

# **Kwaliteit voor Jeugd**

**Januari 2012**

Opstellers:

Ruud van Herk (DJ)  
Eva van den Heuvel (DJ)  
Eline Moerenhout (DJ)  
Sabina Postma (DPG)  
Gerard Ruis (DJ)  
Michelle Vogels (DJ)

## Samenvatting

Er is in de zorg voor jeugd veel discussie of het succes van hulpverlening vooral afhangt van een goede relatie tussen de jeugdige en de beroepsbeoefenaar, van positieve verwachtingen van de jeugdige, of van vastomlijnde methodieken. Vaak wordt dan verwezen naar de veel geciteerde publicaties van Lambert<sup>1</sup>. Hij stelt dat 55% van het succes van de hulpverlening komt door factoren buiten de therapie (40%), en door placebo-effecten (15%). De beroepsbeoefenaren zouden 30% voor hun rekening nemen, een specifieke methodiek zou voor 15% bijdragen aan het succes van een behandeling. In dit rapport wordt deze discussie niet beslecht. Wel worden de verhoudingen geschetst tussen factoren die van invloed zijn op het succes van ondersteuning of een behandeling.

In dit ambtelijk rapport worden (bestaande) instrumenten beschreven die de kwaliteit van zorg aan en ondersteuning van jeugdigen en hun ouders beïnvloeden. Het rapport beperkt zich tot de volgende vier deelgebieden binnen de zorg voor jeugd:

- 1 de jeugdgezondheidszorg;
- 2 het lokaal preventief jeugdbeleid;
- 3 de geïndiceerde jeugdzorg; en
- 4 de justitiële jeugdzorg.

Per deelgebied zijn activiteiten en instrumenten geïnventariseerd, die een bijdrage leveren aan de kwaliteitsverbetering binnen de zorg voor jeugd. Het gaat daarbij om activiteiten en instrumenten die zich richten op de volgende dimensies (volgens het waterdruppelmodel): 1. De cliënt, 2. De beroepsbeoefenaar, 3. Instrumenten, 4. De organisatie. Door middel van vergelijking kunnen veldpartijen, ambtenaren, bestuurders van elkaar leren.

Het rapport moet bijdragen aan het ontwikkelen van reële verwachtingen van het zorg- en hulpverleningsproces. De cliënt staat altijd centraal. Van hem of haar wordt verwacht dat hij/zij (zo mogelijk) een actieve rol inneemt in het hulp-/zorgverleningsproces. Wederzijds vertrouwen is bij het aangaan van een zorg- of hulpverleningsrelatie noodzakelijk en kenmerkt de alliantie tussen jeugdige/cliënt en beroepsbeoefenaar. Beroepsbeoefenaren zijn verantwoordelijk voor het definiëren en het bieden van inhoudelijke kwaliteit van de zorg, met een onderscheid tussen bevoegdheid en bekwaamheid; Het management van organisaties dient zodanige randvoorwaarden te creëren dat zowel jeugdigen als beroepsbeoefenaren ook hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Bij alles wat een ieder doet rond de cliënt dient te worden bedacht: wat is de bijzonder toegevoegde waarde van de te ondernemen actie voor de cliënt? Als er geen toegevoegde waarde benoemd kan worden, kunnen cliënten, beroepsbeoefenaren, organisaties en financiers andere keuzes maken.

---

<sup>1</sup> Lambert (1992); Assay & Lambert (1999); \* Wampold (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	5
1 Invloed van factoren op het succes van een behandeling .....	7
2 Beoordelingskader: het waterdruppelmodel.....	9
2.1 De cliënt .....	9
2.2 De beroepsbeoefenaren .....	10
2.3 Instrumenten .....	11
2.4 Organisaties .....	14
3 Waterdruppelmodel jeugdgezondheidszorg.....	18
3.1 De cliënt .....	18
3.2 De beroepsbeoefenaren .....	19
3.3 Instrumenten .....	22
3.4 Organisaties .....	24
4 Waterdruppelmodel lokaal preventief jeugdbeleid .....	27
4.1 De cliënt .....	28
4.2 De beroepsbeoefenaren .....	28
4.3 Instrumenten .....	30
4.4 Organisaties .....	33
5 Waterdruppelmodel geïndiceerde jeugdzorg .....	36
5.1 De cliënt .....	36
5.2 De beroepsbeoefenaren .....	37
5.3 Instrumenten .....	38
5.4 Organisaties .....	41
6 Waterdruppelmodel justitiële jeugdzorg .....	45
6.1 De cliënt.....	46
6.2 De beroepsbeoefenaren .....	46
6.3 Instrumenten .....	47
6.4 Organisaties.....	48
7 Vergelijking.....	53
8 Suggesties voor een kwaliteitsbeleid .....	57
Bijlage 1: Kennisinstituten .....	63
Bijlage 2: Databanken .....	65

## Inleiding

### Aanleiding

De zorg voor jeugd maakt op het vlak van kwaliteitsverbetering een stormachtige ontwikkeling door. Zowel vanuit het veld als de rijksoverheid zijn initiatieven gestart voor het professionaliseren van beroepsbeoefenaren en het meten van de effectiviteit van methoden. Omdat de initiatieven van de rijksoverheid afkomstig zijn van verschillende afdelingen en directies is de samenhang niet altijd helder.

In 2004 werden, in het kader van de Operatie Jong, een aantal knelpunten gesignaleerd<sup>2</sup> in het jeugdzorgbeleid van voorgaande jaren die nu nog als zodanig worden herkend. Overheidsgeld wordt nog te vaak versnipperd over projecten, er worden geen gemeenschappelijke uitgangspunten gehanteerd en er worden te weinig consequenties verbonden aan proefprogramma's en interventies. Ook is de kennis van de praktijk in geringe mate te sectoraal beschikbaar en is deze informatievoorziening nog te weinig ingericht vanuit de werking van de jeugdketen.

Sinds 2004 zijn voor een coherent kwaliteitsbeleid een aantal forse stappen gezet, die in de volgende hoofdstukken zullen worden benoemd. De verschillende deelgebieden in de zorg voor jeugd hebben het voornemen om, weliswaar in hun eigen tempo, een samenhangende verbeterslag te maken op het vlak van kwaliteit van hulpverlening en zorg.

### Opdracht en doel

De directie Jeugd heeft ambtenaren van de afdeling Lokale Jeugdzorg en Geïndiceerde Jeugdzorg op 20 april 2010 de opdracht gegeven om (met behulp van het waterdruppelmodel dat in hoofdstuk 2 wordt behandeld) een inventarisatie te maken van de al aanwezige instrumenten ter verbetering van de kwaliteit en professionaliteit van de zorg voor jeugd. Ook de Directie Justitiële Jeugdzorg en de directie Publieke Gezondheid zijn hierbij betrokken. De inventarisatie heeft voorsnog betrekking op de volgende deelgebieden: de jeugdgezondheidszorg, lokaal preventief jeugdbeleid, de geïndiceerde jeugdzorg en de justitiële jeugdzorg. Aan de hand van de opgedane kennis kan worden bekeken of bestaande instrumenten breder kunnen worden ingezet of dat er nog blinde vlekken zijn. Op basis van de bevindingen zijn uitgangspunten geformuleerd op het (verder) professionaliseren van beroepsbeoefenaren, de in te zetten (hulp)middelen voor beroepsmatig handelen en de te gebruiken instrumenten voor het zichtbaar maken en beoordelen van de kwaliteit van organisaties en zorg. Dit rapport levert onder meer input voor adviesvragen aan adviesraden, de programmering van ZonMw, stelselwijziging jeugd en het beleid van betrokken directies.

### Afbakening

In dit rapport worden kwaliteitstrajecten in vier deelgebieden van de jeugdsector geïnventariseerd, namelijk:

1. de jeugdgezondheidszorg;
2. het lokaal preventief jeugdbeleid;
3. de geïndiceerde jeugdzorg;
4. de justitiële jeugdzorg.

---

<sup>2</sup> Ministerie van VWS (2004) *Plan van aanpak Kwaliteit en effectiviteit van preventieve, curatieve en repressieve programma's*, Den Haag.

De jeugdgezondheidszorg maakt onderdeel uit van de publieke gezondheidszorg (OGZ). De jeugdgezondheidszorg wordt ook meegenomen met kwaliteitstrajecten op het gebied van de gezondheidszorg, zoals de oprichting van een Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg. De overige drie deelgebieden komen voort uit de welzijns- en jeugdbeschermingssector.

Vooralsnog beperkt het rapport zich tot deze deelgebieden. In een later stadium is uitbreiding naar aanpalende deelgebieden mogelijk. Zorg voor jeugdigen buiten het nieuwe stelsel wordt ook door andere organisaties aangeboden zoals het onderwijs, de pedagogische basisvoorzieningen, de eerste en tweedelijns gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg, de (licht)verstandelijk gehandicaptenzorg en het welzijnswerk.

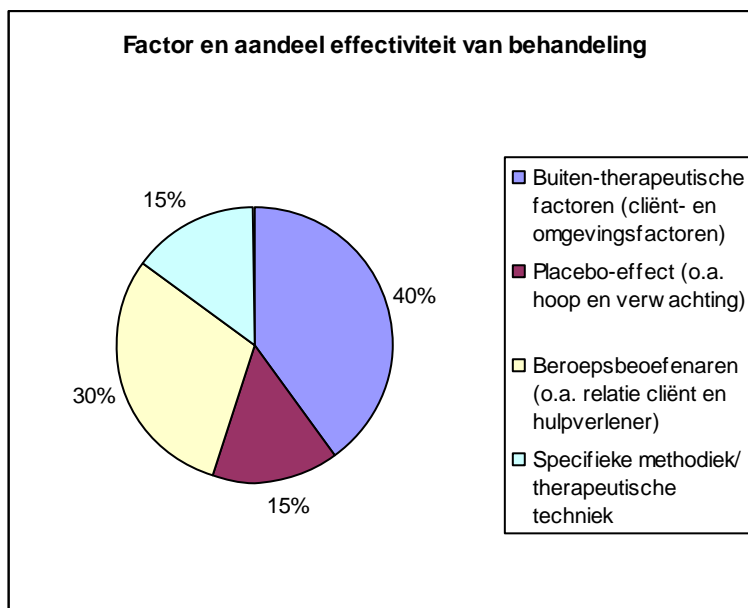
### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 1 worden, middels het model van Lambert, factoren gepresenteerd die van invloed zijn op het succes van een behandeling. Van belang is dat dit model de verhoudingen weergeeft tussen verschillende dimensies. Hoewel het model van Lambert zijn oorsprong vindt in de psychiatrie kan het dienst doen als inspiratiemodel voor de zorg voor jeugd. Voor de zorg voor jeugd is het waterdruppelmodel (hoofdstuk 2) als benadering gekozen. Dit nieuwe model bestaat uit de volgende dimensies: de jeugdige, de beroepsbeoefenaar, de (hulp)middelen voor beroepsmatig handelen en de organisatie. Langs de lat van dit model worden in de hoofdstukken 3,4,5 en 6 per deelgebied de instrumenten geïnventariseerd voor de professionalisering van beroepsbeoefenaren, de (hulp)middelen voor beroepsmatig handelen en de instrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van een organisatie en zorg. Na deze inventarisatie zijn de verschillende deelgebieden met elkaar vergeleken (hoofdstuk 7). Tenslotte worden in hoofdstuk 8 suggesties voor een kwaliteitbeleid meegegeven.

## 1 Invloed van factoren op het succes van een behandeling

Er is in de zorg voor jeugd veel discussie of het succes van hulpverlening vooral afhangt van een goede relatie van de jeugdige met de beroepsbeoefenaar, van positieve verwachtingen van de jeugdige, of van vastomlijnde methodieken. Vaak wordt dan verwezen naar de veelgeciteerde publicaties van Lambert<sup>3</sup>. Hij stelt dat 55% van het succes van de hulpverlening komt door factoren buiten de therapie (40%), en door placebo-effecten (15%). De beroepsbeoefenaren zouden 30% voor hun rekening nemen, een specifieke methodiek zou voor 15% bijdragen aan het succes van een behandeling. Kortom, bij hulpverlening komt ruim de helft van de verbetering bij de jeugdige door factoren die niet direct met de behandeling te maken hebben.

