. Dit levert een rangorde op van de deelactiviteiten waarbij kan worden aangegeven voor welke activiteit een eventuele ondersteuning wordt overwogen. De hoogst genoteerde activiteitengebieden verdienen bijzondere aandacht. De totale ruwe score van deze sectie wordt eveneens berekend.

Sectie 3 behoudt bij de score het onderscheid tussen de behoeften aan speciale ondersteuning in verband met medische (A) en gedragsmatige problemen (B). Per subschaal worden de ruwe scores opgeteld. Een ruwe score op een subschaal hogere dan 2 vereist bijzondere aandacht voor het individuele ondersteuningsplan (cut off-criterium). Het klinisch oordeel van de behandelaar en het beleid van de voorziening zullen hierbij moeten worden betrokken.

4.2 Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA)

CASII.

Gebruikshandleiding.

Maart 2005, versie 1.2.

Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII).

Instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan (IZIKA).

Vertaling: K. Uvin, B. Naessens, D. Deboutte.

Copyright American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

De CASII is ontwikkeld om op objectieve wijze de nood aan hulpverlening van kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen of allerhande andere stoornissen te bepalen.

Op individueel vlak beoogt de CASII te helpen bij het bepalen van het benodigde niveau van hulpverlening voor een individueel kind en familie. Op bredere schaal kan de CASII gebruikt worden bij het uitbalanceren van de individuele klinische nood ten aanzien van de beschikbare middelen.

De CASII bestaat uit zes dimensies die elk op een vijfpuntenschaal (gaande van minst naar meest ernstig) worden beoordeeld op basis van gesuggereerde ankerpunten. De clinicus moet in elke dimensie de hoogste score, dewelke de toestand van het kind het meest accuraat beschrijft, selecteren. De zes dimensies zijn: risico op verwonding, functionele status, comorbiditeit, herstelomgeving, veerkracht en behandelgeschiedenis, en aanvaarding en engagement.

Nadat een score is gekozen in elke dimensie, wordt de totaalscore gebruikt om tot een aanbeveling van het zorgniveau te komen. Om het zorgniveau te bepalen zijn er twee methodes ontwikkeld: een tabel en een raster. Het zorgniveau beschrijft het niveau van middelenintensiteit dat het best overeenstemt met de behoeften van een bepaalde cliënt. Dit betekent niet dat het kind, de adolescent of het gezin akkoord moet gaan met de aanbeveling, noch dat dit de enige hulpverlening is die kan worden aangeboden.

Er zijn zeven zorgniveaus mogelijk. Ze worden gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. De zorgniveaus zouden zo zijn gedefinieerd dat ze effectief gebruikt kunnen worden, ongeacht de mate van samenwerking in een lokaal zorgsysteem.

Niveau 0: Basiszorg voor preventie en behoud. Basispakket ter preventie en gezondheidsbehoud dat beschikbaar is voor iedereen in de beoogde bevolkingsgroep, of ze nu wel of geen nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg.

Niveau 1: Herstelbehoud en gezondheidsbeleid. Dit niveau van hulpverlening wordt normaal gezien voorbehouden aan die personen die dalen van hogere zorgniveaus en die een minimale betrokkenheid van het systeem nodig hebben om hun huidig niveau van functioneren te behouden, ofwel aan voor personen die kortdurende interventies nodig hebben om naar hun vorig niveau van functioneren terug te keren. (Vb. medicamenteuze begeleiding)

Niveau 2: Ambulante hulpverlening. Dit zorgniveau leunt het dichtst aan bij de traditionele praktijk en vereist een beperkt gebruik van in de leefomgeving gevestigde diensten.

Niveau 3: Intensieve ambulante hulpverlening. Op dit niveau wordt de hulpverlening meer complex en meer gecoördineerd. Het gebruik van case management start op dit niveau. Het gebruik van geïndividualiseerde teams om een geïndividualiseerd zorgplan (wraparound) te ontwikkelen start ook op dit niveau. Er wordt vaak gebruik gemaakt van informele steun vanuit de buurtgemeenschap zoals de kerk of zelfhulpgroepen. Dit niveau vereist frequenter contact tussen hulpverleners en de jongere en zijn/haar gezin aangezien de ernst van de stoornis toeneemt.

Niveau 4: Intensieve geïntegreerde hulpverlening zonder 24-uurs psychiatrische beschikbaarheid. Dit niveau van zorg beschrijft het best de toenemende intensiteit van de hulpverlening waarbij een diepgaande samenwerking tussen een stijgend aantal hulpverleners en diensten vereist is. Ook een uitgebreid geïndividualiseerd zorgplan is vereist, dat gebruik maakt van een toenemend aantal formele steunbronnen. Bijkomende ondersteuning kan time out, huishoudelijke hulp en bezoldigde mentoren inhouden. In meer traditionele systemen wordt dit niveau van hulpverlening vaak aangeboden in een dagbehandeling of deeltijdse hospitalisatie. Actieve case management is essentieel.

Niveau 5: Niet-beveiligde, 24-uurs psychiatrische beschikbaarheid. Traditioneel wordt dit zorgniveau voorzien in tehuizen of andere open residentiële voorzieningen, maar indien het niveau van geïndividualiseerd zorgteam in de regio bijzonder hoog is, kan dit niveau ook voorzien worden door pleegzorg en zelfs in een Centrum voor integrale Gezinszorg. In ieder geval moet er een complexe waaier aan diensten uitgebouwd worden rondom het kind en is er een hoger niveau voor zorgcoördinatie nodig om de verschillende noden van het kind te coördineren.

Niveau 6: Beveiligde, 24-uurs psychiatrische begeleiding. Meestal wordt deze hulpverlening aangeboden in residentiële psychiatrische ziekenhuizen of sterk uitgebouwde residentiële voorzieningen. Als er aan de veiligheidsvoorwaarden tegemoet gekomen kan worden binnen het geïndividualiseerd zorgteam, kan dit niveau van hulpverlening ook aangeboden worden in de leefomgeving van de jongere. Case management blijft essentieel opdat de tijd die elk kind spendeert binnen dit zorgniveau tot de minimum vereiste voor optimale zorg beperkt blijft en opdat de overgang naar lagere zorgniveaus vlot verloopt.

De zorgniveaus geven een continuüm in niveaus van behandelrespons weer, ontwikkeld voor gebruik met de CASII dimensionele diagnostiek en totaalscore. Op elk zorgniveau wordt een brede waaier aan programma's beschreven die variaties toestaan in toepassingsvormen en middelen in leefomgevingen. Het continuüm bevat zowel traditionele hulpverlening als nieuwe vormen van zorg, zoals deze in programma's geïnspireerd door de CASSP principes (Child and Adolescent Service System Program). Elk zorgniveau omvat de hulpverlening op ieder zorgniveau eronder.

4.3 Early Childhood Service Intensity Inventory (ECSII)

ECSII.

Version 1, September 2009.

Early Childhood Service Intensity Instrument for Infants, Toddlers, and Preschool-aged Children Ages 0 – 5.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

De ECSII is ontwikkeld om de zorgaanbieders en anderen die zorgen voor jonge kinderen bij te staan bij de bepaling van de benodigde intensiteit van hulpverlening aan kinderen van nul tot en met vijf jaar. Het instrument voorziet zorgaanbieders een gemeenschappelijk taal en gidst hen bij de bepaling van de geschikte hulpverlening aan de juiste intensiteit voor de jongste en meest kwetsbare kinderen. De ECSII is ontworpen voor de eerste hulpverleningsplanning en het opvolgen van hulpverlening met herhaalde metingen over de tijd.

De ECSII bestaat uit zes dimensies die elk met een vijfpuntenschaal (gaande van minst naar meest ernstig) worden beoordeeld op basis van gesuggereerde ankerpunten. Voor het bepalen van een domeinscore moet de clinicus in elke dimensie de hoogste score, dewelke de toestand van het kind het meest accuraat beschrijft, selecteren. De zes dimensies zijn: (1) mate van veiligheid, (2) kind-ouder interacties, (3) verzorgende omgeving, (4) functionele/ontwikkeling status, (5) impact van de medische, ontwikkelings-, of emotionele/gedragsproblemen, en (6) hulpverleningsgeschiedenis¹².

Nadat voor elke dimensie een score is gekozen, wordt de totaalscore gebruikt om tot een aanbeveling van het 'service intensity level' te komen. De ECSII tracht de intensiteit van zorg te bepalen m.b.t. meerdere types van zorg en zorgsettings. De verschillende types van zorg zijn o.a. evaluatie, medisch, ontwikkeling, onderwijs, sociaal, geestelijke gezondheid, zorgcoördinatie en informele ondersteuning. De verschillende zorgsettings zijn o.a. zoals thuis, kinderopvang, head start program, geestelijke gezondheid of ziekenhuis, dagbehandelingprogramma, therapeutische pleegzorg enzovoort.

De ECSII hanteert de term 'Service Intensity' (intensiteit van de hulpverlening) in de plaats van de traditioneel gedefinieerde levels of care. Er zijn zes service intensity

¹² De eerste vijf domeinen bepalen steeds het service intensity level, de hulpverleningsgeschiedenis kan optioneel worden gebruikt.

levels mogelijk. Ze worden kwalitatief beschreven. Ze bestaan uit een samenstelling van alle mogelijke hulpverleningen die aan een individu worden toegewezen. Het is niet beperkt tot geestelijke gezondheidszorg. De service intensity levels worden allen beschreven aan de hand van zeven karakteristieken: (1) complexiteit en impact van het probleem; (2) focus van de interventie en setting in de welke de hulpverlening gebeurt; (3) omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); (4) aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; (5) ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; (6) aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; (7) en mate van informele hulp. Nadat het service level is bepaald biedt de ECSII bijkomend werkbladen aan om de intensiteit in te schatten van de hulpverlening met m.b.t. verschillende categorieën van hulp (evaluatie, medisch, geestelijke gezondheid, ...).

Na de bepaling van het zorgniveau kan de hulpverlener aan de slag met dit level. Er zijn per categorie van hulpverlening (zie theoretische achtergrond) tabellen voorzien die voorbeelden geven van hulpverlening die mogelijks aangewezen is. De hulpverlener kan per categorie op basis van het service intensity level bepalen welke intensiteit is vereist. Dit proces is bedoeld ter verdere (meer geïndividualiseerd) planning van de hulpverlening.

4.4 Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)

STEP Standaard Taxatie Ernst Problematiek.

Handleiding 2010.

Van Yperen, Eijgenraam, van den Berg, de Graaf, Chênevert.

Nederlands Jeugdinstituut.

Utrecht, april 2010.

De STEP is bedoeld om, op gestructureerde wijze, de ernst van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg te taxeren. Op basis daarvan kan een inschatting worden gemaakt van welke zorg nodig is en hoe snel die zorg geboden moet worden.

Met de STEP wordt een korte en globale karakteristiek gegeven van de ernst van de problemen. De STEP is geen instrument waarmee eerst uitgebreid de situatie van de jeugdige in kaart wordt gebracht, maar aan de hand van een aantal trefwoorden wordt met een globale score een schets gegeven van de ernst.

Omdat met de STEP reeds verzamelde informatie geordend en getaxeerd wordt volgens een gestandaardiseerde werkwijze, vergroot dit de betrouwbaarheid van de taxatie. De verschillende aspecten van de ernst van de problematiek worden met de STEP gewogen volgens een standaard. Hierdoor letten alle hulpverleners op dezelfde aspecten en wegen ze die ook op dezelfde manier. Dit moet de beoordeling transparanter en het oordeel minder subjectief maken.

De STEP baseert zich voor zijn scores op vier schalen (met items) die elk afzonderlijk worden beoordeeld. Pas na het wegen van de afzonderlijke schalen wordt beoordeeld of en hoe aandachtsgebieden elkaar beïnvloeden. Per schaal moeten de scores worden opgeteld, zodat de schaalcores worden bekomen.

De schaalscores worden vervolgens overgenomen op het ernstprofiel. Dit gebeurt aan de hand van een scoringsleutel. Zo wordt duidelijk welk STEP-ernstniveau van toepassing is. Het ernstniveau wordt per schaal weergegeven. Dit betekent dat een 'eindscore' wordt bekomen voor het functioneren van de jeugdige (zwaarte problematiek), de kwaliteit van de omgeving (zwaarte problematiek), de zwaarte zorg (zwaarte zorg en urgentie) en de urgentie zorg (zwaarte zorg en urgentie).

De omzetting van de schaalscores naar de STEP-ernstniveaus op het ernstprofiel is experimenteel en moet nog met onderzoek worden geïjkt. De bedoeling is om op termijn soortgelijke bladen te maken voor de omzetting van de scores van bijvoorbeeld de CBCL en de NOSI(k) naar de STEP.

In het kader van huidig onderzoek zijn de schaalscores voor de zwaarte en urgentie van de zorg van grootst belang. Deze krijgen respectievelijk een score op een meer-puntenschaal gaande van 'geen zorg of minimale zorgzwaarte' tot 'zeer hoge zorgzwaarte' en 'geen zorg of geen urgentie van zorg' tot 'zeer hoge tot extreme urgentie zorg'.

Betreffende de zorgzwaarte schaalscore zijn geen onderzoeksresultaten ter beschikking die de voorspellende waarde van deze score nagaan. Een zorgzwaarte-index is dus nog niet beschikbaar. De zorgzwaarte-score kan dan ook niet met een norm worden vergeleken.

De zorgzwaarte score is gebaseerd op de soort van zorg, de duur van zorg en de intensiteit van de zorg (zoals ingeschat door de beoordelaar). Onderzoeksresultaten naar deze items tonen aan dat deze scores vrij goed te gebruiken zijn om de indicatiestelling grofmazig te ondersteunen. Strikt genomen kan op basis van de analyses een vrij trefzekere richtlijn worden gemaakt voor de ondersteuning van de indicatiestelling geen/wel geïndiceerde jeugdzorg (vorm van gespecialiseerde Jeugdzorg). Met behulp van statistische weging van de schalen is aan de indicatiestellers in dit verband een advies te geven met een vrij grote trefzekerheid (75% correct). In het laatste geval (wel jeugdzorg) kan verder worden gedifferentieerd naar meer ambulante of (semi)residentieel. Bij een verdere differentiatie van de geïndiceerde jeugdzorg naar ambulante zorg of verblijf is de trefzekerheid redelijk (60% correct). Voor een fijnmaziger onderscheid zou de STEP niet geschikt zijn.

4.5 ZorgZwaarte-Instrument (ZZI – VAPH)

Handleiding Zorgzwaarte-instrument.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Brussel, december 2010.

Het zorgzwaarte-instrument (ZZI - VAPH) heeft als doel de zorgzwaarte te meten van personen die een zorgvraag stellen aan het VAPH. Hierbij worden de ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap gemeten, ongeacht door wie deze ondersteuning geboden wordt. Zo kan het zijn dat een persoon door zijn handicap heel wat nood heeft aan ondersteuning, maar dat een groot deel van deze ondersteuning door zijn echtgenote wordt geboden en deze persoon enkel hulp aan het VAPH vraagt voor

de momenten dat zijn echtgenote niet thuis is. Dit zal wel de zwaarte van de zorg die hij verwacht verminderen, maar niet zijn ondersteuningsnood.

Het ZZI - VAPH bestaat uit verschillende schalen die opgebouwd zijn rond verschillende instrumenten. Er wordt in de handleiding voornamelijk in termen van instrumenten gesproken om de verschillende schalen te benoemen. Hieronder volgt reeds een kort overzicht van die deelinstrumenten. De schalen worden uitgebreider beschreven in de sectie 'schalen en items'.

- Vragenlijst zelfredzaamheid (bestaande uit de Barthel ADL-index en de ELIDA-schaal). Deze vragenlijst tracht de basis en algemene zelfredzaamheid van de persoon met een handicap in kaart te brengen.
- Supports Intensity Scale (SIS; zie eerder). Dit SIS wordt afgenomen om de algemene ondersteuningsnood voor zorgzwaarte in het ZZI op te nemen.
- Schaal Vanermen. Deze vragenlijst brengt enkele specifieke medische ondersteuningsnoden van de persoon met een handicap in beeld.
- Storend Gedragsschaal voor Zwakzinnigen (SGZ). Deze Vragenlijst brengt enkele specifieke gedragsproblemen van de persoon met een handicap in beeld.
- Screeningslijst sociaal-emotionele ondersteuningsnoden. Dit betreft een screeningslijst waarmee gepeild wordt naar het sociaal-emotioneel functioneren.

De scores die deze schalen opleveren worden ingegeven in geconstrueerde beslissingsbomen. Dit levert uiteindelijk drie parameters van zorgzwaarte op: Begeleidingsintensiteit, Permanentie en Nachtpermanentie.

Begeleidingsintensiteit heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap ondersteuning nodig heeft van andere personen. Er worden zeven niveaus van begeleidingsintensiteit weerhouden gaande van 'er is geen nood aan ondersteuning' tot 'er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningbehoefte'.

Permanentie heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap overdag nood heeft aan de beschikbaarheid van, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden acht niveaus van permanentie weerhouden, gaande van 'de persoon heeft geen enkele vorm van permanentie nodig' tot 'de persoon heeft nood aan voortdurend toezicht en dit binnen een beveiligde infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerd setting'.

Nachtpermanentie houdt verband met de mate waarin de persoon met een handicap tijdens de nacht nood heeft aan de beschikbaarheid, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden vijf niveaus van nood aan nachtpermanentie weerhouden, gaande van 'gedurende de nacht wordt geen ondersteuning geboden, er is niemand aanwezig noch stand-by' tot 'tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht intensieve ondersteuning geboden in functie van gedrag en/of verzorging of verpleging'.

4.6 Vragenlijst GezinsFunctioneren (VGF)

VGF.

Experimentele gebruikershandleiding van de Vragenlijst gezinsfunctioneren.

NIZW/PI Research.

Ten Brink, van der Steege, van der Haar, Jagers, Veerman en Baartman.

2000, Utrecht: NIZW Uitgeverij.

Met de Vragenlijst gezinsfunctioneren (VGF) wordt informatie verzameld over het functioneren van gezinnen met (ernstige) opvoedingsproblemen. In de handleiding worden drie gebruikersdoelen geformuleerd:

1. De VGF als hulpmiddel bij het verzamelen en analyseren van informatie.

De VGF kan in de eerste plaats behulpzaam zijn in de fase van het verzamelen en analyseren van informatie. Op een aantal manieren kunnen de scores helpen een beeld van de problematiek in het gezin te vormen en samen met het gezin tot doelen te komen.

2. Nagaan of intensieve gezinshulp de meest gepaste hulp is.

3. De VGF als hulpmiddel bij het evalueren van behandelingen.

Bij elke evaluatie kan het zinvol zijn de VGF opnieuw in te vullen. De uitkomsten van de verschillende meetmomenten kunnen dan worden vergeleken en bezien of er vooruitgang, stagnatie of achteruitgang te zien is. In de evaluatie staat de vraag centraal of de behandeling zich richt op de goede gebieden.

De VGF bestaat uit 95 vragen, onderverdeeld in elf schalen die vier delen vormen.

De auteurs onderscheiden op drie niveaus van scores die kunnen worden geïnterpreteerd: het niveau van de totaalscore, van de schaal en van de individuele vragen.

Aan de hand van de totaalscore kan een antwoord worden gevonden op de vraag of thuisbehandeling wel mogelijk en/of nodig is. De totaalscore geeft in eerste instantie een indicatie van de ernst van de situatie in het gezin. Een hoge score duidt op relatief weinig problemen en een lage score op relatief veel problemen. In tweede instantie wordt deze score vergeleken met de norm. Op basis van cut off-criteria kan worden nagegaan of thuisbehandeling een afdoend aanbod is of dat aanvullende hulpverlening nodig is. Bij relatief veel problemen is het zaak dat expliciet met de teamleider of werkbegeleider wordt nagegaan of thuisbehandeling wel een voldoende intensieve behandeling is of dat aanvullende hulpverlening nodig is. De auteurs stellen dat het kind in deze situatie wellicht elders beter kan worden behandeld. Uit onderzoek blijkt dat deze vraag relevant is bij een totaalscore onder 2,69. Bij relatief weinig problemen, ofwel een totaalscore boven de 3,55 is het goed om na te gaan of intensieve thuisbehandeling in het betreffende gezin niet te veel van het goede is.

Op schaalniveau toont het profiel van de VGF de visie van de hulpverlener op het huidige functioneren van het gezin. Dit kan een hulpmiddel zijn bij het stellen van doelen. Op het profielformulier zijn twee profielen voorgedrukt. Dit geeft het gebied aan (een standaarddeviatie boven en onder de gemiddelde scores) waarbinnen de gezinnen van intensieve ambulante gezinsbehandeling op de betreffende schalen scoren. Deze scores kunnen als checkmiddel worden gebruikt bij het stellen van

doelen. De vraag die zich hier stelt is of de behandeling op de juiste aandachtspunten focust.

Tot slot kan het zinvol zijn op het niveau van de vragen de VGF te bekijken. De vragen kunnen afzonderlijk worden geanalyseerd door alle vragen die laag of hoog scoren eruit te lichten.

4.7 Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS)

De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. Handleiding bij het gebruik van de VSPS. Versie 4.2.

E.M. Scholte.

2000, Delft: Eburon.

De auteurs stellen dat een hulpverlener met behulp van de VSPS een jeugdige met psychosociale (gedrags)problemen een geschikt hulpaanbod kan doen. Doorheen de handleiding worden meerdere gebruiksdoelen geformuleerd:

1. Inventariseren van de probleemsituatie van een jeugdige

Aan de hand van een meervoudig risicomodel kan de psychosociale (probleem)situatie van jeugdigen in kaart worden gebracht. De VSPS verzamelt, inventariseert psychosociale (probleem)factoren van een jeugdige. Dit kan aanleiding geven om bepaalde onderdelen nader te onderzoeken. De gegevens van zo een aanvullend onderzoek kunnen in de probleeminventarisatie worden opgenomen.

2. Bepalen van hulpdoelen

Het VSPS-risicoprofiel kan niet alleen inzicht geven in de kern van de probleemsituatie van de jeugdige, maar ook bijdragen aan de bepaling van de doelen van de hulpverlening. Omdat het VSPS-risicoprofiel een overzicht geeft van de probleemsituatie van de jeugdige, kan de hulpverlener de doelen eenvoudigweg bepalen door bij elke VSPS-risicofactor na te gaan of een vermindering van het gesignaleerde risico tot een zinvolle eindsituatie van hulpverlening leidt.

3. Bepalen welke vorm van hulp nodig is

Doelen en middelen zijn in de VSPS nauw verbonden. Bepaalde doelen (of klassen van doelen) verwijzen doorgaans naar bepaalde middelen (of klassen van middelen). Het bepalen van middelen ligt in het verlengde van het bepalen van de doelen. Het bestaat namelijk uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel denkt te bereiken. De VSPS maakt geen lineaire afleiding van doelen naar middelen. De lijst doet wel suggesties omtrent in te zetten hulpmiddelen. Dit gebeurt op basis van gemiddelde risicoprofielen van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het VSPS-profiel van voor hulp aangemelde individuele jeugdigen te vergelijken met deze 'gemiddelde' profielen, krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties 'doorgaans' aangeboden wordt.

Het vertalen van de normprofielen is volgens de auteurs echter, door het grote aantal risicofactoren van de VSPS, in de praktijk geen eenvoudige zaak. Daarvoor is in een tabel weergegeven welke probleemkenmerken (aard en intensiteit) de diverse hulp-

vormen (pleeggezin, therapie ambulant, thuisbehandeling, normaal tehuis, behandelingstehuis of intensief tehuis) typeren.

4. Bepalen van het effect van de hulpverlening

Via follow-up vergelijking van de VSPS-risicoprofielen van individuele jeugdigen, kan worden bepaald of over een periode vooruitgang werd geboekt, en ja, op welk gebied.

Met de VSPS als registratie-instrument worden de risicofactoren in de psychosociale leefsituatie van voor hulp aangemelde jeugdigen in kaart gebracht. Dit vindt plaats door de in het meervoudig risicomodel gespecificeerde risicofactoren onder elkaar te zetten, en aan te geven welke factoren een gunstige, of een ongunstige invloed hebben op de (gedrags)ontwikkeling van de jeugdige.

De VSPS is opgebouwd volgens een piramidestructuur. De top is onderverdeeld in vier hoofdgebieden. Deze hoofdgebieden zijn elk onderverdeeld in een aantal onderwerpen, dat op zijn beurt weer bestaat uit een aantal concrete vragen (beoordeeld met een meerpuntenschaal de mate waarin het bevraagde kenmerk voorkomt: gaande van niet of nauwelijks tot zeer duidelijk of wekelijks tot dagelijks aanwezig).

Het eerste hoofdgebied heeft betrekking op algemene gegevens. Het gaat hier om demografische en biografische gegevens van de jeugdige en het gezin. Het tweede hoofdgebied beslaat de persoon van de jeugdige (gedragsontwikkeling, gezondheid en persoonlijkheid). Deze deelgebieden zijn eveneens onderverdeeld in meerdere factoren. Hoofdgebied drie betreft de sociale omgeving van de jeugdige. Er wordt gepeild naar het functioneren van het primaire, secundaire en tertiaire leefmilieu van de jeugdige. Ook deze deeldomeinen worden in factoren geoperationaliseerd. Hoofdgebied vier is het hulpverleningsplan. De eerste drie hoofdgebieden geven de feiten weer over de psychosociale (gedrags)problemen van de jeugdige, en de achtergronden en de mogelijke oorzaken daarvan. De volgende stap is het uitschrijven van een plan van actie ter verbetering van de probleemsituatie. Dit vindt plaats in het hulpverleningsplan.

Het totaalbeeld van (risico)factoren wordt het 'VSPS-risicoprofiel' genoemd. Dit profiel is identiek aan het VSPS-profielformulier. Het verschil is echter dat de gebruiker nu het risico op de diverse factoren heeft aangegeven.

Profiel- of risicoscores kunnen waarden aannemen van nul (risico niet aanwezig; het bijhorende aspect vormt geen probleem; er is geen hulp nodig) tot en met vijf (risico zeer duidelijk aanwezig; het bijhorende aspect vormt een groot probleem; er is dringend hulp nodig). Deze scores bevatten de mate waarin een bepaalde risicofactor een probleem vormt en aandacht van de hulpverlening behoeft.

Zwakke en sterke psychosociale aspecten kunnen worden opgespoord door het risicoprofiel van een bepaalde jeugdige te vergelijken met de profielen van wie de biografische kenmerken (leeftijd, sekse, en dergelijke) vergelijkbaar zijn.

De VSPS heeft daarnaast ook als doel het bepalen van de hulpdoelen en hulpmiddelen voor de jeugdige. Dit gebeurt op basis van het procesmatig model 'planmatig werken'. Het voornemen om binnen een vastgelegde periode bepaalde doelen of eindsituaties te bereiken, vormt een essentiële voorwaarde van het planmatig handelen. Het doelgericht handelen zelf bestaat uit het inzetten van geschikte middelen. Het VSPS-risicoprofiel

coprofiel kan bijdragen aan de bepaling van de doelen van de hulpverlening. De kern van een planmatige hulpverlening bestaat uit het op doelgerichte wijze verbeteren van de psychosociale probleemsituatie van de jeugdige. Omdat het VSPS-risicoprofiel een overzicht geeft van de probleemsituatie van de jeugdige, kan de hulpverlener de doelen eenvoudigweg bepalen door bij elke risicofactor na te gaan of een vermindering van het gesignaleerde risico tot een zinvolle eindsituatie van hulpverlening leidt.

Daarbij geldt weer als regel dat hoe hoger een VSPS-profiescore is, hoe problematischer het bijhorende aspect. In principe kan een hulpverlener de doelen van de hulpverlening derhalve bepalen door alle VSPS-risicofactoren met een score van 3 en hoger naast elkaar te zetten en zich vervolgens af te vragen of vermindering van de gesignaleerde problemen op de korte dan wel op de lange termijn een wenselijke eindsituatie vormt.

De verwezenlijking van deze doelen wordt nagestreefd met het inzetten van geschikte middelen. Daarbij geeft de term 'geschikt' al aan dat er een nauwe samenhang bestaat tussen doelen en middelen. De bepaling van de hulpverlening ligt in het verlengde van het bepalen van de doelen. Het bepalen van de hulpmiddelen bestaat volgens de auteurs uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel (beoogde eindsituatie) denkt te kunnen bereiken: door welke activiteit of middelen welke voorzieningen kunnen de gesignaleerde problemen verminderen, of welke inzet leidt tot de gewenste psychosociale eindsituatie.

De VSPS heeft hiervoor gemiddelde profielen ontwikkeld van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het VSPS-profiel van voor hulp aangemelde jongeren te vergelijken met deze gemiddelde profielen krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties doorgaans wordt aangeboden. Daarnaast weet men ook welk type jeugdige gemiddeld gezien welk soort hulp krijgt. Dit zou de keuze voor het hulpaanbod vergemakkelijken. Het is echter niet zo dat het gemiddelde hulpaanbod per definitie ook het meest effectieve is. De auteurs geven hiervoor als reden aan dat van veel middelen in de jeugdhulpverlening het effect nog niet werd onderzocht. Hierdoor is het niet mogelijk om koppelingen te maken in de trant van: bij problematiek X heeft hulpaanbod Y het meeste succes.

Er worden gemiddelde VSPS-risicoprofielen weergegeven voor pleeggezinplaatsing, ambulante psychotherapie, begeleiding of behandeling thuis, opname in een tehuis voor opvoeding en verzorging, opname in een behandelingstehuis, en opname in een rijksinternaat voor intensieve behandeling. Deze gemiddelde VSPS-risicoprofielen worden daarnaast ook gecombineerd aangeboden. In deze profielen worden de risicofactoren nu per risicogebied (aspect) samengenomen.

4.8 Checklist MST/FFT(MDFT)

Checklist MST/FFT. De ontwikkeling van een indicatie-instrument voor MST en FFT in de vorm van een checklist.

Oudhof, ten Berge, Berger.

2009, Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Deze checklist dient ter ondersteuning en onderbouwing van de afweging om bij individuele casuïstiek waar een ambulante intensieve gezinsinterventie nodig is, MST (Multi System Therapy), FFT (Functional Family Therapy), MDFT (Multidimensional Family Therapy) of andere ambulante gezinsinterventie in te zetten. De checklist kan een leidraad zijn voor de informatieverzameling en ondersteunt de besluitvorming in de casuïstiekbespreking of het teamoverleg.

De checklist wordt gebruikt als ondersteunend hulpmiddel bij de indicatiestelling. De checklist is geen objectief meetinstrument, maar biedt aandachtspunten en richtlijnen ter ondersteuning van de professionele beoordeling en besluitvorming.

Samenvattend worden er 2 gebruikersdoelen geformuleerd:

1. Informatie ordenen en beoordelen

De checklist dient ter ondersteuning van het ordenen en beoordelen van relevante informatie. Het invullen van de checklist vindt plaats na het invullen van bijvoorbeeld de STEP in zaken waarin een ambulante intensieve gezinsinterventie wordt overwogen.

2. Afweging maken (besluitvorming)

De ingevulde checklist helpt het team of de zorgaanbieder de indicatie MST, FFT, MDFT of een andere ambulante intensieve gezinsinterventie in te zetten.

De checklist is niet bedoeld voor het verzamelen van relevante informatie. Daarvoor zijn er andere instrumenten beschikbaar.

De verschillende criteria in de checklist worden met ja/nee gescoord.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik. Vervolgens moet gekeken worden naar het pragmatisch criterium of aanbod ook aanwezig en (direct) beschikbaar is.

4.9 Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie 2.0 (MATE)

Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE.

Schippers, G.M., Broekman, T.G. en Buchholz, A.

2007, Nijmegen: Bureau Bêta.

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) heeft als doel het op valide en betrouwbare wijze vaststellen van patiëntkenmerken ten behoeve van (1) het stellen van de indicatie voor zorg en behandeling en (2) van de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De MATE richt zich op patiënten met een verslavingsproblematiek, maar bevat onderdelen die evenzeer van toepassing zijn bij niet-verslaafde personen in de geestelijke gezondheidszorg.

In de eerste plaats is de MATE bedoeld voor triage en evaluatie in de verslavingszorg. Verder kan de MATE gebruikt worden voor de vaststelling in hoeverre iemand actief is en participeert in de samenleving, de externe factoren die daarop van invloed zijn, de zorgbehoeften die daaruit voortvloeien bij mensen met psychische aandoeningen in het algemeen, en de beslissing welke specifieke vormen van zorgverlening en behandeling geïndiceerd zijn. Er worden enkele gebruikersdoelen geformuleerd:

1. Administratieve doeleinden

Bedoeld is de identificatie van de persoon ten behoeve van de zorgadministratie. De MATE is een meetinstrument en niet bedoeld voor administratie.

2. Opsporen van belangrijke aandoeningen

Bedoeld is het identificeren van problemen of aandoeningen anders dan de primaire klacht die mede van belang kunnen zijn bij de behandeling van de primaire klacht of aandoening (verslaving). Te denken valt aan somatische en psychische comorbiditeit. Deze functie vereist instrumenten die, zonder al te diep te gaan en dus zonder te diagnosticeren, aanwijzingen geven van comorbiditeit die nadere diagnostiek verdient. De MATE spoort de belangrijkste aandoeningen op die voorkomen in samenhang met verslaving.

3. Triage

Bedoeld wordt het nemen van een beslissing over toewijzing naar grove categorieën, bijvoorbeeld naar intensiteit van zorg en behandeling, zoals ambulante of klinische behandeling. Triage heeft ook betrekking op de beslissing te verwijzen naar bepaalde vormen van zorg en behandeling, bijvoorbeeld voor maatschappelijke rehabilitatie en vaardigheidstrainingen.

4. Diagnostiek

Bedoeld is de identificatie van aard en ernst van de aandoening(en) van de persoon, zoals afhankelijkheid en misbruik. De MATE beperkt zich wat betreft de diagnostiek tot afhankelijkheid en misbruik van psychoactieve middelen volgens de DSM-IV.

5. Monitoren en evaluatie

Bedoeld wordt het volgen (monitoren) van de veranderingen bij de persoon om te zien of evoluties optreden in de relevante symptomen en in belangrijke domeinen teneinde de zorg en behandeling te kunnen evalueren. De MATE volgt veranderingen op alle relevante aandoeningen en belangrijke domeinen.

De MATE bestaat uit tien modules. Een module is een op zichzelf staand deelinstrument (zelfrapportage vragenlijst of interview). Om die reden is de MATE niet volledig nieuw, maar grotendeels samengesteld uit bestaande deelinstrumenten.

Met de MATE worden de volgende twintig scores samengesteld:

- Kenmerken somatische comorbiditeit
- Psychiatrische of psychologische behandeling
- Kenmerken psychiatrische comorbiditeit
- Afhankelijkheid
- Misbruik
- Ernst afhankelijkheid/misbruik
- Lichamelijke klachten
- Persoonlijkheid
- Beperkingen – Totaal
- Beperkingen – Basaal
- Beperkingen – Relatieve
- Positieve externe invloed
- Negatieve externe invloed
- Zorg & ondersteuning bij beperkingen
- Zorgbehoefte
- Verlangen
- Depressie
- Angst
- Stress
- Depressie Angst Stress – Totaal

Zorgbeslissingen op grond van onbewerkte gegevens uit de mate:

De auteurs stellen dat veel gegevens uit de MATE ook zonder dat ze bewerkt worden behulpzaam kunnen zijn bij de beoordeling van de aard en hoeveelheid aan te bieden zorg en bij andere beslissingen. Instellingen dienen eigen beslisparadigma's te ontwikkelen voor het aanbieden van zorg en behandelmethodieken gekoppeld aan beoordelingen op de afzonderlijke MATE domeinen en factoren.

Indicaties voor somatisch-medisch en psychiatrisch/psychologisch consult:

De MATE is ingericht voor het nemen van een beslissing over het verwijzen naar een somatisch-medisch en psychiatrisch/psychologisch consult in het kader van de intake. De auteurs bieden een beslisparadigma aan ter suggestie.

Zorgzwaarteesuggestie:

De MATE is ingericht om de triage en zorgzwaarte te ondersteunen. De MATE maakt het mogelijk het in Nederland door het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren ontwikkeld intakeprotocol toe te passen. Dit protocol bevat een beslisboom voor het toewijzen van personen aan niveaus van zorg en behandeling gericht op verslavingsgedrag. Deze beslisboom is gebaseerd op vier dimensies in de problematiek van de persoon, namelijk ernst van de verslaving (modules 1 en 4), ernst van de comorbide psychopathologie (module 2), mate van sociale desintegratie (ernstscores uit modules 7 en 8) en verslavingbehandelingsgeschiedenis (module 3). De beslisboom wijst een

patiënt toe aan één van vier niveaus van zorgzwaarte: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijds of klinische behandeling of lange ambulante zorg. Er worden scores bepaald voor de vier dimensies. Er is geen totale zorgzwaarte suggestiescore. Behalve voor behandelgeschiedenis wordt op iedere dimensie een dichotome score berekend, namelijk hoge/niet-hoge ernst van verslaving, hoge/niet-hoge ernst van comorbide psychopathologie, hoge/niet-hoge ernst van sociale des-integratie en een score voor behandelingsgeschiedenis.

Op grond van de weergegeven algoritmes in de MATE kan met behulp van de beslissboom een zorgzwaarte worden bepaald. Deze zorgzwaarte kan door de triagist worden overgenomen, of hij kan ervan afwijken.

4.10 Care and Needs Scale

Manual for the Care and Needs Scale (CANS). Version 7.
 Tate, R.L.
 2010, Sydney, Australia.

De Care and Needs Scale (CANS) is een achtdelige categorische schaal met twee secties: een Needs Checklist en een Support Levels. De CANS is ontworpen om het niveau van nood aan zorg te meten bij personen met een traumatisch hersenletsel.

De *Needs Checklist* brengt het type van de zorg en nood aan ondersteuning in kaart. Deze sectie bevat 24 items die verschillende activiteiten vertegenwoordigen. De items zijn opgedeeld in vijf hiërarchisch groepen volgens het niveau van beperkingen van de persoon met een traumatisch hersenletsel. De clinicus dient die items aan te vinken die van toepassing zijn op de cliënt.

Supports Level bevat acht niveaus van ondersteuning, opnieuw hiërarchisch gegroepeerd. Als de Needs Checklist is ingevuld, wordt die informatie gebruikt om, op basis van het klinisch oordeel, het niveau van nood aan ondersteuning te bepalen. Het niveau van ondersteuning is gerelateerd met de tijd dat de cliënt alleen kan worden gelaten. De niveaus van ondersteuning zijn:

Level 7: Cannot be left alone.

Needs nursing care, assistance and/or surveillance 24 hours per day.

Level 6: Can be left alone for a few hours.

Needs nursing care, assistance and/or surveillance 20-23 hours per day.

Level 5: Can be left alone for part of the day, but not overnight.

Needs nursing care, assistance, supervision and/or direction 12-19 hours per day.

Level 4: Can be left alone for part of the day and overnight.

Needs a person each day (up to 11 hours) for assistance, supervision direction and/or cueing for occupational activities, interpersonal relationships and/or living skills.

Level 3: Can be left alone for a few days of the week.

Needs contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support a few days a week.

Level 2: Can be left alone for almost all week.

Needs contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support at least once a week.

Level 1: Can live alone, but not intermittent (i.e. less than weekly) contact for occupational activities, interpersonal relationships, living skills or emotional support.

Level 0: Can live in the community, totally independently.
Does not need contact.

Op het CANS-formulier wordt duidelijk dat er een overlap is tussen de hiërarchisch groepering uit de activiteiten checklist (sectie 1) en het niveau van ondersteuning (sectie 2):

<u>Needs Checklist (sectie 1)</u>	<u>CANS Levels (sectie 2)</u>
Groep A	Levels 4, 5, 6 of 7
Groep B	Level 4
Groep C	Levels 1, 2, 3 of 4
Groep D	Levels 1, 2 of 3
Groep E	Level 0

Deze overlap is ontworpen zodat het overeenkomt met de klinische realiteit waar de ondersteuningsnood voor elke activiteit ligt in een range van minimale hoeveelheid aan ondersteuning tot maximale ondersteuning, afhankelijk van het aantal factoren. Het uitgangspunt is dat het niveau van ondersteuning niet minder kan zijn dan geïndiceerd door het niveau van de groep waarin de hoogste activiteitsbeperking is onderschreven.