In dit rapport wordt deze discussie niet beslecht. Wel worden de verhoudingen geschetst tussen factoren die van invloed zijn op het succes van een behandeling. Daarbij komt dat het onderzoek van Lambert en collega's zijn oorsprong vindt in de psychiatrie. De uitkomsten van deze studie kunnen ook relevant zijn voor het bredere domein van zorg voor jeugd.

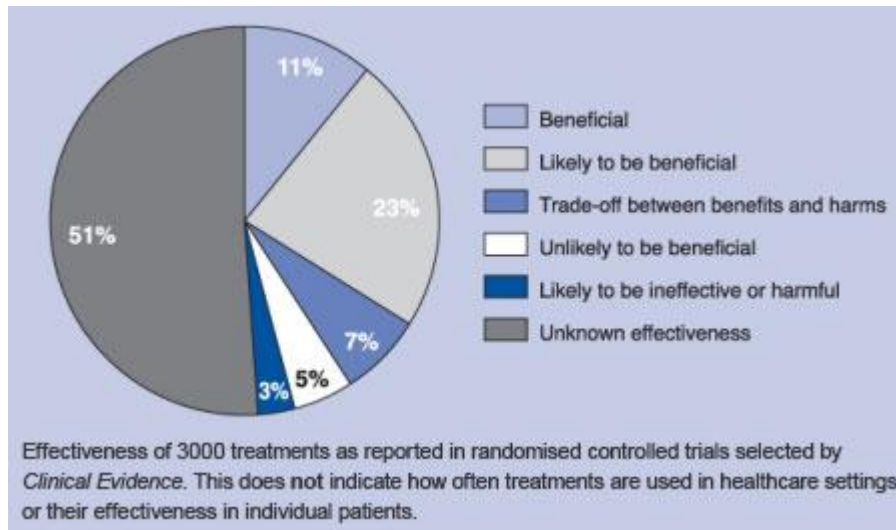


Wanneer we kijken naar het wetenschappelijk bewijs voor de mate van 'clinical evidence' in de gezondheidszorg, dan zijn er geen exacte cijfers te geven van het aantal bewezen effectieve handelingen. Er zijn levendige discussies over de mate waarin effectieve handelingen nu door artsen worden toegepast. Als maatstaf kan worden verwezen naar het tijdschrift 'Clinical Evidence' van de 'British Medical Journal'. Dit tijdschrift publiceert elk half jaar een update van het percentage bewezen effectieve methoden op basis van onderzoek waarin gebruik wordt gemaakt van 'Randomised Controlled Trails' (RCT)<sup>4</sup>. Wat hierin opvalt is dat de 15% van Lambert niet wordt gehaald. Het is niet zo dat artsen in 89% van de gevallen niet weten wat ze doen. Bij 23% van de gebruikte interventies zijn er indicaties over de werkzaamheid. Bij veel andere behandelingen heeft men veelal 'practice

<sup>3</sup> Lambert (1992); Assay & Lambert (1999); \* Wampold (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

<sup>4</sup> <http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/about/knowledge.jsp> How much do we know?

based' kennis over de werkzaamheid ervan, maar ontbreekt wetenschappelijk bewijs van op RCT gebaseerd onderzoek.



Over de mate waarin de toegepaste methoden in de zorg voor jeugd werken is minder bekend. Veel wordt vermoed, weinig is zeker. Schattingen over instrumenten in de jeugdzorg lopen uiteen van nul effect door Weisz<sup>5</sup> tot kleine of matige effecten volgens Van Yperen<sup>6</sup>. Veerman en Van Yperen schatten dat hooguit 5% van de in de jeugdzorgpraktijk uitgevoerde interventies het predicaat 'evidence based' kunnen verwerven<sup>7</sup>. Drost stelde in zijn proefschrift over de werkzaamheid van methoden in justitiële jeugdinrichtingen dat verschillen in uitkomsten vooral worden bepaald door verschillen in de kwaliteit van de hulpverlener<sup>8</sup>. In een recent promotieonderzoek naar factoren die een effect bij kinderen in gesloten jeugdzorg verklaren, stelt Harder dat het instrument een beperkte invloed heeft en dat naast cliëntfactoren de cliënt-beroepsbeoefenaar relatie een factor van belang is<sup>9</sup>.

Voor de zorg voor jeugd kan 'de taart van Lambert' dienen als een inspiratiemodel. De exacte percentages van de diverse onderdelen in de taart zijn in dit rapport niet van belang. Het gaat vooral om het inzicht dat aan verschillende dimensies (cliënten, beroepsbeoefenaar, en instrumenten), effecten bij jeugdigen kunnen worden toegeschreven. Op het aspect placebo-effect gaat deze nota niet in. In plaats daarvan is de entiteit 'organisatie' toegevoegd, alleen al omdat goed functionerende organisaties goed personeel weten te behouden, hetgeen een effect heeft op de kwaliteit van zorg. Dit alles heeft geleid tot het in de volgende paragraaf te bespreken waterdruppelmodel.

<sup>5</sup> Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kaunuckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1995.

<sup>6</sup> Yperen, T.A. van (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en Adolescent*, 26, p. 255-257.

<sup>7</sup> Yperen, T.A. van, & Veerman, J.W. (2011). Bij bouwwerk komt een ladder van pas. Reactie op de oratie van Geert Jan Stams. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 259-267.

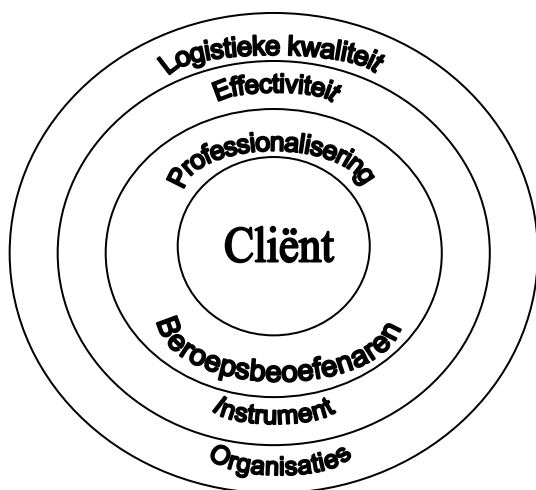
<sup>8</sup> Drost, J. (2008), Residentiële justitiële opvoeding en houding van jongens ten opzichte van sociale grenzen, Groningen.

<sup>9</sup> Harder, A.T. (2011), The downside up. A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care, Groningen.

## 2 Beoordelingskader: het waterdruppelmodel

De kwaliteit van zorg voor een jeugdige kan herleid worden tot vier dimensies: de cliënt, de beroepsbeoefenaar, het instrument en de organisatie. Het waterdruppelmodel<sup>10</sup> geeft deze dimensies weer. Op iedere dimensie kan inzet worden gepleegd voor het bevorderen van de kwaliteit van zorg. In dit hoofdstuk volgt een beschrijving van deze dimensies.

Aan de hand van het waterdruppelmodel worden per deelgebied de instrumenten voor de professionalisering van beroepsbeoefenaren, de (hulp)middelen voor beroepsmatig handelen en de instrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van organisaties en zorg geïnventariseerd.



### 2.1 De cliënt

In het waterdruppelmodel staat de cliënt centraal. Behalve de jeugdige zelf spelen ook zijn ouders of mensen uit zijn omgeving een rol spelen in de ondersteuning dan wel hulpverlening aan de jeugdige. Er zijn factoren aan te wijzen die met zorg voor jeugd niet beïnvloedbaar zijn, zoals IQ, leeftijd en in mindere mate de woonomgeving. Recent groeit de vraag welke cliëntkenmerken samenhangen met de kans op een succesvolle behandeluitkomst. Uit onderzoek<sup>11</sup> blijkt dat er verschillende cliëntkenmerken zijn aan te wijzen die betrouwbare voorspellers zijn van een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces: hun hechtingsstijl, vermogen om relaties aan te gaan, motivatie voor verandering, contactuele vaardigheden, openheid en bereidheid om actief mee te gaan in de taken en uitdagingen die preventie en hulpverlening stelt. Dit geldt ook voor niveau van functioneren van jeugdige voor de start van de behandeling, voor hun geestelijke gezondheid, sociale contacten, intelligentie, planningsvaardigheid en sociaal-economische status. Naast de ouders is de sociale omgeving (familie, vrienden, school, sport, de wijk, etc.) ook een factor van belang bij het realiseren van een gedragsverandering. Het wetenschappelijk onderzoek naar cliëntkenmerken staat echter nog in de kinderschoenen. Kennis over deze factoren is belangrijk voor professionals om te bepalen welke instrumenten kunnen worden ingezet bij welke jeugdige.

<sup>10</sup> Het waterdruppelmodel is in 2009 ontwikkeld door de ministeries van VWS en V&J.

<sup>11</sup> Pijnenburg, H. (2010) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Arnhem/Nijmegen: SWP en Hogeschool Arnhem-Nijmegen.

Cliënten hebben zelf ook hun mening over en ervaringen met de kwaliteit van geleverde (jeugd)zorg en benadrukken specifieke kwaliteitsaspecten van zorg. Kwaliteit is namelijk een complex begrip, dat diverse aspecten kent zoals therapeutische, technische, organisationele, relationele en economische aspecten. Deze aspecten worden door actoren verschillend gewaardeerd. De beroepsbeoefenaar heeft meer met therapeutische en technische aspecten, de manager meer met organisationele en economische aspecten, en de jeugdige hecht veelal het meest aan organisationele en relationele aspecten van kwaliteit. Geoperationaliseerd komt dit qua organisationele aspecten neer op aandacht voor bereikbaarheid en toegankelijkheid van jeugd(zorg)voorzieningen (dicht bij huis, zonder wachtlijst beschikbaar). Relationele aspecten van kwaliteit zijn zaken als privacy, bejegening en persoonlijke autonomie<sup>12</sup>, die veelal worden verwoord in termen van "leren luisteren naar de cliënt", "samenwerken met de cliënt", "het bestaan van wederzijds vertrouwen", etc. Deze aspecten komen dan ook pregnant terug in instrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg door cliënten.

## 2.2 De beroepsbeoefenaren

De volgende dimensie die effect heeft op de kwaliteit van zorg is de beroepsbeoefenaar.

### *Verskil tussen beroep en professie*

Een professie is een bijzonder beroep, in die zin dat een professie zichzelf reguleert. Hiervoor brengen zij een gemeenschap van gelijken tot stand, gebaseerd op gedeelde deskundigheid, collegialiteit en een gezamenlijke beleving van waarden. In ruil krijgen professionals het vertrouwen van burgers en krijgen zij (relatieve) vrijheid om de kwaliteit van geleverde beroepsuitoefening zelf te reguleren via een register, ethische code en een tuchtrecht. Dit verplicht de beroepsbeoefenaar ertoe zijn kennis en vaardigheden goed op peil te houden, zodat de jeugdige erop kan vertrouwen dat hem op de beste manier hulp wordt geboden. In de volgende paragraaf worden de vereisten genoemd voor een geprofessionaliseerd beroep.

Beroepsbeoefenaren kunnen zich aansluiten bij een *beroepsvereniging*. Beroepsverenigingen waken over de kwaliteit van een professie. Zij registreren hun leden als bevoegd als deze voldoen aan de door de beroepsgroep zelf gestelde eisen ten aanzien van kennis en ervaring. De beroepsverenigingen stellen een *beroepsprofiel* op. Dit profiel beschrijft het kennis- en ervaringsdomein van beroepsbeoefenaren, alsook de meest voorkomende handelingen. In samenwerking met opleidingen kunnen *competentieprofielen* worden ontwikkeld. Zo'n profiel maakt duidelijk over welke competenties een beroepsbeoefenaar moet beschikken om het vak adequaat uit te kunnen oefenen. De beroepsvereniging biedt aan haar leden een platform voor de uitwisseling van kennis. Om tot het beroep te worden toegelaten stellen beroepsverenigingen een *beroepsregister* in, waarvoor toelatingseisen worden gedefinieerd in termen van *opleiding*, *supervisie*, *intervisie* en *geregelde na- en bijscholing*. Ook zal worden verwacht dat de beroepsbeoefenaar werkt met door de beroepsgroep ontwikkelde *richtlijnen*, waarvan altijd beargumenteerd en geregistreerd mag worden afgeweken. Door een verplichte (vijfjaarlijkse) herregistratie zal een beroepsbeoefenaar zijn werkzame leven lang moeten bijleren om zijn registratie te behouden. De gedeelde waarden van beroepsbeoefenaren worden door de beroepsvereniging verwoord in een *ethische code of beroepscode*. Een beroepscode is een geheel van vastgelegde waarden en normen van een beroep die als leidraad dienen voor een goede beroepsuitoefening. Het geeft andere beroepsbeoefenaren en (potentiële) zorgvragers inzicht in de normen en waarden die binnen de beroepsgroep gebruikelijk zijn. Wanneer cliënten, burgers of collega's twijfels hebben over het professioneel handelen van een geregistreerde

---

<sup>12</sup> Salisbury, C. (1989) How do people choose their doctor? *British Medical Journal*, 299, 608-610.

beroepsbeoefenaar in een bepaalde casus, dan kan een klacht worden ingediend bij het *tuchtrecht* van de verenging. Het tuchtcollege beoordeelt het handelen van de professional aan de hand van de ethische code en 'state of the art' en kan professionals berispen (ter lering) dan wel ernstig falende beroepsbeoefenaren uit het register schrappen (bestrafing). In dat laatste geval beschermt de beroepsgroep de samenleving zelf voor ondermaatse beroepsuitoefening. De zelfregulering van beroepen kan per onderdeel (opleidingseisen, register, code, richtlijnen, tuchtrecht) verschillen. De meest vergaande zelfregulering is de vorm die wettelijk wordt vastgelegd, zoals de zelfregulering van artsen, notarissen, advocaten, het notariaat, het loodswezen, dierengeneeskundigen, etc. Tot slot dient een continu zichzelf vernieuwend kwaliteitsbeleid ervoor te zorgen dat beroepsbeoefenaren de kwaliteit van hun handelen naar de burgers toe blijven verantwoorden om zo hun zelfregulering te behouden.

### 2.3 Instrumenten

Naast de jeugdige en de beroepsbeoefenaar zijn ook de te gebruiken (hulp)middelen van invloed op de informatievoorziening, begeleiding of behandeluitkomst.

#### *Kennisinstituten*

In de deelgebieden die in dit rapport worden besproken zijn onder meer de volgende kennisinstituten actief: ZonMw, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het RIVM/Centrum Gezond Leven (CGL), het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) en Movisie. Zie bijlage 1 voor een nadere beschrijving van de taken van ieder kennisinstituut. Voor alle deelgebieden moet onder de aandacht worden gebracht het primair onderzoek aan de universiteiten en meer praktijkgericht onderzoek aan de hogescholen, waaruit voor dit rapport rijkelijk is geput.

#### *Kennisontwikkeling*

Op basis van de stand van de wetenschap, zo mogelijk vertaald in richtlijnen, en zijn professionele kennis en kunde zal de beroepsbeoefenaar tot een oordeel komen. Beroepsbeoefenaren die ervaring hebben met een doelgroep handelen vaak op basis van praktijkinzichten over wat lijkt te werken. Dit wordt dan ook wel een '*practice based*' methode genoemd. Deze resultaten zijn (nog) niet wetenschappelijk getoetst. Besluitvorming over het gebruik van methoden kan echter ook op andere goede gronden worden gebaseerd, bijvoorbeeld '*ethical based*', '*consensus based*' of '*expert based*' of '*client-based*'.

Allereerst zal een beroepsbeoefenaar *ethisch handelen*. Los van beschikbaar bewijs voor het gebruik van bepaalde instrumenten, kan hij zich laten leiden door zijn (beroeps)waarden en normen.

Bij '*consensus based evidence*' kan men denken aan richtlijnontwikkeling op basis van consensusbijeekkomsten. Er is nog geen 'hard' wetenschappelijk bewijs voor de keuze van een bepaald instrument voor het vaststellen van een probleem of behandeling. Door veel beroepsbeoefenaren bijeen te roepen kan in een grote conferentie gewerkt worden aan een consensus op hoofdlijnen, van waaruit richting kan worden gegeven aan verder onderzoek. Hiermee wordt min of meer de bestaande praktijk gelegitimeerd.

Een stap verder is besluitvorming op basis van '*expert based evidence*'.

Hypothesen van leidende wetenschappers binnen de beroepsgroep zetten de toon, maar de werkzaamheid van de gekozen instrumenten of interventies zijn nog niet bewezen. Vervolgens is er '*evidence based evidence*'. Het bewijs is verkregen door het vergelijken van diverse gestandaardiseerde kwantitatieve wetenschappelijke onderzoeken over een zelfde cliëntpopulatie met dezelfde probleemkenmerken.

Tot slot kunnen beroepsbeoefenaren ook '*client-based*' hun besluiten nemen. Er wordt in dat verband ook wel van een dialooggestuurde hulpverlening gesproken. Kern daarbij is dat inzichten over 'wat werkt' mede bepaald worden door opvattingen en ervaringen van jeugdigen.

### *Onderzoeksprogramma's*

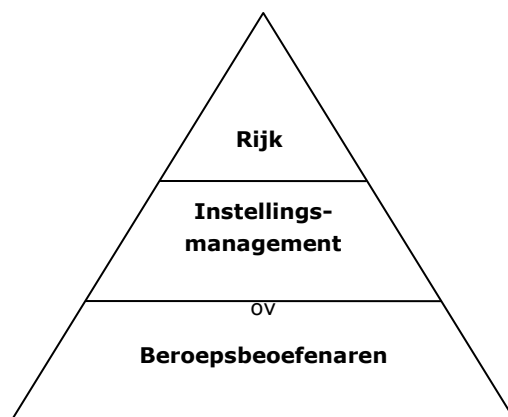
Op dit moment lopen er meerdere onderzoeksprogramma's die in de beschrijvingen van de waterdruppelmodellen per deelgebied worden toegelicht.

### *Effectiviteitonderzoek*

In Nederland wordt in de zorg voor jeugd gebruik gemaakt van een veelvoud aan methoden, waaronder veel *practice-based* methoden. Om te komen tot een beperkter aantal daadwerkelijk effectieve methoden heeft het overheidsbeleid van de laatste jaren zich gericht op wetenschappelijke effectiviteitonderzoek. De effectiviteit van methoden kan op verschillende manieren worden onderzocht. Per deelgebied zal de stand van effectiviteitonderzoek worden besproken. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat methoden voor lichte gedragsproblematiek (informatie, advies, hulp en begeleiding) zeer effectief kunnen zijn, maar dat dit moeilijk valt aan te tonen. Het maximale resultaat betreft bij lichte problematiek een kleine gedragsverandering in een dynamische context, waarbij het moeilijk is dit effect toe te rekenen aan louter het gehanteerde instrument. Het tegenovergestelde geldt voor de meest zware problematiek. Daar is de kans het grootst om effecten op gedrag van cliënten te meten en toe te kunnen schrijven aan het gehanteerde instrumentarium.

### *Dataverzameling*

In de domein van de brede zorg voor jeugd wordt door beroepsbeoefenaren en instellingen veel data verzameld voor inhoudelijke en financiële verantwoording, alsmede toezicht en monitoring. Zo krijgen bijvoorbeeld beroepsbeoefenaren in jeugdzorg<sup>plus</sup> te maken met effectiviteitonderzoeken naar gebruikte methoden, data uitvragen voor de financier, uitvragen voor de beleidsinformatie en een procesmonitor van het Rijk, en een gegevensmonitor van de instellingen zelf. Niet al die informatie is even bruikbaar en vergelijkbaar. Vanwege deze informatiedruk is het project Beter Anders Minder geïnitieerd en zijn successen geboekt voor het beperken van de beleidsinformatie. Een nieuwe ontwikkeling is de poging om te komen tot een minimale dataset, rekening houdend dat de informatiebehoefte van het Rijk zich op een ander abstractieniveau bevindt (de top van de informatiepiramide) dan die van het management en beroepsbeoefenaren. De minimale dataset voor jeugdzorg<sup>plus</sup> zou in het midden van de piramide van onder naar boven door alle lagen moeten lopen.



**De datapiramide**

### *Erkenningscommissie*

In verschillende deelsectoren zijn erkenningcommissies voor methodieken en interventies opgericht. Nadat criteria zijn ontwikkeld, toetsen deze commissies aangeboden methoden en interventies op hun werkzaamheid. Hierbij worden ook wel databanken ingericht, waarin deze methoden en interventies worden opgenomen. Idealiter zouden beroepsbeoefenaren zoveel mogelijk moeten werken met bewezen effectieve methoden en interventies.

### *Databanken*

Binnen de deelgebieden die in dit rapport worden besproken zijn de volgende databanken aanwezig: de databank Effectieve Jeugdinterventies, de databank Na- en Bijscholing, de databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden en de databank Gezond Leven Interventies. Zie bijlage 2 voor een nadere beschrijving van iedere databank.

### *Technische innovatie*

Technische innovatie ontstaat waar mogelijkheden worden benut die ontstaan vanuit de voortschrijdende informatie- en communicatietechnologie. Het kan hierbij gaan om zorginhoudelijke vernieuwingen die mogelijk worden gemaakt door nieuwe technologie, zoals online hulpverlening, maar ook om digitale communicatie, gebruik van sociale media, online tools etc. Het gebruik van innovatieve methoden en technieken kan een positieve bijdrage leveren aan de productiviteit en doelmatigheid, het ondersteunen van informatiestromen, het transparant maken van zorgaanbod, het verbeteren van de coördinatie en afstemming tussen organisaties, het ondersteunen van het logistieke proces van hulpverlening, het bevorderen van de zelfredzaamheid van de cliënt en het vergroten van de bereikbaarheid van de hulpverlener.

### *Implementatie + borging*

In deze paragraaf zal per deelgebied worden aangegeven wat er is of wordt ondernomen op het vlak van implementatie en borging van instrumenten en methoden, bijvoorbeeld door middel van richtlijnontwikkeling.

### *Richtlijnontwikkeling*

Een onderdeel van het professionaliseringsproces is het opstellen van richtlijnen zodat over cruciale onderwerpen zoals belangrijke diagnoses en effectieve behandelmethoden overeenstemming wordt bereikt. Richtlijnen maken aanwezige collectieve kennis (zo mogelijk *evidence based*) over een onderwerp inzichtelijk, vatten dit samen en vertalen dit in handelingsgerichte aanbevelingen voor beroepskrachten. Richtlijnen geven de *state of the art* van de beroepsuitoefening weer, die een leidraad zijn voor de beroepsbeoefenaar die er in het individuele geval beargumenteerd en geregistreerd van mag afwijken. Op deze wijze ordenen beroepsgroepen ook hun beroepsdomein. Voor het concipiëren van richtlijnen wordt idealiter gewerkt volgens een internationaal vastgestelde methodiek, de EBRO-methode (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling), waarbij de beschikbare literatuur het uitgangspunt is.

Richtlijnontwikkeling vindt plaats binnen een spanningsveld. Aan het ene uiteinde bevindt zich de uitkomst van de consensusbijeenkomst. In dat geval legt de richtlijn veelal de bestaande gangbare praktijk vast. Aan de andere kant van het spectrum bevinden zich richtlijnen die geformuleerd zijn op basis van de laatst ontwikkelde methoden. In het eerste geval voegt de richtlijn weinig toe aan de *state of the art* en legitimeert de richtlijn vooral het gangbare handelen. De kans op navolging hiervan door beroepsbeoefenaren is groot. In het andere geval kan de *state of the art* op een hoger plan worden gebracht, maar hebben de nieuwe instrumenten nog niet geheel de effectiviteitscyclus van wetenschappelijk onderzoek doorlopen en bestaat het gevaar dat teveel voor de troepen uit wordt gelopen. Dit vermindert de kans op navolging van de richtlijn bij zittende beroepsbeoefenaren. Inzake navolging van richtlijnen hebben richtlijnen vooral een zeker effect op jonge beroepsbeoefenaren, wanneer ze worden verankerd in de opleiding. Het realiseren van een behandelverandering bij zittende beroepsbeoefenaren vergt meer tijd. Hierom kunnen richtlijnen gericht onderdeel zijn van verplichte na- en bijscholing.