4.11 Developmental Disabilities – Support Needs Assessment Profile (DD – SNAP)

DD-SNAP.

Developmental Disabilities - Support Needs Assessment Profile.

Examiner's Guide.

Hennike, J.M., Myers, A.M., Realon, R.E., en Thompson, T.J.

Butner, North Carolina: Murdoch Center Foundation, 2002 (derde editie).

De Developmental Disabilities - Support Needs Assessment Profile (DD-SNAP) is een behoeften beoordelingsinstrument dat de individuele nood aan ondersteuning en hulp van personen met een beperking meet.

De DD-SNAP pretendeert geen diagnostisch instrument te zijn, en is ook niet ontwikkeld ter vervanging van diagnostische beoordelingsinstrumenten.

De DD-SNAP is onderverdeeld in drie grote secties: achtergrond informatie, DD-SNAP-profiel en DD-SNAP Support Summary. Het is met name de tweede sectie die informatie oplevert i.v.m. de benodigde zorgzwaarte/zorgintensiteit. De scores die deze sectie oplevert worden hier beschreven.

Het DD-SNAP-profiel bevat een grafisch overzicht voor de ingevulde DD-SNAP scores en alle drie domeinroosters die worden gebruikt voor de registratie van de individuele noden.

Eerst moeten de drie domeinroosters worden beoordeeld. Het betreft de domeinen ondersteuning dagelijks leven, gezondheidszorg en gedrag. Elk domeinrooster is op zijn beurt onderverdeeld in drie tot vier domeinitems met in totaal elf items. Elk item moet worden beoordeeld met een meerpuntenschaal waarbij elke score kwalitatief is beschreven. De meerpuntenschaal (level of supports) weerspiegelt de intensiteit van benodigde ondersteuning, met level 1 als minimum en level 5 als maximum. De beoordelaar identificeert op die wijze het level dat het best de individuele nood omschrijft. De beoordelaar moet bij de beoordeling steeds focussen op de ondersteuningsnoden van het individu, en niet op de hulp die momenteel wordt ontvangen of nood aan bijkomende hulp.

Domein 1: Ondersteuning dagelijks leven.

Dit domein omvat vier domeinitems: supervisie, benodigde bijstand, leeftijd gerelateerd, en mate van structuur voorzien door anderen.

Domein 2: Ondersteuning gezondheidszorg.

Dit domein onderscheidt vier domeinitems: ondersteuning door artsen, ondersteuning door verpleging, paramedische ondersteuning en materiële ondersteuning.

Domein 3: ondersteuning van gedrag.

In dit domein worden drie items onderscheiden: geestelijke gezondheidszorg, ernst probleemgedrag en directe interventie.

Nadat alle domeinitems zijn beoordeeld, wordt het grafisch profieloverzicht ingevuld. Het grafisch profieloverzicht plaatst alle domeinen met bijhorende items naast elkaar (horizontaal) en de getallen van de level supports zijn eronder gezet (verticaal) waardoor een rooster is gevormd. De gescoorde level supports per domeinitem moeten door de beoordelaar worden omcirkeld. De omcirkelde scores moeten met een lijn worden verbonden.

Vervolgens moet de hoogste domeinitemscore in een domein worden geïdentificeerd. Dit cijfer, van één tot vijf, wordt overgenomen als domein score.

Ten slotte wordt opnieuw het hoogste cijfer geïdentificeerd, maar dit keer van de drie domeinscores. Dit cijfer, van één tot vijf, vormt het overall level of eligibility support. Het is de finale DD-SNAP score voor een individu.

4.12 BasisRaadsOnderzoek (BARO)

- *BARO. Handleiding rapportageformat.*
Ministerie van Justitie. Raad voor de Kinderbescherming.
Februari 2003.
- *BARO. Handleiding BARO en handleiding rapportageformat.*
Ministerie van Justitie. Raad voor de kinderbebescherming.
Drs. M. Spaanders
Februari 2003.

De BARO (BasisRaadsOnderzoek) is een instrument dat wordt gehanteerd ter ondersteuning van de screening van jeugdige verdachten in Nederland. De BARO is ontwikkeld in een poging om herval in delinquentie tegen te gaan en om een positieve ontwikkeling te stimuleren voor jeugdigen met een verhoogd risico op delinquentie. In het kader hiervan worden twee gebruikersdoelen geformuleerd:

1. Voorlichtingsfunctie

Het gaat om het opsporen van gegevens waarvan bekend is dat deze een rol kunnen spelen bij de voorbereiding op het plegen van of het betrokken raken bij een delict. Het doel hiervan is om in strafrechtelijke zin op grond van deze gegevens te kunnen adviseren aan de justitiële autoriteiten.

2. Selectiefunctie

Er wordt gescreend op gegevens die aanwijzingen opleveren voor achterliggende stoornissen en op problemen in de leefsituatie bij de jeugdige. Het doel hiervan is om op grond van deze gegevens een indicatie te kunnen stellen voor verder onderzoek en/of uitgebreide diagnostiek.

De BARO bestaat uit vier grote gedeelten: voorblad, vragenlijst (semi-gestructureerd interview), de kaders voor de invulling van de zorgindex en het wegingsformulier. Daarnaast is er nog het rapportageformat.

De BARO is opgebouwd rond negen domeinen: delict, omgevingsfactoren, functioneren in het gezin, functioneren op school, functioneren in de vrije tijd, gebruik/gokken, gevoel, gedrag, ontwikkeling/voorgeschiedenis (zei verder schalen en items). Dit zijn risicofactoren zoals uit wetenschappelijk onderzoek naar voren gekomen en die in de screeningslijst verwerkt zitten. De volgorde van de domeinen is niet willekeurig en het heeft nadrukkelijk de voorkeur om alleen in uitzonderingen van de volgorde af te wijken op grond van argumenten die bij de afname vastgelegd dienen te worden. De volgorde van de domeinen is in de vragenlijst anders dan in het wegingsformulier. Dit is vanwege de gespreksopbouw en enkele gemakkelijke overgangen van het ene naar het andere domein. De volgorde van de domeinen op het wegingsformulier corresponderen met het rapportageformat.

Uit het semi-gestructureerd interview haalt de raadsonderzoeker de informatie die hem in staat stelt om een overzichtelijke en inzichtelijke rapportage inclusief een onderbouwd stafadvies te geven en een bijdrage te leveren aan de selectie van die

jongeren die beter af zijn met goede diagnostiek en passende hulpverlening dan (alleen) met straf.

Het semi-gestructureerde interview bestaat ten eerste uit open vragen zonder antwoordalternatieven, vaak mogelijk omdat de reeks antwoordalternatieven niet uitputtend opgesomd kan worden. Volgens de auteurs is dit ook niet nodig: de BARO is een screeningsinstrument waarbij het van belang is te achterhalen dat er wat aan de hand is, zonder nog te hoeven weten wat er aan de hand is. Ten tweede zijn er indexvragen, met antwoordalternatieven, in de BARO voorzien. Ze hebben een in het oog springend kader waarin de antwoordalternatieven aangekruist kunnen worden. De antwoorden op de tien indexvragen kunnen worden gebruikt ter controle van de eigen weging. Naarmate er op meer indexvragen bevestigend is geantwoord neemt de kans toe op het bestaan van een criminele carrière en/of het bestaan van achterliggende problematiek. Wanneer de uitkomsten van de eigen weging en van de indexvragen uiteenlopen geeft dit aanleiding om de eigen weging nog eens kritisch te bekijken.

Na het stellen van de vragen aan jongere, ouders en school/politie/gezinsvoogd dient per domein een weging te worden gemaakt van alle antwoorden samen. Er moet worden vastgesteld of deze weging aanleiding geeft tot bezorgdheid (= ernst problematiek), en zo ja, in welke mate. De raadsonderzoeker vult het wegingsformulier in door slechts één kruisje te zetten per domein. Voor elk domein worden (door de BARO) op kwalitatieve wijze enkele kenmerken beschreven die de mate van bezorgdheid bepalen.

Nadat de BARO in zijn geheel is afgenomen wordt door de raadsonderzoeker een probleemanalyse uitgevoerd en vult aan de hand daarvan direct het wegingsformulier in. Per domein wordt verticaal aangegeven welke personen op het gebied van dat domein informatie verschaft hebben.

Per domein worden risico- en beschermende factoren tegen elkaar afgewogen. Die afweging zal in samenhang met de observatiegegevens van de raadsonderzoeker en diens professionele werkervaring leiden tot de uiteindelijke conclusie of er sprake is van geen, enige, veel of zeer veel bezorgdheid dan wel dat de informatie beslist onvoldoende is om een verantwoorde weging op dat domein te maken.

De afname van de BARO resulteert in een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is het oordeel over het huidige functioneren van de jongere?
Het gaat er bij de beantwoording van deze vraag om dat de lezer een 'overall beeld' krijgt van het functioneren van de jeugdige.
- Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het delict(gedrag)?
Deze vraag kan beantwoord worden door die factoren te noemen, die een rol lijken te hebben gespeeld bij het delict.
- Zijn er aanwijzingen voor onderliggende problemen en/of stoornissen die de jongere mogelijk in diens ontwikkeling bedreigen?

Hier dient duidelijk te worden aangegeven of er wel of niet sprake is van bijvoorbeeld ernstige ontwikkelings- of gedragsproblemen, excessief alcohol- of drugsgebruik of gokgedrag en/of psychische problemen.

- Is nadere bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming geïndiceerd? Zo ja: in welke vorm en in welk kader?

Deze vraag wordt beantwoord door allereerst een uitspraak te doen over de volledigheid en betrouwbaarheid van het uitgevoerde onderzoek; voorgaande informatie te relateren aan de mate van bezorgdheid (bedreigende/beschermende factoren) en de domeinen waarop de eventuele zorg zich richt; en vervolgens aan te geven in hoeverre bedreigingen zijn waargenomen in de ontwikkeling van de jeugdige en welke dat zijn. Hieruit volgt een conclusie 'wel of geen nadere bemoeienis'.

Vervolgens moet de vorm en het kader van de nadere bemoeienis aan de hand van de volgende argumenten worden gerapporteerd: aan- of afwezigheid van problemen in opvoedingssituatie; ontwikkelpunten, motivatie en mogelijkheden van de jeugdige; en effecten van eerdere interventies.

Onder nadere bemoeienis door de Raad valt: het uitvoeren van vervolgonderzoek of onderzoek naar opvoedingssituatie en eventuele agendering.

- Wat is vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie?

Naast een strafrechtelijk advies is dit de plek waar een eventueel hulpadvies kan worden geformuleerd. De adviezen die hier worden gegeven moeten logischerwijze volgen uit het voorgaande en moeten in elk geval goed worden onderbouwd. Dat impliceert een beschrijving waarom de geadviseerde straf of hulp voor deze cliënt het meest passend is. Hiervoor moet worden aangegeven of er vooral normbevestigend moet worden opgetreden of er daarnaast specifieke aandachtspunten en/of leerdoelen zijn.

Indien wordt verwezen naar (vrijwillige) jeugdhulpverlening, moet door de raads-onderzoeker worden aangegeven voor welke vorm wordt gekozen, op welke problemen de hulpverlening zich dient te richten en welke doelen ermee willen worden bereikt (rekening houdend met de verwachtingen van de jongere en diens ouders).

Onderdeel D bevat het feitelijk 'Advies inzake strafrechtelijke reactie'. Dit gedeelte van het rapport kan heel kort zijn. Er wordt zo concreet mogelijk geadviseerd over de strafrechtelijke afdoening. Als de Raad reden heeft tot bezorgdheid dan wordt vermeld welke verdere stappen de Raad zal ondernemen en waarop die zich richten. Er zijn twee mogelijkheden:

1. de beslissing om het basisonderzoek af te sluiten, de raadsbemoeienis te beëindigen en strafadvies te geven,
2. de beslissing om het raadonderzoek af te sluiten en hetzij te verwijzen naar een instelling voor jeugdhulpverlening, hetzij over te gaan tot nader onderzoek met daarbinnen de mogelijkheid tot verdere diagnostiek en de beslissing om in dit stadium wel of geen strafadvies uit te brengen. De BARO rapportage wordt afgesloten met de onderdelen 'Inzage en afgifte' en 'ondertekening'.

4.13 Belgische versie Resident Assessment Instrument (BelRAI)

- *RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©. Handboek voor versie 2.0. Instructies voor het gebruik van de Minimum Data Set voor Thuiszorg (MDS-HC Versie 2.0© en de Cliënt Beoordelingsprotocollen (CAP's). Morris, J.N., Bernabei, R., Ikegami, N., Gilgen, R., Frijters, D., Hirdes, J.P., Fries, B.E., Steel, K., Carpenter, I., DuPasquier, J., en Henrard, J. Vertaald en bewerkt door Frijters, D. Houten, Nederland: Dencat B.V., 2001. © Copyright by interRAI Corporation, Washington, DC, 1994, 1996, 1997, 1999.*
- *InterRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©. Gebruikershandleiding bij het LTCF-beoordelingsformulier van interRAI. Morris, J.N., Belleville-Taylor, P., Fries, B.E., Hawes, C., Murphy, K., Mor, V., Nonemaker, S., en Phillips, C.D. Vertaling en bewerking voor Vlaanderen, België: Vanneste, S. (vertaling), Declercq, A., Vanneste, D., Detroyer, E., Mello, J., en Wellens, N. (bewerking). 2006 © Copyright by interRAI Corporation, Washington, DC, 1990, 1995, 2001, 2005, 2006. <http://wiki.belrai.org/nl/>*

De 'BelRAI' of de 'interRAI' bestaat niet. Het is een verzamelnaam van meerdere deelinstrumenten. Er is dan ook een afwijkende beschrijving vereist. Hieronder volgt eerst een korte verduidelijking van het Resident Assessment Instrument (RAI), de Integrated Suite of Assessment Instruments (interRAI) en de Belgische versie ervan (BelRAI). Vervolgens worden de RAI – HC (thuiszorg) en de RAI-LTCF (langdurige zorg) uiteengezet.

Het Resident Assessment Instrument (RAI) werd op het einde van de jaren 1980 in de Verenigde Staten ontwikkeld om de gezondheids- en welzijnssituatie van ouderen in instellingen op een gestandaardiseerde en gestructureerde manier in beeld te brengen met als doel een hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring te realiseren. Nadien werden ook voor de andere zorgsectoren RAI-instrumenten ontwikkeld.

Chronisch ziek of afhankelijk zijn veronderstelt immers dat men beroep kan doen op diensten in verschillende zorgsettings op hetzelfde moment of op al dan niet opeenvolgende tijdstippen. Om tegemoet te komen aan de integratie van deze verschillende diensten werden in april 2005 na een complex herstructureringsproces de nieuwe op elkaar afgestemde interRAI-beoordelingsinstrumenten (Integrated Suite of Assessment Instruments) door InterRAI vrijgegeven.

De interRAI-beoordelingsinstrumenten of (interRAI-)beoordelingen helpen de zorgverleners in verschillende zorgsettings (rust- en verzorgingstehuizen, thuiszorgorganisaties, ziekenhuizen, ...) om aan de hand van gestructureerde items informatie te verzamelen over de zorgbehoeften en de capaciteiten van de cliënt.

Elk interRAI-beoordelingsinstrument of elke (interRAI-)beoordeling (LTCF, Home Care, ...) bestaat uit een twintigtal hoofdstukken zoals persoonlijke gegevens, stemming en

gedrag, psychosociaal welzijn, continëntie, ziektebeelden, gezondheidstoestand, geneesmiddelen De beoordelingsinstrumenten stellen de zorgverleners in staat het functioneren, de gezondheid, de sociale steun en het gebruik van diensten van de cliënt te beoordelen.

Uit de antwoorden op deze vragen worden resultaten berekend volgens internationaal gevalideerde algoritmes. Voorbeelden van dergelijke resultaten zijn CAP's (Clinical Assessment Protocols of Klinische Analyseprotocollen) en Scales (Zorgschalen).

Bepaalde aspecten van de vragen fungeren als triggers en koppelen de beoordelingsgegevens aan het basisprobleem dat in een CAP (Clinical Assessment Protocol of Klinisch Analyseprotocol) uiteengezet wordt. Deze "CAP-triggers" zijn geselecteerd om cliënten te identificeren die baat kunnen hebben bij de zorg die in één van de vele probleemgebieden aan de orde komt in de CAP's. De zorgdoelen in de verschillende CAP's variëren en omvatten de mogelijkheid een probleem op te lossen, gevaar voor achteruitgang van de gezondheid te verminderen of een klimaat voor verbetering te scheppen. Elke CAP bevat richtlijnen om de relevante, onderliggende toestanden te analyseren om daarna de zorgverleners toe te laten op een flexibele en autonome manier een holistische en hoogkwalitatieve zorgplanning te realiseren.

De ontwikkelde zorgschalen zijn beknopte beoordelingen van een cliënt over een bepaalde periode.

Samenvattend kan worden gesteld dat de interRAI-beoordelingsinstrumenten of (interRAI)beoordelingen zich vooral richten op de aanwezige competenties van de cliënten en veel minder op wat de cliënten niet (meer) kunnen (deficits). De CAP's hebben deze competentieregel als basis. CAP's zijn immers (zorg)richtlijnen voor een potentieel van aanpassing of verbetering. Ze informeren de zorgverlener waar en in welke mate de cliënt nog kan recupereren of verbeteren en ze informeren ook indien dit potentieel er niet meer is.

BelRAI is een Belgisch (FOD) pilootproject voor een uniforme en online registratie (interRAI-beoordelingsinstrumenten op de BelRAI-webapplicatie) van cliëntgegevens in de thuiszorg (Home Care), in de residentiële zorg (LTCF) en in de acute ziekenhuiszorg (Acute Care) in een streven naar een betere informatiedoorstroming en zorgkwaliteit.

BelRAI werkt samen met het eHealth-platform van de Belgische overheid en wordt gesuperviseerd door het Sectoraal Comité van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Om een interdisciplinaire aanpak te bevorderen kunnen in de BelRAI-webapplicatie alle (soms uiteenlopende antwoorden) van medici, paramedici en andere zorgverleners op vragen in de verschillende items van het interRAI-beoordelingsinstrument worden geregistreerd. Na het overlopen, eventueel bespreken en vervolledigen van de antwoorden, kan de beoordelingsverantwoordelijke de resultaten (o.a. CAP's en Zorgschalen) laten berekenen.

Deze gegenereerde, transparante potentiële probleemgebieden en guidelines kunnen uiteindelijk op een autonome manier worden gebruikt door de zorgverleners in de verschillende zorgsettings bij het realiseren van een holistische, hoogkwalitatieve zorgplanning en kwaliteitsmonitoring.

1. (BEL)RAI voor de thuiszorg (RAI - HC)©

Het Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI – HC) is bedoeld om te gebruiken bij de beoordeling van cliënten die thuis zorg ontvangen of gaan ontvangen, die tot de groep van ouderen behoren en verpleging en verzorging nodig hebben. Via een evaluatie van de behoeften, sterke punten en voorkeuren van de cliënt richt het systeem zich vooral het functioneringsvermogen en de levenskwaliteit van de cliënt. Het is de bedoeling de functionele mogelijkheden en kwaliteit van leven zo veel mogelijk te bevorderen, gezondheidsproblemen aan te pakken en ervoor te zorgen dat de cliënt zolang mogelijk in zijn of haar huis kan blijven. Gebruik van het RAI – HC resulteert in een lijst met zorgbehoeften van waaruit het individuele zorgplan voor de cliënt kan worden ontwikkeld.

Het RAI – HC is een persoongericht, gestandaardiseerd beoordelingssysteem voor gebruik door medici, dat minimale informatie biedt over en een leidraad wil zijn bij een allesomvattende thuiszorgplanning. Het RAI – HC tracht te zorgen voor een volledige, gestandaardiseerde evaluatie van zorgbehoeften, sterke punten en voorkeurskeuzen van oudere cliënten van thuiszorgorganisaties. De bedoeling van het gebruik van de CAP's (klinisch analyseprotocol) is het identificeren van de relevante, onderliggende problemen bij de cliënten, met als doel een holistische en hoogkwalitatieve zorgplanning te realiseren.

Het RAI – HC kan worden gebruikt bij de aanmelding van een cliënt bij de zorgorganisaties en als follow-up beoordeling (verfijnen en evalueren van het zorgplan).

Het RAI – HC bestaat uit de Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS-HC) en Klinisch Analyseprotocollen (CAP's). De MDS – HC items identificeren in het bijzonder cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH – HC met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

De Klinische Analyseprotocollen (CAP's) bevatten algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functioneren ...). Er zijn momenteel 30 CAP's die ingaan op de behoeften van de cliënten. Een gemiddelde cliënt heeft signaleringen voor tien tot veertien van de 30 CAP's. Het doel is de informatie van de CAP's te gebruiken bij het opstellen van een zorgplan.

De CAP's richten zich op zes verschillende domeinen: CAP's die samen gaan met functioneel presteren, CAP's die samen gaan met zintuiglijk functioneren, CAP's die samen gaan met geestelijke gezondheid, CAP's die samen gaan met gezondheidsproblemen/syndromen, CAP's die samen gaan met dienstverleningsaanbod en CAP's die samen gaan met continentie.

Elke CAP is op een standaardmanier opgebouwd: doelstelling, signaleringen, definitie, achtergrond en richtlijnen. In de doelstelling worden de doelen kort beschreven. Deze doelen kunnen zijn: het vermijden van problemen, probleemoplossing, revalidatie of handhaving van functioneren. De signaleringen geven de MDS-HC items weer die de beoordelaar attenderen op de mogelijke problemen of zorgbehoeften van de cliënt. Eenmaal gesignaleerd is een dieper gravende studie van de relevante oorzaken van de geconstateerde problemen en zorgbehoeften noodzakelijk. In de definitie worden de

belangrijkste begrippen gedefinieerd. Een beschrijving van de relevante informatie over de mate en aard van het probleem, de bekende oorzakelijke factoren en mogelijke behandelstrategieën volgt in de omschrijving van de achtergrond. Ten slotte zijn er de richtlijnen. Het betreft richtlijnen voor het evalueren van de gesignaleerde problemen, inclusief vervolgvragen en instructies voor het samenbrengen van informatie bij het bepalen van de te nemen vervolgstappen. Een grondige bestudering zal de aard van het probleem duidelijk maken, corrigeerbare (of voorkombare) oorzakelijke factoren aan het licht brengen en aangeven welke aanvullende verwijzingen nodig zijn en suggesties opleveren voor kansrijke behandelstrategieën.

Alle CAP's zijn ontworpen om het zorgproces van informatie te voorzien. Ze helpen bij het zetten van vervolgstappen. Ze leiden de beoordelaar naar een duidelijker begrip van wat moet worden aangepakt, waarom dit moet worden aangepakt en hoe dit regelmatig moet worden gecontroleerd.

2. InterRAI – Instelling voor Langdurige Zorg (Versie 09) (LTCF)©

De interRAI – LTCF is grotendeels gelijkaardig aan de RAI – HC. Het verschil is gelegen in het gebruiksdoel en uitkomstvariabelen, de doelgroep en de schalen en items.

De interRAI-LTCF (Instelling voor Langdurige Zorg) is een allesomvattend en gestandaardiseerd instrument (Minimum Data Set - MDS) voor het evalueren van de behoeften, de sterke punten en de voorkeuren van cliënten in een RVT of in een andere institutionele setting voor chronische zorg. De interRAI – LTCF is compatibel met andere internationaal gebruikte interRAI-instrumenten voor thuiszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg, intramurale geestelijke gezondheidszorg, acute ziekenhuiszorg, palliatieve zorg, postacute zorg en zorgverlening aan cliënten met een verstandelijke handicap. De compatibiliteit van beoordelingselementen bevordert de continuïteit van zorgverlening via een consistent beoordelingssysteem en stimuleert een persoonsgerichte aanpak van zorg.

Het interRAI – LTCF bestaat eveneens uit de Minimum Data Set voor thuiszorg (MDS – LTCF) en Klinisch Analyseprotocollen (CAP's). De MDS – LTCF items identificeren in het bijzonder cliënten die baat zouden kunnen hebben bij een nadere evaluatie van specifieke problemen en risico op achteruitgang in functioneren. Deze items staan bekend als 'signaleringen'. Ze verbinden de MDH – LTCF met een reeks van probleemgeoriënteerde CAP's.

De Klinische Analyseprotocollen (CAP's) zijn dezelfde als deze van de RAI – HC. Ze bevatten algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functioneren ...).

4.14 Camberwell Assessment of Need (CAN)

CAN.

Camberwell Assessment of Need.

A Comprehensive needs assessment tool for people with severe mental illness.

Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M., en Wykes, T.

2005, London: Gaskell.

<http://www.iop.kcl.ac.uk/virtual/?path=68>

De Camberwell Assessment of Need (CAN) is een instrument dat tracht de noden/behoefte van personen met een ernstige en langdurige mentale stoornis te meten. Het heeft betrekking op meerdere gezondheids- en sociale noden, en neemt beoordelingen op van zowel de betrokken hulpverleners als de gebruikers. De term gebruiker verwijst naar de persoon die het subject is van de metingen van de CAN. De CAN is ontwikkeld voor het gebruik bij:

- professionelen die betrokken zijn bij de zorg aan personen met een ernstige mentale stoornis,
- personen die wensen de hulpverlening te evalueren, of
- gebruikers van hulp in de beoordeling van hun eigen noden.

Er zijn drie versies van de CAN beschikbaar: een klinische variant CAN-C, een versie CAN-R bedoeld voor onderzoek en een verkorte versie CANSAS.

De CAN-C omvat een diepgaande meting van de problemen van personen met een ernstige mentale stoornis op 22 verschillende gebieden uit het leven. Het meet welke hulp de personen momenteel krijgen voor deze problemen en hoeveel hulp ze nodig hebben. Het voorziet ook ruimte voor het achterhalen van de visie van de personen met een ernstige mentale stoornis zelf over hoeveel hulp ze nodig hebben, en voor een hulpverleningsplan.

De CAN-R omvat eveneens een diepgaande meting van de problemen van personen met een ernstige mentale stoornis op 22 verschillende gebieden uit het leven. Het meet welke hulp de personen momenteel krijgen voor deze problemen, hoeveel ze nodig hebben en hun tevredenheid over ontvangen hulp. CAN-R is ontwikkeld voor het gebruik in onderzoeken.

De CANSAS is een verkorte meting (1 pagina) die samenvat of een persoon met een mentale stoornis problemen heeft op 22 verschillende gebieden, en of ze momenteel effectieve hulp ontvangen voor deze problemen. CANSAS is ontwikkeld voor het gebruik in routine klinisch werk of als uitkomstmeting in onderzoeken.

Elk domein (gebied) wordt gescoord op basis van vier secties. Hier volgt een weergave van de secties uit de CAN-C.

Sectie 1 heeft als doel te bepalen of de informant problemen ziet in dit domein en indien er problemen zijn of de cliënt hiervoor hulp ontvangt.

In sectie 2 wordt per domein de informele hulp die de cliënt momenteel ontvangt ingeschaald. Sectie 3 is bedoeld om informatie te verzamelen enerzijds over de formele hulp die de cliënt ontvangt en anderzijds over de hulp die de cliënt nodig heeft (perceptie).

Het doel van sectie 4 is tweevoudig. Ten eerste is er de mogelijkheid informatie op te nemen dat niet is beoordeeld maar wel van belang is (vb. welke hulp men in de toekomst wenst). Ten tweede kan een actieplan worden opgesteld zoals welke metingen nog zullen gebeuren, wie wat zal doen en wanneer het plan wordt geëvalueerd.

De beoordelingen kunnen direct worden overgenomen in het scoreformulier. Er zijn scoreformulieren beschikbaar voor de cliënt als informant en de hulpverlener als informant, voor de cliënt als enige informant en voor de hulpverlener als enige informant.

Elk formulier bevat een aantal samenvattende variabelen: totaal aantal vervulde noden, totaal aantal onvervulde noden, totaal aantal noden, totale hoeveelheid nood aan en ontvangen informele en formele hulp en totale hoeveelheid nood aan hulp van formele bronnen.

4.15 Inventory for Client and Agency Planning (ICAP)

ICAP. Inventory for client and agency planning.

Examiner's manual.

*Bruininks, R.H., Hill, B.K., Weatherman, R.F. and Woodcock, R.W.
1986, Chicago, USA: Riverside Publishing.*

De ICAP is een alomvattend, gestructureerd instrument ontwikkeld om de status, het adaptief functioneren en de nood aan hulpverlening (service needs) van cliënten te meten. De ICAP registreert beschrijvende informatie, diagnostische status, functionele beperkingen, adaptieve gedragsvaardigheden, probleemgedragingen, verblijfplaats, hulpverlening, en sociale, vrije tijd en dagelijkse activiteiten bij individuele cliënten. Het primaire doel van de ICAP is steun te bieden bij de screening, de opvolging, het beheer, de planning en de evaluatie van hulpverlening voor personen (kinderen en volwassenen) met een beperking en oudere personen.

De ICAP kan worden gebruikt om de ondersteuningsnoden van een cliënt te bepalen en om de gedragsveranderingen op te volgen. In het bijzonder is de ICAP geschikt voor het gebruik in kleine en grote voorzieningen, en ruime informatiesystemen. De ICAP is ontwikkeld voor organisaties die ondersteuning bieden aan cliënten van alle leeftijden en met een brede waaier aan niveaus van functioneren. Hierbij meet de ICAP de individuele actuele status en ondersteuningsnoden van de cliënt, en voorziet het organisatorisch samenvattende gegevens over grote groepen van cliënten.

De auteurs geven aan dat de ICAP specifiek geschikt is voor toezichtdoeleinden, het vaststellen van ondersteuningsnoden, de beoordeling of cliënten in aanmerking komen voor voorzieningen, de opvolging van een programma, en programma-evaluatie.

De ICAP voorziet een manier om individuele en samengebrachte informatie te verzamelen overheen een aantal gebieden essentieel voor het evalueren van cliënten en hulpverleningen. De auteurs stellen dat de inhoud en flexibiliteit van de ICAP ervoor zorgen dat er meerdere toepassingen mogelijk zijn voor educatieve, publieke en privé organisaties. Volgende toepassingen worden aangegeven: cliëntscreening en

toewijzingsbepaling, planning van hulpverlening en programma van cliënten, planning, opvolging en evaluatie van hulpverleningsprogramma's, opvolgen van vooruitgang cliënt en hulp, en onderzoek.

De ICAP bestaat uit meerdere domeinen: beschrijvende informatie, diagnostische status, functionele beperkingen, adaptieve gedrag, probleemgedrag, verblijfplaats, dagprogramma, hulpverlening, en sociale en vrije tijd activiteiten. Nadat alle domeinen zijn ingevuld worden de verschillende scores berekend. In het kader van huidig onderzoek gaan we hier in op de specifieke scores die de ICAP oplevert.

Het eerste profiel is het 'Training Implications Profile' dat informatie omvat over de *ontwikkelingsleeftijd van de cliënt per domein van adaptief gedrag* (motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid, en zelfredzaamheid in de omgeving). Het betreft de samengevoegde ruwe scores van de cliënt die worden vergeleken met gemiddelde scores per leeftijd.

Het tweede profiel is het 'Maladaptive Behavior Indexes Profile'. Informatie over de acht categorieën van probleemgedrag worden hier samengebracht in *vier indexen van onaangepast gedrag*. Deze vier indexen onaangepast gedrag geven een uitgebreide aanduiding van het probleemgedrag. Het betreft volgende indexen: Internaliserend onaangepast gedrag, Asociaal onaangepast gedrag, Externaliserend onaangepast gedrag, en Algemeen onaangepast gedrag. De indexwaarden variëren van +10 tot -70, waarbij negatieve scores probleemgedrag indiceren. De indexscores worden bekomen door de deelscores frequentie en ernst van de probleemgedragingen te sommeren voor het betreffende domein. Vervolgens worden deze scores gesommeerd met een leeftijdsgerelateerde factor en afgetrokken van 100 wat resulteert in de onaangepast gedrag indexscores. Ten slotte wordt een betrouwbaarheidsinterval van de indexscore berekend. Er is een relatie tussen de indexwaarden en het niveau van de ernst van het probleemgedrag:

Indexwaarden	Ernst probleemgedrag
+10 tot -10	Normaal
-11 tot -20	Marginaal ernstig probleemgedrag
-21 tot -30	Matig ernstig probleemgedrag
-31 tot -40	Ernstig probleemgedrag
-41 en lager	Zeer ernstig probleemgedrag

Het derde profiel is het 'ICAP Service Level Profile'. De Servicescore heeft een bereik van 0 tot 100. De score ontstaat uit een combinatie van de adaptief gedrag scores en probleemgedragscores die respectievelijk een gewicht van 70% en 30% krijgen toebedeeld.

De *Servicescore* geeft een indicatie voor het benodigde niveau van hulpverlening. De score worden in negen niveaus gepresenteerd:

Niveau	Beschrijving
1	Total personal care and intense supervision
2	
3	Extensive personal care and/or constant supervision
4	
5	Regular personal care and/or close supervision
6	
7	Limited personal care and/or regular supervision
8	
9	Infrequent or no assistance for daily living

Daar de ICAP Servicescore rekening houdt met zowel het adaptief gedrag als het probleemgedrag van de cliënt kunnen de scores voor beide domeinen sterk variëren binnen een zelfde niveau van hulpverlening. De redenering is dat het benodigde niveau aan hulpverlening van cliënten gelijk is, onafhankelijk of de cliënt slecht scoort voor adaptief gedrag of voor probleemgedrag.

Naast de scores op basis van bovenstaande profielen worden nog specifieke scores gegenereerd voor het *domein adaptief gedrag*. Deze scores worden vergeleken met een normgroep. Daarnaast worden nog volgende scores berekend: *Domeinscores* van adaptief gedrag (motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid en zelfredzaamheid in de omgeving + algemeen adaptief gedrag domeinscore), *Leeftijd equivalent scores* met betrekking tot adaptief gedrag, *Instructional or Training Range* (richtlijn/indicatie voor enerzijds adaptieve vaardigheden die waarschijnlijk als gemakkelijk ervaren worden door de cliënt en anderzijds adaptieve vaardigheden die waarschijnlijk als moeilijk of frustrerend worden ervaren door de cliënt), *Domeinverschilsscores* (Percentielrangen, standaardscores, normale verdeling equivalenten en relatieve prestatie indexen), *Functioneringsniveau* (gelinkt aan een kwalitatieve beschrijving van het functioneren met een zevenpuntenschaal, gaande van zeer sterk tot zeer zwak).

Ten slotte kan ook de verzamelde informatie afkomstig uit de verschillende domeinen gebruikt worden voor verdere interpretatie. De informatie geeft een beter zicht op de cliënt en zijn noden. Op deze wijze kunnen meerdere diagnoses worden aangegeven, waarbij de meest belemmerende, primaire diagnose en alle andere, secundaire diagnoses duidelijk worden. Ook informatie over de fysieke en functionele beperkingen kan een toegevoegde waarde hebben bij het nemen van een beslissing omtrent het toewijzen van hulp.

De domeinen verblijfplaats, hulpverlening, en sociale en vrije tijd activiteiten kunnen eveneens een meerwaarde hebben. Zo wordt informatie verzameld over de huidige en toekomstige (wenselijke) verblijfplaats van de cliënt op basis van een aantal opties verdeeld op een continuüm van onafhankelijk tot intensieve ondersteuning. Ook de professionele overtuiging van de respondent over toekomstige ondersteuningsnoden wordt opgenomen in termen van hulpverleningsvormen. Daarnaast kunnen noden aan

sociale en vrije tijd activiteiten worden onderscheiden met de bijhorende belemmerende factoren.

De auteurs stellen dat de ICAP niet bedoeld is om op zichzelf te worden gebruikt. De ICAP pretendeert niet de persoonlijke en professionele beoordeling van individuen, families en interdisciplinaire teams te vervangen. Het zou wel een goed gestandaardiseerd format zijn dat de besluitvorming ondersteunt, de vooruitgang van cliënten meet, en geschikt is voor een duidelijke rapportage, planning en beleidsdoeleinden.

5 Beoordeling per domein

Elk instrument wordt in het licht van de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling in de intersectorale toegangspoort op verschillende domeinen beoordeeld. De beoordeling van de instrumenten per domein gebeurt in twee fasen. In eerste instantie worden de domeinen gebruiksdoel en uitkomstvariabelen, leeftijd van de doelgroep en contact tussen cliënt en beoordelaar als cruciale domeinen beschouwd. Alle instrumenten ondergaan een evaluatie op deze domeinen. Een potentieel instrument dient minimaal als voldoende te worden beschouwd op deze domeinen. In tweede instantie worden de geslaagde instrumenten beoordeeld op enkele bijkomende criteria. Het betreft een aantal overwegingen van belang voor het al dan niet aanbevelen van een instrument. De evaluatie van de instrumenten die na de eerste fase als onvoldoende zijn beoordeeld, wordt slechts beknopt weergegeven.

5.1 FASE 1: Cruciale domeinen

In deze eerste fase worden de instrumenten op drie cruciale domeinen beoordeeld. Het eerst domein 'gebruiksdoel en uitkomstvariabelen' wordt verder opgedeeld in drie subdomeinen: dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte, invoergegevens en uitkomstvariabelen zorgintensiteit/zorgzwaarte. Vervolgens worden de instrumenten in het tweede domein beoordeeld m.b.t. de leeftijd van de doelgroep. In het laatste cruciale domein wordt geëvalueerd of contact tussen cliënt en beoordelaar al dan niet vereist is.

5.1.1 Gebruiksdoel en uitkomstvariabelen

5.1.1.1 Dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte

Alle instrumenten hebben als doel tot een beoordeling te komen van de benodigde hoeveelheid zorg (zorgintensiteit/zorgzwaarte). De instrumenten bepalen im- of expliciet zorgintensiteit/zorgzwaarte in functie van verschillende soorten van zorg.

Er kunnen twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte worden onderscheiden. Zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot:

- de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap) om zo adequaat mogelijk te functioneren (care)
- de behandeling van gedrags- en emotionele problemen aanwezig bij de minderjarige (cure)

Alle instrumenten focussen minimaal op één van bovenstaande dimensies. Ten eerste zijn er instrumenten die uitsluitend de benodigde hoeveelheid ondersteuning van de minderjarige met een beperking om zo adequaat mogelijk te functioneren bepalen. Het doel van deze zorg is gelegen in het bieden van ondersteuning van cliënten die te kampen hebben met een problematiek die niet van voorbijgaande aard is. Het doel van deze zorg is gericht op de gevolgen van de problematiek en dus niet op het verminderen of verhelpen van de problematiek zelf. In de handleiding van het *zorgzwaarte-instrument van het VAPH (ZZI – VAPH)* wordt op deze wijze zorgzwaarte als volgt omschreven: de mate waarin een persoon ondersteuning nodig heeft om zo adequaat mogelijk te kunnen functioneren in het dagelijkse leven. Met 'zo adequaat mogelijk' wordt 'overeenkomstig met wat gangbaar en algemeen aanvaard is binnen de ruimere sociaal-maatschappelijke context waarbinnen de persoon leeft' en 'tevens rekening houdend met de mogelijkheden, beperkingen en wensen van de persoon' bedoeld.

Ook andere instrumenten focussen op deze dimensie van zorgintensiteit/zorgzwaarte. Met de *supports intensity Scale NL 1.2 (SIS)* wordt getracht de aard en de intensiteit van ondersteuningsbehoeften in het dagelijks functioneren, bij belangenbehartiging en i.v.m. medische en gedragsproblemen vast te stellen. De *developmental disabilities - support needs assessment profile (DD-SNAP)* is een beoordelingsinstrument dat de individuele nood aan ondersteuning en hulp (ondersteuning dagelijks leven, ondersteuning gezondheidszorg en ondersteuning gedrag) van personen met een beperking meet. De *care and needs scale (CANS)* is ontworpen om het niveau van nood aan ondersteuning te meten bij personen met een traumatisch hersenletsel. De *Camberwell assessment of need (CAN)* tracht de ondersteuningsnoden van personen met een ernstige en langdurige mentale stoornis te meten.

Ten slotte is er de *inventory for client and agency planning (ICAP)* die als doel stelt de ondersteuningsnoden van een cliënt te bepalen en de gedragsveranderingen op te volgen. De ICAP is ontwikkeld voor organisaties die ondersteuning bieden aan cliënten van alle leeftijden en met een brede waaier aan niveaus van functioneren. Hoewel de ICAP strikt gezien ook kan indiceren met betrekking tot behandelingsgerichte zorg (zie ook verder) is het primair gericht op de ondersteuning van personen met een beperking. Gedragsproblemen zijn van ondergeschikt belang en worden als symptoom van de beperking beschouwd.

Ten tweede zijn er instrumenten die zich uitsluitend richten op bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte in functie van de behandeling van gedrags- en emotionele problemen van de minderjarige. Met behandeling wordt een werkvorm bedoeld die het verminderen of verhelpen (veranderen) van deze problemen als doel stelt. Het betreft

zorg gericht op problemen waarvan men aanneemt dat ze van voorbijgaande aard zijn.

Meerdere instrumenten kunnen worden onderverdeeld bij deze dimensie. Het *instrument om de intensiteit van hulpverlening voor kinderen en adolescenten na te gaan* (IZIKA) bekomt zorgniveaus die een continuüm in niveaus van behandelrespons weergeven. De IZIKA combineert de inschatting van de klinische behoeften en functionele status van een kind of adolescent, en een set van duidelijk gedefinieerde zorgniveaus. Vervolgens worden de klinische behoeften aan behandelingsmogelijkheden gekoppeld. De *vragenlijst sociale en pedagogische situatie* (VSPS) maakt mogelijk het VSPS-profiel van voor de hulp aangemelde individuele jeugdige te vergelijken met 'gemiddelde' profielen. Er worden gemiddelde VSPS-risicoprofielen weergegeven voor pleeggezinplaatsing, ambulante psychotherapie, begeleiding of behandeling thuis, opname in een tehuis voor opvoeding en verzorging, opname in een behandelingstehuis, en opname in een rijksinternaat voor intensieve behandeling. Met de *vragenlijst gezinsfunctioneren* (VGF) kan worden nagegaan of intensieve gezinshulp de meest gepaste hulp is. De *checklist MST/FFT(/MDFT)* tracht de afweging te ondersteunen en onderbouwen om bij individuele casuïstiek waar een ambulante intensieve gezinsinterventie nodig is, MST (Multi System Therapy), FFT (Functional Family Therapy), MDFT (Multidimensionale Family Therapy) of een andere ambulante gezinsinterventie in te zetten. De *meten van addicties voor triage en evaluatie* (MATE) heeft als doel het vaststellen van patiëntkenmerken ten behoeve van het stellen van de indicatie voor zorg en behandeling en ten behoeve van de evaluatie van verleende zorg en behandeling. De basis raadsonderzoek (BARO) is gericht op de bepaling van wat vanuit pedagogisch opzicht voor een jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie is. Er kan worden vanuit gegaan dat dit het verminderen of verhelpen van problemen inhoudt.

Ten derde zijn er drie instrumenten, de *standaard taxatie ernst problematiek* (STEP), de *early childhood service intensity inventory* (ECSII) en de *Belgische versie resident assessment instrument* (BelRAI), die op beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte zijn gericht.

De STEP is bedoeld voor de indicatiestelling voor geïndiceerde jeugdzorg¹³ in Nederland.

De ECSII tracht de intensiteit van zorg te bepalen over meerdere types van zorg en zorgsettings heen. De verschillende types van zorg zijn o.a. evaluatie, medisch, ontwikkeling, onderwijs, sociaal, geestelijke gezondheid, zorgcoördinatie en informele ondersteuning. De verschillende settings zijn o.a. zoals thuis, kinderopvang, head start program, geestelijke gezondheid of ziekenhuis, dagbehandelingprogramma, therapeutische pleegzorg enzovoort.

De BelRAI ten slotte bepaalt zorgdoelen in verschillende Klinische Analyseprotocollen (CAP's). Ze omvatten de mogelijkheid een probleem op te lossen, gevaar voor achteruitgang van de gezondheid te verminderen of een klimaat voor verbetering te scheppen. De CAP's richten zich op zes verschillende domeinen: functioneel presteren,

¹³ Omvat volgende werkvormen: daghulp, ambulante hulp, residentiële jeugdhulpverlening, crisisopvang, kamertraining, begeleid wonen projecten en pleegzorg (De Bie & van Ewijk, 2008).

zintuiglijk functioneren, geestelijke gezondheid, gezondheidsproblemen/syndromen, dienstverleningsaanbod en continentie.

Tabel 1: Zorgintensiteit-/zorgzwaartedimensies van de beoordeelde instrumenten

Zorgdimensie/ Instrument	Ondersteunende zorg	Behandelende zorg	Beide dimensies van zorg
SIS	X		
IZIKA		X	
ECSII			X
STEP			X
ZZI – VAPH	X		
VGF		X	
VSPS		X	
Checklist MST/FFT/MDFT		X	
MATE		X	
CANS	X		
DD-SNAP	X		
BARO		X	
BeIRAI			X
CAN	X		
ICAP	X		

Er is een nauw verband opgemerkt tussen de zorgintensiteit/zorgzwaarte dimensies en de inhoud van de domeinen ingeschaald door de instrumenten. De domeinen kunnen worden onderverdeeld in adaptieve vaardigheden enerzijds en probleemdomeinen anderzijds. Er zijn instrumenten die gebruik maken van informatie van één van deze domeinen. Andere instrumenten combineren beide domeinen van diagnostische gegevens.

Opvallend is dat de instrumenten gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap) informatie inschalen die (meestal) primair is gericht op adaptieve vaardigheden en slechts beperkt informatie inschalen met betrekking tot probleemdomeinen. De instrumenten gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de behandeling van gedrags- en emotionele problemen daarentegen focussen bijna allen uitsluitend op informatie uit probleemdomeinen. De instrumenten die zich op beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte richten schalen allen informatie in met betrekking tot zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeinen. De STEP vormt

in deze een uitzondering daar het gebruik maakt van parameters (soort zorg, duur en intensiteit) voor een algemene zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling en niet van afzonderlijke domeinen.

Ten eerste zijn er de instrumenten (SIS, ZZI – VAPH, CANS, DD – SNAP, CAN en ICAP) gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap).

De *SIS* kan worden beschouwd als een instrument dat beide domeinen (adaptieve vaardigheden en probleemdomeinen) inschaalt. In secties 1 en 2 worden meerdere adaptieve vaardigheden gemeten (vb.: activiteiten in huis, activiteiten in de samenleving, leren en permanente vorming, arbeidsmatige activiteiten, gezondheid, ...) terwijl sectie 3 specifiek is gericht op ondersteuning i.v.m. medische en gedragsproblemen (vb.: zorg bij ademhaling, hulp bij voeding, voorkomen van naar buitengericht agressief gedrag, ...). Echter, de *SIS* combineert beide domeinen niet tot één zorgintensiteit/zorgzwaarte score. De algemene ondersteuningsindex is uitsluitend op sectie 1 gebaseerd. Secties 2 en 3 dienen elk apart te worden geïnterpreteerd.

Het *ZZI – VAPH* combineert eveneens beide domeinen van diagnostische gegevens. Door middel van de *SIS* en de Vragenlijst zelfredzaamheid worden adaptieve vaardigheden ingeschaald. Met de Schaal van Ermen, de Storend gedragsschaal voor Zwakzinnigen en de Screeningslijst sociaal – emotionele ondersteuningsnoden worden probleemdomeinen opgenomen.

De *CANS* bevat met de 'Needs Checklist' zowel adaptieve vaardigheden (o.a. communicatie, zelfzorg, geldbeheer ...) als probleemdomeinen (medische, sociaal – emotionele en gedragsproblemen).

Ook de *DD-SNAP* brengt adaptieve vaardigheden en probleemdomeinen samen. Het domein 'Daily Living Support' brengt enkele adaptieve vaardigheden in kaart met betrekking tot het functioneren in het dagelijkse leven. De domeinen 'Health Care Supports' en 'Behavioral Supports' focussen voornamelijk op probleemdomeinen zoals gezondheidsproblemen en agressief gedrag.

De *CAN* verbindt 22 domeinen adaptieve vaardigheden (o.a. onderhoud van het huis, dagelijkse activiteiten, sociale contacten, intieme relaties, geld beheer, ...) met probleemdomeinen (o.a. fysieke gezondheid, psychotische symptomen, veiligheid t.o.v. zichzelf, drugs, ...). De ondersteuningsnoden bij al deze domeinen worden samengebracht door middel van enkele gesommeerde variabelen.

De *ICAP* is een goed voorbeeld van een instrument dat zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeinen inschaalt. De adaptieve vaardigheden worden echter als belangrijker beschouwd in vergelijking met de probleemdomeinen. De servicescore ontstaat uit een combinatie van de adaptieve gedragsscores (motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid, en zelfredzaamheid in de omgeving) en probleemgedragsscores (schade aan zichzelf, schade aan anderen, destructief t.o.v. eigendom, storend gedrag, ongewoon of repetitieve gewoonten, sociaal offensief gedrag, terugtrekken of onoplettend gedrag, en weerbarstig gedrag) die respectievelijk een gewicht van 70% en 30% krijgen toebedeeld.

Ten tweede zijn er de instrumenten (IZIKA, VGF, VASPS, Checklist MST/FFT/(MDFT), MATE en BARO) gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de behandeling van gedrags- en emotionele problemen aanwezig bij de minderjarige.

DE *IZIKA* neemt meteen een bijzondere positie in wat betreft de inschaling van adaptieve vaardigheden en probleemdomeneinen. De nadruk ligt in de *IZIKA* duidelijk op probleemdomeneinen door volgende dimensies: risico op verwonding/schade, comorbiditeit op domeinen ontwikkeling, lichamelijk functioneren, middelenmisbruik en psychiatisch, herstelomgeving, veerkracht en behandelingsgeschiedenis. Al deze domeinen zijn gericht op het identificeren van allerhande problemen die het vereiste zorgniveau verhogen. De dimensie 'functionele status' is verschillend, het schaalt adaptieve vaardigheden in. Deze dimensie beoordeelt wijzigingen in de mate waarin een kind of adolescent in staat is om verantwoordelijkheden op te nemen en met anderen te interageren, wijzigingen in biologische conditie (zoals slaap- en eetgewoonten, activiteitsniveau of seksuele interesse) en het vermogen om voor zichzelf te zorgen. Het functioneren kan ofwel worden vergeleken met datgene wat verwacht kan worden van een kind of adolescent op een bepaald ontwikkelingsniveau, ofwel met het baseline functioneren van dat welbepaald individu. Het is dus de wijziging in functioneren (adaptieve vaardigheden) die wordt bedoeld. Men gaat m.a.w. uit van een samenhang tussen de verandering in functionele status, en de nood aan en de zwaarte van behandeling. Dit betekent dat stabiele, onveranderde beperkte adaptieve vaardigheden bij een individu geen aanleiding zullen geven tot een verhoogde zorgintensiteit/zorgzwaarte.

De *VGF* hanteert uitsluitend probleemdomeneinen, namelijk basiszorg context, sociale contacten gezin, opvoedingsvaardigheden – moeder/vader, veiligheid in het gezin – moeder/vader, jeugdbeleving – moeder/vader, individueel functioneren – moeder/vader, en partnerrelatie.

Met de *VSPS* worden de risicofactoren in de psychosociale leefsituatie van voor hulp aangemelde jeugdigen in kaart gebracht. Dit vindt plaats door de in het meervoudig risicomodel gespecificeerde risicofactoren onder elkaar te zetten, en aan te geven welke factoren een gunstige, of een ongunstige invloed hebben op de (gedrags)ontwikkeling van de jeugdige. Het totaalbeeld van (risico)factoren wordt het 'VSPS-risicoprofiel' genoemd, waarbij het risico op de diverse factoren is aangegeven. Profiel- of risicoscores kunnen waarden aannemen van nul (risico niet aanwezig; het bijhorende aspect vormt geen probleem; er is geen hulp nodig) tot en met vijf (risico zeer duidelijk aanwezig; het bijhorende aspect vormt een groot probleem; er is dringend hulp nodig). Deze scores bevatten de mate waarin een bepaalde risicofactor een probleem vormt en aandacht van de hulpverlening behoeft. De weerhouden domeinen in de *VSPS* zijn: gedragsontwikkeling, gezondheid, persoonlijkheidskenmerken, primaire leefmilieu, secundaire leefmilieu en tertiaire leefmilieu.

De *Checklist MST/FFT/(MDFT)* maakt gebruik van indicatiecriteria die ofwel formeel/administratief (leeftijd en IQ) van aard zijn ofwel probleemgericht (probleemgedrag) zijn. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met de actieve tegenwerking van de cliënt.

De *MATE* kan worden beschouwd als een instrument dat adaptieve vaardigheden en probleemdomeneinen inschaalt maar inzake de zorgzwaartesuggestie enkel rekening

houdt met de probleemdomeinen. Zo combineert de MATE voor de zorgzwaartesuggestie volgende probleemdomeinen: ernst van de verslaving, ernst van de comorbide psychopathologie, verslavingbehandelingsgeschiedenis en mate van sociale desintegratie. Echter, modules 7 en 8 bevatten ook adaptieve vaardigheden die kunnen worden gescoord om de ondersteuningsbehoeften te meten. Daar deze scores niet worden meegenomen in de zorgzwaartesuggestie wordt de MATE als een instrument beschouwd dat uitsluitend gebruik maakt van gegevens die probleemgericht zijn.

De *BARO* maakt ten slotte gebruik van negen probleemdomeinen. De domeinen bestaan uit risicofactoren zoals die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren zijn gekomen. De indeling van de domeinen is delict, omgevingsfactoren, functioneren in het gezin, functioneren op school, functioneren in de vrije tijd, gebruik/gokken, gevoel, gedrag, en ontwikkeling/voorgeschiedenis.

Ten derde zijn drie instrumenten (*STEP*, *ECSII* en *BeIRAI*) gericht op beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte. Zoals eerder aangegeven vormt de *STEP* in deze een uitzondering. Het maakt gebruik van parameters (soort zorg, duur en intensiteit) voor een algemene zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling en niet van afzonderlijke domeinen.

De *ECSII* maakt gebruik van zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeinen. De nadruk blijkt wel op de probleemdomeinen te liggen. De probleemgerichte domeinen van de *ECSII* zijn: mate van veiligheid, kind-ouder interacties, verzorgende omgeving, impact van de medische, ontwikkelings-, of emotionele/gedragsproblemen, en optioneel de hulpverleningsgeschiedenis. Het domein 'functional/developmental status' heeft betrekking op adaptieve vaardigheden. De *ECSII* verschilt van de *IZIKA* inzake de omschrijving van dit domein. In de *ECSII* wordt niet enkel de wijziging in functionele status beoordeeld maar moet louter de status worden vergeleken met de normale verwachtingen voor een kind van deze chronologische leeftijd. Geïncorporeerde aspecten van de functional/developmental status zijn affectieve status en emotieregulatie, aanpassing aan verandering, biologische patronen, sociale interactie met volwassenen en andere kinderen, en cognitieve, taal en motorische ontwikkeling.

De *BeIRAI* met verschillende secties (22) en bijhorende items bevatten zowel adaptieve vaardigheden (vb.: cognitieve vaardigheden, voor de dagelijkse besluitvorming, communicatiepatronen/gehoor, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren, ...) als probleemdomeinen (vb.: delier indicatoren, gezichtsbeperking/-moeilijkheden, achteruitgang zien, stemmings- en gedragspatronen, ziektediagnosen, ...). Deze secties met items staan bekend als 'signaleringen'.

Tabel 2: Zorgintensiteit-/zorgzwaartedimensies en inhoud van in te schalen domeinen van de beoordeelde instrumenten

Invoergegevens/ Instrument	Onder- steunende zorg	Be- handelende zorg	Beide dimensies van zorg	Adaptieve vaardigheden	Probleem- domeinen
SIS	X			X	X
IZIKA		X		(X)	X
ECSII			X	X	X
STEP			X		
ZZI - VAPH	X			X	X
VGf		X			X
VSPS		X			X
Checklist MST/FFT/MDFT		X			X
MATE		X			X
CANS	X			X	X
DD-SNAP	X			X	X
BARO		X			X
BelRAI			X	X	X
CAN	X			X	X
ICAP	X			X	X

5.1.1.2 Invoergegevens: Inschaling van de rechtstreekse inschatting van ondersteuningsnood versus inschaling op basis van diagnostische gegevens

De zorgintensiteit/zorgzwaarte uitkomstvariabelen worden bekomen op basis van informatie die voordien is verzameld. In deze paragraaf wordt de aard van die informatie (invoergegevens) behandeld. Het onderscheid kan worden gemaakt tussen instrumenten die gebruik maken van een rechtstreekse inschatting van de benodigde ondersteuningsnood door de beoordelaar en/of cliënt en instrumenten die diagnostische gegevens inschalen. Bij deze laatste instrumenten worden de diagnostische gegevens getransformeerd tot een zorgintensiteit/zorgzwaartescoring.

Een aantal instrumenten maakt gebruik van de inschatting van de beoordelaar (en/of informant) over de benodigde hoeveelheid zorg voor een cliënt. Een aantal instrumenten schaaft diagnostische gegevens in bij de zorgzwaartebeoordeling.

Bij het eerste type instrumenten is een uitspraak over de zorgintensiteit/zorgzwaarte gebaseerd op de rechtstreekse inschatting van de beoordelaar (en/of cliënt) over die zorgintensiteit/zorgzwaarte. Deze werkwijze kan voordelen bieden inzake transparantie, systematisch werken, consensus tussen zorgverlener en cliënt, vraaggericht wer-

ken Echter, de rechtstreekse inschaling van de inschatting van de beoordelaar (en/of cliënt) over zorgintensiteit/zorgzwaarte leidt niet tot nieuwe informatie (met uitzondering van een eventuele somscore). De meerwaarde van een mogelijk instrument zorgintensiteit/zorgzwaarte in de intersectorale toegangspoort is gelegen in de analyse van diagnostische invoergegevens die leidt tot een objectieve inschatting van de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Deze instrumenten leveren deze meerwaarde niet aan.

De *STEP* kan worden gezien als het prototype van het soort instrument dat gebruik maakt van de rechtstreekse inschatting van de beoordelaar over de benodigde hoeveelheid zorg. Betreffende de benodigde zorgzwaarte worden drie vragen gesteld aan de beoordelaar:

- Wat voor soort zorg is er nodig?

Hier wordt door de beoordelaar ingevuld welk zorg voor de komende periode als de juiste wordt beschouwd. Dit gebeurt aan de hand van een meerpuntenschaal, waarbij 1 = geen of hoogstens enkele contacten via de telefoon of internet; 3 = Vrij toegankelijke, ambulante zorg; 6 = geïndiceerde ambulante zorg; 8 = observatiediagnostiek of behandeling in combinatie met partieel verblijf en 10 = observatiediagnostiek of behandeling met 24-uurs verblijf (pleegzorg of residentiële zorg).

- Hoe lang zal het hulpverleningstraject naar schatting duren?

Het betreft de totale duur van de hulp. Dit wordt eveneens gemeten met een meerpuntenschaal.

- Hoe groot is de intensiteit van de contacten?

Het betreft het aantal contacten of dagen van de hulp tijdens een bepaalde periode. Dit wordt eveneens gemeten met een meerpuntenschaal.

Vervolgens worden de scores opgeteld tot de uitkomstvariabele zorgzwaarte. Deze variabele is in vijf opgedeeld en wordt kwalitatief omschreven: gaande van geen zorg of minimale zorgzwaarte (totaalscore van 3 tot en met 6), over geringe zorgzwaarte (totaalscore van 7 tot en met 9), matige zorgzwaarte (totaalscore van 11 tot en met 13), aanzienlijke zorgzwaarte (totaalscore van 15 tot en met 17) tot zeer hoge zorgzwaarte (totaalscore van 19 tot en met 20). De uitkomstvariabele is dus een inschatting door de hulpverlener van de parameters. Het instrument levert dus geen parameters aan.

Overige instrumenten die duidelijk gebruik maken van dit soort invoergegevens zijn de *SIS*, *CANS*, en *CAN*. De *SIS* is onderverdeeld in drie secties. De items betreffen activiteiten waarvan de beoordelaar en de cliënt en/of het cliëntsysteem de benodigde frequentie, dagelijkse ondersteuning tijd en type ondersteuning dienen in te schatten. De invoergegevens zijn de inschatting van de beoordelaars over bepaalde parameters van zorgintensiteit/zorgzwaarte. Deze parameters worden gesommeerd tot domeinscores en een *SIS*-ondersteuningsindex die kunnen worden vergeleken met een norm. De *CANS* maakt gebruik van supports levels die acht niveaus van ondersteuning bevatten en hiërarchisch gegroepeerd zijn. Als de Needs Checklist is ingevuld, wordt die informatie gebruikt om, op basis van het klinisch oordeel, het niveau van nood aan ondersteuning te bepalen. De *CAN* schaaft de informele en formele ondersteuningsnoden in zoals waargenomen door de hulpverlener en/of cliënt. De totale hoeveelheid

benodigde hulp wordt in de CAN berekend door alle noden voor de verschillende domeinen, zoals ingeschat door de beoordelaar, op te tellen.

In de *DD-SNAP* moet de beoordelaar eveneens per item de benodigde hoeveelheid ondersteuning rechtstreeks inschatten op basis van een meerpuntenschaal met kwalitatieve beschrijving. De kwalitatieve beschrijvingen bevatten informatie over zowel de benodigde hoeveelheid ondersteuning als de ernst van de problematiek (adaptieve vaardigheden en probleemgedragingen; zie verder). Hier vindt een combinatie plaats van de inschatting van de zorgintensiteit/zorgzwaarte en de analyse van diagnostische gegevens.

Het *ZZI - VAPH* maakt gebruik van meerdere deelinstrumenten om te komen tot de zorgzwaartebepaling in termen van begeleidingsintensiteit, permanentie dag en nachtpermanentie. Één van die deelinstrumenten is de *SIS* (al dan niet verkort). Het gevolg is dat ook het *ZZI - VAPH* deels gebruik maakt van de rechtstreekse inschatting van de beoordelaar inzake de benodigde zorgzwaarte.

De *IZIKA*, *ECSII*, *VGF*, *VSPS*, *Checklist MST/FFT(/MDFT)*, *MATE*, *BARO*, *BeIRAI* en *ICAP* maken geen gebruik van de rechtstreekse inschatting van de beoordelaar (en/of cliënt) over die zorgintensiteit/zorgzwaarte. Deze instrumenten schalen diagnostische gegevens in die worden samengebracht voor de bepaling van de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Er wordt getracht op basis van diagnostiek vast te stellen wat goed loopt en/of wat niet (feitelijke gegevens), wanneer het voorkomt, in welke situaties en waarmee het samenhangt zonder dat de beoordelaar reeds een inschatting maakt van de benodigde zorg. De afweging van deze diagnostische gegevens leidt tot een beoordeling in termen van zorgintensiteit/zorgzwaarte.

Met de *ECSII* wordt een service intensity level bepaald op basis van diagnostische gegevens. Nadien kan de hulpverlener aan de slag met dit level. Er zijn per categorie van hulpverlening (zie theoretische achtergrond) tabellen voorzien die voorbeelden geven van hulpverlening die aangewezen kan zijn op dit niveau. De hulpverlener kan per categorie zelf bepalen welke hulpverlening de meest gepaste is. Dit proces is bedoeld ter verdere (meer geïndividualiseerd) planning van de hulpverlening.

Tabel 3: Invoergegevens van de beoordeelde instrumenten

Invoergegevens/ Instrument	Inschatting van beoordelaar over benodigde zorg	Inschatting op basis van diagnostische gegevens
SIS	X	
IZIKA		X
ECSII		X
STEP	X	
ZZI - VAPH	X	X
VGF		X
VSPS		X
Checklist MST/FFT/MDFT		X
MATE		X
CANS	X	
DD-SNAP	X	X
BARO		X
BeIRAI		X
CAN	X	
ICAP		X

5.1.1.3 Uitkomstvariabelen zorgintensiteit/zorgzwaarte

De uitkomstvariabelen inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte van de instrumenten kunnen onderling sterk verschillen. De meeste instrumenten hanteren een totaalscore voor de zorgintensiteit/zorgzwaarte als uitkomstvariabele. Daarnaast is het mogelijk dat de zorgintensiteit/zorgzwaarte in meerdere scores wordt uitgedrukt. Een aantal instrumenten heeft geen zuivere zorgintensiteit/zorgzwaarte variabele maar maakt het onrechtstreeks toch mogelijk er een uitspraak over te doen.

Het merendeel van de instrumenten hanteert een totaalscore die rechtstreeks de zorgintensiteit/zorgzwaarte aanduidt. Een aantal van deze instrumenten maakt het mogelijk de totaalscore te vergelijken met beschikbare kwantitatieve normen. Andere instrumenten maken gebruik van een kwalitatieve beschrijving aansluitend bij de eindscore. Enkele instrumenten geven geen verdere verduidelijking van de totaalscore.

De algemene ondersteuningsindex van de SIS is een totaalscore die kan worden vergeleken met kwantitatieve normen. Deze SIS - ondersteuningsindex wordt berekend

aan de hand van de som van de standaardscores van de subschalen van sectie 1 (adaptieve vaardigheden). Deze score wordt vervolgens met de normgroep vergeleken wat een totale standaardscore en percentielscore (SIS – ondersteuningsindex) oplevert. Al deze scores worden meer grafisch opgenomen in het 'profiel van ondersteuningsbehoeften' op het scoreformulier.

De totaalscore van de *ICAP* (Servicescore), met een bereik van 0 tot 100, kan eveneens worden vergeleken met kwantitatieve normen. De score ontstaat uit een combinatie van de adaptief gedragsscores en probleemgedragsscores die respectievelijk een gewicht van 70% en 30% krijgen toebedeeld. De Servicescore geeft een indicatie voor het benodigde niveau van hulpverlening. De score worden in negen niveaus gepresenteerd waarbij tevens een beperkte kwalitatieve beschrijving is toegevoegd (bv. score 1: total personal care and intensive supervision) voor vijf van de negen niveaus.

Heel wat instrumenten ontwikkelden kwalitatieve beschrijvingen aansluitend bij de totaalscores. Een totaalscore wordt kwalitatief gekarakteriseerd zodat een beoordelaar kan aflezen en interpreteren welke zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bedoeld.

De *ICAP* heeft zoals aangegeven een beperkte kwalitatieve beschrijving toegevoegd aan de totaalscores.

Met de *IZIKA* wordt per individu een zorgniveau (totaalscore) bekomen. Er zijn zeven zorgniveaus mogelijk. Ze worden kwalitatief gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. De zorgniveaus zouden zo zijn gedefinieerd dat ze effectief gebruikt kunnen worden, ongeacht de mate van samenwerking in een lokaal zorgsysteem. De zorgniveaus geven een continuüm in niveaus van behandelrespons weer, ontwikkeld voor gebruik met de *CASII* dimensionele diagnostiek en totaalscore. Op elk zorgniveau wordt een brede waaier aan programma's beschreven die variaties toestaan in toepassingsvormen en middelen in leefomgevingen. Het continuüm bevat zowel traditionele hulpverlening als nieuwe vormen van zorg. Elk zorgniveau omvat de hulpverlening op ieder zorgniveau eronder. De *CASII* zorgniveaus geven een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteed aan de hulpverlening.

De *ECSII* hanteert de term 'Service Intensity' (intensiteit van de hulpverlening) in de plaats van de traditioneel gedefinieerde levels of care. De Service Intensity Levels (zes in totaal) zijn kwalitatief beschreven. Het bestaat uit een samenstelling van alle mogelijke hulpverleningen die aan een individu wordt toegewezen. Het is niet beperkt tot geestelijke gezondheidszorg. De zorgniveaus worden allen beschreven aan de hand van zes karakteristieken: complexiteit en impact van het probleem; focus van de interventie en omgeving in de welke de hulpverlening gebeurt; omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; en mate van informele hulp. Nadat het service level is bepaald biedt de *ECSII* bijkomend werkbladen aan om de intensiteit in te schatten van de hulpverlening met m.b.t. verschillende categorieën van hulp (evaluatie, medisch, geestelijke gezondheid, ...).

Ook de *STEP* levert schaalscores op voor de benodigde zwaarte en urgentie van de zorg. Deze krijgen respectievelijk een score op een meerpuntenschaal gaande van 'geen zorg of minimale zorgzwaarte' tot 'zeer hoge zorgzwaarte' en 'geen zorg of geen urgentie van zorg' tot 'zeer hoge tot extreme urgentie zorg'. Hiermee worden de totaalscores (beperkt) kwalitatief beschreven. Er is nog geen zorgzwaarte – index beschikbaar. De zorgzwaarte – score kan niet met een norm worden vergeleken.

Het *ZZI – VAPH* berekent geen enkelvoudige totaalscore maar deelt zorgintensiteit/zorgzwaarte op in meerdere eindvariabelen. Met het *ZZI – VAPH* worden drie parameters van zorgzwaarte op bekomen: begeleidingsintensiteit, permanentie en nachtpermanentie. De begeleidingsintensiteit heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap ondersteuning nodig heeft van andere personen. Er worden zeven niveaus van begeleidingsintensiteit weerhouden gaande van 'er is geen nood aan ondersteuning' tot 'er wordt dagelijks zeer intensieve ondersteuning geboden in functie van uitzonderlijke ondersteuningbehoefte'. De permanentie heeft betrekking op de mate waarin de persoon met een handicap overdag nood heeft aan de beschikbaarheid van, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden acht niveaus van permanentie weerhouden, gaande van 'de persoon heeft geen enkele vorm van permanentie nodig' tot 'de persoon heeft nood aan voortdurend toezicht en dit binnen een beveiligde infrastructuur en omkadering. Dit impliceert een gespecialiseerd setting'. De nachtpermanentie houdt verband met de mate waarin de persoon met een handicap tijdens de nacht nood heeft aan de beschikbaarheid, feitelijke aanwezigheid van of aan toezicht door andere personen. Er worden vijf niveaus van nood aan nachtpermanentie weerhouden, gaande van 'gedurende de nacht wordt geen ondersteuning geboden, er is niemand aanwezig noch stand-by' tot 'tijdens de nacht is iemand fysiek aanwezig, er wordt toezicht uitgeoefend en er wordt meermaals per nacht intensieve ondersteuning geboden in functie van gedrag en/of verzorging of verpleging'.

Als laatste in deze categorie maakt ook de *CANS* gebruik van een totaalscore met een kwalitatieve beschrijving. De *CANS* wijst een patiënt toe aan één van de acht ondersteuningsniveaus (support level). Het ondersteuningsniveau wordt beschreven en is gerelateerd aan de tijd die de cliënt alleen kan worden gelaten.

Ten slotte berekent een aantal instrumenten een totaalscore zorgintensiteit/zorgzwaarte zonder dat deze kan worden vergeleken met de norm of dat deze kwalitatief wordt verduidelijkt. De *DD – SNAP* en de *CAN* kunnen hier worden onderverdeeld.

Met de *DD – SNAP* wordt een totaalscore berekend (overall level of eligibility support) voor een individu. Nadat de domeinscore zijn berekend, wordt het hoogste cijfer geïdentificeerd. De totaalscore kan variëren van één tot vijf.

De *CAN* berekent uit de verschillende domeinscores een aantal samenvattende variabelen: totaal aantal vervulde noden, totaal aantal onvervulde noden, totaal aantal noden (som van aantal vervulde en onvervulde noden), totale hoeveelheid nood aan en ontvangen informele en formele hulp en totale hoeveelheid nood aan hulp van formele bronnen.

Een aantal instrumenten heeft geen zuivere zorgintensiteit/zorgzwaarte uitkomstvariabele maar maakt het onrechtstreeks toch mogelijk er een uitspraak over te doen. Het betreft volgende instrumenten: VGF, VSPS, MATE, BelRAI, BARO en Checklist MST/FFT(MDFT).

Met de *VGF* kan aan de hand van de totaalscore een antwoord worden gevonden op de vraag of thuisbehandeling wel mogelijk en/of nodig is. De totaalscore geeft in eerste instantie een indicatie van de ernst van de situatie in het gezin. Een hoge score duidt op relatief weinig problemen en een lage score op relatief veel problemen. In tweede instantie wordt deze score vergeleken met de norm. Op basis van cut off-criteria kan worden nagegaan of thuisbehandeling een afdoende aanbod is of dat aanvullende hulpverlening nodig is.

Bij de *VSPS* ligt de bepaling van de hulpverlening in het verlengde van het bepalen van de doelen. Het bepalen van de hulpmiddelen bestaat uit het aangeven van de weg waarlangs de hulpverlener het doel (beoogde eindsituatie) denkt te kunnen bereiken. In de *VSPS* zijn hiervoor gemiddelde profielen ontwikkeld van groepen jeugdigen die een bepaald type hulp kregen. Door het *VSPS* – profiel van voor hulp aangemelde jongeren te vergelijken met deze gemiddelde profielen krijgt men een indruk van het soort hulp dat in zulke situaties doorgaans wordt aangeboden. Daarnaast weet men ook welk type jeugdige gemiddeld gezien welk soort hulp krijgt. Dit zou de keuze voor het hulpaanbod vergemakkelijken. Het is echter niet zo dat het gemiddelde hulpaanbod per definitie ook het meest effectieve is. Er worden gemiddelde *VSPS* – risicoprofielen weergegeven voor pleeggezinplaatsing, ambulante psychotherapie, begeleiding of behandeling thuis, opname in een tehuis voor opvoeding en verzorging, opname in een behandelingstehuis, en opname in een rijksinternaat voor intensieve behandeling. Deze gemiddelde *VSPS* – risicoprofielen worden daarnaast ook gecomprimeerd aangeboden. In deze profielen worden de risicofactoren nu per risicogebied (aspect) samengenomen.

De *MATE* bevat een beslisboom voor het toewijzen van personen aan niveaus van zorg en behandeling gericht op verslavingsgedrag. Deze beslisboom is gebaseerd op vier dimensies: ernst van de verslaving, ernst van de comorbide psychopathologie, mate van sociale desintegratie en verslavingbehandelingsgeschiedenis. Er worden scores bepaald voor de vier dimensies. Er is geen totale zorgzwaarte suggestiescore. Behalve voor behandelgeschiedenis wordt op iedere dimensie een dichotome score berekend, namelijk hoge/niet-hoge ernst van verslaving, hoge/niet-hoge ernst van comorbide psychopathologie, hoge/niet-hoge ernst van sociale desintegratie en een score voor behandelingsgeschiedenis. Vervolgens kan een patiënt worden toegewezen aan één van vier niveaus van zorgzwaarte: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijds of klinische behandeling of lange ambulante zorg. Op grond van de weergegeven algoritmes in de *MATE* kan met behulp van de beslisboom een zorgzwaarte worden bepaald. Deze zorgzwaarte kan worden overgenomen, of men kan ervan afwijken.

De *BelRAI* berekent per individu Klinische Analyseprotocollen (CAP's) die algemene richtlijnen voor een verdere beoordeling en geïndividualiseerde zorgen en diensten bevatten. Afhankelijk van de zorgsetting richten de CAP's zich op heel verschillende domeinen (bv. mentale gezondheid, psychosociaal functioneren, lichamelijk functio-

neren ...). Er zijn momenteel 30 CAP's die ingaan op de behoeften van de cliënten. Een gemiddelde cliënt heeft signaleringen voor tien tot veertien van de 30 CAP's. De CAP's richten zich op zes verschillende domeinen: functioneel presteren, zintuiglijk functioneren, geestelijke gezondheid, gezondheidsproblemen/syndromen, dienstverleningsaanbod en continence. Elke CAP is op een standaardmanier opgebouwd: doelstelling, signaleringen, definitie, achtergrond en richtlijnen. Alle CAP's zijn ontworpen om het zorgproces van informatie te voorzien. Ze helpen bij het zetten van vervolgstappen. Ze leiden de beoordelaar naar een duidelijker begrip van wat moet worden aangepakt, waarom dit moet worden aangepakt en hoe dit regelmatig moet worden gecontroleerd.

De afname van de *BARO* resulteert in een antwoord op volgende onderzoeksvragen:

- Wat is het oordeel over het huidige functioneren van de jongere?
- Welke factoren hebben een rol gespeeld bij het delict(gedrag)?
- Zijn er aanwijzingen voor onderliggende problemen en/of stoornissen die de jongere
- mogelijk in diens ontwikkeling bedreigen?
- Is nadere bemoeienis door de Raad voor de Kinderbescherming geïndiceerd? Zo ja: in welke vorm en in welk kader?
- Wat is vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie?

Het formuleren van een hulpadvies buiten de gerechtelijke hulpverlening is slechts een bijkomstig gebruikersdoel van de *BARO*. Desondanks is de *BARO* erop gericht een uitspraak te doen over wat vanuit pedagogisch opzicht voor deze jeugdige de meest wenselijke (strafrechtelijke) reactie is. Op deze wijze levert de *BARO* op inhoudelijke en procesmatige wijze een bijdrage bij de bepaling van de benodigde (hoeveelheid) hulp bij jeugdigen.

De *Checklist MST/FFT(MDFT)* ten slotte levert eveneens geen score zorgintensiteit/zorgzwaarte op. De ingevulde checklist helpt het team of de zorgaanbieder de indicatie *MST*, *FFT*, *MDFT* of een andere ambulante intensieve gezinsinterventie in te zetten.

De uiteindelijke afweging over de benodigde hulp is een professioneel oordeel op basis van de beoordeling van de criteria uit de checklist. De checklist is puur ondersteunend voor deze professionele oordeelsvorming en kent geen weging of verplichting tot gebruik.

Tabel 4: Uitkomstvariabelen zorgintensiteit/zorgzwaarte van de beoordeelde instrumenten

Uitkomstvariabele /Instrument	Rechtstreeks, kwantitatieve norm	Rechtstreeks, kwalitatieve beschrijving	Rechtstreeks, zonder ver- duidelijking	Onrechtstreeks
SIS	X			
IZIKA		X		
ECSII		X		
STEP		X		
ZZI – VAPH	X	X		
VGf				X
VSPS				X
Checklist MST/FFT/MDFT				X
MATE				X
CANS		X		
DD-SNAP			X	
BARO				X
BelRAI				X
CAN			X	
ICAP	X	X		

5.1.2 Doelgroep: Leeftijd

De intersectorale toegangspoort NRTJ is gericht op minderjarigen. Rekening houdend met het ontwikkelingsgebonden aspect wordt de leeftijd van de beoogde doelgroep beschouwd als een cruciaal element van de beoordeling.

Enkele instrumenten zijn uitsluitend bedoeld voor gebruik bij volwassenen of ouderen: SIS, ZZI – VAPH, CANS, BelRAI en CAN.

Enkele instrumenten zijn gericht op een beperkt deel van de minderjarigen: IZIKA (6 – 18 jaar), ECSII (0 – 5 jaar), VSPS (6 – 18 jaar) en MATE (12 – 18 jaar).

Een aantal instrumenten richt zich op de volledige groep van minderjarigen: STEP, VGf (gezinnen met kinderen), Checklist MST/FFT(MDFT), DD – SNAP, BARO en ICAP.

Tabel 5: Leeftijdsgroep van de beoordeelde instrumenten

Leeftijd/ Instrument	Volwassen of ouder	Beperkt deel minderjarigen	Minderjarigen
SIS	X		
IZIKA		6 – 18	
ECSII		0 – 5	
STEP			X
ZZI – VAPH	X		
VGF			X
VSPS		6 – 18	
Checklist MST/FFT/MDFT			X
MATE		12 – 18	
CANS	X		
DD-SNAP			X
BARO			X
BeIRAI	X		
CAN	X		
ICAP			X

5.1.3 Contact cliënt – beoordelaar

Indicatiestelling binnen de intersectorale toegangsport zal gebeuren door een onafhankelijk indicatiestellingsteam op basis van het aanvraagdocument NRTJ. Contact tussen indicatiesteller (het indicatiestellingsteam) en cliënt is mogelijk maar niet standaard voorzien. Dit betekent dat een indicatiestellingsteam in staat moet zijn een uitspraak over zorgintensiteit/zorgzwaarte te doen op basis van een document, of m.a.w. zonder contact met de cliënt. Voor alle instrumenten wordt nagegaan of ze contact tussen indicatiesteller en cliënt vereisen.