## 2.4 Organisaties

Organisaties die zorg voor jeugd leveren dienen binnen bepaalde kaders beroepsbeoefenaren in staat te stellen om met de beste methoden en interventies, gegeven de cliëntfactoren, een zo goed mogelijk effect te sorteren ten bate van de jeugdige. In deze zin zijn het met name logistieke aspecten van kwaliteit waarop organisaties beoordeeld worden. Voor het verbeteren van die logistieke kwaliteit van organisaties zijn tal van instrumenten beschikbaar. Het traditionele instrument voor toetsing van de kwaliteit van instellingen zijn de te onderscheiden inspecties. Er zijn echter nog meer kwaliteitsinstrumenten die hieronder worden toegelicht.

### *Modellen voor systematische kwaliteitsbevordering*

Er zijn diverse modellen die op systematische wijze aan kwaliteitsbevordering doen<sup>13</sup>. Dominant hierin is de Plan Do Check Act (PDCA-)cyclus van Deming. Het voortdurend doorlopen van deze cyclus in alle primaire, ondersteunende of sturingsactiviteiten op organisatie-, op team- en individueel niveau geeft aanleiding tot continu verbeteren.

Deze PDCA-cyclus komt op het volgende neer:



Uit de praktijk blijkt dat de werking van deze methode na twee jaar wegebt<sup>14</sup>.

### *ISO-systematiek*

De International Standards Organization (ISO) ontwikkelt normen voor kwaliteitsborging in het bedrijfsleven. Voor dienstverlenende bedrijven is een variant ontwikkeld die mogelijk ook bruikbaar is in de zorgsector. De normen geven richtlijnen voor het opzetten van kwaliteitssystemen. Hoofddoelen van kwaliteitsbevordering zijn: tevredenheid van de klant over de kwaliteit van de dienstverlening, efficiency van de organisatie en voorkomen van negatieve effecten op samenleving en milieu. De ISO-normen zijn vooral van nut als het gaat om het transparant maken van datgene wat een organisatie doet, de verantwoordelijkheden en de aanwezige procedures en standaardwerkzaamheden. ISO toetst een deel van de systematische kwaliteitsbevordering. Deze systematiek wordt door beroepsbeoefenaren wel eens als bureaucratiserend ervaren.

<sup>13</sup> Verbeek, G. (2004) *Het spel van kwaliteit en zorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

<sup>14</sup> Evenblij, M. (2010) Meta-analyse kwaliteitsverbetering, *Kwaliteit in zorg*, nr. 2, p.11.

### *Certificering*

Certificering is een kwaliteitsinstrument waarbij het niet gaat om overheidsregulering, maar om zelfordening. Onafhankelijke instituten beoordelen het kwaliteitsbeleid van een organisatie, en als aan de normen is voldaan wordt een certificaat afgegeven. Organisaties nemen in principe op vrijwillige basis deel aan de certificering. Vaak wordt niet zozeer het product of de dienst zelf getoetst, als wel het kwaliteitssysteem (aanwezigheid van geregistreerde professionals, werkend met richtlijnen, visitatie door collega-instellingen, periodieke collegiale toetsing etc.). Een certificaat wordt voor een bepaalde periode verstrekt, daarna vindt herkeuring plaats. De waarde van het certificaat valt of staat met de autoriteit van de certificaatgever. Tegenwoordig wordt de term 'accreditatie' gebruikt voor het certificeren van certificerende instanties. De Raad voor Accreditatie stelt spelregels op voor het certificeren door overige instanties.

De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is in het leven geroepen voor het afstemmen van de externe beoordelingssystematiek en de kwaliteitssystemen. Deze stichting ontwikkelt certificatieschema's die uitgaan van ISO-systematiek. Een certificering kan een formele erkenning krijgen als deze is opgesteld volgens het (harmonisatie)model dat de HKZ voor de zorgsector heeft opgesteld. Als een zorgaanbieder een certificaat heeft, hoeft hij niet allerlei uitgebreide externe toetsingen van andere partijen over zich heen te laten komen. Alle partijen hebben kunnen meepraten over de inhoud van de normen.

### *Prestatie-indicatoren*

Prestatie-indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van zorg transparant te maken voor derden en verantwoording af te leggen. Een prestatie-indicator is te beschouwen als een 'meetlat' die een goede indicatie moet geven van de te leveren prestatie. Daarnaast moeten de betrokken partijen de indicatoren kunnen en willen beïnvloeden. Het is belangrijk dat de prestatie-indicatoren zodanig gekozen zijn dat organisaties erop willen sturen om verbeteringen tot stand te brengen. Wanneer de kwaliteit van de te verrichten prestatie transparant kan worden vastgesteld, kunnen meer precieze afspraken worden gemaakt over welke prestaties voor welke prijs kunnen worden verricht. Nadeel van deze methode is dat degene die de informatie moet verzamelen, er ook op wordt afgerekend. Dit stimuleert tot strategisch gedrag bij organisaties die informatie over prestatie-indicatoren moeten leveren. Ook kunnen de overheid, de verzekeraars en beroepsbeoefenaren een verschillend verwachtingspatroon hebben van prestatie-indicatoren<sup>15</sup>. Dit uit zich onder meer in vertraging bij het project Zichtbare Zorg (ZIZO) in de curatieve zorg<sup>16</sup>.

### *Benchmark*

De benchmark is een instrument van en voor organisaties, om via prestatie-indicatoren *best practices* te onderscheiden waarvan de anderen kunnen leren. Er is geen gouden standaard. Zicht op de kwaliteit van organisatie of geleverde diensten wordt louter verkregen door vergelijking. Deze vergelijking dient een tweeledig doel: enerzijds dienen ze de effecten en prestaties van verschillende aanbidders inzichtelijk te maken, anderzijds geven ze beroepsbeoefenaren en managers inzicht in de resultaten van zorgprocessen. Het is geen instrument om de kwaliteit van zorg aan derden te verantwoorden. Organisaties moeten zich belangenvrij en kwetsbaar durven opstellen, zodat zij open data over de samenwerking, de logistieke processen en de resultaten aan elkaar durven te overleggen. Een nadeel van deze methode is dat het derden of financiers niet duidelijk is welke resultaten met de benchmark worden geboekt. Bij een slechte benchmark spreken partijen elkaar niet aan op 'onderpresteren' en is invloed van het instrument op kwaliteitsverbetering beperkt.

---

<sup>15</sup> Ekkelkamp, M. (2011) MONQY inc. voor fraaie sterftcijfers! *Medisch Contact*, nr. 24, 1508.

<sup>16</sup> Maasen, H. (2010) De nieuwe attitude van de dokter. Kwaliteitspionier Richard Grol: 'Helden gebruiken geen checklisten'. *Medisch Contact*, nr. 38, 1922-1925.

### *Instrumenten voor ketensamenwerking*

In deze paragraaf zal per deelgebied worden aangegeven wat er is of wordt ondernomen op het vlak van ketensamenwerking.

### ***Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg***

Zorg voor jeugd is er om cliënten perspectief te bieden, hen te ondersteunen bij het vinden van oplossingen voor hun problemen, of zondig die oplossing in gedwongen kader aan te bieden. Van der Laan<sup>17</sup> geeft aan dat cliënten niet dezelfde verantwoordelijkheden hebben in het jeugdzorgproces als andere partijen. Daarbij komt dat het geen partij is in formele, georganiseerde vorm. Zij zijn ook moeilijk te organiseren vanwege het feit dat het contact met de zorg per definitie tijdelijk is. Daardoor is sprake van een voortdurend verloop van cliënten.

Zoals eerder gesteld benadrukken cliënten en hun ouders qua organisationele aspecten van kwaliteit: meer aandacht voor bereikbaarheid en toegankelijkheid van jeugd(zorg)voorzieningen (dicht bij huis, zonder wachtlijst beschikbaar). Relationele aspecten van kwaliteit zijn zaken als privacy, bejegening en persoonlijke autonomie.<sup>18</sup> Deze invalshoek komt terug in de instrumenten die door jeugdigen worden gebruikt voor het beoordelen van het aanbod, zoals de klachtencommissie, de cliëntenraad en de vertrouwenspersoon. Op één type instrument wordt hier nader ingegaan, de cliëntgestuurde vragenlijst als de C-toets, de EXIT-toets, Q4C etc. Omdat de vragen veelal een subjectieve beoordeling van kwaliteit van bejegening en toegankelijkheid betreffen, is de informatie die het oplevert vooral van belang voor de instelling zelf waarbinnen de vragenlijst is afgenomen. Het is moeilijk via dit type vragenlijsten een oordeel over de kwaliteit van de gehele organisatie te geven en deze te vergelijken met het algeheel oordeel van andere cliënten over een andere instelling. Dit gegeven maakt dat het niet erg is dat er verschillende vragenlijsten bestaan voor het meten van cliëntgerichte kwaliteit van zorg. Als het instrument zelf maar gevalideerd en gecertificeerd is<sup>19</sup>.

De instrumenten die door jeugdigen worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te beoordelen zijn veelal in diverse wetten vastgelegd, die allen een deel van de zorg voor jeugd dekken. Het grootste onderscheid is wetgeving voor jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg) en wetgeving voor de zorg (Zvw, Awbz en Wpg). Hieronder noemen we de belangrijkste instrumenten met wettelijke borging.

#### *Klachtencommissie*

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) verplicht zorgverleners tot het instellen van een klachtencommissie. De klachtencommissie is onafhankelijk. Dit betekent dat ze zich niet mag laten beïnvloeden door de relatie met de zorgverlener. De voorzitter van de klachtencommissie mag niet bij de stichting of zorgverlener werkzaam zijn.

In de Wet op de jeugdzorg is een passage opgenomen dat zowel de bureaus jeugdzorg als de zorgaanbieders verplicht zijn een klachtencommissie in te stellen. De klachtencommissie bestaat uit drie personen die niet werkzaam zijn voor of bij bureau jeugdzorg of de zorgaanbieder.

#### *Cliëntenraad*

Op basis van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) heeft iedere zorgorganisatie een cliëntenraad. De Wmcz (die niet geldt in de

<sup>17</sup> Van der Laan, P. (2007) *Professionaliteit als basis voor kwaliteit en effectiviteit van jeugdzorg*, Amsterdam: Nederlands Studiecentrum voor Criminaliteit en Rechtshandhaving.

<sup>18</sup> Salisbury, C. (1989) How do people choose their doctor? *British Medical Journal*, vol. 299, 608-610.

<sup>19</sup> Salisbury, C., Wallace M., Montgomery A.A., (2010) Patients experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *British Medical Journal*, vol. 341: c5004.

preventieve, geïndiceerde en justitiële jeugdzorg) regelt de status van de cliëntenraad en geeft aan wat zijn rechten en plichten zijn. In de wet is de taak van een cliëntenraad kort omschreven: de cliëntenraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van de jeugdige. Om die belangen te behartigen heeft de cliëntenraad een aantal grondrechten: het recht op informatie, het recht op overleg en het recht om te adviseren. De cliëntenraad kan ook invloed uitoefenen op de samenstelling van het bestuur.

#### *Vertrouwenspersoon*

De Wet op de jeugdzorg stelt dat er vertrouwenspersonen zijn die de cliënten van Bureau jeugdzorg en de zorgaanbieders bijstaat. De vertrouwenspersoon is onafhankelijk en staat naast de cliënt. Het wordt gefinancierd door de overheid. De vertrouwenspersonen zijn niet in dienst bij Bureau jeugdzorg en de zorgaanbieders, maar bij een professionele stichting. Zij geven informatie en advies over rechten binnen de jeugdzorg en is er om te helpen bij het oplossen van problemen en klachten op verzoek van de cliënt.