Volgende instrumenten achten het contact tussen cliënt en beoordelaar niet noodzakelijk:

In de *IZIKA* wordt informatie bij de informanten aan de hand van een interview bekomen. De auteurs stellen daarnaast dat de meeste professionals en organisaties hun eigen gestandaardiseerde instrumenten voor evaluatie of diagnostiek gebruiken om klinische informatie te verzamelen ten behoeve van de *IZIKA*. De *IZIKA* schrijft voor dat bij de evaluatie van kinderen en adolescenten meerdere informanten moeten worden bevraagd zodat informatie over het kind en zijn/haar gezin uit verschillende bron-

nen geïntegreerd kan worden. Wie deze informanten minstens moeten of kunnen zijn wordt niet vermeld.

De auteurs van de *ECSII* geven aan dat de domeinen gewoonlijk worden beoordeeld door een clinicus met kennis van het kind en familie, meestal gebaseerd op een uitgebreid klinische onderzoek. Er wordt aanbevolen dat de beoordeling in samenspraak met het kind en zijn systeem gebeurt. De auteurs stellen dat de beoordelaar het kind en zijn systeem goed moeten kennen en dat de beoordeling best gebeurt rechtstreeks in samenspraak met de cliënt. Desondanks wordt het contact tussen beoordelaar en cliënt niet als een minimumvereiste gesteld.

De informatie nodig voor de *STEP* kan worden verzameld op basis van informanten en/of instrumenten. Welke informanten en instrumenten dit moeten zijn wordt niet aangegeven. Ook de wijze waarop deze bronnen bijdragen aan het invullen van de *STEP* wordt niet meegedeeld. Het lijkt hierdoor alsof men vrij is in de wijze waarop de informatie kan worden verzameld en geïntegreerd. Er worden wel voorstellen gedaan i.v.m. het gebruik van een aantal instrumenten in functie van de *STEP* (zoals de *CAP-J*, *CBCL*, *NOSI*, *SDQ* en *VGP*).

Bij de *VSPS* wordt niet aangegeven op basis van welke informatie of informanten de vragenlijst moet worden ingevuld. Het lijkt alsof men vrij is in de beoordeling van de *VSPS*.

De wijze waarop en bij wie informatie moet worden verzameld wordt bij de *Checklist MST/FFT(MDFT)* niet behandeld in de handleiding. Er kan worden vanuit gegaan dat contact tussen cliënt en beoordelaar niet noodzakelijk is.

In de *MATE* is het de interviewer die de beoordeling maakt. Hij is vrij in de manier waarop de informatie verkregen wordt. In het algemeen geldt dat vragen niet letterlijk gesteld hoeven te worden. Indien de benodigde informatie met zekerheid bekend is, dan kan de interviewer het antwoord ook invullen zonder de vraag te stellen. Bij enkele vragen wordt hierop een uitzondering gemaakt. Deze vragen moeten zoveel mogelijk letterlijk gesteld worden. De *MATE* stelt geen eisen t.a.v. de informanten.

De *CANS* bestaat uit een checklist die wordt ingevuld door een clinicus met gedetailleerde kennis over de cliënt. Dit vereist niet noodzakelijk een direct interview met de cliënt (hoewel het ook kan met een gestructureerd interview bij een goede informant). De *CANS* kan ook worden ingevuld op basis van het medische rapport van een cliënt, schalen van handicaps enzoverder.

Ten slotte kan ook de *DD – SNAP* hier worden gepositioneerd. Terwijl het invullen van de *DD – SNAP* in een korte tijd kan gebeuren, moet de beoordelaar goed voorbereid met kennis van het individu zijn. Informatie dient te worden gehaald bij het individu zelf, ouders, familieleden, bewakers, of hulpverleners. Meerdere informanten mogen worden gebruikt. Bij tegenstrijdige informatie moet de beoordelaar de discussie met beide informanten aangaan of bijkomende informatie zoeken. Vertaald naar de intersectorale toegangspoort betekent dit dat de *DD – SNAP* enkel kan zonder contact met de cliënt in consensusdossiers. Bij besprekingdossiers is contact vereist.

Volgende instrumenten eisen contact tussen cliënt en beoordelaar:

In de *SIS* dienen items te worden gescoord op basis van twee of meer informanten. Informanten moeten de persoon die beoordeeld wordt tenminste drie tot zes maanden kennen en recent in de gelegenheid zijn geweest om die persoon in een of meerdere settings gedurende langere tijd mee te maken. De interviewer mag een van de twee informanten zijn, als mede de cliënt zelf. Opvallend is dat de informanten bij voorkeur samen de items moeten beantwoorden. Onduidelijk is welke informanten bij de normering zijn meegenomen en wat er wordt gedaan bij discrepanties tussen de informanten. Er wordt vermeld dat de interviewer de uiteindelijke beslissing neemt.

Bij de afname van het *ZZI - VAPH* dienen de persoon met handicap zelf, de inschaler en minstens één (maar in de meeste gevallen twee) bijkomende informant(en) aanwezig te zijn. De aanwezigheid van twee informanten is noodzakelijk voor een correcte afname van de Supports Intensity Scale die onderdeel uitmaakt van het *ZZI*. Deze informanten moeten de persoon die ingeschaald wordt reeds drie maanden kennen (bij voorkeur langer) en moeten recent in de gelegenheid geweest zijn om deze persoon in een of meerdere settings gedurende langere tijd te observeren. Deze informanten moeten goed op de hoogte zijn van de specifieke ondersteuningsnoden van de in te schalen persoon.

'Het kan hierbij gaan om een familielid of naaste van de persoon met een handicap, een vaste begeleider, supervisor, leerkracht, kennis of vriend, iemand die samenwoont met de persoon met een handicap, ...'

In de handleiding van de *VGF* wordt vermeld dat een professionele hulpverlener die het gezin goed kent en de mogelijkheid heeft in het gezin te observeren om voldoende informatie over alle gezinstaken van het gezin te verzamelen de *VGF* dient in te vullen.

De auteurs van de *BARO* stellen dat bij de afname het best de jeugdige, zijn ouders en de school als informanten worden gehanteerd.

De beoordeling van de *Be/RAI* eist dat de beoordelaar direct vragen stelt aan de cliënt en eventueel de belangrijkste mantelzorger. Het eist ook dat de cliënt in de thuisomgeving wordt geobserveerd en opgeslagen informatie wordt doorgenomen. Waar mogelijk is de cliënt zelf de belangrijkste bron van informatie. Bij twijfel aan de betrouwbaarheid van hun antwoord kan de beoordelaar een nadere dieptebeoordeling van die gebieden uitvoeren om tot een afgewogen betrouwbaar oordeel te komen. Dat is dan de informatie die in de *MDS - HC* wordt vastgelegd. De beoordelaars zouden, indien mogelijk, met elk van de informanten onder vier ogen moeten praten. Wanneer mogelijk moet de beoordeling thuis bij de cliënt worden uitgevoerd.

Het invullen van de *CAN* vereist (1) een interview waarbij een zorgverlener de opvattingen van de cliënt nagaat en (2) een interview of het zelf invullen van een vragenlijst om de standpunten van de hulpverleners te meten. Het is van belang dat het antwoord van de cliënt rechtstreeks wordt overgenomen zelfs als de interviewer het niet eens is met deze opvattingen.

Ten slotte is er de *ICAP* die is bedoeld te worden ingevuld door een persoon die de cliënt minimaal drie maanden kent en die deze cliënt op dagelijkse basis ziet. De

auteurs geven aan dat de accuraatheid en kwaliteit van informatie belangrijk is voor de kwaliteit van de uitkomst maar geven hieromtrent geen verdere instructies.

Tabel 6: Contact cliënt – beoordelaar bij de beoordeelde instrumenten

Contact/ Instrument	Contact met cliënt niet noodzakelijk	Contact met cliënt wel nood- zakelijk
SIS		X
IZIKA	X	
ECSII	X	
STEP	X	
ZZI - VAPH		X
VGf		X
VSPS	X	
Checklist MST/FFT/MDFT	X	
MATE	X	
CANS	X	
DD-SNAP	X	
BARO		X
BelRAI		X
CAN		X
ICAP		X

5.1.4 Discussie en besluit

Huidige kortetermijnopdracht situeert zich in het kader van de implementatie van de intersectorale toegangspoort NRTJ binnen Integrale Jeugdhulp. De centrale doelstelling is voorstellen te formuleren inzake een instrument (of instrumenten) met als doel op een zo uniform mogelijke wijze de zorgzwaarte/zorgintensiteit te bepalen. Het instrument dient toegepast te kunnen worden in de praktijk van het Vlaamse jeugdzorglandschap. Vanuit deze doelstelling zijn de gepresenteerde instrumenten beschreven en beoordeeld op meerdere domeinen.

In deze eerste fase zijn de instrumenten op drie cruciale domeinen beoordeeld. Het gebruiksdoel en de uitkomstvariabelen vormen een eerste domein waarop de instrumenten zijn geëvalueerd. In het eerste subdomein is vastgesteld dat verschillende dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte kunnen worden onderscheiden in functie

van de soort van zorg. De dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte hebben enerzijds betrekking op de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap) om zo adequaat mogelijk te functioneren (care) en anderzijds betrekking op de behandeling van gedrags- en emotionele problemen aanwezig bij de minderjarige (cure). Er is daarbij een nauw verband opgemerkt tussen de zorgintensiteit/-zorgzwaartedimensies en de inhoud van de domeinen die worden ingeschaald. De domeinen kunnen worden onderverdeeld in informatie met betrekking tot adaptieve vaardigheden enerzijds en probleemdomeneinen anderzijds. Opvallend is dat de instrumenten gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap) om zo adequaat mogelijk te functioneren, informatie inschalen die (meestal) primair is gericht op adaptieve vaardigheden en slechts beperkt informatie inschalen met betrekking tot probleemdomeneinen. De instrumenten gericht op zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de behandeling van gedrags- en emotionele problemen focussen daarentegen bijna allen uitsluitend op uit probleemdomeneinen. De instrumenten die zich op beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte richten schalen allen informatie in met betrekking tot zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeneinen. De STEP vormt in deze een uitzondering daar het gebruik maakt van parameters (soort zorg, duur en intensiteit) voor een algemene zorgintensiteit/-zorgzwaartebepaling en niet van afzonderlijke domeinen.

Slechts drie instrumenten zijn gericht op beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte: de STEP, ECSII en BelRAI. De STEP richt zich op de indicatiestelling voor geïndiceerde jeugdzorg¹⁴ in Nederland. Het omvat de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte van zowel ondersteuning als behandeling. De ECSII richt zich op alle hulpverlening waarop een kind beroep kan doen. De BelRAI ten slotte bepaalt zorgdoelen op zes domeinen: functioneel presteren, zintuiglijk functioneren, geestelijke gezondheid, gezondheidsproblemen/syndromen, dienstverleningsaanbod en continuïteit. De overige instrumenten bepalen slechts één van beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte. ZZI – VAPH, SIS, ICAP, DD – SNAP, CANS en CAN doen een uitspraak over de zorgintensiteit/zorgzwaarte van de ondersteuning van een minderjarige met een beperking (handicap) om zo adequaat mogelijk te functioneren. IZIKA, VGF, VSPPS, Checklist MST/FFT/(MDFT), MATE en BARO bepalen de intensiteit van de behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Geen van deze laatste instrumenten komt in aanmerking om alleenstaand te worden gebruikt in de intersectorale toegangspoort.

In het kader van de intersectorale toegangspoort NRTJ betekent dit dat na evaluatie van dit eerste cruciale subdomein slechts drie instrumenten, de STEP, ECSII en BelRAI, nog in aanmerking komen alleenstaand te worden toegepast. De overige instrumenten komen nog in aanmerking voor zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling van één van de dimensies.

Vervolgens is in een tweede subdomein van het domein gebruiksdoel en uitkomstvariabelen gekeken naar de aard van de invoergegevens van de instrumenten. Er is een onderscheid gemaakt tussen instrumenten die gebruik maken van de rechtstreekse inschatting van de benodigde ondersteuning door de beoordelaar en/of cliënt enerzijds

¹⁴ Omvat volgende werkvormen: daghulp, ambulante hulp, residentiële jeugdhulpverlening, crisisopvang, kamertraining, begeleid wonen projecten en pleegzorg (De Bie & van Ewijk, 2008).

en instrumenten die gebruik maken van diagnostische gegevens anderzijds. Bij het eerste type instrumenten is een uitspraak over de zorgintensiteit/zorgzwaarte gebaseerd op de rechtstreekse inschatting van de beoordelaar (en/of cliënt) over die zorgintensiteit/zorgzwaarte. Deze werkwijze kan voordelen bieden inzake transparantie, systematisch werken, consensus tussen zorgverlener en cliënt, vraaggericht werken Echter, de rechtstreekse inschatting door de beoordelaar (en/of cliënt) voor zorgintensiteit/zorgzwaarte leidt niet tot nieuwe informatie. De meerwaarde van een mogelijk instrument zorgintensiteit/zorgzwaarte in de intersectorale toegangspoort NRTJ is gelegen in de analyse van diagnostische invoergegevens die leidt tot een objectieve inschatting van de zorgintensiteit/zorgzwaarte. De STEP, SIS, ZZI – VAPH, CANS, DD-SNAP en CAN zijn allen instrumenten die gebruik maken van de inschatting van de beoordelaar inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte. Instrumenten die gebruik maken van diagnostische gegevens zijn de IZIKA, ECSII, VGF, VSPPS, MATE, Checklist MST/FFT(/MDFT), BARO, BelRAI en ICAP.

Instrumenten die werken met een schatting door de beoordelaar van de zorgintensiteit/zorgzwaarte inschalen zijn niet verder aangewezen. Deze instrumenten worden niet aanbevolen om de zorgintensiteit/zorgzwaarte te bepalen in de toegangspoort. Dit betekent dat na deze twee evaluatieronde de STEP afvalt als instrument. De ECSII en de BelRAI blijven in de running. De overige instrumenten komen enkel nog in aanmerking om te worden gebruikt voor één dimensie van zorgintensiteit/zorgzwaarte. Op basis van dit criterium vallen nog vijf instrumenten af: SIS, ZZI – VAPH, CANS, DD – SNAP, CAN.

Voor de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling met betrekking tot ondersteunende zorg heeft dit als gevolg dat slechts één instrument, namelijk de ICAP overblijft. De instrumenten die in aanmerking komen voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte gericht op behandeling van gedrags- en emotionele problemen blijven dezelfde: IZIKA, VGF, VSPPS, Checklist MST/FFT(/MDFT), MATE, BARO en BelRAI.

De uitkomstvariabelen inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte van de instrumenten zijn als derde subdomein van het cruciale domein gebruiksdoel en uitkomstvariabelen nader bekeken. De meeste instrumenten hanteren een totaalscore voor de zorgintensiteit/zorgzwaarte als uitkomstvariabele. Daarnaast is het mogelijk dat de zorgintensiteit/zorgzwaarte in meerdere scores wordt uitgedrukt. Een aantal instrumenten heeft geen zuivere zorgintensiteit/zorgzwaartescore maar maakt het onrechtstreeks toch mogelijk er een uitspraak over te doen.

Van de tot hiertoe weerhouden instrumenten hanteert de ICAP (servicescore) één rechtstreekse totaalscore inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte met kwantitatieve normen. Bijkomend zijn beperkte kwalitatieve beschrijvingen toegevoegd voor vijf van de negen servicescores.

Twee instrumenten ontwikkelden kwalitatieve beschrijvingen aansluitend bij de totaalscores: IZIKA met zorgniveaus en ECSII met service intensity levels.

Een aantal instrumenten heeft geen zuivere zorgintensiteit/zorgzwaarte uitkomstvariabele maar maakt het onrechtstreeks toch mogelijk er een uitspraak over te doen. Het betreft volgende instrumenten: VGF, VSPPS, MATE, BelRAI, BARO en Checklist MST/FFT(MDFT). Deze instrumenten zijn niet geschikt voor het gebruik in de intersectorale toegangspoort. Het gevolg is dat na de evaluatie van dit subdomein de zes laatstgenoemde instrumenten afvallen. Al deze instrumenten waren gericht op behan-

delingsdimensie. De IZIKA blijft hierdoor als enige potentieel instrument over. Het instrument is wel uitsluitend op de behandelingsdimensie gericht. De ICAP komt in aanmerking maar is voornamelijk op de ondersteunende zorgintensiteit/ zorgzwaarte-dimensie gericht. De ECSII blijft over als potentieel instrument voor alleenstaand gebruik.

De leeftijd van de beoogde doelgroep van de instrumenten is het tweede cruciaal domein waarop de instrumenten zijn beoordeeld. Een aantal instrumenten is bedoeld voor gebruik bij volwassenen of ouderen. Enkele instrumenten richten zich op een subgroep van minderjarigen: o.a. IZIKA (6 – 18 jaar) en ECSII (0 – 5 jaar). Ten slotte beogen enkele instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte te meten voor de volledige groep minderjarigen. De ICAP is bedoeld voor gebruik bij kinderen van drie maand tot en met volwassenen van 44 jaar oud.

De ECSII, IZIKA en ICAP zijn de instrumenten die tot hertoe voldoen aan de cruciale eisen. Wanneer rekening wordt gehouden met de leeftijd van de beoogde doelgroep blijkt dat de ECSII niet langer kan worden gehanteerd als alleenstaand instrument binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ. Voor de leeftijdscategorie nul tot en met vijf jaar is dit wel mogelijk. Dit is belangrijk aangezien de IZIKA kan worden gebruikt bij jeugdigen van zes tot en met achttien jaar oud voor de zorgintensiteit/zorgzwaarte dimensie gericht op de behandeling van gedrags- en emotionele problemen. De ICAP is gericht op de hele groep van minderjarigen. Het blijft geschikt voor gebruik in de zorgintensiteit/zorgzwaarte dimensie van de ondersteuning van minderjarigen met een beperking (handicap) om zo adequaat mogelijk te functioneren.

Het derde cruciale domein waarop de instrumenten zijn beoordeeld, is het contact tussen de cliënt en de beoordelaar. Indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort zal gebeuren door een onafhankelijk indicatiestellingsteam dat zich voornamelijk baseert op het aanvraagdocument NRTJ. Contact tussen indicatiesteller (het indicatiestellingsteam) en cliënt is mogelijk maar niet standaard voorzien. Dit betekent dat een indicatiestellingsteam in staat moet zijn een uitspraak over zorgintensiteit/zorgzwaarte te doen op basis van een document, of m.a.w. zonder contact met de cliënt. Voor alle instrumenten is nagegaan of ze contact tussen indicatiesteller en cliënt vereisen. Een aantal instrumenten, waaronder de IZIKA en ECSII, stelt het contact tussen de beoordelaar en de cliënt niet als voorwaarde om het adequaat te scoren.

Wat de ICAP betreft wordt vereist dat deze wordt ingevuld door een persoon die de cliënt minimaal drie maanden kent en die deze dagelijks ziet. Contact tussen cliënt en beoordelaar is dus vereist. De ICAP is strikt gezien dan ook niet langer geschikt om te worden gehanteerd door een indicatiestellingsteam in de intersectorale toegangspoort NRTJ.

Na de evaluatie van de instrumenten op de cruciale domeinen in deze eerste van twee fases, lijken slechts twee instrumenten te voldoen. De ECSII en de IZIKA lijken geschikt om te worden gebruikt door het indicatiestellingsteam binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ van Integrale Jeugdhulp. Er zijn echter belangrijke beperkingen. De ECSII is geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking

tot de twee weerhouden dimensies voor nul tot en met vijfjarigen. De IZIKA sluit hierop aan daar het geschikt is voor zes tot en met achttienjarigen, maar is beperkt tot één van de dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte.

Er is een belangrijke lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaarte bepaling voor zes tot achttienjarigen met een beperking (handicap) die nood hebben aan ondersteuning om zo adequaat mogelijk te functioneren. Er is geen instrument gevonden dat voldoet aan alle gestelde voorwaarden. De ICAP vertoont de minste tekortkomingen. Het is gericht op deze dimensie van zorgintensiteit/zorgzwaarte, het schaalt zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeneinen in, het maakt gebruik van de diagnostische gegevens en het omvat de beoogde leeftijdsgroep. Er is echter contact tussen cliënt en beoordelaar vereist. Gelet op de reeds uitgetekende procedures van de intersectorale toegangspoort NRTJ is dit een belangrijke beperking van het instrument.

5.2 FASE 2: Bijkomende criteria

In deze tweede fase worden de instrumenten beoordeeld door middel van bijkomende criteria. Op basis van de eerste beoordelingsfase zijn twee instrumenten geselecteerd, de ECSII en de IZIKA, die in aanmerking komen om te worden gebruikt onder bepaalde voorwaarden voor de zorgintensiteit/zorgzwaarte bepaling in de intersectorale toegangspoort NRTJ. De ECSII is slechts geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies voor nul tot en met vijfjarigen. De IZIKA is geschikt voor zes tot en met achttienjarigen, maar richt zich slechts op één van de dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte. De evaluatie van beide instrumenten op de bijkomende criteria wordt uitgebreid beschreven.

Daarnaast is vastgesteld dat een belangrijke lacune aanwezig is inzake de zorgintensiteit/zorgzwaarte bepaling voor zes tot achttienjarigen met een beperking (handicap). Er is geen instrument gevonden dat voldoet aan alle voorwaarden. De ICAP vertoont de minste tekortkomingen. Het vereist echter contact tussen cliënt en beoordelaar. Gelet op de uitgetekende procedures van de intersectorale toegangspoort NRTJ is dit een belangrijke beperking van het instrument. Desondanks wordt de ICAP ook in deze tweede fase mee besproken.

De beoordeling van de overige instrumenten wordt telkens per criteria in een overzichtstabel opgenomen.

5.2.1 Doelgroepbeschrijving

De doelgroep van de instrumenten is reeds een eerste maal behandeld in de voorgaande beoordelingsfase. De doelgroep werd beperkt tot de leeftijd. In dit bijkomende domein wordt nagegaan voor welke minderjarigen de instrumenten zijn bedoeld. Meer bepaald wordt ingegaan op de verschillende probleemdomeneinen aanwezig bij de minderjarige waarop een instrument is gericht. Een aantal instrumenten is specifiek bedoeld voor personen met een bepaalde problematiek. In dit geval wordt in onderstaande tabel de gespecificeerde problematiek aangevinkt. Andere instrumenten han-

teren geen afgelijnde beschrijving van de beoogde problematieken. In dit geval is nagegaan welke domeinen het instrument inschaalt om zorgintensiteit/zorgzwaarte te bepalen. Vervolgens is door de onderzoekers bepaald welke problematieken met het instrument kunnen worden gemeten.

De verschillende problematieken bij de minderjarige zijn gebaseerd op de probleem-domeinen van Integrale Jeugdhulp. Deze probleem-domeinen zijn bedoeld om het aanbod te definiëren. Een herdefiniëring van de probleem-domeinen naar een doelgroepomschrijving is vereist. Dit gebeurt door bij de probleem-domeinen telkens toe te voegen dat het gaat om minderjarigen (of volwassenen bij SIS, ZZI – VAPH, CANS en CAN of ouderen bij BelRAI) met de bedoelde problematiek¹⁵. In een aantal gevallen is het algemene probleem-domein van Integrale Jeugdhulp weergegeven (bv.: minderjarigen met materiële en financiële problemen i.p.v. de opdeling in minderjarigen met financiële problemen enerzijds en met materiële problemen anderzijds of vb.: minderjarigen met geestelijke welzijnsproblemen i.p.v. minderjarigen met een probleem inzake slachtofferschap). Dit als gevolg van een gebrekkige bijdrage van de verschillende specificaties. In een aantal gevallen is het algemene probleem-domein van Integrale Jeugdhulp opgedeeld in de aangegeven specificaties (vb.: minderjarigen met geestelijke gezondheidsproblemen is opgesplitst in minderjarigen met gedrags-, emotionele en andere psychiatrische stoornissen). Reden hiervoor is dat de instrumenten verschil aangeven in de doelgroep m.b.t. deze specificaties. Er is één belangrijke afwijking:

Het hoofddomein minderjarigen met een (vermoeden van) een handicap is in integrale jeugdhulp opgesplitst in verstandelijke handicap, visuele handicap, auditieve handicap, fysieke handicap, autismespectrumstoornissen, niet-aangeboren hersenletsel, handicap t.g.v. gedrags- en emotionele stoornissen, vermoeden van handicap/ontwikkelingsachterstand en handicap t.g.v. spraak- en taalstoornissen. Bij de huidige beoordeling maken we gebruik van deze opdelingen, met uitzondering van de specificatie 'handicap t.g.v. gedrags- en emotionele stoornissen'. Deze specificatie zit vervat in het probleem-domein geestelijke gezondheid. Er is voor gekozen om deze dubbele aanduiding niet over te nemen.

De doelgroepomschrijving van de instrumenten m.b.t. de verschillende problematieken wordt als een bijkomend domein beschouwd. Meerdere instrumenten geven aan dat ook personen met bijkomstige of andere stoornissen in aanmerking komen voor gebruik. Een instrument is steeds ontwikkeld voor een bepaalde doelgroep maar de domeinen kunnen evengoed van belang zijn voor andere doelgroepen. Hierdoor is het mogelijk dat een instrument niet beperkt is tot het gebruik bij de voorgeschreven doelgroep. Daarentegen is een instrument niet zomaar voor elke doelgroep geschikt. Enerzijds kunnen er instrumenten zijn die 'geschikter' zijn voor een bepaalde doelgroep (vb.: specifiek ontwikkeld voor gebruik bij een bepaalde problematiek). Anderzijds zijn de instrumenten vaak beperkt tot gebruik voor slechts één dimensie van zorgintensiteit/zorgzwaarte, zoals bepaald in de voorgaande fase (cruciaal domein), waardoor een cliënt met nood aan een andere dimensie geen afgestemd indicatiebesluit ontvangt.

¹⁵ zie Bijlage Deel I - bijlage 2 voor een overzicht van de doelgroepen

5.2.1.1 ECSII

De ECSII omschrijft de doelgroep als volgt: kinderen en hun familie met emotionele, gedragsmatige en ontwikkelingsstoornissen, inclusief diegenen met omgevingstressoren die een risico vormen op zulke problemen. De auteurs geven aan dat zulke kinderen en hun familie nood kunnen hebben aan hulpverlening door een groot aantal diensten en organisaties zoals Child Welfare, mental health, primary and specialty health care, child care, early education, adult mental health en substance abuse services, en een veelheid aan community supports.

Hieruit kan worden besloten dat de ECSII ontwikkeld is voor kinderen (0 – 5 jaar) met enerzijds problemen m.b.t. geestelijke gezondheid (gedrags- en emotionele stoornissen) en anderzijds m.b.t. ontwikkelingsstoornissen. De ECSII is niet ontwikkeld voor een aantal doelgroepen, zoals personen met materiële en financiële problemen of met problemen inzake sociale situatie. Zoals aangegeven hoeft dit niet noodzakelijk problematisch te zijn. De zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling met de ECSII kan eveneens relevant zijn voor deze doelgroepen. De zorgdimensie waar het instrument op is gericht is bepalend. Belangrijk is dat de ECSII geen doelgroepen uitsluit.

5.2.1.2 IZIKA

De IZIKA is aanvankelijk ontwikkeld om op objectieve wijze de nood aan hulpverlening van kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen te bepalen. Het instrument zou echter even goed van toepassing zijn op kinderen en adolescenten met allerhande stoornissen, inclusief psychische stoornissen, middelenmisbruik en ontwikkelingsstoornissen. Er worden echter geen onderzoeksresultaten gegeven die deze stelling onderbouwen. Volgens de auteurs bevat het beschreven zorgsysteem hulpverlening voorzien voor (maar is het niet beperkt tot) geestelijke gezondheidszorg, sociale voorzieningen, jeugdrecht, door instanties voor gezondheidszorg, middelenmisbruik, tewerkstelling, ontwikkelingsstoornissen en ontspanning, en daarnaast ook andere programma's met bijzondere financiering en overlappende functies. Er worden geen onderzoeksresultaten ter ondersteuning aangeboden.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de IZIKA ontwikkeld is voor kinderen en adolescenten (6 – 18 jaar) met ernstige emotionele stoornissen. Daarnaast zou het geschikt zijn voor personen met andere stoornissen. Wanneer de IZIKA diepgaander wordt bestudeerd blijkt het aspect veiligheid erg belangrijk. Het eerste domein 'risico op verwonding/schade' vormt namelijk samen met de domeinen functionele status en comorbiditeit de belangrijkste parameter inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte. De IZIKA is niet ontwikkeld voor een aantal doelgroepen, zoals personen met materiële en financiële problemen of met problemen inzake sociale situatie. Zoals aangegeven wordt dit niet noodzakelijk als problematisch beschouwd. De zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling met de IZIKA kan relevant zijn voor meerdere doelgroepen, met betrekking tot de specifieke zorgintensiteit/zorgzwaarte dimensie waartoe de IZIKA is onderverdeeld. De IZIKA sluit zelf geen doelgroepen uit. Integendeel, de auteurs geven aan dat meerdere doelgroepen kunnen worden beoordeeld met de IZIKA.

5.2.1.3 ICAP

Het primaire doel van de ICAP is steun te bieden bij de screening, de opvolging, het beheer, de planning en de evaluatie van hulpverlening voor personen (kinderen en volwassenen) met een beperking en oudere personen. De ICAP zou geschikt zijn voor het gebruik in kleine en grote voorzieningen, en ruime informatiesystemen. De ICAP is ontwikkeld voor organisaties die ondersteuning bieden aan cliënten van alle leeftijden en met een brede waaier aan niveaus van functioneren. De normgroepen die worden gebruikt zijn gebaseerd op kinderen van drie maand oud tot en met volwassenen van 44 jaar oud.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat de ICAP is ontwikkeld voor kinderen en volwassenen (0 – 44 jaar) met een beperking. Daarnaast is het mogelijks ook geschikt voor personen met andere stoornissen of problemen. De ICAP is niet ontwikkeld voor een aantal doelgroepen, zoals personen met materiële en financiële problemen of met problemen inzake onderwijs. Dit is opnieuw niet noodzakelijk problematisch. De ICAP wordt als geschikt beschouwd voor zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling in functie van de dimensie m.b.t. ondersteuning. De ICAP sluit geen doelgroepen uit. Het geeft integendeel aan dat meerdere doelgroepen kunnen worden beoordeeld met het instrument.

5.2.1.4 Overige instrumenten

De overige instrumenten zijn allen ontwikkeld voor één of meerdere doelgroepen. De STEP vormt in deze een uitzondering daar het alle mogelijke doelgroepen kan omvatten. De STEP omschrijft namelijk geen doelgroep a.d.h.v. probleemdomeneinen of in te schalen domeinen. De auteurs geven enkel aan dat het is bedoeld ter indicatiestelling voor de geïndiceerde jeugdzorg.

Tabel 7: Beoogde doelgroepen van de beoordeelde instrumenten

Problematiek/ Instrument	Materieel en financieel	Lichamelijke ziektes en aandoeningen	Lichamelijke gezondheid	Verstandelijke handicap	Visuele handicap	Auditieve handicap	Fysieke handicap	Autismespectrum- stoornissen	Niet-aangeboren hersenletsel	handicap/ontwikkelingsachterstand	Handicap t.g.v. spraak- en taalstoornissen	Geestelijk welzijn	Gedragsstoornissen	Emotionele stoornissen	Andere psychiatrische stoornissen	Partnerrelatie, seksualiteit en geboorte	Gezin en opvoeding	Sociale situatie	Onderwijs	Opleiding en tewerkstelling	Etnisch en cultureel	Administratie en hulpverlening	Gerechtigd en juridische
SIS				X																			
IZIKA													X	X	X								
ECSII				X	X	X	X	X		X	X		X	X									
STEP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ZZI - VAPH				X	X	X	X	X	X	X	X												
VGF																	X						
VSPS												X	X	X	X								
Checklist MST													X										X
MATE												X			X								
CANS									X														
DD-SNAP				X	X	X	X	X	X	X	X												
BARO																							X
BeIRAI		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X
CAN															X								
ICAP				X	X	X	X	X	X	X	X												

5.2.2 (Theoretische) achtergrond

De achtergrond levert mogelijk belangrijke informatie op in functie van de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling in de intersectorale toegangspoort NRTJ binnen Integrale Jeugdhulp. Hiermee wordt o.a. bedoeld op een (theoretische) bezinning omtrent het gebruiksdoel, de herkomst en beschrijving van het construct-idee, de relevantie van de testinhoud, e.d.

5.2.2.1 ECSII

In de late jaren 1990 ontwikkelde en testte de AACAP Work Group on Systems of Care de Child and Adolescent Level of Care System (CALOCUS). De empirisch geteste AACAP versie wordt nu de Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII) genoemd (Zie IZIKA). Bij het gebruik van de CASII werd rond 2000 duidelijk dat er nood was aan een instrument dat is gericht op een jongere populatie. In 2003 ging de werkgroep van start met de ontwikkeling van de ECSII.

De ontwikkeling en testing van de ECSII doorliep verschillende stappen 2003 tot 2009:

- Experten werden geconsulteerd met de bedoeling inhoudelijke kwesties te bespreken.
- Verschillende eigenschappen werden toegevoegd in vergelijking met de CASII, zoals het domein kind – ouder relatie e.d.
- Beginnende trainingen vonden plaats in Arizona en Oregon waarbij dat m.b.t. interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd verzameld.
- De psychometrische studie inzake interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, construct validiteit, empirisch gebaseerde scoring algoritme ontwikkeling, en concurrent - validiteit werd opgezet.
- Een subgroep ontwikkelde 20 gestandaardiseerde klinische vignetten.
- Er vond een klinische expertencheck van de klinische vignetten plaats.
- Bijkomend hulpverlening - beoordelingsformulieren ontwikkeld voor de gestandaardiseerde vignetten.
- Data voor de validiteitstudie werd geleverd vanuit Nevada. 205 elektronische casussen werden aangeleverd met ECSII scores, CBCL scores en/of scores van de Infant Characteristics Questionnaire, en scores van de Parenting Stress Index.

De ECSII is ontwikkeld vanuit een ontwikkelingsperspectief, dat zowel snelle veranderingen in capaciteiten en behoeften van een kind tijdens diens ontwikkeling als aanzienlijke individuele variaties in normale ontwikkeling erkent. Het centrale belang van significante relaties in de ontwikkeling van jonge kinderen wordt benadrukt. Er wordt aangenomen dat vroege identificatie van onveiligheden in de significante relaties van het kind, en het aanbieden van diensten of ondersteuning m.b.t. deze bezorgdheden nodig zijn om de huidige en toekomstige problemen van het kind te verlichten. De ECSII voorziet een kader voor het meten van deze ontwikkelingsrisico's en voor de

identificatie van hulpverleningsbehoeften. In aanvulling op de significante relaties, neemt de ECSII eveneens andere biologische, sociale en omgeving risico- en protectieve factoren met een impact op de ontwikkeling van het kind in overweging. Doorheen de ECSII ligt het accent op het transactioneel model, d.w.z. dat er een dynamische interactie is met risico- en protectieve factoren zoals het temperament van het kind en ontwikkelingscapaciteiten, i.p.v. dat één statische factor bepalend is. De ECSII omarmt eveneens de rol van familie, omgeving, informele en formele ondersteuning aanwezig voor de familie. Dit wordt opgevat als het ecologische aspect (ecologisch systeemmodel) van de ECSII waarbij het kind en de opvoeders zich bevinden in een systeem waarvan de onderdelen elkaar voortdurend beïnvloeden.

De ECSII is geworteld in de basiswaarden en principes van de Child and Adolescent Service System Program (CASSP), een federaal programma verantwoordelijk voor het ondersteunen van de ontwikkeling van gemeenschapsgerichte systemen voor de hulpverlening aan kinderen met ernstige emotionele problemen sinds de late jaren 1980. Deze principes worden in de handleiding in bijlage verduidelijkt. Ze hebben betrekking op een familie- en kindgericht model voor hulpverlening dat de inspanningen van verschillende aanbieders van individuele zorg integreert en coördineert tot de minst ingrijpende hulp.

De ECSII is ontwikkeld voor het bijstaan van kind- en gezinteam bij het identificeren van de benodigde intensiteit van hulpverlening en het ontwikkelen van een 'Wraparound Plan'. Werkelijke samenwerking tussen ouders en hulpverlening en bouwen aan de sterktes van een kind en zijn gezin als de remediëring van zwaktes zijn kenmerken van het Wraparound Process (Van Den Bergh & Grealish, 1996). Het gebruik van zowel formele als informele ondersteuning is eveneens essentieel voor het werk van de kind- en gezinteam.

Aangezien het een opdracht is van de gemeenschap om gezonde kinderen op te voeden focust de ECSII op manieren waarbij gemeenschapsondersteuning gemobiliseerd kan worden om families te stabiliseren en met hen samen te werken aan hun sterktes. De American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Work Group on Community-Based Systems of Care identificeerde 'Best Principles for Early Childhood Systems of Care' die de ontwikkeling van de ECSII stuurden:

- Het zorgsysteem stelt de biologische, cognitieve en socio – emotionele ontwikkeling van het kind centraal.
- Het zorgsysteem tracht de primaire hechtings- en familie relaties te versterken en te behouden.
- Het zorgsysteem benadrukt preventie en vroege interventie met getimede zorgaanbieding, zodat maximale kansen op een normale ontwikkeling van het kind worden aangeboden.
- Het zorgsysteem ondersteunt de stabiliteit van het (biologisch, adoptie- of pleeg-) gezin van het kind.
- Het zorgsysteem versterkt gezinnen door hen als volwaardige partners te beschouwen bij de planning en verlening van zorg.

- Het zorgsysteem voorziet cultureel competente hulpverlening met respect voor de unieke sociale en culturele waarden en geloof van het gezin.
- Het zorgsysteem voorziet geïndividualiseerde zorgplannen gebaseerd op uitgebreide bio-psycho-socio assessment.
- Het zorgsysteem voorziet geïndividualiseerde hulp met een geschikte intensiteit, flexibiliteit en volledigheid om tegemoet te komen aan alle behoeften van het kind en het gezin. De hulpverleningen worden geïntegreerd en gecoördineerd tussen verschillende voorzieningen.
- Het zorgsysteem streeft naar een ethische balans tussen het beschermen van de rechten van het kind en het ondersteunen van de rechten van de ouders.

De planning van hulpverlening wordt behandeld in de handleiding. De auteurs stellen dat de service intensity levels op zich onvoldoende zijn om een geïndividualiseerd hulpverleningsplan op te stellen. Informatie afkomstig van alle zes gescoorde domeinen van de ECSII is essentieel voor de identificatie van bezorgdheden en prioriteiten die moeten worden opgenomen in het hulpverleningsplan. Bij het plannen van hulp, worden drie belangrijke gebieden aangepakt, refererend naar een dimensie van zorgplanning:

- Focus van de hulp: waarop de hulp is gericht, zoals kind, ouder – kind relatie, gezin/verzorgers, gemeenschap of omgeving, en zorgsysteem e.d.
- Type van hulp: categorieën van hulp, zoals evaluatie, medisch, ontwikkeling, onderwijs, sociaal, geestelijke gezondheid, zorgcoördinatie, informele ondersteuning e.d.
- Setting van hulp: zoals thuis, child care/kleuterschool, Head start program, geestelijke gezondheidszorg, dagbehandeling programma, therapeutische pleegzorg e.d.

De intensiteit van hulpverlening kan stijgen of dalen op verschillende manieren t.a.v. de focus van hulp, het type van hulp en de setting van hulp en wordt gevormd door volgende elementen:

- Aantal, frequentie en duur van hulpverlening
- Omvang van de veiligheidsbeoordeling en vereiste controle
- Mate van technische en professionele raadpleging
- Aantal vereiste systemen en samenwerking, mate van benodigde zorgcoördinatie of management
- Mate van ondersteuning voorzien voor het kind en/of het gezin m.b.t. het dagelijks functioneren of de beperktheid van de voorziening.

Voor de ECSII kan worden besloten dat het instrument is opgebouwd vanuit een voor geschiedenis en een theoretisch kader. De ECSII is recent ontwikkeld. Het betreft een eerste versie, uitgekomen in september 2009.

Een aantal elementen uit de (theoretische) achtergrond kan worden belicht. Ten eerste worden enkele assumpties en modellen aangehaald die aan de basis liggen van het

instrument. Zo wordt de ECSII gepositioneerd binnen een ontwikkelingsperspectief, het transactioneel model en het ecologisch model. Daarnaast zijn enkele principes te herkennen die ook in het Vlaamse zorglandschap en Integrale Jeugdhulp algemeen aanvaard lijken: subsidiariteit, participatief werken, een geïntegreerd hulpplan, een sterkte-zwakke analyse, e.d. De dimensionaliteit van hulpverlening wordt extra in de verf gezet. Al deze inhoudelijke elementen doen vermoeden dat de ECSII aansluit bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort NRTJ.

5.2.2.2 IZIKA

De IZIKA is een vertaling van de CASII (Child and Adolescent Service Intensity Instrument).

De CASII wordt in een historisch perspectief gesitueerd waardoor de relevantie van het instrument duidelijk wordt. Het werd ontwikkeld als antwoord op de vraag van vele klinici en beleidsmakers naar een gemeenschappelijk kader aangaande de bepaling van het zorgniveau (plaatsing), de verblijfsduur en het resultaat van behandeling bij kinderen en adolescenten. De ontwikkeling van de CASII bouwt voort op de progressieve ontwikkeling van 'systemen van zorg' voor kinderen en adolescenten met ernstige emotionele stoornissen, sinds het midden van de jaren 1980.

De CASII is gebaseerd op aantal grondbeginselen en principes. Het resultaat van de CASII is een dimensionale evaluatie ter bepaling van het zorgniveau. Dit proces combineert de inschatting van de klinische behoeften en functionele status van een kind of adolescent, en een set van duidelijk gedefinieerde zorgniveaus. Vervolgens werd een methode ontwikkeld om klinische behoeften te koppelen aan behandelingsmogelijkheden.

De auteurs ontwikkelen een eigen theorie ter onderbouwing van het instrument. In beperkte mate wordt literatuur beschreven ter ondersteuning van de CASII. Zo wordt bijvoorbeeld vanuit de literatuur aangegeven waartoe de CASII door het gebruik van de zorgniveaus wil bijdragen. De auteurs stellen: de ideale situatie is deze waarin geïndividualiseerde zorgteams de basis vormen om middelen te delen en om hulpverlening te combineren in een individueel aangepast hulpverleningsplan voor een kind of adolescent en zijn/haar gezin (VanDenBerg & Grealish, 1996).

Culturele deskundigheid is volgens de auteurs essentieel voor een accuraat gebruik van de CASII. Een goed begrip van culturele factoren die elke dimensie beïnvloeden is belangrijk. Zij stellen hierbij dat het raadplegen van een cultureel consulent nuttig kan zijn.

Overige grondbeginselen zijn toepasbaarheid in zeer uiteenlopende behandelsettings en behoeften van kinderen en adolescenten, gebruiksvriendelijkheid en multidisciplinaire/multi-informanten perspectieven.

De CASII operationaliseert de factoren die klinici in rekening brengen bij het bepalen van de meest geschikte hulpverlening en het benodigde zorgniveau. De zorgniveaus zijn op een unieke manier georganiseerd. De focus ligt op het niveau van mate van intensiteit van middelen, die flexibel georganiseerd zijn om tegemoet te komen aan de behoeften van het kind of de adolescent. Elk zorgniveau wordt gedefinieerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen (zorgomgeving), klini-

sche hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening. Onduidelijk is of de factoren ter bepaling van het benodigde zorgniveau gebaseerd zijn op onderzoeksliteratuur. Met uitzondering van veerkracht wordt weinig gerefereerd naar literatuur.

Voor de IZIKA kan worden geconcludeerd dat het instrument is opgebouwd vanuit een historisch perspectief en een theoretische achtergrond. De ondersteuning vanuit de literatuur is veeleer beperkt. De IZIKA kan worden beschouwd als een geëvolueerd instrument in die zin dat het reeds een vertaling is van een bestaand Engelstalig instrument, namelijk de CASII.

Uit de achtergrond van de IZIKA kan worden opgemaakt dat het instrument nauw aansluit bij hetgeen vanuit Integrale Jeugdhulp wordt gevraagd: het is ontwikkeld als antwoord op de vraag van vele klinici en beleidsmakers naar een gemeenschappelijk kader aangaande de bepaling van het zorgniveau (plaatsing), de verblijfsduur en het resultaat van behandeling bij kinderen en adolescenten. Het resultaat van de IZIKA is een dimensionale evaluatie ter bepaling van het zorgniveau. Dit proces combineert de inschatting van de klinische behoeften en functionele status van een kind of adolescent, en een set van duidelijk gedefinieerde zorgniveaus. De overige grondbeginsels toepasbaarheid in zeer uiteenlopende behandelsettings en behoeften van kinderen en adolescenten, gebruiksvriendelijkheid en multidisciplinaire/multi-informanten perspectieven sluiten eveneens aan op opvattingen van de intersectorale toegangspoort NRTJ. Culturele deskundigheid vraagt speciale aandacht.

5.2.2.3 ICAP

De ICAP is reeds in 1986 ontwikkeld en wordt gebruikt in verschillende staten van de USA: geëvolueerd instrument. Er wordt weinig achtergrond informatie gegeven in de handleiding over het ontstaan van de ICAP.

De begripsvaliditeit wordt in de handleiding behandeld. In dit onderdeel is informatie te vinden die ingaat op verschillende inhoudelijke concepten. De auteurs hebben zich gebaseerd op een aantal reviews en discussies over de wenselijke inhoud van vragenlijsten aangaande cliëntstatus. Er wordt naar deze documenten verwezen maar hun precieze inhoudelijke bijdrage wordt niet besproken.

Voorts is informatie te vinden over de ontwikkeling van het adaptief gedrag domein, de probleemdomeinen, de onaangepast gedrag indexen en de normering. Bij de ontwikkeling van de ICAP is het Raschmodel, een 'single-parameter logistic test model' gebruikt voor het analyseren van de schalen van adaptief gedrag. Voor de precieze wijze waarop dit model een bijdrage levert wordt naar andere artikels verwezen. Wel wordt duidelijk gemaakt dat het Raschmodel voornamelijk op procesmatig vlak (wijze van scoring en inschaling) aan de basis ligt van de wijze waarop adaptief gedrag wordt gemeten. Inhoudelijk is het domein adaptief gedrag gebaseerd op de items van de Scales of Independent Behavior (SIB). De items van de ICAP zijn, door middel van meerdere stappen en procedures, geselecteerd uit de 226 items van de SIB en verdeeld in vier grote domeinen. Op basis van literatuur wordt ook het concept van onaangepast gedrag, en bijhorende begrippen, behandeld. Er wordt een model opgebouwd waaruit de samenhang tussen internaliserend en externaliserend gedrag, onaangepast gedrag, en probleemgedrag domeinen duidelijk wordt.

In de handleiding worden enkele specificaties van het ontwerp van de ICAP weergegeven. Het betreft een aantal overwegingen dat de ontwikkeling leidde:

- De ICAP is ontworpen om een uitgebreide evaluatie van cliënten te voorzien door middel van een efficiënt en eenvoudig in te vullen boekje en dit in een korte tijd (ongeveer een twintigtal minuten).
- De ICAP is ontworpen om op een enkel formulier die informatie te genereren nodig voor de evaluatie van eigenschappen, ontwikkeling, gebruik van diensten en nood aan dienstverlening van cliënten.
- Het ICAP - boekje, met een zorgvuldig geordende lijst van items in elke categorie, is ontworpen in een handig checklist formaat dat toestaat om te worden gebruikt bij grote groepen van cliënten en bij rapportage tussen verschillende instanties.
- Het ICAP - boekje en bijhorende handleiding zijn opgesteld met het oog op een zo eenvoudig mogelijke interpretatie, met zo weinig mogelijk verwijzingen naar statistische tabellen.
- Items zijn op zo'n wijze samengesteld dat informatie zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingebracht in geautomatiseerde dataverwerkingssystemen.
- Items die cliënten beschrijven en informatie opleveren over de diagnostische status en functionele beperkingen zijn ontworpen om de nodige informatie te verschaffen voor de rapportage van lokale, staats- en federale hulpverleningsdiensten (USA).
- De ICAP is ontworpen om in een korte tijd een precieze meting van het adaptief gedrag uit te voeren waarbij gebruik wordt gemaakt van test items in vier brede domeinen.
- Het domein 'adaptief gedrag' van de ICAP meet de ontwikkeling van vaardigheden in een brede leeftijdscategorie, van de kindertijd tot volwassenheid (40 jaar en ouder), en binnen een brede waaier van mogelijkheden, van individuen met een diepe beperking tot individuen zonder een beperking.
- De adaptieve gedrag testitems handelen over exacte, observeerbare acties voor een brede waaier aan gedragsvaardigheden die nodig zijn in het praktische, dagelijkse leven.
- Het ICAP domein 'adaptief gedrag' meet de actuele toestand van de cliënt. Om die reden worden vaardigheden geëvalueerd zoals hoe de cliënten presteren op taken, of hoe ze zouden presteren, zonder bijkomende training.
- Het adaptieve gedragsdomein is ontwikkeld om een brede waaier aan scores in kaart te brengen die een maximale discriminatie bij cliënten met verschillende niveaus van vaardigheden en bekwaamheden toestaat.
- De ICAP is ontwikkeld om significante probleemgedragingen en de gevolgen ervan in de omgeving in acht gebieden te identificeren en te beschrijven.
- De ICAP combineert een weging van adaptief gedrag en probleemscores in unieke ondersteuningsscores en ondersteuningsniveaus die de noden van een cliënt aan hulp en supervisie weerspiegelen.

- De ICAP instructies, materialen en scoringsprocedures zijn zodanig ontwikkeld dat ze kunnen worden gebruikt door individuen zonder extensieve training in het afnemen van tests.
- Door middel van een normgroep en een speciale studie met gelijkstellende normering kunnen de ICAP adaptief gedrag scores direct worden vergeleken met deze van de Scales of Independent Behavior (SIB) en de Woodcock-Johnson (WJ) cognitive ability and achievement scores. Dit laat een uitgebreidere en geïntegreerde individuele evaluatie toe.

Er kan worden geconcludeerd dat de ICAP is opgebouwd vanuit een historisch kader en theoretische achtergrond. De informatie wordt veeleer beperkt aangereikt in de handleiding. De ICAP kan als een geëvolueerd instrument worden beschouwd. Het is in 1986 ontwikkeld en wordt in meerdere Amerikaanse staten gehanteerd ter ondersteuning van zorgbepaling.

Een aantal overwegingen leidde de ontwikkeling van de ICAP. Al deze overwegingen (snelheid, efficiëntie, eenvoudig, in kaart brengen van een brede waaier van competenties en beperkingen e.d.) sluiten aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort NRTJ.

5.2.2.4 Overige instrumenten

De overige instrumenten zijn allen minimaal opgebouwd vanuit een theoretisch kader. De SIS, STEP en BelRAI zijn theoretisch sterk onderbouwd. De SIS behoort tot een nieuwe generatie meetinstrumenten die worden ontwikkeld op grond van het AAIDD-model 'verstandelijke beperkingen', waarbij ondersteuning centraal staat. De STEP is ontwikkeld in vier fasen, waarvan voornamelijk de eerste twee de theoretische onderbouwing versterkten. In een eerste fase is een uitgebreid bronnenonderzoek gedaan om zicht te krijgen op de inhoud van het begrip ernst van de problematiek, op het doel van een ernsttaxatie en op gebruik en bruikbaarheid van instrumenten. In een tweede fase van het project is op basis een studie een eerste opzet gemaakt van de zogeheten STEP. Dit voorstel is in verschillende rondes bestudeerd, uitgetoetst en becommentarieerd. Op basis daarvan is de STEP nog verscheidene keren aangepast. Voor de BelRAI zijn eveneens uitgebreide ontwikkelactiviteiten geweest die hebben geleid tot de items, definities, zorgplanning protocollen en trainingsmateriaal die tezamen de RAI – HC systeem vormen.

Daarnaast bevindt enkel het ZZI – VAPH zich nog in een duidelijke experimentele fase. De auteurs van de overige instrumenten geven aan dat het instrument klaar is voor gebruik.

Tabel 8: Achtergrond van de beoordeelde instrumenten

Achtergrond /Instrument	Geëvolueerd	Recent ontwikkeld	In ontwikkeling
SIS	X		
IZIKA	X		
ECSII		X	
STEP		X	
ZZI - VAPH			X
VGf	X		
VSPS	X		
Checklist MST/FFT/MDFT		X	
MATE	X		
CANS		X	
DD-SNAP	X		
BARO	X		
BelRAI	X		
CAN	X		
ICAP	X		

5.2.3 Normen

Normen geven betekenis aan een score. Ze maken het mogelijk om de score te interpreteren. Het is duidelijk dat de bij het gebruik van instrumenten de kwaliteit van de normen een grote invloed heeft op de kwaliteit van het besluitvormingsproces. Belangrijke vragen in deze context zijn: worden er normen verstrekt? Komen de gekozen normgroepen overeen met het aangegeven gebruiksdoel van het instrument? Wat is de kwaliteit van de normen en de erbij verstrekte informatie? Van belang hierbij is in het oog te houden dat er verschillende soorten normen zijn (algemeen kwantitatieve normen, klinisch kwantitatieve normen, klinisch kwalitatieve criteria, ...).

5.2.3.1 ECSII

De ECSII hanteert klinisch kwalitatieve normen. De verschillende items per dimensie worden gescoord op een vijfpuntenschaal, ondersteund door ankerpunten (kwalitatieve beschrijvingen). De totaalscore is vervolgens opgedeeld in zes Service Intensity Levels (gaande van basic health services tot maximal service intensity). Elk level is ter interpretatie kwalitatief uitgebreid beschreven aan de hand van zes karakteristieken:

complexiteit en impact van het probleem; focus van de interventie en omgeving in de welke de hulpverlening gebeurt; omvang van gespecialiseerde hulp (evaluatie / behandeling); aantal, frequentie, en duur van de hulpverlening; ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; en mate van informele hulp.

In de handleiding is geen informatie te vinden over de wijze waarop deze normen zijn bepaald. Uit de beknopte beschrijving van de ontwikkeling van de ECSII (zie theoretische achtergrond) kan worden opgemaakt dat de normen zijn bepaald op basis van een expertenbevraging. Het algoritme ter bepaling van het service intensity level zou psychometrisch zijn onderzocht.

Er kan worden besloten dat de klinisch kwalitatieve normen van de ECSII voldoende duidelijk maken hoe een score moet worden geïnterpreteerd. De kwaliteit van de normen blijkt voldoende. Het is echter moeilijk in te schatten hoe de indeling in niveaus tot stand kwam.

5.2.3.2 IZIKA

De IZIKA hanteert klinisch kwalitatieve normen. De verschillende items per dimensie worden gescoord op een vijfpuntenschaal, ondersteund door ankerpunten (kwalitatieve beschrijvingen). De totaalscore is vervolgens opgedeeld in zeven zorgniveaus (gaande van basiszorg tot beveiligde 24-uurs hulpverlening onder psychiatrische leiding). Elk zorgniveau is ter interpretatie kwalitatief beschreven door een combinatie van hulpverleningsvariabelen: fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening.

In de handleiding is geen informatie te vinden over de wijze waarop de indeling in niveaus is bepaald.

Er kan worden besloten dat de klinisch kwalitatieve normen van de IZIKA voldoende duidelijk maken hoe een score moet worden geïnterpreteerd. De kwaliteit van de normen blijkt voldoende. Het is echter moeilijk in te schatten hoe deze tot stand kwamen.

5.2.3.3 ICAP

Data met betrekking tot de normen werd verzameld op basis van een onderzoekspopulatie bestaande uit 1764 individuen uit 40 verschillende gemeenschappen in de USA (1982 – 1983). Deze individuen zijn onderverdeeld in een vroege kindertijd groep (n = 516; 3 maand – 5 jaar), een kindertijd groep (n = 655; 6 – 12 jaar) en een adolescentie/volwassenen groep (n = 516; 14 – 44 jaar). Het betreft een niet-klinische, of algemene, normgroep.

Leeftijd equivalent scores: Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van adaptief gedrag. Ze zijn gebaseerd op de gemiddelde adaptief gedragdomeinscores van 25 gecreëerde leeftijdsgroepen. Een leeftijdsequivalentenscore geeft de prestatie van de cliënt weer voor de vier domeinen van adaptief gedrag in termen van het chronologische leeftijdsniveau waarop de normgroep gemiddeld gezien zich bevindt met dezelfde prestatie.

Percentielrangen en standaardscores: Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van adaptief gedrag en zijn even-

eens bepaald voor 25 leeftijdsgroepen. Ze zijn gebaseerd op het verschil tussen de domeinscore van de cliënt en de gemiddelde domeinscore van de normgroep met dezelfde leeftijd.

Onaangepast gedragindexen: Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen beschikbaar voor de vier domeinen van onaangepast gedrag en bijhorende domein algemeen onaangepast gedrag. De indexen zijn bekomen door statistische analyses op de acht domeinen van probleemgedrag. De indexwaarden variëren van +10 tot -70, waarbij negatieve scores probleemgedrag indiceren. De indexscores worden bekomen door de deelscores frequentie en ernst van de probleemgedragingen te sommeren voor het betreffende domein. Vervolgens worden deze scores gesommeerd met een leeftijdsgerelateerde factor en afgetrokken van 100 wat resulteert in de onaangepast gedrag indexscores. Ten slotte wordt een betrouwbaarheidsinterval van de indexscore berekend. Er is een relatie tussen de indexwaarden en het niveau van de ernst van het probleemgedrag.

ICAP Service Level: Deze scores zijn gebaseerd op algemeen kwantitatieve normen. Door middel van stapsgewijze regressie analyses is de servicescore samengesteld uit de variabelen algemeen adaptief gedrag (70%) en algemeen onaangepast gedrag (30%). De servicescore heeft een bereik van 0 tot 100 en geeft een indicatie voor het benodigde hulpverleningsniveau. De score worden in negen niveaus, of service levels, gepresenteerd.

De *overige domeinen* van de ICAP maken eerder gebruik van beschrijvende informatie dan genormeerde scores. De auteurs geven aan dat de items ontwikkeld zijn op basis van diepgaande literatuurstudie, overleg met professionals uit verschillende disciplines en praktische proefsessies.

Er kan worden besloten dat de algemeen kwantitatieve normen van de ICAP Service Levels voldoende duidelijk maken hoe een individu zich positioneert t.a.v. de algemene bevolking. De kwalitatieve beschrijving is zeer beperkt. De kwaliteit van de normen blijkt voldoende. De normen zijn bepaald op basis van 1764 individuen uit 40 verschillende gemeenschappen in de USA (1982 – 1983). De normgroep lijkt voldoende groot. De normen zijn daarentegen verouderd.

5.2.3.4 Overige instrumenten

De overige instrumenten hanteren voornamelijk klinisch kwalitatieve of kwantitatieve normen. Bij een aantal instrumenten zijn de normen niet van toepassing omwille van het ontbreken van een eindscore. Bij twee instrumenten, de STEP en de CAN zijn geen normen voorzien. De eindscore is een getal dat niet verder kan worden geïnterpreteerd.

Tabel 9: Normen van de beoordeelde instrumenten

Normen/ Instrument	Soort
SIS	Klinisch kwantitatief
IZIKA	Klinisch kwalitatief
ECSII	Klinisch kwalitatief
STEP	Geen norm
ZZI – VAPH	Klinisch kwantitatief
VGF	Klinisch kwantitatief
VSPS	Klinisch kwantitatief & Klinisch kwalitatief
Checklist MST/FFT/MDFT	n.v.t.
MATE	Klinisch kwantitatief
CANS	Geen norm
DD-SNAP	Klinisch kwalitatief
BARO	n.v.t.
BeIRAI	n.v.t.
CAN	Klinisch kwalitatief
ICAP	Algemeen kwantitatief

5.2.4 Betrouwbaarheid

De klassieke testtheorie veronderstelt dat een testscore (X) is opgebouwd uit een betrouwbaar deel, ook ware score of betrouwbare score (T) genoemd, en een deel dat te wijten is aan de invloed van toevallige en/of systematische meetfouten (E). De testscore is de som van de betrouwbare score en de meetfout: $X = T + E$. Het zou ideaal zijn als alleen de betrouwbare score werd gemeten, maar de realiteit is dat testcores ook uit meetfouten bestaan. Doel van betrouwbaarheidsanalyse is om de invloed van meetfouten op de testcores te schatten.

De bronnen van de foutenvariantie kunnen zeer verschillend zijn en hoeven niet alleen betrekking te hebben op onbedoelde psychologische eigenschappen, zoals bv. taalvaardigheid. Een alternatieve mogelijkheid is dat men zich afvraagt in hoeverre een testscore herhaalbaar is over een bepaalde periode. Dé betrouwbaarheid van een test bestaat niet. Er zijn vele soorten van betrouwbaarheid te onderkennen: paralleltestbetrouwbaarheid, betrouwbaarheidsinschattingen op basis van inter-itemrelaties, test – hertestbetrouwbaarheid, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, methoden op basis van

item – responstheorie en methoden op basis van generaliseerbaarheidstheorie of structurele vergelijkingsmodellen.

Een instrument (zorgintensiteit/zorgzwaarte) is bij voorkeur zo uitgebreid als mogelijk onderzocht op betrouwbaarheid zodat meerdere aanwijzingen voor een betrouwbare testscore kunnen worden aangeleverd.

5.2.4.1 ECSII

Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ECSII te onderzoeken, volgde een groep hulpverleners uit Oregon van jonge kinderen een training van anderhalve dag. 52 hulpverleners afkomstig uit vier hulpverleningsgebieden (mental health (73%), child welfare (13,5%), primary health nursing (11,5%), en early education (2%)) scoorden vijftien gestandaardiseerde vignetten na de training. De intraklassecoëfficiënt (ICC) is gebruikt als maat. De ICC op de verschillende domeinen van de ECSII varieert tussen .442 tot .829. De laagste ICC lijkt een uitzondering (voor het subdomein service effectiveness). De overige ICC scores liggen allen boven .594. Wanneer het optionele domein 'Services Profile' buiten beschouwing wordt gelaten komt men tot scores hoger dan .675. Daarnaast is onderzocht of de beoordeling van de hulpverleners overeenstemt met de 'golden standard' (consensus van experts). Dit leverde een ICC op van 0,9254.

Er kan worden besloten dat er beginnend bewijs is m.b.t. de betrouwbaarheid van de ECSII. Er is enkel evidentie geleverd voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het betreft onderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten. De vraag kan worden gesteld of de resultaten geldig zijn voor Vlaanderen.

5.2.4.2 IZIKA

Er wordt Amerikaans onderzoek gepresenteerd ter onderbouwing van de betrouwbaarheid van de IZIKA. De maat die wordt gehanteerd voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de ICC. Voor kinder- en jeugdpsychiaters varieert deze van 0,73 tot 0,93 voor de dimensiescores en voor de totaal score bedroeg deze 0,89. Voor de niet-psychiaters varieerde de ICC voor de dimensiescores van 0,57 tot 0,95, terwijl de totaalscore een ICC behaalde van 0,93. Dit kan een voldoende tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid betekenen voor de beoordeling van de dimensiescores.

Er worden geen andere betrouwbaarheidsgegevens verstrekt.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat er beginnend bewijs voor een betrouwbare score aanwezig is. Er is enkel evidentie voor een voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het betreft onderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten. De vraag kan worden gesteld of de resultaten geldig zijn voor Vlaanderen.

5.2.4.3 ICAP

Als eerste zijn interne consistentie maten zijn gebruikt ter onderbouwing van de inter-item relatiebetrouwbaarheid bij alle adaptief gedrag domeinen. Hierbij wordt de split-half coëfficiënt berekend. De COTAN benadrukt dat dit geen goede/sluitende methode is.

Er is gebruik gemaakt van een totaal van 1510 individuen uit de technische onderzoeksteekproef. Bijkomende studies worden gepresenteerd met personen met een beperking. De betrouwbaarheid van alle adaptief gedrag domeinen is berekend met split-half procedures en gecorrigeerd door de Spearman-Brown formule. De betrouwbaarheid van de algemene adaptief gedrag domeinscore is berekend met Mosier's formule. De betrouwbaarheidsmaten zijn voor meerdere leeftijdscategorieën (vroeg kindertijd, kindertijd, adolescentie/volwassen) en de totale groep geanalyseerd.

De split-half relatiecoëfficiënt voor de algemene adaptief gedrag domeinscore is het hoogst met een totaal van 0,86, variërend van 0,85 tot 0,86 overheen de verschillende leeftijdscategorieën. De vier domeinen van adaptief gedrag hebben wat lagere split-half relatiecoëfficiënten. De totale scores van motorische vaardigheden, sociale en communicatieve vaardigheden, basis zelfredzaamheid en zelfredzaamheid in de omgeving hebben waarden van respectievelijk 0,58, 0,70, 0,76 en 0,69. De domeinen motorische vaardigheden en sociale en communicatieve vaardigheden vertonen hierbij een terugval in coëfficiëntwaarden (respectievelijk 0,47 en 0,57 bij de adolescenten/volwassenen) bij de hogere leeftijdscategorie. De auteurs stellen dat dit te wijten is aan het gegeven dat de oudere individuen de maximale vaardigheden reeds hebben bereikt.

In de steekproef bestaande uit 1457 personen met een beperking zijn eveneens de split-half relatiecoëfficiënten berekend voor de verschillende leeftijdscategorieën. Daarnaast is het bijkomend onderscheid gemaakt tussen diepgaande beperking, ernstige beperking, matige beperking, milde beperking, leerstoornissen en gedragsstoornissen. De mediaan van de coëfficiënten van de verschillende domeinen en de algemene adaptief gedrag domeinscore variëren tussen 0,90 en 0,97.

Van de andere grote domeinen van de ICAP worden geen interne consistentie gegevens verstrekt.

Ten tweede is de test-hertest betrouwbaarheid onderzocht. Twee lagere schoolleeftijd steekproeven met kinderen zonder een beperking ($N = 67$) zijn gebruikt voor de analyses van adaptief gedrag, probleemgedrag en de ICAP Servicescores. Twee test zijn afgenomen bij dezelfde respondenten in een periode van vier weken. Alle test-hertest relatiecoëfficiënten van de domeinen van adaptief gedrag variëren tussen 0,62 en 0,88 (voldoende). Voor probleemgedrag zijn meerdere gegevens beschikbaar. De frequentieschalen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt van 0,78, variërend van 0,65 tot 0,95 (voldoende). De ernstschalen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt van 0,62, variërend van 0,42 tot 0,84 (onvoldoende/voldoende). De vier onaangepast gedragindexen hebben een mediaan relatiecoëfficiënt 0,81, variërend van 0,75 tot 0,86 (voldoende). De ICAP Servicescore heeft een mediaan relatiecoëfficiënt 0,89 (goed).

Een andere test-hertest studie is uitgevoerd bij een steekproef van 30 mentaal beperkte adolescenten en jong volwassenen in een periode van één tot twee weken. Deze steekproef bevat achttien mannelijke en twaalf vrouwelijke respondenten tussen de dertien en 39 jaar (gemiddelde leeftijd van 22,07 jaar). De domeinen van adaptief gedrag hebben allen relatiecoëfficiënten boven 0,92. De indexen van onaangepast gedrag hebben relatiecoëfficiënten tussen 0,73 en 0,90 (mediaan = 0,82). De ICAP

Servicescore heeft een relatiecoëfficiënt van 0,90. Dit is voldoende tot goed. Echter, de korte periode van één tot twee weken zal hierop zijn invloed hebben.

Daarnaast zijn nog twee test-hertest studies gedaan, gebruik makend van onafhankelijke beoordelaars tijdens een periode van één tot twee weken. De eerste studie heeft een steekproef bestaande uit 159 mentaal beperkte volwassenen, allen geplaatst in een gevarieerd aanbod van residentiële en dagprogramma settings. De meeste van hen zijn geclassificeerd met matige en ernstige beperkingen. De test-hertest correlaties van de adaptief gedrag domeinen gaan van 0,87 tot 0,94 (mediaan = 0,96). Correlaties voor de onaangepast gedrag indexen variëren tussen 0,73 en 0,90 (mediaan = 0,82). De ICAP Servicescore heeft een test-hertest betrouwbaarheidcoëfficiënt van 0,90. De tweede studie bevat 56 matig tot ernstig beperkte personen komende uit een speciale onderwijs school en community job training programma's. Adaptief gedrag domeinscores correleren van 0,87 tot 0,96 (mediaan = 0,92). De onaangepast gedragindexen hebben relatiecoëfficiënten gaande van 0,71 tot 0,92, met een mediaan van 0,86. Dit is opnieuw voldoende tot goed, al zal de korte periode van één tot twee weken ook hier zijn invloed hebben.

Ten slotte zijn twee test-hertest studies uitgevoerd op de probleemgedrag domeinen die enkel gebruik maken van een steekproef met kinderen die geplaatst zijn in bijzonder onderwijs ten gevolge van gedragsstoornissen. De eerste steekproef omvat 48 kinderen (gemiddeld 15,8 jaar) die werden geclassificeerd als chronisch agressieve adolescenten. De tweede steekproef maakt gebruik van 65 individuen (gemiddeld 13,6 jaar oud) die met een gedragsstoornis zijn geclassificeerd. De test-hertest relatiecoëfficiënten voor de probleemgedrag domeinen variëren van 0,74 tot 0,83 (mediaan = 0,80) voor de groep met chronisch agressieve adolescenten en van 0,74 tot 0,88 (mediaan = 0,85) voor de groep met gedragsstoornissen.

Ten derde is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzocht. In een eerste studie met 61 volwassenen met een beperking vulden de betrokken hulpverleners uit de residentiële opvang onafhankelijk de ICAP in. Het merendeel had een matige of ernstige mentale beperking. Relatiecoëfficiënten zijn beschikbaar voor de adaptief gedrag domeinscores en de ICAP Servicescore. De coëfficiënten variëren van 0,89 tot 0,94 (goed).

Een tweede studie ging de overeenkomst in beoordeling na tussen onafhankelijke hulpverleners voor eenzelfde cliënt in twee verschillende omgeving (residentiële instelling en dagprogramma). De steekproef omvat 125 volwassenen (83 mannen en 42 vrouwen) tussen de achttien en 44 jaar oud (gemiddeld 27,77). De relatiecoëfficiënten voor de adaptief gedrag domeinscores en de ICAP Servicescore situeren zich allen tussen 0,72 en 0,88 (goed).

Een derde studie focust op de onaangepast gedrag indexscores. Er werd gebruik gemaakt van onafhankelijke beoordelaars die allen leerkracht of hulpleerkracht waren van 39 adolescenten met een matige of ernstige beperking. De coëfficiënten variëren van 0,69 tot 0,81, met een mediaan van 0,77 (voldoende).

Ten slotte is met twee studies de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nagegaan inzake overige informatie, zoals diagnostische status, functionele beperkingen, sociale steun,

benodigde hulpverlening, ... gemeten met de ICAP. De eerste studie heeft een steekproef van 61 cliënten met een mentale beperking. Deze worden elk beoordeeld door twee hulpverleners uit de residentiële setting. De tweede studie heeft betrekking op 125 volwassenen met een mentale beperking die elk worden beoordeeld door twee hulpverleners uit een residentiële setting of dagprogramma. De mate van overeenkomst wordt weergegeven aan de hand van percentages en relatiecoëfficiënten. Hulpverleners uit de residentiële setting hebben een grote mate van overeenkomst: beschrijvende informatie en diagnostische status (88% tot 100%, correlaties van 0,93 tot 0,99); functionele beperkingen (87% tot 98%, correlaties van 0,93 en 0,94); en hulpverlening en sociale en vrije tijd activiteiten (73% tot 85%). De overeenkomst tussen twee hulpverleners uit enerzijds de residentiële setting en anderzijds de dagprogramma voorziening varieert meer: demografische gegevens en diagnostische status (95% tot 100%, met uitzondering van 66% voor burgerlijke staat, relaties van 0,98 en 0,99); functionele beperkingen (87% tot 100%, relaties van 0,80 en 0,83); en hulpverlening en sociale en vrije tijd activiteiten (67% tot 88%).

Voor de ICAP kan de conclusie worden getrokken dat meerdere aanwijzingen voor betrouwbaarheid zijn geleverd. Het voornaamste in het kader van huidig onderzoek is dat de Servicescores betrouwbaar is. Hiervoor zijn verschillende studies met meerdere populaties gepresenteerd m.b.t. test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid die telkens minimaal voldoende goede resultaten aantonen. Het gepresenteerde onderzoek vond plaats in de Verenigde State. De vraag kan worden gesteld of deze resultaten geldig zijn voor Vlaanderen.

5.2.4.4 Overige instrumenten

Een groot aantal van de overige instrumenten haalt voldoende scores op een van de soorten betrouwbaarheid. Met uitzondering van de SIS onderzocht geen enkel instrument drie soorten van betrouwbaarheid (inter-itemrelatie, interbeoordelaar en test-hertest). Een belangrijke beperking is dat de handleidingen van de instrumenten vaak weinig gegevens bevatten i.v.m. de psychometrische gegevens. Drie instrumenten krijgen een onvoldoende. De SIS is beoordeeld door de COTAN die aangeeft dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de meeste van de verschillende subschalen en totaalschalen onvoldoende is. Daarbij zijn er verschillen ten aanzien van wie er als informant optreedt. Er worden bijvoorbeeld verschillen gevonden tussen de uitslag van cliënten als informanten en begeleiders als informanten. De VGF krijgt een onvoldoende m.b.t. de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Er is veel verschil mogelijk in beoordeling van situaties tussen hulpverleners. De MATE ten slotte presenteert twee onderzoeken waarvan één onderzoek onvoldoende resultaten oplevert m.b.t. de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Tabel 10: Betrouwbaarheid van de beoordeelde instrumenten

Betrouwbaarheid/ Instrument	Inter- itemrelatie	Interbeoordelaar	Test-hertest
SIS	2	0	1
IZIKA	GI	1	GI
ECSII	GI	1	GI
STEP	1	1	GI
ZZI - VAPH	GI	GI	GI
VGF	1	0	GI
VSPS	1	1	GI
Checklist MST/FFT/MDFT	GI	GI	GI
MATE	GI	0	GI
CANS	n.v.t.	1	0
DD-SNAP	GI	GI	GI
BARO	1	GI	GI
BelRAI	GI	GI	GI
CAN	GI	1	0
ICAP	0	1	1

2 = voldoende/goede scores gevonden in Vlaamse/Belgische onderzoek; 1 = voldoende/goede scores gevonden in buitenlandse onderzoek; 0 = slechte/onduidelijke scores; GI = geen informatie.

5.2.5 Validiteit

Validiteit is de mate waarin een test aan zijn doel beantwoordt: kan men uit de test-score die conclusie trekken die men op het oog heeft? Er worden vele soorten validiteit onderscheiden. Welke validiteitsbenadering men ook kiest, voor een gestandaardiseerde beoordeling is het noodzakelijk toch enige structuur in het validiteitsconcept aan te brengen. Hiertoe wordt aangesloten, in overeenstemming met de COTAN, bij de klassieke driedeling naar het doel van het validiteitsonderzoek, zoals die o.a. in de *Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische tests en studietoetsen* (Evers et al., 1988) wordt gehanteerd: inhoudsvaliditeit, begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit.

Validiteitsinformatie m.b.t. de relevantie van de inhoud van het instrument (inhoudsvaliditeit) werd reeds met het cruciale domein 'gebruiksdoel en uitkomstvariabelen' en het bijkomende domein '(theoretische) achtergrond' behandeld. Bij begripsvaliditeit gaat het erom te toetsen of de test inderdaad de eigenschap meet die wordt veron-

dersteld. Bij criteriumvaliditeit onderzoekt men in hoeverre de testscore een goede voorspeller is van niet-testgedrag.

5.2.5.1 ECSII

Één studie is uitgevoerd met hulpverleners van jonge kinderen uit de Amerikaanse staat Nevada. De hulpverleners scoorden met de ECSSI 205 actuele nieuwe casussen van jonge kinderen (0 tot 5 jaar), grotendeels jongens (63,9%), met verschillende etnische achtergronden en verschillende leefsituaties (37,1% geboorte- of adoptieouders, 9,8% informally established extended family care, 17,6 % foster care, 30,2% regular foster care en 5,4% therapeutic foster care). Daarnaast vulden de hulpverleners de CBCL (of Infant Characteristics Questionnaire bij kinderen jonger dan achttien maand) en de Parenting Stress Score (PSI) in. Er worden correlatiecoëfficiënten gepresenteerd van de ECSII domeinen (en service intensity level) met de CBCL internaliserende, externaliserende en totale probleemscores enerzijds en de PSI anderzijds. De auteurs stellen dat er significante te verwachten correlaties zijn. De grootste correlaties zijn gevonden voor de ECSII domeinen 'functional/developmental status en 'impact on child's problems' met de CBCL schalen. Ook tussen meerdere domeinen van de ECSII (en service intensity level) en de totale PSI score zijn significante correlaties gevonden.

De onderzoeksresultaten doen besluiten dat er enige evidentie is voor een voldoende begripsvaliditeit. De ECSII domeinen en service intensity levels correleren met meer emotionele- en gedragsproblemen bij de kinderen en stress bij ouders. Het betreft Amerikaans onderzoek. Er is geen onderzoek verricht inzake de criteriumvaliditeit. Dit betekent dat de voorspellende waarde van de ECSII niet is onderzocht.

5.2.5.2 IZIKA

In de handleiding wordt enkel gerefereerd naar Amerikaans onderzoek ter onderbouwing van de validiteit. Het betreft vergelijkend onderzoek van de CASII (totaal en subschaal) scores met scores van de enerzijds Child Global Assessment Scale (CGAS) en anderzijds Child and Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS). Dit begripsvaliditeitsonderzoek toont aan dat er een matige correlatie is met de CGAS en de CAFAS, zeker wat betreft de totaal scores. Daarnaast blijkt dat vooral de CASII dimensieschalen die gelinkt zijn aan het kind, hoger correleren met de CAFAS en CGAS, en dat de dimensieschalen die de omgeving en engagement meten beduidend lager correleren. Volgens de auteurs ondersteunen deze bevindingen de validiteit van de CASII. De zwakke correlatie van de dimensiescore 'comorbiditeit' met de CGAS is volgens hen wel opmerkelijk, net zoals de hoge correlatie van de dimensie 'stressoren in de omgeving' met de CGAS. De auteurs geven aan dat verder onderzoek vereist zijn om de validiteit te staven.

Deze onderzoeksresultaten leiden tot de conclusie dat beperkte ondersteuning aanwezig is voor de begripsvaliditeit. Het betreft een beperkt vergelijkingsonderzoek met de CGAS en CAFAS die het functioneren van een individu meten. Het betreft buitenlands onderzoek. Er is geen onderzoek verricht inzake de criteriumvaliditeit. Dit betekent dat de voorspellende waarde van de IZIKA niet is onderzocht.

5.2.5.3 ICAP

In de handleiding worden heel wat validiteitsgegevens gepresenteerd. Hier wordt getracht een samenvatting te geven van de belangrijkste gegevens en conclusies.

Begripsvaliditeit:

De gegevens met betrekking tot de begripsvaliditeit focussen op vijf verschillende onderdelen. Ten eerste is nagegaan of het correct is aan te nemen dat adaptief gedragsvaardigheden ontwikkelingsgebonden zijn. Hiervoor is onderzocht of de adaptief gedragsvaardigheden en de onaangepast gedragindexscores gerelateerd zijn met leeftijd. Op basis van correlaties, berekend op een steekproef met personen zonder beperking, wordt geconcludeerd dat adaptief gedrag ontwikkelingsgebonden is. De onaangepast gedragindexscores daarentegen correleren niet met de leeftijd, hoewel er wel een positieve trend lijkt. De ICAP Servicescore is opnieuw leeftijdsgebonden, behalve in de groep adolescenten/volwassenen.