#### *De Wet cliëntenrechten zorg (Wcz)*

Voor de zorg staat een nieuwe wet op stapel, de Wcz die cliëntenrechten van verschillende wetten vervangt en bundelt in één regeling<sup>20</sup>. De Wcz versterkt de positie van cliënten in de zorg op twee manieren. Allereerst geeft de wet cliënten meer rechten. En op de tweede plaats creëert het wetsvoorstel meer waarborgen voor goede zorg zoals: rechten van cliënten gaan gelden in alle zorgrelaties, dus ook in de langdurige zorg; recht op keuze-informatie; betere afdwingbaarheid van rechten en meer bevoegdheden voor cliëntenraden. De belangen van patiënten binnen instellingen worden beter geborgd, doordat in het bestuur van een zorgaanbieder één bestuurder de portefeuille 'kwaliteit van zorg' krijgt, zorgverleners meer verantwoording aan het bestuur moeten afleggen, het toezicht wordt versterkt, etc.

---

<sup>20</sup> De Wcz moet nog worden besproken in de Tweede en Eerste Kamer.

### 3 Waterdruppelmodel jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) richt zich op de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van de jeugd en stelt de bevordering, bescherming en bewaking hiervan op individueel en populatieniveau centraal. De jeugdgezondheidszorg informeert daarnaast de jeugdige en de ouder over gezond gedrag, signaleert (dreigende) problematiek en zorgt voor adequate behandeling, doorverwijzing of advisering.

Sinds 2003 bieden gemeenten alle 0-19 jarigen in Nederland en hun ouders jeugdgezondheidszorg aan. Deze zorg is vastgelegd in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg<sup>21</sup> en bestaat uit een uniforme en een maatwerk deel. De inhoud van het uniforme deel is in een algemene maatregel van bestuur (AMvB) behorende bij de Wet publieke gezondheid (Wpg) vastgelegd. Gemeenten vullen in samenwerking met de JGZ-organisaties het maatwerk deel in. Het maatwerk deel vult het uniforme deel aan en is afgestemd op de specifieke behoeften van het individuele kind of van groepen jeugdigen. De inhoud van het maatwerk kan daarom per gemeente verschillen. Gemeenten zijn verplicht zowel het uniforme als het maatwerkdeel van het Basistakenpakket aan te bieden. Het Basistakenpakket maakt onderdeel uit van het basismodel van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)<sup>22</sup>.

Het Basistakenpakket heeft als doel uniformiteit van de jeugdgezondheidszorg in heel Nederland en waarborgen bieden voor kwaliteit. Ook moet er dankzij het pakket meer samenhang in het aanbod van de jeugdgezondheidszorg op lokaal niveau komen. Daarmee hangt een ander doel samen: het beter op elkaar laten aansluiten van het lokale jeugdbeleid en de openbare gezondheidszorg. Dat moet er uiteindelijk toe leiden dat de zorg voor jeugdigen van 0 tot 19 een continuüm wordt dat integraal en in samenhang met andere beleidsterreinen wordt geboden. Over de uitvoering van het Basistakenpakket heeft in 2007 een externe evaluatie plaatsgevonden. De resultaten van de evaluatie lieten zien dat met de invoering van een landelijk aanbod voor alle 0-19 jarigen in Nederland de jeugdigen beter in beeld zijn. Dit geeft de mogelijkheid om preventieve programma's in te zetten en de kwaliteit van de vroegsignalering systematisch te verbeteren. Een landelijk vastgesteld aanbod levert ook herkenbaarheid, duidelijkheid en transparantie op voor ouders en jeugdigen.

#### 3.1 De cliënt

De cliënten in de jeugdgezondheidszorg zijn álle jeugdigen van 0-19 jaar woonachtig in Nederland en hun ouders. Het gaat om ongeveer 3,9 miljoen jeugdigen (24% van de totale bevolking). De jeugdgezondheidszorg, beschreven in het uniforme deel van het basistakenpakket, wordt aan al deze jeugdigen en hun ouders actief aangeboden. Daarnaast biedt de jeugdgezondheidszorg extra zorg, begeleiding en ondersteuning aan individuele jeugdigen (of groepen jeugdigen) en hun ouders wanneer een specifiek probleem of risico is vastgesteld. Aan deze (individuele) jeugdigen wordt maatwerk aangeboden in de vorm van bijvoorbeeld cursussen en begeleidingsprogramma's. De invulling van het maatwerk wordt vastgesteld door de gemeenten.

---

<sup>21</sup> Het basistakenpakket JGZ 0-19 jaar bestaat uit de volgende productgroepen: Monitoring en signalering, Inschatten zorgbehoefte, Screening en vaccinaties, Voorlichting, advies, instructie en begeleiding, Beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen, Zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.

<sup>22</sup> Zie <http://www.samenwerkenvoordejeugd.nl>

### 3.2 De beroepsbeoefenaren

#### *Beschrijving beroepsbeoefenaren*

Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door het JGZ-team, bestaande uit (jeugd-)artsen of artsen Maatschappij en Gezondheid, (jeugd-)verpleegkundigen en assistenten. De meeste assistenten zijn opgeleid als doktersassistent. Veel JGZ-organisaties hebben ook een gedragswetenschapper in dienst en sommigen ook een logopedist.

Artsen en verpleegkundigen zijn als beroep opgenomen in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG). Deze wet heeft als doel de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen en te bewaken. De rechten van de cliënt, wanneer sprake is van onzorgvuldig handelen, zijn hierin vastgelegd.

#### *Beroepsverenigingen*

Relevante beroepsverenigingen zijn Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). De beroepsverenigingen stellen de beroeps- en competentieprofielen vast. Ongeveer 75% van de artsen werkzaam in de JGZ is lid van de AJN, 20% van de verpleegkundigen werkzaam in de JGZ is lid van de V&VN en 4% van de doktersassistenten die in de JGZ werkzaam zijn, is lid van de NVDA.

#### *Beroepsprofiel*

Er zijn beroepsprofielen voor jeugdartsen KNMG, artsen Maatschappij en Gezondheid, (jeugd-)verpleegkundigen en doktersassistenten.

#### *Competentieprofiel*

Er zijn competentieprofielen van zowel de jeugdarts KNMG en de arts Maatschappij en Gezondheid als de jeugdverpleegkundige en de doktersassistente.

#### *Opleidingseisen*

Er is geen wetgeving die vereist welke specialistische opleiding artsen en verpleegkundigen moeten hebben afgerond om als arts of verpleegkundige in de jeugdgezondheidszorg te werken. Opleidingseisen voor medisch specialisten worden in Nederland vastgesteld door de beroepsgroepen. De AJN stelt als minimale opleidingseis voor artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg de opleiding en registratie als jeugdarts KNMG. De kwaliteit van de zorgverlening wordt geborgd door het Kwaliteitskader KNMG, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet BIG en de kwaliteitsstandaarden/-normen van de beroepsgroepen.

In de Wpg (artikel 15) staat wel vermeld dat het College van B&W er zorg voor draagt dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen: sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen. In het Besluit publieke gezondheid (art. 17) staat beschreven aan welke eisen deze deskundigen met het oog op de uitvoering van de in artikel 5 van de wet omschreven taak ter zake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen moeten voldoen. De sociaal geneeskundige moet ingeschreven zijn in het Register van Artsen Maatschappij en Gezondheid van de KNMG en opgeleid in de jeugdgezondheidszorg. De deskundige op het terrein van de sociale verpleegkunde is sociaal verpleegkundige en in het bezit van het diploma HBO-V. De deskundige op het terrein van de gedragswetenschappen is universitair opgeleid als psycholoog of pedagoog, dan wel in het bezit van de akte M.O.-B pedagogiek. De eis wordt niet aan individuele artsen gesteld die de jeugdgezondheidszorg uitvoeren.

Om jeugdarts KNMG te worden moeten artsen, na de universitaire opleiding geneeskunde, de tweejarige profielopleiding JGZ volgen. Deze profielopleiding is de eerste fase van de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid. Wanneer artsen ook de tweede fase van de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid afronden kunnen zij zich Arts Maatschappij en Gezondheid (arts M&G)

noemen. In de tweede fase van de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid staan beleid & management, werkveld & innovatie en wetenschappelijk onderzoek centraal. Arts M&G is één van de drie Sociaal Geneeskundig Specialisten (de andere twee zijn: bedrijfsartsen en verzekeringsartsen).

De beroepsgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor de inrichting van medisch-specialistische vervolgoopleidingen, de minister van VWS heeft hierover inhoudelijk geen zeggenschap.

Niet alle artsen voldoen op dit moment aan de opleidingseis van de AJN en werken als AGNIO (assistent geneeskunde niet in opleiding) in de jeugdgezondheidszorg. Bijvoorbeeld omdat zij het werk tijdelijk doen, ze een te klein dienstverband hebben, ze wachten op een opleidingsplaats of omdat ze alleen als waarnemer werken. In de praktijk is het zo dat elke uitvoerende arts in de jeugdgezondheidszorg minimaal de introductiemodule van de profielopleiding JGZ volgt.

Jeugdverpleegkundigen zijn wijkverpleegkundigen en sociaalverpleegkundigen (Hbo-verpleegkundigen) die werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg. Binnen de verpleegkundige opleidingsstructuur zijn HBOV opgeleide verpleegkundigen de hoogste opgeleide verpleegkundige op kwalificatieniveau 5. Deze verpleegkundigen zijn direct inzetbaar in de uitvoeringspraktijk. Een aanvullende opleiding is niet nodig, een korte introductie cursus is voldoende. Wel dienen startende jeugdverpleegkundigen één jaar praktijkbegeleiding te krijgen door een ervaren collega. Verpleegkundigen kunnen tijdens de HBO-V opleiding een minor volgen op het gebied van jeugd, als ze dat gedaan hebben staat dat als aantekening op het diploma vermeld.

Na de vierjarige bachelor HBO-V kunnen verpleegkundigen een tweejarige master volgen. Er zijn vier specialisaties, één daarvan is verpleegkundig specialist preventie. Deze verpleegkundigen zijn ook als zodanig geregistreerd in het BIG register. Er werken steeds meer verpleegkundig specialisten preventie in de JGZ. Sommige jeugdverpleegkundigen hebben een verdiepende post-Hbo opleiding jeugdgezondheidszorg gevolgd.

Doktersassistenten hebben een mbo-opleiding Doktersassistent gevolgd.

#### *(Her-)Registratie in beroepsregister*

Artsen en verpleegkundigen zijn wettelijk verplicht zich te registreren in het BIG-register. Voor verpleegkundigen geldt een wettelijk verplichte beroepsherregistratie in het BIG-register. Er zijn 2 afzonderlijke criteria voor herregistratie: werkervaring óf een scholingseis. De criteria voor herregistratie zijn in nauw overleg vastgesteld met de beroepsorganisaties en werkgevers- en werknemersorganisaties. Voor basisartsen geldt nog geen wettelijke eis van herregistratie. De datum waarop deze wettelijke eis ook voor hen gaat gelden is nog niet bekend.

Doktersassistenten zijn als beroep niet opgenomen in de Wet BIG; voor hen geldt dus geen wettelijk verplichte registratie in het BIG-register. Zij voeren hun taken uit onder verantwoordelijkheid van een arts.

Jeugdartsen zijn tevens als jeugdarts KNMG geregistreerd bij de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC) van de KNMG. Jeugdartsen zijn verplicht zich vijfjaarlijks te herregistreren, anders worden zij uit het register verwijderd. De criteria voor herregistratie houden minimaal 8 uur per jaar intercollegiale toetsing in en minimaal 20 uur relevante geaccrediteerde bij- en nascholing en daarnaast nog 12 uur overige deskundigheidsbevorderende activiteiten (in totaal 40 uur per jaar).

Artsen M&G staan als Arts M&G geregistreerd in het BIG-register en bij de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC) van de KNMG. Voor hen geldt eveneens een verplichte vijfjaarlijkse herregistratie.