Ten tweede zijn de intercorrelaties van de adaptief gedrag domeinen onderzocht in de technische onderzoeksgroep. Op basis van correlatiecoëfficiënten is aan te nemen dat er matige overlap is in inhoud tussen de verschillende domeinen wanneer de steekproef in drie leeftijdscategorieën wordt opgedeeld. In de totale steekproef zijn de correlaties hoog, variërend tussen 0,89 en 0,91. Zoals te verwachten zijn alle correlaties tussen de domeinscores en de algemene adaptief gedrag domeinscores eerder aan de hoge kant. Dit hoeft geen probleem te zijn daar de verschillende domeinen deel uitmaken van die algemene adaptief gedrag maat.

Ten derde zijn ook de intercorrelaties van de onaangepast gedrag indexen onderzocht. Dezelfde steekproeven als deze van voorgaande studie zijn gebruikt. De correlaties tussen de deeldomeinen en de algemene onaangepast gedragindex zijn hoog. Dit is opnieuw geen probleem aangezien de deeldomeinen samen de algemene maat vormen. De correlaties tussen de deeldomeinen onderling zijn eerder matig.

Ten vierde zijn vergelijkende studies gedaan op de adaptief gedrag scores tussen verschillende onderzoekspopulaties. Er werd vanuit gegaan dat, gelet op het ontwikkelingsgebonden karakter van de ICAP, bepaalde groepen van personen met een beperking lager scoren op zulke metingen in vergelijking met personen zonder een beperking van dezelfde leeftijd. Personen met een zwaardere beperkingen zouden ook meer uitgesproken lage scores hebben. In totaal werden twintig steekproeven met elkaar vergeleken. De steekproeven verschillen onderling voornamelijk inzake leeftijd, mate van beperking en aard van beperking. Concluderend werd vastgesteld dat adaptief gedragscores sterk verschillen tussen personen met een matige en ernstige beperking en de personen zonder beperking. Het verschil tussen personen met een leerstoornis en emotionele problemen en personen zonder beperking is veel minder sterk. Het functioneringsniveau is algemeen het laagst bij personen met een ernstige mentale beperking.

Ten vijfde zijn, net als in voorgaande onderzoek, vergelijkende studies gedaan op de probleemgedragscores en de ICAP Servicescore tussen verschillende onderzoekspopulaties. In totaal werden twaalf steekproeven met elkaar vergeleken. De steekproeven verschillen onderling voornamelijk inzake leeftijd, mate van beperking en aard van beperking. Concluderend werd vastgesteld dat de onaangepast gedrag indexscores het

hoogst zijn bij personen met een gedragsstoornis en in mindere mate bij personen met een matige of ernstige beperking. De personen zonder een beperking scoren het laagst en ook de personen met een leerstoornis hebben eerder lage scores. In vier steekproeven zijn eveneens de ICAP Servicescores geanalyseerd. Personen met een matige of ernstige beperking en personen met een matige gedragsstoornis vertonen de laagste Servicescore (laag = nood aan meer intensieve hulpverlening). Personen zonder beperking en personen met een leerstoornis hebben de hoogste Servicescores.

criterium validiteit:

De ondersteuning van de criteriumvaliditeit wordt in de handleiding onderverdeeld in negen verschillende subdelen.

Ten eerste wordt een aantal studies aangehaald die de scores van de adaptief gedrag domeinscores vergeleken met deze van de Scales of Independent Behavior (SIB). De drie gepresenteerde studies tonen hoge correlaties aan tussen de ICAP en SIB adaptief gedrag scores bij onafhankelijke respondenten in functie van dezelfde cliënt.

Ten tweede werd de relatie tussen de Adaptive Behavior Scale – School Edition (ABS-SE) en de ICAP adaptief gedragscores onderzocht bij personen met en zonder beperking. De ABS-SE meet eveneens adaptief gedrag. Zowel bij de personen met als zonder beperking werd een voldoende samenhang gevonden tussen de domeinen van de ABS-SE en deze van de ICAP.

Ten derde werd de relatie tussen cognitieve vaardigheden, gemeten met de Woodcock-Johnson Broad Cognitive Ability Scores, en de adaptieve gedragsvaardigheden, gemeten met de ICAP, nagegaan. De correlaties tonen aan dat ongeveer 50% van de variantie van adaptief gedrag (ICAP) wordt verklaard door de cognitieve vaardigheden in de groep met personen met een beperking. Dit indiceert dat er een samenhang is tussen de adaptieve en de cognitieve vaardigheden in deze groep met personen met een beperking. Veel minder (10% verklaarde variantie) samenhang werd gevonden in de groep met personen zonder beperking. Dit indiceert dat adaptief gedrag scores en cognitieve vaardigheidsscores primair een verschillend deel van het functioneren en presteren meten.

Ten vierde werd de relatie van de onaangepast gedrag domeinscores van de ICAP met de schalen van de Quay-Peterson Revised Problem Behavior Checklist bestudeerd in een steekproef van 185 kinderen en adolescenten geclassificeerd met een gedragsstoornis. Hoewel de beide instrumenten probleem gedrag verschillend meten, tonen de resultaten toch enig verband. Zo is er een verband tussen scores van de ICAP die agressief gedrag inschalen en deze van de Quay-Petersonschalen die dat eveneens doen. Dit patroon is ook te zien bij eigenschappen als terugtrekgedrag en aandachtsproblemen.

Na deze vier voorgaande vergelijkende studies worden verschillende studies aangehaald die gebruik maken van meervoudige discriminant analyses. Bedoeling hiervan is om in zowel populaties van personen met als zonder beperking na te gaan of er tussen de verschillende groepen verschillen zijn op een aantal variabelen waarbij de voorspellende waarde wordt geanalyseerd.

Ten vijfde wordt een studie aangehaald waarin de vier adaptief gedrag domeinscores en de drie onaangepast domein indexscores werden gebruikt bij de voorspelling van schoolplaatsingen bij personen met en zonder beperking en waarbij de proefpersonen werden onderverdeeld in matig, licht en niet beperkt. 74,5% van de personen werd correct geclassificeerd op basis van de ICAP scores. De resultaten suggereren dat de ICAP redelijk goed de plaatsing van personen in verschillende scholen kan voorspellen.

Ten zesde wordt een studie gepresenteerd waarbij de relatie tussen adaptief en probleemgedrag wordt gemeten bij de voorspelling van het aantal plaatsingen van kinderen met een beperking (N = 96) in reguliere scholen. Hierbij werd het onderscheid gemaakt tussen voltijds in de reguliere klas, deeltijds speciaal programma op school, en voltijds speciaal programma als afhankelijke variabelen. De onaangepast gedrag scores bleken, zoals te verwachten, negatief gecorreleerd met de mate van integratie in de reguliere klas. Daarnaast tonen de resultaten van verschillende studies dat de ICAP, op basis van discriminantfuncties, personen vrij correct kan classificeren.

Ten zevende wordt een studie beschreven die door middel van meervoudige discriminant analyse trachtte plaatsingen van mentaal beperkte volwassenen te voorspellen. De onderzoekspopulatie bestond uit 424 volwassenen met een mentale beperking die in een residentiële voorziening verblijven. Drie verschillende residentiële voorzieningen die werden onderscheiden zijn public operated institutions, group homes en semi-independant and independant settings. De plaatsing van de proefpersonen bleek met behulp van de adaptief gedrag en probleemgedrag domeinscores vrij goed te voorspellen. In totaal werd 67% van de gevallen correct voorspeld. De grootste percentage correcte voorspelling bestond voor de public institutions.

Ten achtste werd getracht dagprogramma's en arbeidprogramma's te voorspellen aan de hand van de adaptief gedrag domein en onaangepast gedrag indexscores bij volwassen personen met een mentale beperking (N = 960). Er werden vijf programma's onderscheiden: day activity center, work activity center, sheltered workshop, supervised job placement en competitive employment. Verschillende discriminant functies bleken opnieuw voldoende goed de uitkomstvariabelen te voorspellen (51% correcte voorspellingen).

Ten slotte is in een negende subdeel getracht de adaptief gedrag en onaangepast gedrag profielen bij personen met een mentale beperking, een mentale stoornis en oudere volwassenen onderling te vergelijken. Zowel volwassenen met een mentale beperking als met een mentale stoornis scoorden lager op de adaptief gedragscores in vergelijking met normale volwassenen. Volwassenen met een mentale stoornis, die beter scoorden op de adaptief gedrag scores dan volwassenen met een mentale beperking, vertoonden meer onaangepast gedrag. Bij de oudere volwassenen (62 jaar en ouder) werden in de adaptief gedrag profielen voornamelijk gelijkaardige gegevens gevonden in vergelijking met normaal functionerende volwassenen. De laagste scores werden evenwel gevonden voor oudere personen uit een intermediate care facilitie of skilled nursing facility. De onaangepast gedrag profielen waren grotendeels in de normale range voor oudere personen. Enkel wat betreft internaliserend gedrag index voor personen verblijvend in een skilles nursing facility werden negatievere scores gevonden.

ICAP Service Levels:

Naast de validiteitsstudies gericht op de adaptief gedrag domein en onaangepast gedrag index domeinscores afzonderlijk worden enkele studies gepresenteerd met de speciaal gewogen ICAP Servicescore (70% adaptief gedrag t.o.v. 30% onaangepast gedrag). De ICAP Servicescore blijkt meer accurate voorspelling te doen dan de afzonderlijke domeinen. De Servicescore verschilt significant bij verschillende intensiteiten van hulpverlening.

Zowel de begripsvaliditeit als de criteriumvaliditeit is met meerdere onderzoeken op verschillende populaties onderzocht. De onderzoeksresultaten zijn positief voor beide soorten validiteit. Het betreft allemaal onderzoek uitgevoerd in de Verenigde Staten.

5.2.5.4 Overige instrumenten

Het validiteitsonderzoek van de overige instrumenten toont dat heel wat instrumenten zich beperken tot één soort van validiteit. Een aantal instrumenten onderzocht meerdere soorten: SIS, VGF, VSPS en CANS. Net als bij het domein betrouwbaarheid geldt de belangrijke bemerking is dat de handleidingen van de instrumenten vaak weinig gegevens bevatten i.v.m. de psychometrische gegevens.

Twee instrumenten krijgen een onvoldoende toegewezen. Voor de VGF wordt de begripsvaliditeit als onvoldoende beoordeeld: Om te bepalen of de gevonden clusters en schalen werkelijk bepaalde aspecten van het gezinsfunctioneren meten, is de samenhang berekend tussen scores op de gevonden clusters en schalen van de VGF met scores op schalen van andere vragenlijsten over het gezinsfunctioneren (begripsvaliditeit). Het betreft de Nijgeemse Ouderlijke Stress Index (NOSI) en de Vragenlijst Meegemaakte gebeurtenissen (VMG). Daarnaast zijn de correlaties berekend tussen scores op de VGF en de Child Behavior Checklist (CBCL). De correlaties tussen de clusters en schalen van de VGF enerzijds en de CBCL, NOSI en VMG anderzijds zijn erg laag (gemiddeld -0,01, variërend van -0,23 tot 0,13). Geen van de correlaties is significant. Deze resultaten geven geen ondersteuning voor de begripsvaliditeit van de VGF. Verklaringen die door de auteurs worden gegeven zijn het verschil in informanten en de aard van de onderzoeksgroep. Voor de CAN is de relatie tussen de scores op de GAF van de DSM-IV (sociale, beroeps en psychologisch functioneren) met de noden onderzocht. De onderzoeksresultaten lage of een gebrek aan samenhang.

Tabel 11: Validiteit van de beoordeelde instrumenten

Validiteit/ Instrument	Begripsvaliditeit	Criteriumvaliditeit
SIS	1	1
IZIKA	1	GI
ECSII	1	GI
STEP	GI	1
ZZI - VAPH	GI	GI
VGf	0	1
VSPS	2	2
Checklist MST/FFT/MDFT	GI	GI
MATE	1	GI
CANS	1	2
DD-SNAP	GI	GI
BARO	GI	1
BelRAI	GI	GI
CAN	0	GI
ICAP	2	2

3 = meerdere validiteitsresultaten op basis van Vlaamse/Belgische onderzoek; 2 = goede/voldoende meerdere validiteitsresultaten op basis van buitenlandse onderzoek; 1 = goede/voldoende validiteitsresultaten op basis van één soort onderzoek OF meerdere validiteitsresultaten die niet eenduidig zijn; 0 = onduidelijke/slechte validiteitsresultaten; GI = geen informatie.

5.2.6 Discussie en besluit

Na de evaluatie van de instrumenten op de cruciale domeinen in de eerste beoordelingsfase leek het aangewezen slechts twee instrumenten aan te bevelen. De ECSII en de IZIKA lijken geschikt om te worden gebruikt door een indicatiestellingsteam in de intersectorale toegangspoort NRTJ. Er zijn belangrijke beperkingen. De ECSII is slechts geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies voor nul tot en met vijfjarigen. De IZIKA is geschikt voor zes tot en met achttienjarigen maar richt zich slechts op één van de dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte.

Er is een belangrijke lacune opgemerkt inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling voor zes tot achttienjarigen met een beperking (handicap). Er is geen instrument gevonden dat voldoet aan alle voorwaarden. De ICAP vertoont de minste tekortkomingen. Het is gericht op deze dimensie van zorgintensiteit/zorgzwaarte, het schaaft

zowel adaptieve vaardigheden als probleemdomeneinen in, het maakt gebruik van de diagnostische gegevens en het omvat de beoogde leeftijdsgroep. Er is echter contact tussen cliënt en beoordelaar vereist. Gelet op de uitgetekende procedures van de intersectorale toegangspoort NRTJ is dit een belangrijke beperking van het instrument. Desondanks wordt de ICAP ook in deze tweede fase mee besproken.

In de tweede beoordelingsfase werden de instrumenten beoordeeld op enkele bijkomende criteria.

Het eerste bijkomende criterium waarop de instrumenten zijn beoordeeld is de beoogde doelgroep. Op basis van de probleemdomeneinen van Integrale Jeugdhulp zijn de doelgroepen bepaald. Vervolgens is nagegaan voor welk van deze doelgroepen het instrumenten kan worden gebruikt.

De ECSII is ontwikkeld voor kinderen (0 – 5 jaar) en hun familie met emotionele, gedragsmatige en ontwikkelingsstoornissen. De IZIKA is ontwikkeld voor kinderen en adolescenten (6 – 18 jaar) met ernstige emotionele stoornissen. De auteurs geven daarbij aan dat het even goed van toepassing is voor kinderen en adolescenten met allerhande stoornissen, inclusief psychische stoornissen, middelenmisbruik en ontwikkelingsstoornissen. De ICAP is ontwikkeld voor kinderen en volwassenen (0 – 44 jaar) met een beperking. De auteurs geven bijkomend aan dat het ook geschikt is voor personen met andere stoornissen of problemen. Geen van de drie instrumenten sluit een bepaalde doelgroep uit.

De ECSII is dus geschikt voor gebruik bij alle doelgroepen (0 – 5 jaar) voor de bepaling van beide dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte. De IZIKA blijft geschikt voor gebruik bij alle doelgroepen (6 – 18 jaar) voor de bepaling van de dimensie zorgintensiteit/zorgzwaarte m.b.t. de behandeling van gedrags- en emotionele problemen. De ICAP is het meest geschikte instrument voor gebruik bij alle doelgroepen (0 – 44 jaar) voor de bepaling van de zorgintensiteit/zorgzwaartedimensie m.b.t. de ondersteuning van de minderjarige met een beperking (handicap).

Het tweede bijkomende domein is de (theoretische) achtergrond van de instrumenten. Hiermee wordt bedoeld op een theoretische bezinning omtrent het gebruiksdoel, de herkomst en beschrijving van het construct-idee, de relevantie van de testinhoud e.d. De ECSII stamt af van de Child and Adolescent Service Intensity Instrument (CASII). Een eerste versie is afgeleverd in 2009. Het instrument wordt theoretisch onderbouwd. Het ontwikkelingsperspectief, het transactioneel model en het ecologisch model vormen de basis. Enkele principes worden herkend: subsidiariteit, participatief werken, een geïntegreerd hulpplan en een sterkte-zwakte analyse.

De IZIKA stamt eveneens af van de Child en Adolescent Service Intensity Instrument (CASII). Het is een vertaling van de CASII. De CASII is ontwikkeld op vraag van klinici en beleidsmakers. De IZIKA is beschikbaar sinds 2005. De CASII (en dus de IZIKA) is gebaseerd op een aantal grondbeginsels en principes zoals dimensionaliteit, gebruiksvriendelijkheid, multidisciplinaire/multi-informanten perspectief, toepasbaarheid in uiteenlopende behandelsettings, culturaliteit en individuele zorgplanning. De theoretische onderbouwing is veeleer beperkt.

De ICAP is in 1986 ontwikkeld en wordt in meerdere staten van de USA gebruikt. De handleiding bevat weinig informatie over de ontstaansgeschiedenis. De theoretische

onderbouwing lijkt voldoende, al worden vele concepten niet behandeld. Er wordt hiervoor verwezen naar literatuur. Een aantal overwegingen leidde de ontwikkeling van de ICAP. Al deze overwegingen (snelheid, efficiëntie, eenvoudig, in kaart brengen van een brede waaier van competenties en beperkingen e.d.) liggen in de lijn van de heersende verwachtingen t.a.v. zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrument.

Voor de drie instrumenten kan worden geconcludeerd dat ze inhoudelijk aansluiten bij theoretische opvattingen van de toegangspoort.

Het derde bijkomende domein betreft de normen. De instrumenten zijn beoordeeld op de aard en kwaliteit van de gebruikte normen.

Zowel de ECSII als de IZIKA hanteren klinisch kwalitatieve normen. De verschillende items per dimensie worden gescoord op een vijfpuntenschaal, ondersteund door kwalitatief beschreven ankerpunten. De totaalscore van de ECSII en de IZIKA zijn opgedeeld in niveaus die kwalitatief zijn gekarakteriseerd. Voor beide instrumenten is het onduidelijk hoe de indeling in niveaus tot stand kwam.

Voor de ECSII en de IZIKA wordt geconcludeerd dat de klinisch kwalitatieve normen voldoende duidelijk maken hoe een score te interpreteren.

De ICAP hanteert voornamelijk algemeen kwantitatieve normen. De negen service levels maken duidelijk hoe een individu zich positioneert t.a.v. de algemene bevolking. De normen kwamen tot stand in de jaren 1980 op basis van onderzoek bij 1764 individuen uit 40 verschillende gemeenschappen in de Verenigde Staten. De normgroep lijkt voldoende groot maar verouderd.

De betrouwbaarheid van de instrumenten is een vierde bijkomend domein waarop de instrumenten zijn beoordeeld. Zowel bij de ECSII als de IZIKA is vastgesteld dat er (slechts) beginnend bewijs voor een voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is geleverd. Meer onderzoek naar de verschillende soorten van betrouwbaarheid van deze instrumenten lijkt aangewezen.

De ICAP levert meerdere aanwijzingen voor een voldoende betrouwbaarheid. Er is onderzoek dat aantoonde dat de servicescores voldoende betrouwbaar zijn (test-her-testbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

De betrouwbaarheidsgegevens van de drie instrumenten zijn afkomstig uit buitenlands onderzoek. De vraag kan gesteld worden in welke mate de resultaten geldig zijn voor Vlaanderen. Meer onderzoek bij een Vlaamse onderzoeksgroep is dus aangewezen.

Het vijfde bijkomend domein betreft de validiteit van de instrumenten. Validiteit is onderverdeeld in begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit.

In de handleiding van de ECSII is enige evidentie voor een voldoende begripsvaliditeit opgenomen. Hogere domeinscores en hogere service intensity levels correleren met meer emotionele- en gedragsproblemen bij de kinderen en meer stress bij ouders. Het betreft Amerikaans onderzoek. Er is geen onderzoek verricht naar de criteriumvaliditeit.

Onderzoek naar de IZIKA leidt tot de conclusie dat beperkte ondersteuning aanwezig is voor de begripsvaliditeit. Het betreft een beperkt vergelijkingsonderzoek met de CGAS en CAFAS. Het betreft opnieuw buitenlands onderzoek. Er is geen onderzoek verricht inzake de criteriumvaliditeit. Voor de IZIKA en de ECSII lijkt meer validiteitsonderzoek noodzakelijk.

Zowel de begripsvaliditeit als de criteriumvaliditeit van de ICAP is met meerdere onderzoeken onderzocht. De onderzoeksresultaten zijn positief voor beide soorten validiteit. Het betreft allemaal onderzoek uit de Verenigde Staten.

Samenvattend kan worden gesteld dat deze fase zowel enkele positieve als negatieve argumenten voor de ECSII, IZIKA en ICAP opleveren.

De instrumenten zijn ontwikkeld voor een specifieke doelgroep, maar sluiten geen doelgroepen uit. Daarnaast lijkt de theoretische achtergrond van de drie instrumenten aan te sluiten bij de opvattingen van de toegangspoort.

Met betrekking tot de normen is vastgesteld dat de ECSII en de IZIKA voldoende duidelijke klinisch kwalitatieve normen hanteren. Het is echter onduidelijk hoe de indeling in niveaus tot stand kwam. De ICAP hanteert algemeen kwantitatieve normen die duidelijk maken hoe een individu zich verhoudt tot de algemene bevolking. De normen zijn echter verouderd. De betrouwbaarheid en validiteit van de ECSII en IZIKA is onvoldoende gekend. Meer Vlaams onderzoek is aangewezen. De ICAP daarentegen presenteert heel wat buitenlands onderzoek. Ook hier is Vlaams onderzoek nodig.

Geen van bovenstaande elementen geeft aanleiding tot het verwerpen van een door de eerste fase weerhouden instrument.

We kunnen dan ook concluderen dat:

De ECSII geschikt lijkt om te worden gehanteerd door een indicatiestellingsteam binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ. Het is geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies (ondersteuning en behandeling) van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij nul tot en met vijfjarigen.

De IZIKA lijkt eveneens geschikt voor gebruik binnen de toegangspoort. Het kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op behandeling van problemen.

De ICAP wordt beschouwd als het instrument met het meeste potentieel voor gebruik binnen de toegangspoort voor de zorgdimensie gericht op ondersteuning van personen met een beperking. Het heeft echter de handicap dat het contact tussen cliënt en indicatiesteller vereist.

Er dient nog te worden opgemerkt dat de ECSII en ICAP momenteel slechts in het Engels beschikbaar zijn.

Hoofdstuk 3:

Intersectorale focusgroepen

1 Inleiding

In dit deel wordt informatie afkomstig uit de verschillende sectoren van het Vlaamse zorglandschap betrokken op de zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling in de indicatiestellingsfase binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ. Eerst worden de verschillende onderzoeksvragen weergegeven. Vervolgens wordt de methode uiteengezet waarmee de onderzoeksvragen zijn onderzocht. Daarna worden de resultaten gepresenteerd. Ten slotte wordt een discussie omtrent de resultaten aangegeven en wordt afgerond met een besluit.

2 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen kunnen worden onderverdeeld in vragen m.b.t. de huidige wijze waarop zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bepaald binnen het Vlaamse zorglandschap enerzijds en vragen m.b.t. de opvattingen en verwachtingen van de Vlaamse jeugdzorgsectoren omtrent de toekomstige werkwijze van zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling in de intersectorale toegangspoort NRTJ anderzijds. Er dient te worden opgemerkt dat de focus hierbij niet uitsluitend op zorgintensiteit/zorgzwaarte ligt. De bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt gesitueerd binnen de indicatiestellingsfase en de intersectorale toegangspoort.

A. Huidige werkwijze van zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling:

- Op welke wijze wordt momenteel geïndiceerd?
- Op welke wijze wordt momenteel zorgintensiteit/zorgzwaarte bepaald?
- Welke zijn de knelpunten (en oplossingen) bij de huidige werkwijze?
- Welke informatie moet minimaal gekend zijn?

B. Houdingen en verwachtingen van de Vlaamse jeugdzorgsectoren omtrent zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling in de intersectorale toegangspoort NRTJ:

- Welke zijn de houdingen en verwachtingen t.o.v. de indicatiestelling?
- Welke zijn de houdingen en verwachtingen omtrent de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte?
- Welke zijn de houdingen en verwachtingen omtrent de typemodules?
- Welke zijn de houdingen en verwachtingen omtrent het indicatiestellingsverslag?

3 Methode

De onderzoeksvragen zijn door middel van semi-gestructureerde interviews van sleutelfiguren in intersectorale focusgroepen onderzocht. Een focusgroep wordt gedefinieerd als een kwalitatieve onderzoekstechniek waarbij data wordt verzameld met groepinteractie over een bepaald onderwerp, bepaald door de onderzoeker (Morgan, 1996; Sim, 1998). Deze definitie bevat drie belangrijke elementen. Ten eerste wordt duidelijk gemaakt dat een focusgroep is bedoeld voor het verzamelen van informatie. Ten tweede lokaliseert de interactie zich in een groepsdiscussie die als bron van data fungeert. Ten derde wordt de rol van de onderzoeker erkend voor het creëren van de groepsdiscussie. Het idee achter de methode van focusgroepen is dat groepsprocessen kunnen helpen bij het exploreren en verduidelijken van verschillende perspectieven (Sim, 1998). Een focusgroep blijkt uitermate effectief voor het exploreren van en verschaffen van inzicht over complexe gedragingen en motivaties (Morgan, 1996).

De semi-gestructureerde interviews¹⁶ zijn doorgegaan in focusgroepen bestaande uit sleutelfiguren van de organisaties (CLB, OOOO, COS, ...) van de verschillende sectoren uit het Vlaamse jeugdzorglandschap (VAPH, Jongerenwelzijn en overige sectoren). Elke focusgroep bestaat uit sleutelfiguren van twee tot drie verschillende organisaties. Van de sector VAPH zijn alle organisaties met een erkenning MDT vertegenwoordigd. Van de sector Jongerenwelzijn zijn de organisaties Comité Bijzondere Jeugdhulp en Onthaal, Observatie- en OriëntatieCentra vertegenwoordigd.

Voor het bepalen van de verschillende focusgroepen werden alle organisaties gesitueerd in een matrix. De matrix bestaat uit twee dimensies. Een eerste dimensie heeft betrekking op de leeftijd (0 tot 5; 6 tot 11 of 12 tot 18 jaar) van de zorggebruikers. De tweede dimensie heeft betrekking op de beoogde doelgroep en de centrale activiteiten (Jongerenwelzijn, handicap, onderwijs, geestelijke gezondheid of overige) van een organisatie. Vervolgens is getracht om twee organisaties in een focusgroep te plaatsen die enerzijds eenzelfde leeftijdscategorie en anderzijds verschillende centrale doelgroepen en activiteiten hebben.

In totaal werden zes intersectorale focusgroepen georganiseerd:

- Focusgroep 1: Centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS) en Centra voor kindercare en gezinsondersteuning (CKG).
- Focusgroep 2: Kinderpsychiatrische diensten (KD) en Vertrouwencentra kindermishandeling (VK).
- Focusgroep 3: Observatie- en behandelcentra (OBC1) en Revalidatiecentra (RC).
- Focusgroep 4: Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB), Onthaal, observatie- en oriëntatiecentra (OOOC) en observatiecentra, erkend of georganiseerd door de Vlaamse Gemeenschap in het kader van de gecoördineerde decreten voor Jongerenwelzijn (OBC2).
- Focusgroep 5: Diensten voor maatschappelijk werk (DMW) en Comités bijzondere jeugdbijstand (CBJ).

¹⁶ Zie Bijlage Deel I bijlage 3 voor het interviewschema

- Focusgroep 6: Centra geestelijke gezondheidszorg (CGG), Centra voor integrale gezinszorg (CIG), en Gespecialiseerde arbeidsonderzoeksdiensten (GA).

Tevens is een zevende focusgroep georganiseerd waarin vertegenwoordigers van de gebruikers zetelden¹⁷. Sleutelfiguren voor de gebruikers zijn geselecteerd uit verschillende gebruikersorganisaties gericht op de verschillende sectoren (Jongerenwelzijn en VAPH) en op zowel de ouders als minderjarige als gebruiker.

Alle sleutelfiguren zijn aangedragen door de sectoren zelf. Nadien werden deze gecontacteerd door de onderzoekers. De deelnemers kregen allen op voorhand het interviewschema aangeboden.

Iedere focusgroep kwam één maal bij elkaar op de Vrije Universiteit Brussel en nam tweeënhalf tot drie uur tijd in beslag. Tijdens de focusgroep is het aanvraagdocument NRTJ¹⁸ als bijkomende ondersteuning gehanteerd. De bijeenkomsten werden geleid door Prof. Dr. Johan Vanderfaeillie (moderator) en bijgestaan door Tim Stroobants. Van elke focusgroep is een geluidsopname gemaakt.

Na de focusgroep ontvingen de aan- en afwezige sleutelfiguren een samenvattend verslag van de bijeenkomst. Vervolgens kregen zij gedurende minimaal een maand de kans opmerkingen te formuleren op dit verslag. Nadien is per focusgroep het finaal verslag naar alle deelnemers ervan doorgestuurd. Iedere deelnemer is gevraagd het verslag te becommentariëren en finaal te valideren. Enkele sleutelfiguren reageerden niet op het doorgestuurde verslag. Per mail werd hen gevraagd dit alsnog te doen. Zo niet, is het niet formuleren van opmerkingen geïnterpreteerd als een akkoord. In bijlagen¹⁹ zijn alle zeven gevalideerde verslagen van de focusgroepen toegevoegd.

De procedure bij de CLB verliep anders. Zij distantieerden zich in eerste instantie van het verslag bij monde van de voorzitter van de internettensamenwerkingscel. Deze voorzitter formuleerde nadien de opmerkingen die zijn verwerkt in het hernieuwde verslag.

De informatie uit de zes verslagen van de intersectorale focusgroepen met organisaties uit de verschillende sectoren is vervolgens geanalyseerd op een aantal topics. Indien van toepassing is informatie uit het verslag van de intersectorale focusgroep vanuit het gebruiksperspectief eveneens toegevoegd.

4 Resultaten

De resultaten worden hier gepresenteerd. Het betreft een weergave van besproken elementen tijdens de intersectorale focusgroepen. Er wordt getracht de gelijkenissen en verschillen tussen de verschillende partners weer te geven. Tijdens de focusgroepen lag de focus zo veel als mogelijk op de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling. Er werd daarbij ingegaan op de bredere context waarin deze processen zich situeren. Indien relevant wordt deze discussies ook weergegeven. Een

¹⁷ Zie Bijlage Deel I - bijlage 4 voor het aangepaste interviewschema

¹⁸ Zie Bijlage Deel I - bijlage 1

¹⁹ Zie Bijlage Deel I - bijlage 5 tot 11

belangrijke afbakening van de hier gepresenteerde resultaten is dat het indicatiestelling in functie van niet-rechtstreeks toegankelijk jeugdhulp betreft.

Het interviewschema gehanteerd bij de intersectorale focusgroepen is opgedeeld in twee delen. Het eerste deel is gericht op de huidige wijze waarop aan indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling wordt gedaan. Het tweede deel polst naar de opvattingen en verwachtingen m.b.t. de toekomstige werkwijze van de intersectorale toegangspoort NRTJ.

4.1 Huidige werkwijze

In deze resultatensectie wordt ingegaan op de werkwijze waarop de organisaties van de verschillende sectoren uit het Vlaamse jeugdzorglandschap momenteel indiceren en zorgintensiteit/zorgzwaarte bepalen. Hierbij ging aandacht naar expliciete en/of impliciete modellen, gehanteerde principes, operationalisering, instrumenten en (contra-)indicaties. Daarnaast worden de ervaren knelpunten in kaart gebracht bij de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling. Hierbij ging aandacht naar problemen zoals transparantie en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en naar mogelijke oplossingen.

De intersectorale focusgroep met vertegenwoordigers vanuit het gebruikersperspectief handelde niet over de huidige werkwijze.

4.1.1 Indicatiestelling

4.1.1.1 Inhoudelijke en/of procesmodellen

Er is gepolst naar expliciete en impliciete modellen aanwezig bij de organisaties die de indicatiestelling onderbouwen. Twee organisaties gebruiken een inhoudelijk model voor indicatiestelling. De meeste organisaties hanteren geen model dat diagnostische gegevens op inhoudelijke wijze verbindt met hulpverlening. Het VK ontwikkelde in 2010 een protocol met bijhorend instrument voor risicotaxatie bij kindermishandeling (Desair, Reynders, & Hermans, 2010). Door middel van het protocol wordt specifieke informatie uit de situatie samengebracht, geordend en beoordeeld. Het instrument maakt dit proces transparant en expliciet met een checklist. De factorenlijst stuurt bovendien de kijk en het onderzoek van de VK-medewerkers. Het protocol en instrument worden nog niet systematisch gehanteerd. Bovendien betreft het de inschatting van het risico op kindermishandeling waarbij de procedure inzake maatschappelijke noodzaak wordt gehanteerd. Dit situeert zich naast de intersectorale toegangspoort NRTJ. De CLB hanteren de methodiek van handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & van Beukering, 2004). Er is vastgelegd welke informatie moet worden verzameld alvorens wordt geïndiceerd. Nadien wordt aangegeven hoe de indicering dient te verlopen. De CLB hebben geen richtlijnen over wat wanneer moet worden beslist. Dit druist in tegen de basisprincipes die zij hanteren. Zij beschikken dus over een inhoudelijk model in die zin dat is vastgelegd welke informatie aanleiding moet geven tot een indicatiebesluit.

Het merendeel van de organisaties hanteert evenmin een *procesmatig* model. KD, VK en CLB gebruiken wel een expliciet procesmodel. De KD vermelden drie procesmodellen die het proces sturen: de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & van Beukering, 2004), de diagnostische cyclus (De Bruyn et al., 2003) en de empirische cyclus (De Raedt & Schacht, 2003). Deze procesmodellen bepalen de wijze waarop indicatiestelling dient te gebeuren. Het proces is echter niet geprotocoliseerd in de werking waardoor vragen kunnen worden gesteld bij het systematisch gebruik van de modellen.

VK beschikken over een protocol en bijhorend instrument voor risicotaxatie bij kindermishandeling (Desair et al., 2010) (zie eerder).

CLB indiceren op basis van de handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer & van Beukering, 2004). De indicering vangt aan met het schetsen van een integratief beeld. Van daaruit worden veranderingsdoelen bepaald. Vanuit dit inzicht worden doelgerichte en haalbare adviezen geformuleerd. Vervolgens formuleert het CLB-team, bij voorkeur in overleg met het zorgteam en met de leerling en/of ouders, de behoeften/noden van de leerling. Ten slotte wordt een lijst van wenselijke maatregelen in het belang van de leerling opgesteld, met telkens argumenten voor en tegen. Dit zijn de aanbevelingen die worden gerangschikt van meest wenselijk naar minimaal noodzakelijk.

Daarnaast indiceren OIOC op hypothesetoetsende wijze, wat als een soort van procesmodel kan worden beschouwd. Zij stellen dat indicatie al doende gebeurt, door te testen of wat is ingeschat ook effectief werkt. Het is een procesmatige aanpak die binnen de centra tijdens de opname gebeurt.

Tabel 12: Huidig gebruik van inhoudelijke en/of procesmodellen bij indicatiestelling

Organisatie	Inhoudelijk model	Procesmatig model
COS	-	-
CKG	-	-
VK	+	+
KD	-	++
OBC1	-	-
RC	-	-
CLB	+	++
OIOC	-	+/-
OBC2	-	-
DMW	-	-
CBJ	-	-
CGG	-	-
CIG	-	-
GA	-	-

Ondanks de afwezigheid van geëxpliciteerde inhoudelijke en (grotendeels) procesmatige modellen wordt niet op willekeurige wijze geïndiceerd. De wijze waarop wordt

geïndiceerd is veelal impliciet bepaald. Zo zijn procedures, regels en principes aanwezig die bepalen hoe tot een indicatiebesluit te komen.

Een eerste belangrijk element dat steeds wordt vermeld, is de multidisciplinaire teamwerking. Indicatiestelling gebeurt niet door één persoon maar wordt opgenomen door een multidisciplinair team. Dit element wordt door alle organisaties zeer duidelijk naar voor geschoven. Het multidisciplinair teamoverleg vormt het kader waarbinnen indicatiestelling plaatsvindt. De bezetting van het team kan variëren. Zo worden bijvoorbeeld bij COS enkel de betrokken hulpverleners betrokken in het overleg, worden naar gelang de zwaarte van de zorg meer personen betrokken (VK, KD) of worden indien nodig overige partners betrokken (CKG, CIG, CGG, GA).

Een tweede belangrijk element is de participatieve werking bij de indicatiestelling. Een cliënt wordt steeds betrokken bij de indicatiestelling. De participatie van de cliënt kan plaatsvinden gedurende het hele proces. De wensen en hulpvraag van de cliënt zijn gekend voor de teambespreking. Er kan samen met de cliënt een bespreking worden gehouden die leidt tot een indicatiestelling. Zo worden bijvoorbeeld samen met de cliënt doelen geformuleerd (COS) of wordt met de cliënt alle mogelijkheden van het aanbod overlopen (CKG, OBC1). Na het indicatiestellingsadvies kan met de cliënt een gesprek worden aangegaan waaruit het uiteindelijke indicatiebesluit volgt.

Tijdens het multidisciplinair overleg vindt een bespreking plaats van factoren (zie (contra-)indicaties) die in overweging worden genomen. De bespreking kan volgens een aantal stappen gebeuren. Stappen die worden vermeld zijn: evaluatie van de diagnostiek, formuleren van integratief beeld, formuleren van doelstellingen en het maken van een afweging. Enkele organisaties vermelden bijkomende elementen die de structuur van het overleg leiden. Zo voeren DMW de bespreking op basis van het multidisciplinair verslag dat moet worden opgesteld en zijn bij de CBJ de hulpverleningsprocessen beschreven in DOMINIO richtinggevend. CKG hanteert een intern document waarin alle (contra-)indicaties zijn opgenomen en maakt gebruik van voorgaande ondersteuningsplannen.

De afweging van factoren (zie (contra-)indicaties) vormt het indicatiebesluit (of advies) van het team. Deze afweging wordt bepaald door drie elementen: klinische ervaring, visie centrum en/of principes. De organisaties geven aan dat de klinische ervaring van de leden van het multidisciplinair team enerzijds de bespreking stuurt en anderzijds de beslissing duidelijk onderbouwt. De klinische ervaring (expertise, ervaring, kennis, ...) leidt tot een 'klinisch oordeel'. Dit betekent dat het team zelf bepaalt welke informatie wordt ingeschaald en hoe zwaar informatie doorweegt in de afweging. Daarnaast wordt door enkele organisaties gewezen op de visie van het centrum als leidend voor de afweging. Met visie van het centrum wordt bijvoorbeeld gedoeld op een systeemgeoriënteerde werking. Ten slotte worden twee duidelijk leidende principes aangegeven: subsidiariteit en vraaggericht/vraaggestuurd werken.

Rond de mate waarin een cliënt inspraak heeft in het indicatiebesluit wordt verschil opgemerkt (vraaggestuurd t.o.v. vraaggericht). Zo geven DMW en RC aan dat hoofdzakelijk wordt geëvalueerd of de hulpvraag van de cliënt past binnen de regelgeving. De vraag die zich dan aandient is of deze cliënt, in functie van de gestelde hulpvraag, binnen de juiste doelgroep past voor bepaalde zorg. De meeste organisaties geven aan dat voornamelijk naar een gedeelde indicatiestelling wordt gestreefd. De hulpvra-

gen van de cliënt spelen mee maar zijn niet uitsluitend bepalend voor het advies van het team dat wordt geformuleerd aan de cliënt. Er wordt zoveel mogelijk gestreefd naar overeenstemming in indicatiestelling. De cliënten formuleren hulpvragen, wensen en verwachtingen. Vervolgens bepaalt het multidisciplinaire team hun indicatiestellingsadvies waarbij van ideale hulp naar haalbare hulp wordt gegaan. Indicatiestelling wordt als een onderhandelingsfase gezien. In afwezigheid van maatschappelijke noodzaak is het uiteindelijk de cliënt die bepaalt welke hulpverlening wordt aangevraagd.

4.1.1.2 Instrumenten

Geen van de organisaties hanteert een instrument dat een uitkomst inzake indicatiestelling oplevert. Er is een aantal diagnostische instrumenten aangereikt, zoals risicotaxatie instrumenten, CBCL, NOSI, e.d. Deze instrumenten zeggen iets over de aard en de ernst van de problematiek maar verbinden dit niet met een uitkomstvariabele gericht op hulpverlening. Procesmatig hebben deze instrumenten wel een meerwaarde bij de indicatiestelling. Ze kunnen deze namelijk systematiseren en expliciteren.

4.1.1.3 (Contra-)indicatoren

De organisaties brengen heel wat factoren in weging. Bovendien valt het op dat veel organisaties dezelfde factoren noemden. De invulling van de factoren kan verschillen. Hieronder volgt een overzicht van verschillende elementen die tijdens de focusgroepen zijn vermeld.

- Aard problematiek

Met de aard van de problematiek wordt verwezen naar allerlei soorten problemen of beperkingen aanwezig bij de cliënt en/of het cliëntsysteem. Voorbeelden zijn verstandelijke beperking, fysische beperking, depressie, emotionele verwaarlozing, gedragsproblemen, psychiatrische problematiek van de ouders, hechtingsproblemen, emotionele ontwikkelingsstoornis e.d. Er kan rekening worden gehouden met heel wat factoren zoals leeftijd, geslacht en cultuur.

- Functioneringsniveau levensdomeinen

Met functioneringsniveau wordt verwezen naar de mate waarin de minderjarige in staat is te functioneren op een aantal levensdomeinen. Voorbeelden van levensdomeinen zijn school, vrije tijd, mobiliteit, e.d.

- Ernst problematiek

De ernst van de problematiek kan naar meerdere kenmerken refereren. Het betreft zowel de abnormaliteit (bv. frequentie en duur) als de gevolgen van problemen. Er kan rekening worden gehouden met heel wat factoren zoals leeftijd, geslacht en cultuur.

- Comorbiditeit

Comorbiditeit verwijst naar de aanwezigheid van meerdere stoornissen of problemen. Daarnaast wordt hier de complexiteit van een problematiek onderverdeeld.

- Risicofactoren

Factoren die de kans op problemen verhogen. Er wordt bijvoorbeeld verwezen naar de stressfactoren van Hellinckx (COS) of socio-economische status (financiële mogelijkheden in functie van te indiceren hulp bij COS).

- Protectieve factoren

Factoren die een beschermende functie hebben in aanwezigheid van een risicofactor. Er wordt bedoeld op draagkracht vergrotende factoren (aanwezig bij het kind, de ouders, het gezin en/of de omgeving). Voorbeelden zijn veerkracht, erkenning problematiek, probleeminzicht, het kunnen stellen van een hulpvraag, competenties, groeipotentieel, e.d.

OBC1 baseren zich specifiek op vijf dimensies van het gezinsfunctioneren om de draagkracht in te schatten: netwerk, samenwerking ouders, omgang met conflicten, emotionele vaardigheden en opvoedingsvaardigheden.

- Veiligheid van het kind

De vraag die zich voornamelijk voordoet is of de veiligheid van het kind gegarandeerd wordt.

- Vragen, wensen en verwachtingen van de cliënt

- Motivatie van de cliënt

In welke mate is de cliënt gemotiveerd om te veranderen, hulp te aanvaarden, om te gaan met de situatie, e.d.

- Interactie cliënt – hulpverlener

VK verwijst naar deze factor. Er wordt bedoeld op de mogelijkheid van interactie, de mate waarin er een wederzijds gesprek kan worden aangegaan, e.d.

- Mate van overeenkomst tussen indicatiesteller en cliënt

De mate waarin de indicatiesteller overeenkomst bereikt met de cliënt over de indicatiestelling.

- Hulpverleningsgeschiedenis

Voorgeschiedenis, voorgaande hulpverlening.

- Aanbod

Bij het aanbod wordt gedacht aan voorwaarden, regels, wachtlijsten, terugbetaling-mogelijkheden, beperkingen, vrijblijvendheid, beschikbaarheid, samenstelling van een leefgroep, e.d.

De organisaties kregen de gelegenheid aan te geven welke factoren ze in rekening brengen bij de indicatiestelling. Indien zij bepaalde factoren niet hebben vermeld, hoeft dit niet noodzakelijk te worden geïnterpreteerd alsof men er geen rekening mee houdt.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vermelde factoren per organisatie:

Tabel 13: Huidig bepalende factoren bij indicatiestelling

Organisatie	Aard problematiek	Functioneren levensdomeinen	Ernst problematiek	Comorbiditeit	Risicofactoren	Protectieve factoren	Veiligheid kind	Vragen, wensen en verwachtingen cliënt	Motivatie cliënt	Interactie cliënt - hulverlener	Overeenkomst indicatiestelling	Hulpverlenings-geschiedenis	Aanbod
COS	X		X	X	X	X		X					
CKG	X		X	X	X	X		X					X
VK	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
KD	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
OBC1	X		X	X		X	X	X	X				
RC	X		X	X		X	X	X	X				
CLB	X	X	X	X		X	X	X	X			X	X
OOC	X		X	X		X	X	X	X			X	X
OBC2	X		X	X		X	X	X	X			X	X
DMW	X	X	X			X	X	X	X			X	X
CBJ	X	X	X			X	X	X				X	X
CGG	X		X		X	X	X	X				X	X
CIG	X		X		X	X	X	X	X			X	X
GA	X		X		X	X	X	X	X			X	X

4.1.2 Zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling

4.1.2.1 Inhoudelijke en/of procesmodellen

De zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling is gelijkaardig aan de werkwijze van indicatiestelling. Met uitzondering van de CLB (handelingsgerichte diagnostiek), geeft geen enkele organisaties aan dat de zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bepaald op basis van een (expliciet) model. Dezelfde factoren worden in overweging genomen, al kan het gewicht ervan weleens verschillen (vb.: zwaarder gewicht voor gedragenheid indicatiestelling bij KD). Dit betekent dat de multidisciplinaire en participatieve werking het kader vormen en dat de afweging van factoren wordt bepaald door de klinische ervaring, visie van het centrum en/of principes (subsidiariteit, vraaggericht – vraaggestuurd indiceren).

Enkele nuances worden gemaakt. Zo geven COS, CKG en KD aan dat bij een zwaardere zorginschatting meer personen worden betrokken in het overleg. OBC1 geeft te

kennen dat systematischer wordt gekeken naar de draagkracht – draaglast verhouding.

Een wederkerende opmerking is dat men niet echt bewust bezig is met de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte (VK, CGG, CIG en GA). Zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt momenteel vooral uitgedrukt in termen van het aanbod, of volgens de opdeling ambulante, semi-residentieel, residentieel.

4.1.2.2 Instrumenten

Twee instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte worden aangehaald: het zorgzwaarte-instrument van het VAPH en de IZIKA.

DMW en GA vermelden het zorgzwaarte-instrument van het VAPH. Beide gebruiken het instrument bij volwassenen. DMW beschouwt het instrument als te tijdsintensief. Domeinen die niet relevant zijn moeten toch worden gescoord. Bovendien zou het de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet verhogen. De vragen zijn voor interpretatie vatbaar, er is een gebrek aan duidelijke richtlijnen en standaarden.

KD, OOC, CBJ en GA halen de IZIKA aan. KD gebruiken de IZIKA experimenteel. Voornamelijk bij overleg met meerdere partners wordt het instrument gehanteerd. Momenteel hebben ze onvoldoende ervaring met het instrument om een voldoende objectieve meerwaarde te bekomen. Het wordt wel als bruikbaar beoordeeld. GA geeft een gelijkaardige indruk. De IZIKA is er gekend na het volgen van een opleiding. Het is echter onvoldoende gekend, het wordt niet gebruikt in de praktijk. Het zou wel snel en bruikbaar zijn. OOC gebruikt de IZIKA voor zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling in functie van de beveiliging van de minderjarige. De uitkomst ervan wordt gebruikt ter toetsing van het eigen klinisch oordeel. De CBJ ten slotte hanteren de IZIKA als risicotaxatie-instrument. Het dient om de mate van ongerustheid in te schatten.

4.1.2.3 (Contra-)indicatoren

Dezelfde factoren worden in overweging genomen, al kan het gewicht ervan weleens verschillen (bv. zwaarder gewicht voor gedragenheid indicatiestelling bij KD). COS en CKG stellen dat de veelheid van hulpverleningsvormen een bijkomende factor is.

4.1.3 Knelpunten

Tijdens de intersectorale focusgroepen is gevraagd naar knelpunten bij de huidige wijze van indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling. Meerdere elementen zijn besproken:

- Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Twee organisaties stellen dat een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid aanwezig is. COS geeft aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zowel tussen verschillende diensten als in één dienst goed is, op voorwaarde van eenzelfde diagnostisch proces. Ook RC zien weinig variatie in indicatiebesluiten tussen verschillende diensten. Dit zou het gevolg zijn van gemeenschappelijke vorming.

CKG en OBC1 geven aan dat er verschillende uitkomsten mogelijk zijn maar stellen dat dit niet het gevolg is van een gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De oorzaak zou een gebrek aan eenduidige visie en modellen tussen diensten zijn.

Opvallend is dat enkele organisaties in vraag stellen of een gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid een probleem is. DMW erkennen dat een gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid aanwezig is. De gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zou zich op twee niveaus voordoen. Op het eerste, provinciale niveau liggen de Provinciale Evaluatie Commissies (PEC) van het VAPH aan de basis van het probleem. De PEC hanteren verschillende standaarden, de ene is strenger dan de andere. Indicatiestellers handelen hiernaar, wat wel als een probleem wordt beschouwd. Op het tweede, lokale niveau is verschil in uitkomst aanwezig tussen verschillende diensten. Bovendien wordt gesteld dat het zorgzwaarte-instrument van het VAPH geen verbetering oplevert (zie eerder: instrumenten). DMW stellen hier dat een (klein) verschil in uitkomst geen probleem hoeft te zijn. Indien alles volgens een duidelijk model wordt bepaald zou dit vooral de dynamiek en creativiteit beperken. CGG, CIG en GA geven te kennen dat er enkel kleine verschillen zijn in uitkomst tussen voorzieningen binnen één sector. Dit is volgens hen geen probleem aangezien ieder recht heeft op een eigen visie. Volgens deze laatste organisaties situeert zich vooral een probleem tussen de uitkomsten van verschillende sectoren. De sectorale werking zorgt voor verschil. Er is nood aan minimale gemeenschappelijke delers en objectivering door middel van intersectoraal overleg.

Een aantal organisaties geeft aan dat onvoldoende overeenstemming tussen voorzieningen aanwezig is. VK en KD geven te kennen dat er verschillen in beoordeling en operationalisering zijn tussen diensten. De verschillen zijn deels op te heffen met een goede multidisciplinaire en participatieve werking maar ook dan blijven machtsmechanismen, blinde vlekken en mondigheid en assertiviteit van de cliënt versturende elementen. CLB, OIOC en OBC2 stellen eveneens dat een gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid speelt. Dit als gevolg van te weinig geëxpliciteerde modellen en indicatoren waardoor de impact van de individuele hulpverlener en het team te groot is. Een goede multidisciplinaire en participatieve werking en supervisie worden als oplossingen beschouwd. OIOC ziet de eigen hypothesetoetsende werking ook als oplossing. Tenslotte zien CBJ een probleem inzake interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als gevolg van een gebrek aan inhoudelijke modellen en systematiek. Het is nu onduidelijk welke informatie een rol moet spelen. Ook teamverschillen en het aanbod zouden een tol spelen. Een mogelijke oplossing wordt gezien in de aanwezigheid van een duidelijk inhoudelijk model. De beoordelingsboog gehanteerd bij pleegzorg in Nederland wordt als voorbeeld aangehaald.

- **Transparantie**

Transparantie doelt op de (on)duidelijkheid waarop een indicatiebesluit is gebaseerd. Drie organisaties zien geen probleem inzake transparantie: COS, CKG en RC. Zij geven aan dat steeds voldoende duidelijk voor de hulpverleners en cliënt op basis van welke informatie een beslissing is genomen. De meeste organisaties (VK, KD, OBC1, CLB, OIOC en OBC2) ervaren daarentegen een gebrekkige transparantie.

- Aanbod

Kenmerken van het aanbod zijn volgens de meeste organisaties (VK, KD, CLB, DMW en CBJ) beperkend m.b.t. indicatiestelling. Allerlei regels, voorwaarden en wachtlijsten maken het moeilijker en vertragen bovendien het proces. De moeizaam bereikte motivatie van de cliënt wordt vaak teniet gedaan (VK, KD). De regiogebonden werking maakt het aanbod te beperkt (CLB, DMW). DMW stellen daarnaast dat de perceptie van de cliënt over het aanbod meespeelt. CBJ vinden het aanbod sowieso te sturend voor de indicatiestelling. OBC1 ervaren weinig flexibele mogelijkheden ten gevolge van te veel beperkingen van het aanbod.

Opvallend is de stelling van VK dat een aanbodgestuurde indicering ook voordelen en mogelijkheden biedt. De CKG worden als voorbeeld aangehaald. Deze voorzieningen zijn beperkt in regelgeving en vrijblijvend wat heel werkzaam is voor de VK.

- Sectorale werking

Bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is reeds een eerste keer aangegeven dat de sectorale werking van het Vlaamse jeugdzorglandschap beperkingen heeft (CGG, CIG en GA). Deze organisaties stellen dat de schotten tussen de sectoren zorgen dat benodigde hulp niet steeds tot bij de cliënt komt.

- Diagnose

De GA merken een valkuil op in het overmatig gebruik van diagnoses bij de indicatiestelling. Zij stellen een overdreven focus op een diagnose vast binnen het VAPH. Een indicatiestelling louter gebaseerd op een diagnose is te eng. Het belang van volledige beeldvorming mag niet worden onderschat om een goed zicht te krijgen op het functioneren van een cliënt.

- Tijdsinvestering

VK en KD melden momenteel geen probleem inzake tijdsinvestering voor de indicatiestelling. Ze geven wel aan dat er geen tijd overblijft voor het invullen van allerhande formulieren. Ook CBJ ervaren momenteel reeds een probleem m.b.t. tijdsinvestering. Er zou heel veel tijd gaan naar het motiveren van een cliënt indien men haalbare hulp wil adviseren. Zij zien meerdere oplossingen. Een lagere caseload (die sowieso veel te hoog is) en een lagere administratieve druk zullen helpen. Een inhoudelijk model kan eveneens tijdswinst opleveren.

- Gebrekkige informatie

VK stellen dat de veiligheid van het kind primeert. Dit heeft echter als gevolg dat soms wordt geïndiceerd op basis van te weinig informatie. Het streefdoel is om eerst steeds voldoende informatie te verzamelen maar dat lukt niet steeds.

Volgende tabel geeft een overzicht van de problemen zoals ervaren door de organisaties:

Tabel 14: Ervaren knelpunten bij huidige werkwijze

Organisatie	Interbeoordelaars- betrouwbaarheid	Transparantie	Aanbod	Sectorale werking	Diagnose	Tijdsinvestering	Gebrekkige informatie
COS							
CKG	+/-						
VK	+	+	+/-			+/-	+/-
KD	+	+	+			+/-	
OBC1	+/-	+					
RC							
CLB	+	+	+				
OOOC	+	+					
OBC2	+	+					
DMW	+		+				
CBJ	+		+			+	
CGG	+			+			
CIG	+			+			
GA	+			+	+		

4.2 Toekomstige werkwijze intersectorale toegangspoort NRTJ

In dit tweede deel van de resultaten afkomstig van de intersectorale focusgroepen wordt dieper ingegaan op de standpunten en verwachtingen m.b.t. de toekomstige werkwijze van de intersectorale toegangspoort NRTJ. Aan de deelnemers van de focusgroepen is gevraagd zich in te leven in deze nu nog virtuele situatie. Tijdens de intersectorale focusgroepen kwamen standpunten en verwachtingen naar voor die niet louter onder indicatiestelling of zorgintensiteit/zorgzwaartebeoordeling onder te verdelen zijn. Ook de toegangspoort NRTJ zelf is besproken.

De resultaten worden onderverdeeld in standpunten en verwachtingen t.o.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ, indicatiestelling, zorgintensiteit/ zorgzwaartebeoordeling,

het aanvraagdocument NRTJ, minimaal noodzakelijke informatie, typemodules en het indicatiestellingsverslag.

4.2.1 Standpunten en verwachtingen t.a.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ

De organisaties verschillen in opvattingen over de opzet van de intersectorale toegangspoort NRTJ. Een aantal organisaties ziet de toegangspoort NRTJ werkbaar (met bedenkingen, opmerkingen, e.d.) en een aantal organisaties acht de toegangspoort NRTJ niet haalbaar of wenselijk.

Ten eerste zijn er de organisaties (COS, CKG en DMW) die de intersectorale toegangspoort NRTJ werkbaar achten. COS, CKG en DMW stellen dat de huidige werking binnen het VAPH met de PEC als voorbeeld kan dienen. Zij zien sterke gelijkenissen tussen de huidige werkwijze binnen het VAPH en deze van de toekomstige intersectorale toegangspoort NRTJ. DMW maken hierbij de opmerkingen dat de rol van de aanmelder zeer groot zal zijn en dat de aanmelders/diagnosten en het indicatiestellingsteam een gezamenlijke visie moeten uitdragen.

Ten tweede zijn enkele organisaties (OOOC, OBC2, CGG, CIG en GA) van mening dat de intersectorale toegangspoort NRTJ werkbaar is maar formuleren tegelijkertijd fundamentele bedenkingen. De OOOC en OBC2 verwachten minstens moeilijkheden zoals intersectorale problemen, rol van het indicatiestellingsteam, contact tussen de betrokkenen, e.d. CGG, CIG en GA achten de toegangspoort NRTJ werkbaar, formuleren enkele positieve elementen maar ook moeilijkheden zoals hoogdrempeligheid, verbrokkeling e.d.

Ten derde zijn twee organisaties (VK en KD) verdeeld over de haalbaarheid. Zowel binnen VK als KD gaan stemmen op voor en tegen de haalbaarheid van de intersectorale toegangspoort NRTJ. Sommigen zijn van mening dat alle theoretische voorwaarden aanwezig zijn, indien aan enkele voorwaarden is voldaan: overeenstemming tussen aanmelder en cliënt omtrent de indicatiestelling, voldoende kwaliteitsvolle diagnostiek en goede bepaling van organisaties voor en achter de toegangspoort. Anderen zijn van mening dat theorie niet overeenstemt met de praktijk. De praktijk is steeds onvoorspelbaar met problemen zoals problemen met databases e.d. Ook de opzet van de toegangspoort sluit niet aan bij de principes van indicatiestelling (participatief en handelingsgericht).

Ten slotte brengen enkele organisaties (OBC1, RC, CLB, CBJ en de gebruikers) fundamentele bezwaren aan tegen de intersectorale toegangspoort NRTJ. OBC1 en RC zijn van mening dat de toegangspoort niet wenselijk is. Het maakt volgens hen geen gebruik van de goede elementen aanwezig in de praktijk, zorgt niet voor responsabilisering, zorgt niet voor een circulair proces en is te verbrokkelend. CLB vreest dat de toegangspoort NRTJ niet is afgestemd op de noden van het onderwijs. CBJ zien vooral problemen in het samenbrengen van de verschillende sectoren, de verbrokkeling van het proces, het gebrek aan contact tussen de betrokkenen, e.d. De gebruikers ten slotte zijn van oordeel dat de toegangspoort weggaat van wat hulpverlening behoort

te zijn, er is te weinig aandacht voor participatie en het gebrek aan contact tussen cliënt en indicatiesteller is problematisch.

Tabel 15: Standpunten t.a.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ

Organisatie	Werkbaar	Werkbaar met bedenkingen	Onwerkbaar/ Onwenselijk
COS	X		
CKG	X		
VK		X	X
KD		X	X
OBC1			X
RC			X
CLB			X
OOOC		X	
OBC2		X	
DMW	X		
CBJ			X
CGG		X	
CIG		X	
GA		X	
Gebruikers			X

Tijdens de verschillende intersectorale focusgroepen werden meerdere elementen voor en tegen de intersectorale toegangspoort NRTJ geformuleerd. Hieronder volgt een bespreking van de genoemde argumenten.

Argumenten tegen:

- Verbrokkeld

Een element dat meermaals wordt vernoemd is de verbrokking van het proces. Verschillende organisaties geven aan dat er (te) veel stappen, instanties en personen zijn. Dit zou als gevolg hebben dat het hele proces wordt vertraagd (afbreuk motivatie cliënt), dat NRTJ te hoogdrempelig wordt, dat er nodeloze herhaling voor de cliënt wordt gecreëerd en dat de cliënt overbelast wordt.

De gebruikers zijn zeer bevreesd voor de verbrokking. Zij achten een trajectbegeleider minimaal noodzakelijk. Deze persoon zou de cliënt doorheen het hele proces moeten volgen en begeleiden en de communicatie staande houden. Zo'n persoon moet aan participatieve basishouding hebben. Het hoeft geen aparte functie te zijn.

- Statisch, niet handelingsgericht, niet circulair

Indicatiestelling als onderdeel van een circulair proces is niet mogelijk in de intersectorale toegangspoort. De constructie lijkt haaks op een handelingsgerichte werking te staan. Er worden tevens moeilijkheden met herindicaties verwacht.

- Niet participatief, niet vraaggericht

Voornamelijk de gebruikers halen dit onderwerp aan. Zij geven aan dat het relationele, het proces belangrijker is dan het technische aspect. Momenteel zien ze onvoldoende garanties op voldoende participatie. Het lijkt hulpverlening over i.p.v. met de cliënt. Enkel de aanmelder kan dit garanderen, een formulier niet (ondanks de goede elementen ervan). De gebruikers ervaren ook te weinig participatiemogelijkheden bij de ontwikkeling van de toegangspoort NRTJ. Volgens hen is het aangewezen dat kort na de start ervan (+/- 1 jaar) een evaluatie wordt gehouden vanuit het gebruikersperspectief.

- Niet responsabiliserend

Enkele opmerkingen zijn gemaakt over de rol die de toegangspoort zal opnemen. Men vreest o.a. voor de professionele autonomie van de hulpverlener, een gebrek aan appreciatie van het werkveld, voor een autoritaire controleur ('champetter'), e.d. Men dient te behouden wat goed is en aanpakken wat slecht is.

- Gebrek aan contact tussen betrokkenen

Indicatiestelling op basis van het aanvraagdokument NRTJ, onafhankelijk en zonder contact met de cliënt, roept heel wat weerstand op. Het zou afbreuk doen aan het onderhandelingsaspect. Contact met de cliënt wordt als eigen aan het proces beschouwd.

- Gebrek aan legitimiteit indicatiestellingsteam
(Zie ook verder)

Vaak wordt de vraag gesteld op welke basis het indicatiestellingsteam inhoudelijke beslissingen kan nemen of voorstellen van indicaties kan verwerpen. Men vraagt zich af welke evidentie hiervoor bestaat.

- Incompatibiliteit sectoren

Er wordt gesteld dat mogelijks de verschillen tussen de sectoren te groot zijn op een aantal vlakken. Er wordt een verschillende taal gehanteerd, definities en interpretaties zijn anders.

- Voorzieningen niet klaar

CBJ veronderstellen dat de voorzieningen niet klaar zijn voor de omschakeling.

- Flessenhals

CGG, CIG en GA vrezen dat de toegangspoort zal zorgen voor een vertraging in het hulpverleningsproces.

Argumenten voor:

- Tijdsbesparend

Indien de organisaties niet langer zelf voorzieningen moeten contacteren zal dit tijds-winst opleveren (VK, KD). Ook systematiek kan tijds-winst opleveren (CBJ).

- Professionalisering

De aanmelder zal verplicht worden beter te argumenteren. Hij zal moeten expliciteren op welke basis hij besluiten neemt.

- Neutraler

Tijdens de focusgroep is aangehaald dat het streven naar een neutralere beoordeling positief is, al biedt de toegangspoort NRTJ daar geen voldoende antwoord op.

Tabel 16: Argumenten tegen/voor de intersectorale toegangspoort NRTJ

Organisatie	Verbrokkeld	Statisch	Niet participatief	Niet responsibiliserend.	Gebrek aan contact met cliënt	Gebrek legitimiteit indicatiestellers	Incompatibiliteit sectoren	Voorzieningen niet klaar	Flessenhals	Tijdsbesparend	Professionalisering	Neutraler
COS						+/-						
CKG						+/-						
VK	X	X	X	X	X	X	X			X		
KD	X	X	X	X	X	X	X			X		
OBC1	X	X		X	X	X						
RC	X	X		X	X	X						
CLB							X					
OOOC							X					
OBC2							X					
DMW							X					
CBJ	X				X	X	X	X		X		
CGG	X			X		+/-			X		X	
CIG	X			X		+/-			X		X	
GA	X			X		+/-			X		X	
Gebruikers	X	X		X	X							X

4.2.2 Standpunten en verwachtingen t.a.v. indicatiestelling

De functie die het indicatiestellingsteam dient op te nemen kwam tijdens alle focusgroepen aan bod. De meningen hierover zijn verdeeld.

Enkel DMW en gebruikers uiten geen grote bezwaren tegen inhoudelijke beslissingen van het indicatiestellingsteam. Zij stellen de legitimiteit van het team hieromtrent niet in vraag. Ze zijn van oordeel dat het indicatiestellingsteam zowel inhoudelijke als kwaliteitscontrole moet kunnen uitvoeren. De gebruikers geven als opmerking dat beroep mogelijk moet zijn.

Daarnaast zijn enkele organisaties het eens dat een indicatiestellingsteam zowel inhoudelijke als kwaliteitscontrole moet kunnen uitvoeren, op voorwaarde dat dit geen eenzijdige beslissing van het team inhoudt. COS en CKG stellen dat indien het indicatiestellingsteam niet akkoord is met de aanmelder de minimumvoorwaarde is dat een besluit samen met de cliënt en aanmelder wordt genomen, of dat bijkomende argumentatie wordt aangevraagd. Er worden immers vragen gesteld bij de legitimiteit van het indicatiestellingsteam in het geval van een eenzijdige beslissing. Bovendien achten zij het wenselijk dat de aanmelder steeds op de hoogte wordt gebracht van de beslissingen van het team. Ook CLB, OOC en OBC2 zijn van mening dat een indicatiestellingsteam een voorstel van indicatiestelling moet kunnen veranderen, zowel op basis van de geleverde kwaliteit als op inhoudelijke basis. In het geval van oneensheid over het indicatiebesluit door het indicatiestellingsteam is contact tussen indicatiesteller en aanmelder evident volgens hen.

VK en KD achten inhoudelijke beslissingen door een indicatiestellingsteam niet wenselijk. Ze zien wel een meerwaarde in de kwaliteitscontrole. Een mogelijke oplossing volgens hen is dat het indicatiestellingsteam optreedt als een soort extra peer review. Het indicatiestellingsteam zou op deze wijze inhoudelijke vragen kunnen stellen, zonder zelf beslissingen te nemen. CBJ neemt een min of meer gelijkaardige positie in. Ze stellen dat een indicatiestellingsteam de mogelijkheid moet hebben om niet akkoord te zijn met het voorstel. Ze voorzien echter veel problemen. Inhoudelijke appreciatie tussen verschillende mensen zal leiden tot discussies.

Ten slotte zijn enkele organisaties overtuigd dat het indicatiestellingsteam uitsluitend aan kwaliteitscontrole moet doen. OBC en RC stellen dat indicatiestelling gebeurt in samenwerking met de cliënt. Het indicatiestellingsteam zou geen doorleefde informatie hebben wat een inhoudelijke beslissing in de weg staat. Zij stellen zeer duidelijke de legitimiteit van het indicatiestellingsteam in vraag bij inhoudelijke beslissingen. Kwaliteitscontrole wordt wel als een meerwaarde gezien. RC geeft daarenboven aan dat de meerwaarde van de PEC momenteel niet is gelegen in een inhoudelijke bijdrage. Een gelijkaardige opmerking wordt gemaakt door GA. Ze stellen dat een inhoudelijke check niet gewenst is. De besluiten van de PEC zouden erg provinciaal gebonden zijn en de mensen van de PEC zouden niet steeds voldoende op de hoogte zijn van de details van een specifieke casus.

CGG, CIG en GA zijn van oordeel dat binnen de huidige opzet van de intersectorale toegangspoort NRTJ geen inhoudelijke beslissingen mogen worden genomen. Er is volgens hen enkel nood aan geaccrediteerde diagnosten. Een kwaliteitscontrole op basis van formele criteria wordt als een meerwaarde beschouwd. Zij gaan bovendien

nog een stap verder. Indien het indicatiestellingsteam slechts een kwaliteitscontrole dient uit te voeren is de meerwaarde van het aparte team onvoldoende. Deze functie zou door het toewijzingsteam worden opgenomen. Ze laten wel ruimte voor een volwaardig indicatiestellingsteam. Indien het team als een team van specialisten wordt, waarvan de legitimiteit voldoende helder is, de indicatiestelling werkelijk als een aparte expertise wordt beschouwd kan een indicatiestellingsteam binnen de toegangspoort NRTJ volwaardig functioneren. In dit geval zou een aanmelder niet de mogelijkheid moeten krijgen om een voorstel van indicatiestelling te formuleren. De tussenweg zoals nu bedacht lijkt hen niet wenselijk.

Tabel 17: Standpunten t.a.v. functie indicatiestellingsteam

Organisatie	Inhoudelijk + kwaliteit	Geen eenzijdige inhoudelijke beslissing	Inhoudelijke vraagstelling	Uitsluitend kwaliteitscontrole
COS		X		
CKG		X		
VK			X	
KD			X	
OBC1				X
RC				X
CLB		X		
OOOC		X		
OBC2		X		
DMW	X			
CBJ			X	
CGG				+/-
CIG				+/-
GA				+/-
Gebruikers	X			

4.2.3 Standpunten en verwachtingen t.a.v. het aanvraagdocument NRTJ

Er is reeds aangehaald dat er weerstand is t.o.v. een indicatiestelling zonder contact met de cliënt (zie standpunten en verwachtingen t.o.v. de intersectorale toegangspoort NTJ). In deze sectie wordt alsnog specifiek ingegaan op het aanvraagdocument

NRTJ²⁰ waarbij de deelnemers de kans is aangeboden om het ontwerp te becommentariëren.

De meeste organisaties zijn van mening dat het aanvraagdocument NRTJ volledig is. Het document zou alle mogelijks, maar niet noodzakelijk relevante domeinen bevatten. VK en KD geven aan dat het te uitgebreid is, onoverzichtelijk. Hierdoor zou het aanvraagdocument niet voldoende specifiek of gericht zijn. CLB stellen zich de vraag of het niet te uitgebreid is al vinden zij dat het moeilijk te beoordelen valt zonder testfase. CLB behouden liever de huidige griffoenverslagen. OBC1 en RC zien het aanvraagdocument NRTJ niet werkbaar en spreken zich niet uit over de volledigheid.

Enkele punten van kritiek worden geuit op het aanvraagdocument NRTJ. OBC1, RC, CLB, OOC en OBC2 menen dat er een gemis is aan procesverduidelijking. Het document maakt het niet (voldoende) mogelijk om het proces te verduidelijken dat samen gaat met de indicatiestelling. Het document wordt in deze context als te statisch ervaren. OBC1 en RC merken een gemis aan duidelijkheid op omtrent welke hulpverlener(s) achter het voorstal van indicatiestelling staa(t)(n). CBJ en DMW missen een leidraad i.v.m. de houding van de cliënt t.o.v. de gegevens. Het lijkt alsof alles kan maar niks moet worden ingevuld. CBJ, CGG, CIG en GA denken dat neergeschreven informatie steeds voor interpretatie vatbaar zal zijn. CGG, CIG en GA vrezen tevens voor strategisch gedrag van de aanmelder. Deze zullen bv. meer hulp aanvragen dan nodig. De gebruikers stellen dat een spanningsveld kan ontstaan tussen aanmelders en cliënten omtrent welke informatie wordt neergeschreven in het aanvraagdocument NRTJ. Indien men aanmelders participatief werken zullen zij worden geconfronteerd met onenigheid hierover. Daarnaast missen de gebruikers een duidelijke vraagstelling naar de motivatie over het niet doorverwijzen naar rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Algemeen heerst de overtuiging dat verplichte velden niet zijn aangewezen, moeten worden vermeden of op zijn minst moeten worden beperkt. Informatie zou slechts in het geval van relevantie in functie van de zorgvraag moeten worden neergeschreven. Enkele minimaal verplichte velden worden gesuggereerd, bv. gezinssamenstelling en functie van de aanmelder (CGG, CIG en GA). Opvallend is dat COS en CKG te kennen geven dat de gezinssituaties niet steeds relevant hoeft te zijn. De gebruikers stellen dat zelfs de identificatiegegevens niet allen verplicht zouden moeten zijn. Zo is het volgens hen niet steeds relevant of iemand migrant is of niet.

²⁰ Zie Bijlage Deel I - bijlage 1

Tabel 18: Standpunten t.a.v. aanvraagdocument NRTJ

Organisatie			Gebrek aan leidraad i.v.m. houding cliënt	Onduidelijkheid i.v.m. gedragenheid hulpverleners	Gemis aan procesverduidelijking	Vershraling van informatie	Informatie voor interpretatie vatbaar	Strategisch gedrag	Motivatie i.v.m. niet doorverwijzen naar RTJ	Spanningsveld m.b.t. vrijgeven informatie	Geen Verplichte velden	Vermijden verplichte velden	Beperkt aantal verplichte velden
	Volledig	Te uitgebreid											
COS	X											X	
CKG	X											X	
VK		X										X	
KD		X										X	
OBC1				X	X			X					
RC				X	X			X					
CLB		+/-			X								
OOC	X				X								
OBC2	X				X								
DMW	X		X										
CBJ	X		X			X	X						
CGG	X						X	X					X
CIG	X						X	X					X
GA	X						X	X					x
Gebruikers									X	X	X		

4.2.4 Minimaal noodzakelijke informatie

Alle organisaties stellen dat de domeinen uit het aanvraagdocument NRTJ²¹ relevantie domeinen kunnen zijn. Minimaal noodzakelijk is niet aan de orde. Informatie is slechts relevant in functie van een casus of zorgvraag.

CBJ hameren voornamelijk op de nood aan goede argumentatie. Een aanmelder moet kleur bekennen.

²¹ Zie Bijlage Deel I - bijlage 1

4.2.5 Standpunten en verwachtingen t.a.v. typemodules

De standpunten en verwachtingen over de typemodules tonen zowel gelijkenissen als verschillen tussen de organisaties.

Het overgrote merendeel van de organisaties geeft aan dat de kenmerken/karakteristieken van een typemodules onvoldoende gekend zijn in het werkveld om ermee aan de slag te gaan. Slechts enkelen kennen het.

Enkele kritieken/bedenkingen zijn geformuleerd op de typemodules:

- Te vaag

'Te vaag' betreft volgende kritieken: de typemodules creëren onvoldoende helderheid, zijn onvoldoende specifiek, zijn onoverzichtelijk, zijn niet transparant, zijn onvoldoende sturend, zijn voor interpretatie vatbaar, e.d. VK en KD geven aan dat ze zichzelf niet herkennen in de typemodules. DMW en CBJ vrezen dat de cliënt onvoldoende op voorhand weet waar hij instapt met de typemodules. Het lijkt alsof de cliënt iets moet tekenen waar meer achter zit.

- Onvoldoende flexibel

De typemodules zouden niet voldoende flexibel zijn. Zorgtrajecten kunnen niet worden aangegeven. Ook herindicaties zouden mogelijks onvoldoende vlot en flexibel kunnen verlopen.

- Te sectoraal

De indruk leeft dat typemodules vooral geschikt zijn voor de welzijnssector.

- Meer versnippering

Versnippering wordt als een valkuil opgemerkt.

- Aanbodsafhankelijk

De gebruikers zijn van mening dat de typemodules, ondanks de doelstelling, niet aanbodsafhankelijk zijn. Voorzieningen handelden uit zelfredzaamheid waardoor weinig zal veranderen met uitzondering van benamingen.

Daarnaast is een aantal positieve elementen belicht:

- Streven naar eenduidige taal

CKG vinden het streven naar een gemeenschappelijke positief.

- Creëert helderheid

Enkele organisaties verwachten dat typemoduletaal meer helderheid zal creëren. Opvallend is dat CGG, CIG en GA aangeven dat ook voor de cliënt meer duidelijkheid zal worden gecreëerd. DMW en CBJ vrezen het omgekeerde.

- Verruimend

Een aantal organisaties vinden de typemodules geschikt en verwachten dat ze een verruimend effect kunnen hebben.

Ten slotte is tijdens de focusgroep met gebruikers de suggesties gemaakt dat er nood is aan een vierde parameter bij de inschaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte, namelijk de emotionele impact (FID + E). Niet iedereen was overtuigd van de meerwaarde van deze parameter. De emotionele impact zou reeds vervat zitten in de overige parameters en wordt in rekening gebracht bij een participatieve werking.

Tabel 19: Standpunten t.a.v. en argumenten tegen/voor typemodules

Organisatie	Onvoldoende gekend	Te vaag	Onvoldoende flexibel	Te sectoraal	Versnippering	Aanbodsafhankelijk	Streven naar eenduidige taal		Verruimend
							Creëert helderheid		
COS		X		X					
CKG		X		X			X	X	
VK	X	X			X				
KD	X	X			X				
OBC1	X		+/-						X
RC	X		+/-						X
CLB	X	X	X						X
OOC	X	X	X						X
OBC2	X	X	X						X
DMW	X	X							
CBJ	X	X							
CGG	X		+/-					X	X
CIG	X		+/-					X	X
GA	X		+/-					X	X
Gebruikers						X			

4.2.6 Standpunten en verwachtingen t.a.v. het indicatiestellingsverslag

Tijdens de focusgroepen is gepolst naar de standpunten en verwachtingen t.o.v. het indicatiestellingsverslag. Er is gevraagd of dit verslag voldoende is om tot een eenduidige toewijzing te komen, of elementen ontbreken en of elementen overbodig zijn.

Het merendeel van de organisaties is expliciet overtuigd dat de aanwezige elementen in het indicatiestellingsverslag voldoende zijn om tot een gedegen toewijzing te ko-

men. Enkele voorwaarden en/of moeilijkheden worden voorzien. Een eerste voorwaarde is dat de wensen van de cliënt voldoende plaats moeten krijgen en dat het onderhandelingsaspect voldoende moet worden bewaakt. Een tweede voorwaarde is dat het toewijzingsteam eveneens het aanvraagdocument NRTJ kan inzien. Daarnaast worden moeilijkheden verwacht m.b.t. de urgentiebepaling en de bepaling van de geldigheidsduur. Bij de urgentiebepaling wordt strategisch handelen en weinig variatie verwacht. COS en CKG zien een oplossing in prioriteitengroepen. Bij de geldigheidsduur wordt eveneens strategisch handelen verwacht en wordt opgemerkt dat de geldigheidsduur redelijk moet zijn om tijd- en geldverlies te vermijden.

Tabel 20: Standpunten t.a.v. het indicatiestellingsverslag

Organisatie	Voldoende	Onderhandelingsaspect	Aanvraagdocument NRTJ	Urgentie-bepaling	Geldigheidsduur
COS				X	
CKG				X	
VK					
KD					
OBC1	X	X	X		X
RC	X	X	X		X
CLB	X				
OOOC	X				
OBC2	X				
DMW	X	X			
CBJ	X	X			
CGG	X			X	X
CIG	X			X	X
GA	X			X	X
Gebruikers					

5 Discussie en besluit

De intersectorale focusgroepen leverden heel wat resultaten op. Hier wordt getracht de belangrijkste resultaten samenvattend te bespreken.

In het eerste deel van de intersectorale focusgroepen is ingegaan op de huidige werkwijze van de organisaties van de verschillende sectoren uit het Vlaams jeugdzorgland-schap m.b.t. de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebe-paling in functie van

NRTJ. Er is vastgesteld dat geen expliciete inhoudelijke modellen aanwezig zijn ter onderbouwing van de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling, met uitzondering van VK en CLB. De meeste organisaties hanteren dus geen model dat diagnostische gegevens op inhoudelijke wijze verbindt met hulpverlening. VK heeft een protocol en bijhorend instrument ter beschikking voor risicotaxatie bij kindermishandeling. Door middel van het protocol wordt informatie uit de situatie samengebracht, geordend en beoordeeld. Het protocol en instrument wordt nog niet systematisch gehanteerd. Bovendien betreft het de inschatting van het risico op kindermishandeling waarbij de procedure inzake maatschappelijke noodzaak wordt gehanteerd. Dit situeert zich naast de intersectorale toegangspoort NRTJ. De CLB werken volgens handelingsgerichte diagnostiek. Zij hebben bepaald welke informatie aanleiding moet geven tot een indicatiebesluit. Er zijn geen richtlijnen over wat wanneer moet worden beslist.