Verpleegkundigen kunnen zich, naast de registratie in het BIG-register, tevens registreren in het Kwaliteitsregister Verpleegkundigen en Verzorgenden van de

V&VN. Bij de ontwikkeling hiervan heeft de beroepsgroep patiënten, opleiders, werkgevers, vakbonden en zorgverzekeraars betrokken. Deze partijen hebben gezamenlijk de koers uitgezet naar een register dat helder maakt wat je als verpleegkundige of verzorgende aan deskundigheidsbevorderende activiteiten moet doen om steeds goede kwaliteit van zorg te kunnen bieden. In het Kwaliteitsregister V&V is opgenomen op welke gebieden verpleegkundigen en verzorgenden hun deskundigheid bij zouden moeten houden en in welke omvang. Dit wordt de professionele standaard genoemd. Om voor herregistratie in aanmerking te komen moet men hieraan voldoen. De IGZ gebruikt deze professionele standaard bij hun toezicht. Het register van de eigen beroepsgroep bevat onder meer een digitaal portfolio. In het Kwaliteitsregister V&V staat het geaccrediteerde scholingsaanbod vermeld. Sinds 24 augustus 2009 bestaat het deskundigheidsgebied Jeugdverpleegkunde. Dit deskundigheidsgebied is een gezamenlijk initiatief van V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen en V&VN Verpleegkundigen Openbare Gezondheidszorg. Het biedt jeugdverpleegkundigen de mogelijkheid om hun eigen, specifieke deskundigheid zichtbaar te maken in het Kwaliteitsregister V&V. Jeugdverpleegkundigen, die ingeschreven zijn in het Kwaliteitsregister, kunnen zich zonder extra kosten inschrijven in het deskundigheidsgebied. Om in het kwaliteitsregister te blijven staan (herregistratie), moet je als verpleegkundige over een periode van 5 jaar 184 uur scholing volgen. Hiervan moet 100 uur aantoonbaar zijn. Van deze 100 uur moet 40 uur geaccrediteerde scholing zijn.

De Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) is voornemens een kwaliteitsregister op te zetten, waar doktersassistenten zich op vrijwillige basis kunnen registreren.

#### *Financiering scholing*

Beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg zijn werkzaam bij een GGD of een zorgorganisatie. Voor hen geldt respectievelijk de CAO gemeentebestuur en de CAO VVT (Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg). In de CAO gemeentebestuur is opgenomen dat gemeentebestuurders een individueel loopbaan budget krijgen. Over de hoogte en de voorwaarden worden in het najaar van 2010 nadere afspraken gemaakt. In de CAO VVT is opgenomen dat door de instelling een opleidingsplan moet worden opgesteld en voor de uitvoering ervan minimaal 3% van de loonsom van de instelling beschikbaar moet zijn. In de CAO Thuiszorg is tevens opgenomen dat de kosten voor herregistratie van sociaal geneeskundigen vergoed dienen te worden (art. 9.6 CAO VVT2008-2010).

#### *Opleidingsfonds zorg van het Ministerie van VWS*

Het Opleidingsfonds zorgt ervoor dat per zorgopleiding voldoende specialisten worden opgeleid, van de beste kwaliteit, voor een redelijke prijs. Het fonds regelt de bekostiging van opleidingen tot bijvoorbeeld jeugdarts, chirurg, radioloog, SEH-arts, psychiater of psychotherapeut en vanaf 2012 ook de tweede fase van de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid. De opleidingsplaatsen worden verdeeld over de opleidende zorginstellingen op basis van transparantie, toetsbare criteria, kwaliteit en gelijkwaardigheid van opleidingsinstellingen. Daarnaast moet het fonds marktverstoring voorkomen.

#### *Beroepscode*

De beroepsgroepen hebben beroepscode opgesteld voor artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.

#### *Tuchtrecht*

Op grond van de wet BIG is het wettelijk tuchtrecht van toepassing op de artsen en verpleegkundigen. Een patiënt die vindt dat een zorgverlener in gebreke blijft, kan een klacht indienen bij een regionaal tuchtcollege voor de gezondheidszorg. Dit is geregeld in de Wet BIG en in het Tuchtrechtbesluit.

### 3.3 Instrumenten

#### *Kennisinstituten*

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (voorheen RIVM/Centrum Jeugdgezondheid) is het landelijk kennis- en expertisecentrum voor de jeugdgezondheid aangaande de gezonde ontwikkeling van kinderen. De stichting heeft als doel bij te dragen aan de ontwikkeling, borging en professionalisering van de jeugdgezondheidszorg in de ruimste zin van het woord. Het NCJ en het NJi zetten zich in voor het optimaliseren van de kansen voor de jeugd in Nederland om zo gezond en veilig mogelijk op te groeien en speelt daarbij in op trends en maatschappelijke ontwikkelingen (Beleidsprogramma Nederlands Centrum Jeugdgezondheid 2010-2015). De ondersteuning van het NCJ spitst zich toe op de volgende werkvelden:

- Herinrichten van het primaire proces van de jeugdgezondheidszorg op ketensamenwerking;
- Herpositionering van de Publieke Zorg voor de jeugd als geheel in het perspectief van de CJG-vorming en de stelselwijziging jeugd;
- Interdisciplinaire samenwerking van professionals werkzaam voor de jeugd.

Het NCJ vormt de verbindende schakel tussen beleid en wetenschap, onderwijs en de uitvoeringspraktijk. Voor het onderdeel opvoeden en opvoedingsondersteuning is het NJi het kennisinstituut.

ZonMw ontwikkelt onder meer kennis op het gebied van jeugd. Er zijn meerdere programma's gericht op jeugd, die relevant zijn voor de jeugdgezondheidszorg, te weten: Richtlijnen Jeugdgezondheid, Zorg voor Jeugd, Diversiteit in het Jeugdbeleid, Vrijwillige inzet voor en door Jeugd en Gezin, Academische Werkplaatsen Jeugd en het programma Vernieuwing uitvoeringspraktijk jeugdgezondheidszorg.

#### *Het programma Jeugd en Gezondheid van TNO Kwaliteit van Leven*

Het programma Jeugd en Gezondheid van TNO Kwaliteit van Leven richt zich op het genereren van kennis ten behoeve van het uniforme deel van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Het zwaartepunt ligt bij het ontwikkelen van kennis voor de ontwikkeling van richtlijnen.

#### *Overige kennisinstituten/universiteiten/hogescholen*

Ook ander kennisinstituten/universiteiten, zoals het Nederlands Jeugdinstituut, het RIVM/Gezond Leven, het Voedingscentrum, het Trimbosinstituut en het Kenniscentrum Overgewicht, leveren kennis die gebruikt kan worden om de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg te verbeteren. Hoogleraren jeugdgezondheidszorg of sociale geneeskunde en universitaire hoofdocenten zijn actief op het terrein van de jeugdgezondheidszorg aan de VuMC, UMC Groningen, Erasmus universiteit, Universiteit van Twente, TNO/Universiteit van Leiden en de Universiteit van Maastricht. Daarnaast zijn er academische werkplaatsen waarbij universiteiten samenwerken met JGZ-instellingen om praktijkgericht onderzoek in de jeugdgezondheidszorg te genereren. Vooral nog zijn er bij de hogescholen nog geen lectoren jeugdgezondheidszorg aangesteld.

#### *Effectiviteitsonderzoek*

In het Basistakenpakket zijn 38 activiteiten opgenomen waarvan de effectiviteit (deels) bewezen is. Hieronder vallen de vaccinaties, screeningsprogramma's (op onder andere hartafwijkingen, heupdysplasie, gehoorstoornissen, gezichtsvermogen en amblyopie) en adviezen ter preventie van overgewicht, wiegendood en veiligheid, cariës, preventie van passief roken, zindelijkheid, borstvoeding en vitaminegebruik<sup>23</sup>. Van de overige taken is zeer aannemelijk dat ze effectief zijn, maar dit moet nog door wetenschappelijk onderzoek worden

---

<sup>23</sup> Marijke van Keulen (2010), *JGZ een gigantisch effect voor een prikkie* (23 augustus 2010). Zie ook T. Dunnink, RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (mei 2010): *Overzicht richtlijnen en landelijke werkdocumenten voor de jeugdgezondheidszorg*.

bevestigd. De gezondheidswinst die door de interventies behaald wordt, is groot. Door bijvoorbeeld de hielprikscreening zullen jaarlijks gemiddeld 177 kinderen tijdig onderkend worden en daardoor niet overlijden of gehandicapt raken<sup>24</sup>.

#### *Databanken*

De jeugdgezondheidszorg maakt gebruik van de databanken Effectieve Jeugdinterventies, Databank Na- en Bijscholing, Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden en de Databank Gezond Leven Interventies (zie bijlage 2).

#### *Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheid*

Ook de invoering van digitale dossiers in de Jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) heeft tot doel de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg te verbeteren. Vervangen van de papieren dossiers door digitale dossiers zorgt voor meer uniform registreren en maakt dat professionals binnen de jeugdgezondheidszorg dossiers beter aan elkaar kunnen overdragen als bijvoorbeeld een kind verhuist. Hierdoor kunnen zij kinderen beter volgen en risico's sneller signaleren. Vanaf 1 juli 2010 is de digitaliseringsplicht van kracht die is opgenomen in de Wet publieke gezondheid. Voor uniforme registratie heeft het veld de basisdataset (BDS) opgesteld. Per ministeriële regeling zijn nadere eisen gesteld aan de te gebruiken software. De regeling geeft gemeenten opdracht er voor te zorgen dat in de softwarepakketten een actuele versie van de BDS voor uniforme registratie is opgenomen en een standaard overdrachtsbericht. De regeling is per 1 oktober 2010 van kracht. Digitaal registreren maakt het ook beter mogelijk om geanonimiseerde gegevens te gebruiken voor onderzoek en beleidsinformatie op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Hiermee kunnen ontwikkelingen worden gesignaleerd waarmee de jeugdgezondheidszorg kan worden verbeterd. Door het NCJ zal worden getoetst welke gegevens bruikbaar zijn voor onderzoek en beleid en op welke manier ze veilig beschikbaar kunnen worden gesteld.

#### *Handreiking samenwerking huisarts-JGZ en LESA's*

Eind 2008 hebben de AJN, de NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) en de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) de Handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg uitgebracht. In deze handreiking staan aanbevelingen om de relatie tussen de huisartsenvoorziening en de jeugdgezondheidszorg te verbeteren. De aanbevelingen uit de handreiking worden uitgewerkt in vijf Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). LESA's zijn landelijke afspraken die lokaal samenwerken tussen huisartsen en andere eerstelijns zorgverleners stimuleren. Een LESA wordt ontwikkeld door een werkgroep van deskundige vertegenwoordigers namens de betrokken beroepsgroepen. In elke LESA staan aanbevelingen voor samenwerking en suggesties voor lokaal overleg tussen betrokken zorgverleners op basis waarvan werkafspraken over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg worden geformuleerd. Het uiteindelijke doel van een LESA is om de cliënt/patiënt een herkenbaar, eenduidig beleid en continuïteit in zorg te bieden oftewel ketenzorg. De ontwikkeling van LESA's is in 2003 gestart. Een aantal LESA's, waar ook de jeugdgezondheidszorg bij betrokken is, zijn inmiddels opgeleverd. Het gaat om de LESA "Visuele stoornissen bij kinderen en jongeren", de LESA "kindermishandeling" en de LESA 'Enuresis nocturna'. LESA's op het gebied van heupproblemen bij zuigelingen en groeiproblemen bij kinderen van 0-19 jaar zijn in voorbereiding.

#### *Richtlijnen*

De jeugdgezondheidszorg maakt steeds meer gebruik van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de uitvoering van het basistakenpakket JGZ. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) voert de regie op ontwikkeling,

---

<sup>24</sup> S.P. Verloove-Vanhorick, S.A. Reijneveld (2007), Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. *TSG*, 7, 371.

implementatie, beheer en onderhoud van de richtlijnen<sup>25</sup>. De richtlijnen worden inhoudelijk vastgesteld door de relevante beroepsverenigingen. Richtlijnontwikkeling wordt ondersteund door het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheid. Het ministerie van VWS heeft ZonMw op 26 juli 2011 gevraagd een programmastudie uit te voeren voor de onderbouwing van een vervolprogramma Richtlijnen jeugdgezondheid 2013-2018. De JGZ-Richtlijnen worden ontwikkeld volgens de EBRO-methode (*Evidence based* richtlijn ontwikkeling). Dit houdt in dat er op systematische wijze gezocht is naar bewijs uit de literatuur en dat dit transparant is onderzocht. Als er onvoldoende bewijsmateriaal beschikbaar is, en dat komt geregeld voor, zal toch een antwoord gegeven moeten worden op de uitgangsvraag. Hierbij zal dan de mening van en de consensus tussen de verschillende experts de doorslag geven. De methode wordt dan nog steeds *evidence based* genoemd. De term '*evidence based* richtlijn' zegt dus met name iets over de methode en niet zozeer over de hardheid van de aanbevelingen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, november 2007). Op dit moment (augustus 2010) zijn er 11 JGZ-richtlijnen gepubliceerd en 10 in ontwikkeling. Daarnaast zijn ook nog 16 landelijk geaccepteerde werkdocumenten (voorbeelden: 'signaleringsprotocol overgewicht', 'standpunt signalering van taalachterstanden' 'handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg' en 'handleiding Hoe was uw jeugd'). Een overzicht is te vinden op de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid ([www.ncj.nl](http://www.ncj.nl)) en tevens op de Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden ([www.nji.nl/dirk](http://www.nji.nl/dirk)).

### 3.4 Organisaties

De uitvoeringsorganisaties in de jeugdgezondheidszorg zijn GGD'en (op dit moment 28) en zorgorganisaties (ongeveer 42).

#### *Certificering*

Alle zorgorganisaties die de jeugdgezondheidszorg uitvoeren zijn HKZ-gecertificeerd en reeds 24 GGD'en. De PDCA-cyclus wordt gebruikt als basis voor het HKZ-certificatieschema. De stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) is een kwaliteitsinstituut en stelt, op verzoek van de brancheorganisaties samen met de branche, kwaliteitsnormen op voor een groot aantal branches in Zorg en Welzijn. Zij doen dit samen met een groot aantal deskundigen vanuit zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en zorgaanbieders die hun input leveren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt er in zijn toezicht rekening mee of organisaties wel of niet gecertificeerd zijn op grond van het HKZ-schema JGZ 0-19jaar. In het kader van Beter Voorkomen hebben Actiz en GGD Nederland de invoering van HKZ certificering gefaciliteerd, maar HKZ-certificering is geen lidmaatschapsverplichting voor de leden van ActiZ.

#### *Indicatoren IGZ*

De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet BIG. Daarnaast houdt de IGZ toezicht op grond van het bestaand wettelijk kader in de Wet publieke gezondheid en de bestaande veldnormen, waaronder richtlijnen.

In oktober 2010 is de nieuwe basisset indicatoren Publieke Gezondheid bestemd voor het toezicht op de publieke gezondheid door de IGZ verschenen. De indicatoren voor de jeugdgezondheidszorg hebben betrekking op overgewicht, bereik, signalering kindermishandeling, psychosociale problemen en oordeel dienstverlening JGZ 0-4 jaar. De belangrijkste bronnen voor de indicatoren jeugdgezondheidszorg zijn de Monitor Jeugdgezondheid en het digitaal dossier JGZ (DD JGZ). Voor de uniformering van de gegevensverzameling via de monitor zijn

---

<sup>25</sup> RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (2007), *Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg (over procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg)*, Bilthoven.

landelijke afspraken gemaakt over de wijze van uitvragen en analyse. Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid ontwikkelt en beheert de Basisdataset (BDS) van het DD JGZ. De inspectie en het RIVM gaan na of de benodigde items om de indicatoren te kunnen verzamelen in de BDS staan of nog hierin kunnen worden opgenomen. Een registratieprotocol zal waarschijnlijk in november 2010 gereed zijn.

In 2008 heeft de IGZ het thematisch toezicht jeugdgezondheidszorg uitgevoerd. In april 2009 is hierover het rapport 'De jeugdgezondheidszorg in beweging' verschenen. De inspectie herhaalt het thematisch onderzoek in 2011. Ten behoeve hiervan is op basis van het genoemde rapport het toetsingskader en normering Thematisch Toezicht Jeugdgezondheidszorg 2011 opgesteld.

#### *Het programma Zichtbare Zorg*

Het Programma Zichtbare Zorg van het ministerie van VWS ondersteunt de zorgsectoren bij het inzichtelijk maken van de door hen geleverde kwaliteit van zorg. In het kader van dit programma wordt door zorgaanbieders, verzekeraars, cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) samengewerkt aan de totstandkoming van prestatie-indicatoren.

#### *Benchmark JGZ 0-19*

In het kader van het ZonMw programma Beter Voorkomen is de benchmark voor de Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar ontwikkeld. Met deze benchmark willen ActiZ en GGD Nederland het mogelijk maken dat organisaties inzicht krijgen in de kwaliteit van de verleende zorg. Het geeft informatie over de prestaties, afgezet tegen die van anderen en tegen de eigen, interne kwaliteitsnormen. Het is vooral een instrument om een feedbackcyclus tussen de abstracte indicaties en de levende praktijk van de jeugdgezondheidszorg te realiseren. De JGZ-benchmark is samengesteld uit vier bouwstenen: zorguitkomsten, cliënttevredenheid (CQ-index), financiële prestaties en medewerkertevredenheid. De basisset zorguitkomsten JGZ (februari 2008) bestaat uit de volgende thema's: opvoedproblemen 0-19, overgewicht 0-19, roken 4-19, overdracht na 4 jaar, alcoholgebruik 4-19, vaccinaties 0-4.

#### *Lokale en Nationale Monitor Gezondheid*

GGD Nederland, ActiZ en RIVM zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid. De monitor Jeugdgezondheid is hier een onderdeel van. Deze partijen hebben in een samenwerkingsovereenkomst en bijbehorend gebruikersreglement afspraken gemaakt over het gebruik van de verzamelde data voor het uitvoeren van lokale en nationale surveillancetaken. In de toekomst is het mogelijk dat geïnteresseerden die (wetenschappelijk) onderzoek willen uitvoeren met de landelijke data een verzoek indienen bij de registratiecommissie.

Via de website [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl) kunnen GGD'en en zorginstellingen hun regionale onderzoeksresultaten eenvoudig toevoegen en vergelijken met (landelijke) referentiecijfers. Vergelijking van gegevens is mogelijk door het gebruik van de gezamenlijk vastgestelde standaardvraagstellingen. Er zijn standaard vragen voor verschillende indicatoren Jeugdgezondheid, Volksgezondheid en Gezondheid Ouderen beschikbaar. Voorbeelden van uitkomsten op het gebied van de jeugdgezondheid zijn het percentage jeugdige rokers, het percentage jeugdigen met psychosociale problemen en met overgewicht. De resultaten van de monitors ondersteunen het landelijke en lokale gezondheidsbeleid.

#### *Regieraad Kwaliteit van Zorg en het Kwaliteitsinstituut*

De Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft de taak kwalitatief goede zorg te stimuleren. Kwalitatief goede zorg is cliëntgericht, veilig, effectief, op tijd, transparant en doelmatig. De Raad wil dit bereiken door meer structuur en aansturing te geven in het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen voor zorgverlening. De activiteiten van de Regieraad omvatten het hele zorgveld, dus preventieve, curatieve en langdurige zorg en toepassing van geneesmiddelen en medische technologie. Ook de zorg die buiten de Zorgverzekeringswet en AWBZ

valt. De Regieraad richt zich op richtlijnontwikkeling en -implementatie met specifieke aandacht voor het cliënten/patiëntenperspectief, veiligheid en doelmatigheid. De daadwerkelijke ontwikkeling en implementatie van richtlijnen blijft een taak van de betrokken veldpartijen. Deze regieraad zal naar verwachting opgaan in het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg. Doel van dit instituut is de kwaliteit van de zorg te vergroten en daarmee onnodige kosten vermijden en terugdringen.

### **Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg**

#### *CQ-index*

De CQ-index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. Het basisontwerp voor CQI meetinstrumenten is ontwikkeld door het NIVEL in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. De vragenlijst gericht op de jeugdgezondheidszorg is tot stand gekomen in samenwerking met ActiZ en GGD Nederland.

#### *Cliëntenraad*

Op basis van de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) moet iedere zorginstelling (organisatie) (als privaatrechtelijke rechtspersoon) een cliëntenraad hebben. Een GGD heeft geen cliëntenraad, omdat een GGD geen zelfstandige rechtspersoon is, maar een dienstonderdeel van de gemeente (publiekrechtelijke rechtspersoon).

#### *Klachtencommissie*

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) verplicht zorgverleners tot het instellen van een klachtencommissie. Dit geldt zowel voor zorgorganisaties als voor GGD-en, voor zover het gaat om taken gericht op het verlenen van zorg aan cliënten.

## 4 Waterdruppelmodel lokaal preventief jeugdbeleid

Jeugdigen en ouders met *lichtere* opgroei- en opvoedvragen kunnen een beroep doen op opvoed- en opgroeiondersteuning in het kader van het lokaal preventief jeugdbeleid (Wet maatschappelijke ondersteuning, prestatieveld 2). De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij gemeenten. Voor het realiseren van een sluitend hulpaanbod voorafgaand aan de provinciale jeugdzorg zijn de VNG, IPO, Rijk en MOgroep in 2003 vijf functies overeengekomen die het lokaal preventief jeugdbeleid moet kunnen vervullen<sup>26</sup>:

- informatie aan ouders, kinderen en jongeren over opvoeden en opgroeien;
- signalering van problemen (door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs);
- toegang tot het (gemeentelijke) hulpaanbod, beoordeling en toeleiding, onder andere door de beschikbaarheid van een sociale kaart voor ouders, kinderen, jongeren en verwijzers;
- licht pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals (school)maatschappelijk werk en coaching van jongeren;
- coördinatie van zorg op lokaal niveau (bv gezinscoaching).

In dit kader vallen de pedagogische basisvoorzieningen en jongerenwerk niet onder de definitie van lokaal preventief jeugdbeleid, maar dit zijn wel belangrijke partners als het gaat om opvoeden en opgroeien.

### *Wettelijk kader*

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor lokaal preventief jeugdbeleid is wettelijk verankerd in prestatieveld 2 van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die in 2007 van kracht is geworden<sup>27</sup>. De Wmo is gebaseerd op een aantal wetten: de Welzijnswet (inmiddels opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning), de Wet Collectieve Preventieve Volksgezondheid (inmiddels Wet publieke gezondheid), onderwijswetgeving in verband met VVE/onderwijsachterstanden en de Leerplicht/RMC-functie<sup>28</sup>.

Prestatieveld 2 van de Wmo richt zich specifiek op het beleidsterrein jeugd: *'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden'*. Volgens de memorie van toelichting dienen gemeenten op dit beleidsterrein te voorzien in bovengenoemde vijf functies van het lokaal preventief jeugdbeleid. De invulling van deze functies kan ook vallen onder het maatwerk-deel van het Basistakenpakket JGZ (zie vorige hoofdstuk) op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Een voorbeeld van lokaal preventief jeugdbeleid dat vanuit het JGZ-maatwerk wordt aangeboden is het programma Stevig Ouderschap.

### *Centrum voor Jeugd en Gezin*

In het beleidsprogramma 'Alle kansen voor alle kinderen' (2007) van het voormalig Programmaministerie voor Jeugd en Gezin stond dat alle gemeenten eind 2011 een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) moeten hebben gerealiseerd. Hiervoor geldt het basismodel CJG<sup>29</sup> zoals in 2007 opgesteld door het Rijk, VNG, IPO, GGD Nederland, ActiZ en de MOgroep. Volgens het basismodel CJG bundelt een Centrum voor Jeugd en Gezin de vijf Wmo-functies van prestatieveld 2, het basistakenpakket van de Jeugdgezondheidszorg en zorgt het voor een schakel met bureau jeugdzorg en de Zorg-en Advies Teams. Belangrijke uitgangspunten in de werkwijze van het CJG zijn vraaggericht werken en het versterken van de eigen kracht van jeugdigen, gezinnen en hun sociale omgeving. Bij meervoudige problematiek geldt bovendien dat zorg integraal wordt aangeboden via het principe van één gezin, één plan. Professionals en instellingen stellen het belang

<sup>26</sup> Brief aan de Tweede Kamer, 18 juni 2003, vergaderjaar 2002-2003, 28 606, nr.8

<sup>27</sup> Memorie van toelichting Wmo, Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30 131, nr. 3

<sup>28</sup> Brief aan de Tweede Kamer, 13 oktober 2004, vergaderjaar 2004-2005, 28 606, nr 24

<sup>29</sup> Factsheet het Centrum voor Jeugd en Gezin, 2007

van de jeugdige voorop en niet het belang van hun organisatie. Dit betekent ook dat jeugdigen en ouders actief betrokken worden bij hun hulpverleningstraject. Met het *wetsvoorstel Centra voor Jeugd en Gezin*<sup>30</sup> (in 2009 naar de Tweede Kamer gestuurd, maar nog niet plenair behandeld) worden gemeenten verplicht om Centra voor Jeugd en Gezin te realiseren en is de taak van gemeenten wettelijk vastgelegd om sluitende afspraken in de jeugdketen te maken.