Tevens wordt slechts in beperkte mate gebruik gemaakt van procesmodellen. De KD, VK, CLB en OOC vermelden procesmodellen. De KD en VK gebruiken ze echter niet systematisch. Dit betekent dat momenteel slechts in beperkte mate expliciet is bepaald op welke wijze indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling moet gebeuren.

De indiceringswijze is veelal impliciet. Multidisciplinaire en participatieve werking zijn de belangrijkste elementen die indicatiestelling aansturen. Er is vastgesteld dat het indicatiebesluit een afweging is van allerhande factoren die wordt bepaald door de klinische ervaring, visie van het centrum en/of leidende principes (subsidiariteit en vraaggericht/vraaggestuurd indiceren).

De zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt op dezelfde wijze bepaald als de indicatiestelling. Enkele gemaakte nuanceringen zijn dat het gewicht van de factoren kan verschillen, er meer personen in het overleg worden betrokken naargelang de zorg zwaarder wordt en dat systematischer de balans draaglast – draagkracht wordt afgewogen.

Geen van de organisaties hanteert een instrument inzake indicatiestelling. Er is een aantal diagnostische instrumenten aangereikt, zoals risicotaxatie instrumenten, CBCL, NOSI, e.d. Deze instrumenten zeggen iets over de aard en de ernst van de problematiek maar verbinden dit niet met hulpverlening. Procesmatig hebben deze instrumenten wel een meerwaarde bij de indicatiestelling (en diagnostiek). Ze kunnen deze namelijk systematiseren en expliciteren.

Het zorgzwaarte-instrument van het VAPH (DMW en GA) en de IZIKA (KD, OOC, CBJ en GA) zijn de instrumenten die worden vernoemd ter bepaling van de zorgintensiteit/zorgzwaarte. Het zorgzwaarte-instrument van het VAPH is echter bedoeld voor volwassenen. Bovendien heeft het enkele nadelen. Zo zou het te tijdsintensief zijn en zou het de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid niet verhogen. De IZIKA is in een positiever daglicht gesteld. Het zou snel en bruikbaar zijn, al geven de meeste aan dat het onvoldoende gekend is. Geen van de vier organisaties gebruikt het systematisch. Bij KD wordt het experimenteel gebruikt bij overleg met meerdere partners. GA kennen het als gevolg van een opleiding. OOC hanteert de IZIKA in functie van de zorgintensiteit/zorgzwaarte bij nood aan beveiliging ter toetsing van de eigen klinische ervaring. CBJ ten slotte hanteren de IZIKA louter als risicotaxatie-instrument.

Wanneer werd gevraagd naar (contra-)indicatoren voor indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling zijn heel wat factoren genoemd door de organisaties die in rekening worden gebracht bij de afweging. Opvallend was dat een grote overlap aanwezig is tussen de verschillende organisaties m.b.t. de factoren. Geen enkele organisatie gaf tijdens een focusgroep aan dat een factor van de andere organisatie onbelangrijk is. De meest vermelde factoren zijn factoren m.b.t. tot de aard en ernst van de problematiek, protectieve factoren, vragen, wensen en verwachtingen van de cliënt, hulpverleningsgeschiedenis en het aanbod. Er is weinig onderscheid gemaakt tussen factoren van belang voor indicatiestelling en factoren van belang voor zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling. Er is enkel toegevoegd dat het gewicht van de factoren kan verschillen en dat de veelheid van hulpverlening als bijkomende factor kan worden beschouwd (COS en CKG).

Inzake knelpunten bij de huidige werkwijze zijn verschillen en gelijkenissen opgemerkt.

Betreffende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn er organisaties die stellen: dat een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid aanwezig is, dat er verschillen mogelijk zijn maar dat dit het gevolg is van een gebrek aan eenduidige visie tussen voorzieningen, dat voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is gegarandeerd, en dat een (iets) lagere interbeoordelaarsbetrouwbaarheid geen probleem hoeft te zijn.

Een gebrekkige transparantie wordt door de meeste organisaties aangestipt. Slechts drie organisaties stellen dat voldoende transparantie aanwezig is.

Kenmerken van het aanbod worden door de meeste organisaties als beperkend ervaren voor de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling. Opvallend was dat VK ook wezen op mogelijkheden ten gevolge van een aanbodsgestuurde indicatiestelling.

Overige gestelde knelpunten zijn een sectorale werking, overdreven focus op diagnose, tijdsinvestering en gebrekkige informatie.

In het tweede deel van de intersectorale focusgroepen is ingegaan op de standpunten en verwachtingen van de organisaties (en gebruikers) m.b.t. de toekomstige werkwijze binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ.

De organisaties verschillen in opvattingen over de werkbaarheid van de intersectorale toegangspoort NRTJ. Een aantal organisaties ziet de toegangspoort NRTJ werkbaar (met bedenkingen, opmerkingen, e.d.), een aantal acht de toegangspoort NRTJ niet haalbaar of wenselijk en aantal is verdeeld over de haalbaarheid. Meerdere elementen voor en tegen de toegangspoort NRTJ zijn opgesomd. Vermelde argumenten voor zijn tijdsbesparing, professionalisering en neutraliteit. Aangehaalde argumenten tegen zijn verbrokkeling van het proces, statische opzet, onvoldoende participatief of vraaggericht, niet responsabiliserend, gebrek aan contact tussen cliënt, aanmelder en indicatiesteller, gebrek aan legitimiteit van het indicatiestellingsteam, incompatibiliteit van de sectoren, voorzieningen onvoldoende klaar, en een eenzijdige flessenhalsfunctie.

Vraagstelling naar de standpunten en verwachtingen t.o.v. de indicatiestelling en zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling bracht eveneens een zekere verdeeldheid aan het

licht. Enkel DMW en de gebruikers uiten geen grote bezwaren tegen inhoudelijke beslissingen door het indicatiestellingsteam. Al de overige organisaties stellen de legitimiteit van het indicatiestellingsteam in vraag bij inhoudelijke beslissingen. Enkel stellen dat inhoudelijke controle moet kunnen maar dat er geen eenzijdig inhoudelijke beslissing mag worden genomen. Bij verschillende visies lijkt hen contact tussen cliënt en/of aanmelder en indicatiestellers evident. Twee organisaties beschouwen enkel inhoudelijke vraagstellingen door het indicatiestellingsteam als wenselijk. Een aantal organisaties is van mening dat een indicatiestellingsteam louter de kwaliteit van het proces moet bewaken. Inhoudelijke beslissingen zijn niet gewenst. Enkele van deze organisaties stellen dat deze functie niet moet worden uitgevoerd door een apart team. Opvallend is ten slotte de houding van CGG, CIG en GA die de mogelijkheid zien voor een volwaardig functionerend indicatiestellingsteam (inhoudelijke en kwaliteitscontrole) op voorwaarde dat dit team als een team van experts en indicatiestelling als een volwaardige specialisatie wordt beschouwd. In dat geval zouden de aanmelders geen voorstel van indicatiebesluit mogen formuleren. Over de meerwaarde van een controle van de kwaliteit van het proces bestaat geen twijfel bij de organisaties en gebruikers.

De standpunten m.b.t. het aanvraagdocument NRTJ liggen in de lijn van de voorgaande standpunten. De deelnemers van de focusgroepen werd gevraagd het document te becommentariëren. De meeste organisaties zijn van mening dat het aanvraagdocument NRTJ volledig is. Het zou alle mogelijke, maar niet noodzakelijk relevante domeinen bevatten. Verplichte domeinen worden door de meeste organisaties bijgevolg als onwenselijk beschouwd. Drie organisaties vinden het aanvraagdocument te uitgebreid met een mogelijks afschrikkende en onoverzichtelijkheid als gevolg.

Enkele bijkomende punten van kritiek op het aanvraagdocument NRTJ worden aangegeven. Vermelde opmerkingen zijn: gemis aan mogelijkheid tot procesverduidelijking (statisch), gemis aan duidelijkheid omtrent welke hulpverlener(s) achter het indicatiestellingsbesluit staa(t)(n), gebrek aan leidraad i.v.m. de houding van de cliënt t.o.v. de gegevens, vrees voor interpreteerbare informatie, vrees voor mogelijkheid tot strategisch gedrag, spanningsveld tussen cliënt en aanmelder, en een gemis aan duidelijke vraagstelling naar argumentatie omtrent het niet doorverwijzen naar RTJ.

De standpunten en verwachtingen m.b.t. typemodules vertonen zowel gelijkenissen als verschillen tussen de organisaties. Het overgrote merendeel geeft te kennen dat de kenmerken/karakteristieken van de typemodules onvoldoende gekend zijn in het werkveld om ermee aan de slag te gaan. Daarnaast zijn enkele opmerking op de typemodules geformuleerd. De typemodules zouden: te vaag zijn, onvoldoende flexibel zijn, te sectoraal zijn, versnipperend kunnen creëren en aanbodsafhankelijk zijn. Ook enkele positieve elementen zijn opgemerkt: streven naar eenduidige taal, creëren van helderheid en verruimend effect.

Omtrent het indicatiestellingsverslag zijn de opvattingen en verwachtingen grotendeels gelijklopend. De meeste organisaties vermelden expliciet dat het verslag voldoende is om op gedegen wijze tot een toewijzing te komen. Twee voorwaarden worden door enkelen vermeld: het onderhandelingsaspect met de cliënt zou voldoende gevrijwaard moeten zijn en het toewijzingsteam zou het aanvraagdocument moeten

kunnen inzien. Daarnaast worden enkele moeilijkheden verwacht bij de bepaling van de urgentie en de geldigheidsduur.

Hoofdstuk 4:

Besluiten en aanbevelingen

1 Inleiding

Deze onderzoeksoopdracht situeert zich in het kader van de implementatie van de intersectorale toegangspoort niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp binnen integrale jeugdhulp²². De centrale doelstelling van dit onderzoek is een voorstel inzake een instrument (of instrumentarium) om in het kader van indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgintensiteit/zorgzwaarte te bepalen. Het instrument dient minstens toegepast te kunnen worden in de praktijk van alle betrokken sectoren.

Dit rapport startte met een beperkte literatuurstudie naar de definiëring van verschillende begrippen (diagnostisch proces, diagnostiek, diagnose, indicatiestelling, zorgintensiteit/zorgzwaarte). Tevens is per begrip nagegaan hoe het zich verhoudt t.o.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ.

Vervolgens is onderzocht welke instrumenten bestaan voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte, welke geschikt zijn voor gebruik in de toegangspoort en wat de kwaliteit is van deze instrumenten.

Hierover werd gerapporteerd in deel 2 van dit onderzoeksrapport. Elektronische databases zijn doorzocht naar potentiële instrumenten (sneeuwbalzoektocht). De gevonden instrumenten zijn beschreven en geanalyseerd. Vervolgens zijn deze instrumenten in twee fasen geëvalueerd voor gebruik in de intersectorale toegangspoort NRTJ. In de eerste fase zijn de instrumenten beoordeeld op enkele cruciale domeinen (gebruiksdoel en uitkomstvariabelen, leeftijd beoogde doelgroep, en contact cliënt – beoordeelbaar) waaraan een instrument minstens moet voldoen. In een tweede fase zijn de geslaagde instrumenten geëvalueerd op een aantal bijkomende criteria (beoogde doelgroep, (theoretische) achtergrond, normen, betrouwbaarheid en validiteit).

Ten slotte behandelden we enkele onderzoeksvragen over het gebruik van een zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrument in de toegangspoort en de toekomstige werking van deze poort. Deze onderzoeksvragen zijn onderverdeeld in vragen naar de huidige wijze waarop zorgintensiteit/zorgzwaarte wordt bepaald enerzijds en vragen naar de opvattingen en verwachtingen van de Vlaamse jeugdzorgsectoren omtrent de toekomstige werkwijze in de intersectorale toegangspoort NRTJ anderzijds.

Deze onderzoeksvragen werden in deel 3 van dit onderzoeksrapport behandeld. Ze zijn onderzocht met semi-gestructureerde interviews van sleutelfiguren in intersectorale focusgroepen. Elke focusgroep bestaat uit sleutelfiguren van twee tot drie verschillende organisaties. Één focusgroep is bijkomend georganiseerd met vertegenwoordigers van de gebruikers van de jeugdzorg.

²² De context van dit onderzoek is in evolutie. Het concept van de intersectorale toegangspoort NRTJ is in volle ontwikkeling en ondergaat nog aanpassingen. De geschetste context in de inleiding vormt het kader van dit onderzoek.

In dit laatste deel van het onderzoeksrapport worden de belangrijkste conclusies gepresenteerd en worden de voorgaande delen samengebracht. Vervolgens formuleren we enkele beperkingen van het onderzoek. We sluiten dit deel af met enkele beleidsaanbevelingen.

2 Besluiten

In deel 1 werden de indicatiestelling en zorgtoewijzing binnen de toegangspoort opgevat als een schakel tussen de diagnostisch cyclus en de therapeutische cyclus. Het is een fase van reflectie waarin wordt getracht om de problematiek te linken aan hulpverlening.

De rol die de indicatiestelling binnen de intersectorale toegangspoort opneemt, is zowel vanuit een top-down als bottom-up perspectief te beschouwen. Zo kan de indicatiestelling fungeren als een beheersinstrument enerzijds en als een middel om zorg op maat voor cliënten te voorzien anderzijds. De toegangspoort heeft beide functies als opdracht.

De indicatiestelling en het indicatiestellingsteam

De toegang tot niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp wordt momenteel georganiseerd door twee sectorale poorten: het Bureau van het Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ) en de Provinciale Evaluatiecommissie van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (PEC). Deze worden vervangen door de intersectorale toegangspoort waarbij het indicatiestellingsteam zal instaan voor de indicatiestelling. Dit team heeft een controlerende en indicerende functie. De controlerende functie heeft betrekking op de kwaliteit van het afgelegde (diagnostische en vraagverhelderende) proces en op de kwaliteit van het indicatievoorstel. De controle door het indicatiestellingsteam op kwaliteitskenmerken van het diagnostisch of vraagverhelderende proces (was het proces voldoende participatief?, ...) en de controle op het indicatievoorstel (is deze specifieke hulp aangewezen bij deze specifieke problematiek?, ...) maken dat de toegangspoort en het indicatiestellingsteam een constructieve bijdrage kunnen leveren aan het hulpverleningsproces. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren, moeten enkele aandachtspunten in overweging worden genomen. Vooral de aansluiting bij de motivatie van de cliënt en het contact tussen cliënt en het indicatiestellingsteam noodzaken aandacht. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.

Globaal gezien is het proces zoals het nu is uitgetekend (aanmelder die diagnostiek of vraagverheldering aanlevert → indicatiestelling op basis van diagnostiek of vraagverheldering → toewijzing van hulp) in overeenstemming met de processen zoals deze worden uitgetekend in de literatuur over systematische en rationeel – wetenschappelijke diagnostiek. Het betreft diagnostiek die: gebaseerd is op de empirische cyclus van de Groot (1961), hypothesetoetsend is, gebruik maakt van systematische procedures, aandacht heeft voor de betrouwbaarheid en de validiteit van de besluiten, en transparant is. We zijn er ons echter van bewust dat andere keuzes mogelijk zijn.

De rol die het indicatiestellingsteam dient op te nemen, is uitvoerig besproken tijdens de intersectorale focusgroepen. Alle organisaties en de gebruikers zien een meerwaarde in de controlerende rol van het indicatiestellingsteam. Vooral de kwaliteitscontrole van het proces op basis van formele criteria wordt onderschreven.

De mogelijkheid dat een indicatiestellingsteam een voorstel van indicatiestelling om inhoudelijke redenen (eenzijdig) verwerpt of aanpast, stuit dan weer wel op weerstand. Het merendeel van de organisaties (negen van de veertien) en de gebruikers zijn ervan overtuigd dat het team indicatiestelling inhoudelijke uitspraken kan formuleren. Echter, acht van die negen organisaties staan weigerachtig tegenover een eenzijdige beslissing zonder overleg met cliënt en/of aanmelder. Drie van die acht organisaties stellen zelfs dat een indicatiestellingsteam zich zou moeten beperken tot het stellen van inhoudelijke vragen. Vijf organisaties van de veertien achten een inhoudelijke controle door het indicatiestellingsteam onwenselijk. Er wordt dus maar beperkt ingestemd met de inhoudelijke controle door het indicatiestellingsteam, met name enkel wanneer dit resulteert en/of aanleiding geeft tot overleg.

In de literatuur zijn argumenten te vinden voor een inhoudelijke controle van het indicatievoorstel door het indicatiestellingsteam. Zo is een indicatiestelling liefst gebaseerd op relevante theorieën en up-to-date kennis over wat werkt, zorgt een indicatiestelling liefst voor een goede aansluiting tussen het probleem en de interventie, en sluit een indicatiestelling best aan bij de motivatie van de cliënt. Een indicatiestellingsteam kan toezien op zulke inhoudelijke elementen. Ook in het top-down perspectief kunnen hiervoor argumenten worden gevonden. De toegangspoort wenst dat de beschikbare niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp prioritair wordt toegewezen aan diegenen die er het meeste behoefte aan hebben. Het is een manier om schaarse publieke middelen rechtvaardig te verdelen.

De opmerking dat indicatiestelling zonder contact met de cliënt onwenselijk is, wordt zowel in de literatuur als in de focusgroepen geformuleerd. Tevens blijkt dat het merendeel van de instrumenten inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte bepaling uitgaat van een contact tussen cliënt en indicatiesteller en/of tussen proximale informanten en de indicatiesteller. In geval van een verwerping van een indicatievoorstel of in situaties waarbij het indicatiestellingsteam zelfstandig moet indiceren, lijkt contact met de cliënt aangewezen.

Zorgintensiteit/zorgzwaarte

Zorgintensiteit/zorgzwaarte is vanuit de literatuur gedefinieerd als de hoeveelheid zorg noodzakelijk om het onevenwicht tussen draaglast en draagkracht te herstellen (cfr. balansmodel). De bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte betreft een aspect van indicatiestelling waarbij de vraag wordt beantwoord hoeveel hulp nodig is. Aard en ernst van de problematiek bepalen de zorgintensiteit/zorgzwaarte (Cornsweet, 1990; Handwerk et al., 1998; McDermott et al., 2002; Department of Health, 1998; de Lange et al., 2010; Ten Brink, 1998; de Lange, Eijgenraam, & de Baat, 2010; Metselaar et al., 2004). Deze omschrijving wordt onderschreven door deelnemers van de intersectorale focusgroepen. De verschillende organisaties brengen allerlei factoren inzake draagkracht en draaglast in kaart. Ook de aard en ernst van de problematiek worden geregistreerd. Conform hiermee noteren de meeste zorgintensi-

teit/zorgzwaarte-instrumenten de aard en ernst van de problematiek (met probleem-domeinen en/of adaptieve vaardigheden).

De zorgintensiteit/zorgzwaarte kan worden uitgedrukt met meerdere parameters, zoals het aantal contacten, het aantal contactpersonen, de duur van één contact, kostprijs van zorg, de totale duur van zorg, de meervoudigheid van zorg en de ingrijpendheid van zorg. De FID-parameters (frequentie, intensiteit en duur) zoals gehanteerd binnen de toegangspoort zijn hiermee in lijn. Uit de intersectorale focusgroepen kwam echter naar voren dat de typemoduletaal en bijhorende FID-parameters momenteel onvoldoende zijn gekend in het werkveld. De zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrumenten gebruiken eveneens meerdere parameters (bv.: intensiteit, duur, aantal contacten e.d.) al worden deze niet steeds expliciet beschreven of duidelijk uit elkaar gehaald. Ze zijn ook niet steeds letterlijk te vertalen in FID-parameters (zie ook verder).

Er zijn twee dimensies inzake zorgintensiteit/zorgzwaarte. Enerzijds kan een dimensie gericht op tijdelijke zorg die resulteert in een nieuwe autonome balans (cure) worden herkend. Anderzijds kan een dimensie worden onderscheiden die betrekking heeft op (semi-)permanente zorg met als doel de bevordering van een zo adequaat mogelijk functioneren (care). Beide scenario's worden teruggevonden bij de zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrumenten. Alle instrumenten focussen minimaal op één van bovenstaande dimensies (zie later).

Instrumenten zorgintensiteit/zorgzwaarte

De centrale doelstelling van dit onderzoek is voorstellen te formuleren inzake een instrument (of instrumentarium) om in het kader van indicatiestelling op een zo uniform mogelijke wijze de zorgzwaarte/zorgintensiteit te bepalen. Het instrument dient toegepast te kunnen worden in de praktijk van het Vlaamse jeugdzorglandschap. In deel 2 zijn vijftien instrumenten die zorgintensiteit/zorgzwaarte bepalen beschreven, geanalyseerd en geëvalueerd. Deze evaluatie leidde tot volgende conclusies:

1. De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies (ondersteuning en behandeling) van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij nul- tot en met vijfjarigen.

De ECSII heeft meerdere sterktes. Het is gericht op beide zorgdimensies, het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (service intensity levels) bevat meerdere parameters (complexiteit en impact van het probleem; focus van de interventie en omgeving in dewelke de hulpverlening gebeurt; omvang van de gespecialiseerde hulp; aantal, frequentie en duur van de hulpverlening; ondersteuning van de veiligheid en dagelijks functioneren; aantal betrokken instanties, mate van zorgcoördinatie en rol van het kind en familie; en mate van informele hulp), het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk en de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort.

Er kunnen toch enkele aandachtspunten worden geformuleerd bij de ECSII. Het instrument is momenteel uitsluitend in het Engels beschikbaar. Daarnaast is het onduidelijk hoe de indeling in zorgniveaus tot stand kwam. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument zijn momenteel onvoldoende gekend. Vlaams onderzoek is aangegeven.

2. De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes- tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op de behandeling van gedrags- en emotionele problemen.

De IZIKA heeft een aantal sterktes. Het schaaft diagnostische gegevens in, de uitkomstvariabele (zeven zorgniveaus) wordt gekarakteriseerd door een combinatie van hulpverleningsvariabelen (fysieke voorzieningen, klinische hulpverlening, ondersteunende hulpverlening, stabilisatie van crisissen en preventieve hulpverlening) en geeft een ruwe schatting weer van de tijd die het personeel besteedt aan de hulpverlening, het contact tussen cliënt en indicatiesteller is niet noodzakelijk, de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort en het instrument is reeds vertaald naar het Nederlands.

Enkele aandachtspunten kunnen worden geformuleerd bij de IZIKA. Het instrument is beperkt tot één zorgdimensie (behandeling). Het is onduidelijk hoe de indeling in zorgniveaus tot stand kwam. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument zijn onvoldoende gekend. Meer Vlaams onderzoek is aangewezen. Daarnaast is het zorgniveau niet letterlijk te vertalen in FID-parameters. Uit de zorgniveaus kunnen wel FID-parameters worden afgeleid.

3. Er bestaat een belangrijke lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling van de ondersteunende zorgdimensie bij zes tot achttienjarigen.

De ICAP komt hiervoor het meest in aanmerking. Het heeft echter de cruciale beperking dat het uitgebreid contact tussen cliënt en indicatiesteller vereist.

De ICAP heeft enkele sterktes. Het instrument schaaft diagnostische gegevens in (probleemdomeinen en adaptieve vaardigheden), de uitkomstvariabele (servicescore) positioneert met kwantitatieve normen de cliënt t.o.v. de algemene bevolking, het is bedoeld voor gebruik bij drie maand oude kinderen tot en met achttienjarigen (en ouder), de theoretische achtergrond sluit aan bij de opvattingen van de intersectorale toegangspoort, en de validiteit en de betrouwbaarheid lijken voldoende gekend.

Daarnaast kunnen enkele aandachtspunten worden geformuleerd. Het instrument is beperkt tot één zorgdimensie (ondersteuning), de normen zijn verouderd en het instrument is uitsluitend in het Engels beschikbaar. Bovendien zijn alle onderzoeksgegevens bekomen op basis van Amerikaans onderzoek. Vlaams onderzoek is aangewezen. De FID-parameters kunnen moeilijk worden afgeleid uit de zorgniveaus.

4. Uit de intersectorale focusgroepen blijkt dat de IZIKA reeds beperkt gekend is en gebruikt werd. Andere zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrumenten voor minderjarigen worden momenteel niet gebruikt in Vlaanderen.

Intersectorale toegangspoort NRTJ

Tijdens de intersectorale focusgroepen is tevens gepolst naar de standpunten en verwachtingen t.o.v. de intersectorale toegangspoort NRTJ. Voor acht van de veertien organisaties is het idee van de toegangspoort acceptabel, al worden heel wat bedenkingen geformuleerd. Bij twee organisaties heerst verdeeldheid over de werkbaarheid van de uitgetekende procedures. Een minderheid van de organisaties (vier) en de gebruikers hebben fundamentele bezwaren.

Meerdere argumenten voor en tegen de toegangspoort zijn aangehaald. Vermelde argumenten voor zijn tijdsbesparing, professionalisering en neutraliteit. Aangehaalde tegenargumenten zijn verbrokkeling van het proces, statische opzet, onvoldoende participatief of vraaggericht, niet responsabiliserend, gebrek aan contact tussen cliënt, aanmelder en indicatiesteller, gebrek aan legitimiteit van het indicatiestellingsteam bij inhoudelijk betwisting van indicatievoorstellen, te grote verschillen tussen de sectoren, voorzieningen onvoldoende klaar, en zal leiden tot een flessenhals.

Het valt op dat enkele argumenten die worden aangehaald tegen de toegangspoort strijdig zijn met de doelstellingen ervan. Zo worden vraaggerichtheid, een participatieve werking en intersectorale werking als werkingsprincipes van de intersectorale toegangspoort geformuleerd terwijl een onvoldoende participatieve werking, een gebrek aan vraaggerichtheid en de grote verschillen tussen de sectoren juist als argumenten tegen de toegangspoort worden ingebracht door de vertegenwoordigers van de sectoren.

Uit de focusgroepen bleek de vrees voor een vertraging en verbrokkeling van het proces. Toch zijn reeds maatregelen geformuleerd om dit tegen te gaan. De aanmelder wordt gezien als een soort trajectbegeleider om verbrokkeling tegen te gaan. Daarnaast dient de indicatiestelling te gebeuren binnen een bepaalde termijn. Het is momenteel echter moeilijk in te schatten of deze richtlijnen voldoende zijn om vertraging en verbrokkeling tegen te gaan.

De focusgroepen brachten enkele knelpunten zoals de organisaties die vandaag ervaren in de praktijk aan het licht. De toegangspoort kan een (gedeeltelijke) oplossing zijn voor enkele van deze knelpunten. Enkele organisaties geven aan dat een gebrekkige interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en/of een gebrekkige transparantie vandaag aanwezig zijn inzake indicatiestelling. Voor deze organisaties kan de betrouwbaarheid en transparantie worden verhoogd door de toegangspoort. Het aanvraagdocument vereist namelijk een expliciteren van de bevindingen en conclusies. Bovendien zal een inhoudelijke en kwaliteitscontrole plaatsvinden van de aangeleverde diagnostiek en het voorstel van indicatiestelling.

3 Beperkingen

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. De eerste beperking betreft de context van het onderzoek. Het is moeilijk te oordelen over een toekomstige situatie die steeds evolueert. Het concept van de intersectorale toegangspoort zoals geschetst in de inleiding vormt het kader van dit onderzoek.

Een tweede beperking betreft het literatuuronderzoek. De gevonden literatuur kadert binnen een systematische en rationeel-wetenschappelijke visie op diagnostiek. We zijn er ons echter van bewust dat andere keuzes mogelijk zijn.

Andere beperkingen betreffen de evaluatie van de zorgintensiteit/zorgzwaarte-instrumenten. Zo is de evaluatie uitsluitend gebaseerd op de handleidingen van de instrumenten. De besluiten zijn van theoretische aard. De instrumenten zijn niet geëvalueerd op praktische werkbaarheid. Daarnaast is het mogelijk dat sommige instrumenten niet zijn gevonden.

Ten slotte zijn de conclusies voortvloeiend uit de intersectorale focusgroepen mogelijk slechts beperkt representatief voor de sectoren.

4 Aanbevelingen

Op grond van de bevindingen en de conclusies worden de volgende aanbevelingen geformuleerd:

1. *Contact cliënt – indicatiestellingsteam*: Er vindt best een gezamenlijke afweging plaats tussen wat volgens de indicatiesteller noodzakelijk is en wat ouders en minderjarigen willen. Wanneer het indicatiestellingsteam onafhankelijk en zelfstandig (dus zonder indicatievoorstel van de aanmelder) zal indiceren is contact tussen het indicatiestellingsteam en cliënt aangewezen. Het indicatiestellingsteam moet in deze situatie immers zelf de kwaliteit van het indicatiestellingsproces realiseren en garanderen.
2. *Overleg aanmelder – indicatiestellingsteam*: Wanneer een indicatiestellingsteam afwijkt van een indicatievoorstel wordt overleg met de aanmelder aanbevolen. Uit de intersectorale focusgroepen blijkt dat de meesten instemmen met de mogelijkheid van inhoudelijke uitspraken door het indicatiestellingsteam, maar enkel wanneer dit resulteert en/of aanleiding geeft tot overleg. Belangrijk is wel dat de cliënt dan op één of andere manier opnieuw wordt betrokken bij dit bijgestuurde indicatiestellingsproces.
3. *Instrumenten inzake zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling*: We raden drie instrumenten aan (mits enkele aandachtspunten) voor gebruik binnen de intersectorale toegangspoort NRTJ. De ECSII lijkt geschikt voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte met betrekking tot de twee dimensies van zorgintensiteit/zorgzwaarte (ondersteunende en behandelende zorg) bij nul- tot en met vijfjarigen. De IZIKA kan worden ingezet voor de bepaling van zorgintensiteit/zorgzwaarte bij zes- tot achttienjarigen voor de zorgdimensie gericht op behandeling van gedrags- en emotionele problemen. Daarnaast wordt de ICAP aanbevolen als instrument dat het meest in aanmerking komt om de aanwezige lacune inzake de zorgintensiteit/zorgzwaartebepaling bij de ondersteunende dimensie bij zes- tot achttienjarigen op te vullen. De ICAP eist echter uitgebreid contact tussen cliënt en indicatiesteller wat als een cruciale beperking wordt beschouwd binnen het proces van de intersectorale toegangspoort. Ten slotte moet worden opgemerkt dat de ECSII en ICAP uitsluitend in het Engels beschikbaar zijn.
4. *Randvoorwaarden van de instrumenten*: Er wordt liefst voldaan aan de randvoorwaarden van de instrumenten. De ECSII, IZIKA en ICAP bevatten een handleiding en formulieren die moeten worden ingevuld. De kostprijs van de ECSII en IZIKA zijn echter niet gekend. De ICAP handleiding met 25 formulieren kost 141,38 euro. 25 aparte formulieren kosten 54,61 euro. De ICAP is eveneens

beschikbaar op CD-ROM (Microsoft Windows) voor 240,83 euro. Daarnaast stelt geen van de drie instrumenten specifieke eisen aan de opleiding van de testleider (diploma). De ECSII stelt enkel dat voldoende kennis van het instrument vereist is. In de IZIKA wordt de suggestie gemaakt dat een voldoende goede opleiding van de testleider aangewezen is. Training kan worden gevolgd. De ICAP stelt dat afname door zelfstudie kan worden geleerd maar raadt training aan.

Het is onze aanbeveling om opleiding en training te voorzien alvorens gebruik te maken van de instrumenten. Ten slotte moet voldoende tijd worden voorzien voor de afname van de instrumenten. Voor de ECSII en IZIKA is de afnametijd echter niet gekend. Uit de intersectorale focusgroepen kunnen we voor de IZIKA wel afleiden dat dit weinig tijd in beslag neemt. De afname en evaluatie van de ICAP zou zo'n twintig minuten in beslag nemen.

5. *Communicatie met werkveld:* Uit de intersectorale focusgroepen kwam naar voren dat de procedures die voor de intersectorale toegangspoort NRTJ zijn uitgetekend weinig gekend zijn in het werkveld. Daarom raden wij aan om een positieve communicatie omtrent de werking van de toegangspoort op te starten met het werkveld.
6. *Evaluatie van de toegangspoort vanuit het gebruikersperspectief:* De gebruikers zijn van mening dat ze bij de ontwikkeling van de toegangspoort te weinig zijn gehoord. Het is alvast aangewezen dat kort na de start (1 jaar) van de toegangspoort een evaluatie wordt gehouden vanuit het gebruikersperspectief.

Referentielijst

Audenaert, V. (2010). *Pleegzorg: wanneer? Deel 2: Voor welk kind is pleegzorg de beste optie? Een literatuurstudie naar predictoren voor voortijdig afgebroken pleegzorgplaatsingen en indicatiestelling in de pleegzorg*. Kenniscentrum WVG. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Baartman, H. (1986). Hulpvraagformulering als een dialogisch en hermeneutisch proces; Dialoog en persoon 'als beginsel'. R. van der Kooij, & H. K. K. Knijff (red.), *Tussen klacht en handeling. Diagnosticeren in de orthopedagogiek*, (pp. 73-100). Nijmegen: Dekker & van de Vegt.

Baecke, J. A. H., & Baerends, J. (2000). *Financiering van de jeugdzorg op basis van modules*. Leusden: Bestuur en Management Consultants.

Bakker, I., Bakker, K., van Dijke, A., & Terpstra, L. (1997). *O + O = O². Naar een samenhangend beleid en aanbod van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering voor kinderen en ouders in risicosituaties*. Utrecht: NIZW.

Bartelink, C. (2009). Motiverende gespreksvoering stimuleert verandering: Hulpverlening kan weerstand tegen verandering overwinnen. *Jeugd En Co Kennis*, 3(4), 28-29.

Bartelink, C. , ten Berge, I., & van Yperen, T. (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Berger, M. A. , ten Berge, I. J., & Geurts, E. (2004). *Samenhangende hulp: Interventies voor mishandelde kinderen en hun ouders*. Utrecht: NIZW Jeugd/Expertisecentrum Kindermishandeling.

Boendermaker, L. (2008). *Wat werkt bij gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Cornsweet, C. (1990). A review of research on hospital treatment treatment of children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 64-77.

De Bie, M., & van Ewijk, H. (2008). *Sociaal werk in Vlaanderen en Nederland. Een begrippenkader*. Mechelen: Wolters Kluwer Belgium NV.

De Bruyn, E. E. J., Pameijer, N. K., Ruijsenaars, A. J. J. M., & Van Aarle, E. J. M. (1995). *Diagnostische besluitvorming: handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Appeldoorn: Acco.

De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven: Acco.

de Groot, A. D. (1961). *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. 's Gravenhage: Mouton.

de Lange, M. , Eijgenraam, K., & de Baat, M. (2010). *Effect en kwaliteit vereisen interventies, hulpverleners en tijd. Een verkennend onderzoek naar een inhoudelijke onderbouwing van de normprijzen van residentiële zorg in de provincie Noord-Brabant*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

De Raedt, R. , & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, 36, 197-222.

de Roos, J. (2001). De plancyclus in kort bestek: kenmerken, eigenschappen, fasen en stappen. J. de Roos (red.), *Diagnostiek en planning in de hulpverlening: een dynamische cyclus*. (pp. 32-66). Bussum: Coutinho.

Department of Health. (1998). *Caring for children away from home: Messages from Research*. Chichester: Wiley & Sons.

Desair, K., Reynders, R., & Hermans, K. (2010). *Protocol risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling. Een evidence-based instrument voor het protocolleren van de risicotaxatie in de vertrouwenscentra kindermishandeling*. Leuven: Lucas.

Evers, A., Caminada, H., Koning, R., ter Laak J., van der Maessen de Sombreff, P., & Starren, J. (1988). *Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische tests en studietoetsen*. Amsterdam: NIP.

Evers, A., Lucassen, W. M. R., & Sijtsma, K. (2010). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Nederlands Instituut van Psychologen.

Grietens, H., & Hellinckx, W. (2001). Kinderen en jongeren met gedragsproblemen. F. De Fever, W. Hellinckx, & H. Grietens (red.), *Handboek jeugdhulpverlening*. Leuven/Leusden: Acco.

Handwerk, M. L., Friman, P. C., Mott, M. A., & Strairs, J. M. (1998). The relationship between program restrictiveness and youth behavior problems. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 6, 170-180.

Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.

Klomp, M., & Van den Bergh, V. (1999). Werkbare hulpverleningsplanning in de (semi)residentiële jeugdhulpverlening. E. J. Knorth, & M. r. Smit *Planmatig handelen in de jeugdhulpverlening*. (pp. 251-269). Leuven/Appeldoorn: Garant.

McDermott, B. M., McKelvey, R., Roberts, L., & Davies, L. (2002). Severity of children's psychopathology and impairment and its relationship to treatment setting. *Psychiatric Services*, 53, 57-62.

- Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., van Yperen, T. A., & Konijn, C. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child and Youth Care Forum*, 33(3), 151-173.
- Morgan, D. L. (1996). Focusgroups. *Annual Review of Sociology*, 22, 129-152.
- Pameijer, N. , & van Beukering, T. (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek*. Leuven: Acco.
- PI Research, & Van Montfoort. (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: De nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.
- Rispens, J. (1984). Inleiding. J. Rispens, E. Carlier, & P. Schoorl (red.), *Diagnostiek in de hulpverlening. Methodische aspecten van de diagnostiek van opvoedings- en leerproblemen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Scholte, E. M. (2000). *De vragenlijst sociale en pedagogische situatie. Versie 4.2*. Delft: Eburon.
- Schoorl, P. M., van de Bergh, P. M., & Ruijsenaars, A. J. (2000). *Inleiding in de theoretische orthopedagogiek. Hulpverleners bij opvoeden*. Leuven-Appeldoorn: Garant.
- Sim, J. (1998). Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *J Adv Nurs* 28(2), 345-352.
- ter Laak, J. J. F., & de Goede, M. P. M. (2005a). *Psychologische diagnostiek. Inhoudelijke en methodologische grondslagen*. Amsterdam: Harcourt assessment.
- ter Laak, J. J. F., & de Goede, M. P. M. (2005b). Wat is psychologische diagnostiek? De drie-eenheid van theorie, model en instrument. J. J. F. ter Laak, & M. P. M. de Goede (red.), *Psychologische diagnostiek. Inhoudelijke en methodologische grondslagen*. (pp. 105-141). Amsterdam: Harcourt Assessment.
- Underwood, L. A., Barretti, L., Storms, T. L., & Safonte-Strumulo, N. (2004). A review of clinical characteristics and residential treatment for adolescent delinquents with mental health disorders. A promising residential program. *Trauma, Violence and Abuse*, 3, 199-242.
- Van Den Bergh, J. E., & Grealish, M. E. (1996). Individualised services and supports through the wraparound process: philosophy and procedures. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 7-21.
- van der Meer, J. (2010). *Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

van Gemert, G. H. (1996). Diagnostiek dient in al haar facetten doelgericht te zijn. E. J. M. van Aarle, E. Carlier, G. M. van der Aalstvoort, & W. M. Kosterman (red.), *Diagnostiek in beweging: weging van de context of door de context bewogen? Orthopedagogen in discussie*. (pp. 21-31). Leuven/Amersfoort: Acco.

van Yperen, T., Booy, Y., & van der Veldt, M. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Delft: Eburon.

van Yperen, T., van den Berg, G., & Eijgenraam, K. (2002). *Project 'Registratie ernst problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten*. Utrecht: NIZW/NIZW Jeugd.

van Yperen, T., van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemene en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: stand van discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

van Yperen, T. A., Nota, P. A., & Van der Schaft, R. A. (1999). *Zorgtoewijzing. Knooppunt vraag en aanbod in de Jeugdzorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Utrecht: NIZW