#### *Regionale aanpak kindermishandeling*

De regionale aanpak kindermishandeling (gebaseerd op de RAAK-methode) is onderdeel van het actieplan aanpak kindermishandeling 'Kinderen veilig thuis' van het ministerie van VWS. Binnen de regionale aanpak kindermishandeling wordt in 35 regio's gewerkt aan een sluitende aanpak van kindermishandeling op regionaal niveau. In iedere regio wordt de aanpak gecoördineerd door een centrumgemeente. De regionale samenwerking tussen betrokken instellingen komt tot uiting in een aantal producten: een werkplan waarin de centrumgemeenten concrete prioriteiten benoemt, een handelingsprotocol en een scholingsplan om te zorgen dat relevante professionals worden geschoold in signaleren, handelen en samenwerken. In 2011 hebben alle centrumgemeenten deze producten gereed. Hiervoor is in 2011 vanuit VWS een eenmalige bijdrage van 50.000 euro beschikbaar gesteld via het gemeentefonds. Hierbij is ook aandacht gevraagd voor de verankering van de regionale aanpak binnen de centrumgemeenten. In een nieuw actieplan, dat in najaar 2011 verschijnt, zal ook aandacht besteed worden aan de verankering van de regionale aanpak kindermishandeling.

#### **4.1 De cliënt**

Het beleidsterrein 'op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden' uit de Wmo heeft betrekking op de in een gemeente wonende jeugdigen – en in voorkomende gevallen hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico als het gaat om ontwikkelingsachterstand of uitval zoals schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de Jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden. Dit beleidsterrein geldt als aanvulling op in andere wetgeving, zoals de Wpg en de Leerplichtwet, vastgelegde taken<sup>31</sup>.

#### **4.2 De beroepsbeoefenaren**

##### *Beschrijving beroepsbeoefenaren*

Lokaal preventief jeugdbeleid kan door verschillende beroepsbeoefenaren uit verschillende disciplines worden uitgevoerd, namelijk vanuit de (jeugd)welzijn en maatschappelijke dienstverlening, de jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Het gaat dan om bijvoorbeeld sociaal agogen (zoals (school-)maatschappelijk werkers, sociaal pedagogische hulpverleners, HBO-pedagogen), jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, preventiewerkers en gedragswetenschappers. Deze professionals zijn in dienst van verschillende organisaties, zoals een zorgorganisatie, GGD, welzijnsinstelling of een instelling voor maatschappelijke dienstverlening. Soms kan een medewerker ook werken bij bureau jeugdzorg, instellingen voor jeugdzorg, onderwijs, GGZ en verslavingszorg.

In dit hoofdstuk worden de kwaliteitsinstrumenten beschreven vanuit de sector (jeugd)welzijn en maatschappelijke dienstverlening. Ook relevante instrumenten die ontwikkeld zijn/worden in het kader van de ontwikkeling van de Centra voor

<sup>30</sup> Wijziging van de Wet op de jeugdzorg in verband met het opnemen van een gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugdketen, Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 977, nr. 3.

<sup>31</sup> Memorie van toelichting Wmo, Tweede Kamer, 2004-2005, 30 131, nr.3

Jeugd en Gezin komen in dit hoofdstuk aan de orde. De instrumenten voor verbetering van de professionaliteit en kwaliteit van beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg zijn reeds besproken in het vorige hoofdstuk. Hier wordt (vooral nog) niet specifiek ingegaan op ontwikkelingen binnen de gezondheidsbevordering omdat het huidige tijdspad het niet toeliet om hierover alle complete informatie tijdig op een rij te zetten.

#### *Beroepsverenigingen*

Relevante beroepsverenigingen binnen het jeugd welzijn en de maatschappelijke dienstverlening zijn: de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkenden (NVMW – HBO-beroepsbeoefenaren), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO). De beroepsvereniging Phorza (sociaal agogen MBO/HBO) is in 2011 opgeheven. Leden van Phorza kunnen lid worden van de NVMW.

Phorza had een functiegroep opvoedondersteuning opgezet. Deze functiegroep wil de kwaliteit van de uitvoering van opvoedondersteuning op alle niveaus (MBO/HBO/Universitair) binnen alle werksoorten (Jeugdgezondheidszorg, Maatschappelijk werk, Zelfstandig gevestigd pedagogen etc.) verhogen. Bij het verhogen van de kwaliteit richt de functiegroep zich specifiek op de professional. De functiegroep streeft naar het vaststellen van standaarden op het gebied van competenties, vaardigheden, kennis, houding en visie en zoekt naar manieren om de kwaliteit te borgen (bijvoorbeeld door het vaststellen van beroeps codes etc.). Ook bespreekt zij inhoudelijke en organisatorische thema's die gericht zijn op het versterken van de beroepsuitoefening. De werkgroep van deze functiegroep is sinds het opheffen van Phorza, buiten enig verenigingsverband nog wel actief. Op dit moment is nog onbekend of (en in welke vorm) de functiegroep binnen de NVMW gecontinueerd wordt.

#### *Beroepsprofielen*

De beroepsvereniging NVMW heeft een beroepsprofiel voor maatschappelijk werkers vastgesteld, waarin tevens algemene competenties voor maatschappelijk werk zijn opgenomen. Daarnaast bestaan er beroepsprofielen voor sociaal agogen, voor kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagogen.

#### *Competentieprofielen*

De beroepenstructuur voor zorg en welzijn<sup>32</sup>, die beheert wordt door Movisie, bevat onder meer de beroeps competentieprofielen maatschappelijk werker, gezinscoach, pedagogisch werker en beroepskracht bureau jeugdzorg. Deze beroeps competentieprofielen zijn gelegitimeerd door de sociale partners. Het nieuwe competentieprofiel Jeugdzorgwerker (met landelijk uitstroomprofiel jeugdzorgwerker) maakt ook deel uit van deze beroepenstructuur. Deze profielen zijn te vinden op [www.competentieweb.nl](http://www.competentieweb.nl). Competentieweb geeft alle taken, keuzes en dilemma's en competenties van beroepskrachten in zorg en welzijn weer. Competentieweb is van toepassing op de branches welzijn & maatschappelijke dienstverlening, jeugdzorg, kinderopvang en gehandicaptenzorg.

Daarnaast bestaat er een competentieprofiel school maatschappelijk werker. Dit is een specialisatie van het beroepsprofiel maatschappelijk werk van de NVMW. Voor WO-opleidingen is een competentieprofiel voor de gedragswetenschapper in de jeugdzorg beschikbaar.

Met de komst van Centra voor Jeugd en Gezin krijgen bepaalde competenties steeds meer nadruk. De competenties die in relatie staan tot de doelen van het CJG zijn door het NJi en Movisie - in nauwe samenwerking met relevante beroepsverenigingen en brancheorganisaties - benoemd en ingedeeld in vijf

---

<sup>32</sup> Vlaar, P. et al. (2006) *Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches Welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang*, Utrecht: NIWZ.

clusters: vraaggericht werken, klantversterkend werken, omgevingsgericht werken, samenwerkinggericht werken en werken in een netwerkorganisatie<sup>33</sup>.

#### *(Her)registratie in beroepsregister*

Alle op HBO-niveau functionerende sociaalagogen en maatschappelijk werkers kunnen zich vrijwillig registreren in het beroepsregister van agogisch en maatschappelijk werkers (BAMw). Er zijn ongeveer 2.000 geregistreerde maatschappelijk werkers en sociaal agogen. Deze beroepsbeoefenaren mogen zich geregistreerd maatschappelijk werker of geregistreerd agoog noemen. Bovendien kunnen zij die zijn toegelaten tot een specialisatie (te weten bedrijfsmaatschappelijk werk, GGZ-agoog en orthopedagogiek) zich profileren met het keurmerk BAMw binnen de werksector waarin zij werkzaam zijn.

Voor toelating en herregistratie toetst het BAMw op opleiding, werkervaring en reflectie. Herregistratie vindt iedere vijf jaar plaats. Zij moeten registerpunten halen binnen drie trajecten, namelijk het opleidingstraject, reflectietraject en vrije ruimte. Om de vereiste punten in het opleidingstraject te behalen is een gecertificeerde scholing, c.q. een scholing van een gecertificeerde aanbieder nodig. Het Reflectietraject behelst het ondergaan van supervisie, intervisie en/of werkbegeleiding. In de Vrije Ruimte vallen bijvoorbeeld activiteiten als het schrijven van een artikel, het deelnemen aan congressen of studiedagen, het geven van een presentatie en het ontwikkelen van een nieuwe methodiek.

Gedragswetenschappers kunnen zich registreren in het overheidsregister BIG, of in één van de private beroepsregisters die beheerd worden door de beroepsverenigingen NIP en NVO. BIG kent o.a. registers voor gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, psychotherapeuten en klinisch neuropsychologen. Bij de private registers gaat het met name om de registers kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, Orthopedagoog-Generalist NVO, en om kinder- en jeugdpsycholoog-specialist NIP.

#### *Beroepscode*

Er is een beroepscode voor sociaal-agogisch werker en voor de maatschappelijk werker. Er is een toevoeging (addendum) "jeugdzorg" ontwikkeld, die onderdeel zal uitmaken van deze bestaande beroepscodes. Daarnaast is er een beroepscode voor 'pedagogen en onderwijskundigen' en voor psychologen.

#### *Tuchtrecht*

Beroepsgeregistreerde maatschappelijk werkers vallen onder het tuchtrecht van de NVMW. Klachten kunnen worden ingediend bij het College van Toezicht van de NVMW, een onafhankelijke tuchtcollege. Beroepsgeregistreerde sociaal agogen zijn vooralsnog niet tuchtrechtelijk aanspreekbaar, nu hun beroepsvereniging Phorza in 2011 is opgeheven. De NVMW is bereid deze beroepsbeoefenaren een nieuw thuis te bieden.

Psychologen en orthopedagogen die verplicht geregistreerd zijn in het BIG-register vallen op grond van de wet BIG onder het wettelijk tuchtrecht.

Gedragswetenschappers die zijn opgenomen in verenigingsregisters vallen onder het tuchtrecht van betreffende beroepsvereniging (NIP of NVO).

### **4.3 Instrumenten**

#### *Kennisinstituten*

Movisie is het landelijk kennis- en adviescentrum op het gebied van maatschappelijk ontwikkeling. Zij houdt zich onder andere bezig met het verbeteren van de kwaliteit en professionaliteit in het kader van de Wmo. Daarnaast houden andere kennisinstituten zich bezig met het ontwikkelen en

---

<sup>33</sup> Jeugd en Gezin (2010), *Professionals in het Centrum voor Jeugd en gezin, samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeders*, Den Haag.

verspreiden van kennis op het gebied van lokaal preventief jeugdbeleid. Dit zijn het Nederlands Jeugdinstituut, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, het RIVM/Centrum Gezond Leven en ZonMw.

#### *Onderzoeksprogramma's*

Het stimuleringsprogramma Beter in Meedoen (2008 – 2012) heeft als doel het bevorderen van vernieuwing en kwaliteit binnen de Wmo. Het gaat om innovatieve manieren van sturing (governance) op basis van de Wmo-filosofie (integraal, horizontaal, vraaggericht, maatwerk, verbinden) en om kwaliteitsverbetering van de uitvoering van het Wmo-beleid. Het richt zich beperkt op de doelgroep jeugdigen en hun ouders. Het programma bestaat uit de volgende sporen:

- Innovatie: het (verder) ontwikkelen van nieuwe aanpakken – inhoudelijk en/of bestuurlijk – om mensen beter te laten participeren.
- Effectieve interventies: bestaande beloftevolle interventies in het sociale domein worden geïnventariseerd, onderzocht op hun effectiviteit en onderbouwd om de voorspelbaarheid van de resultaten te vergroten.
- Professionaliteit verankerd: ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor de manier waarop veel voorkomende maatschappelijke vraagstukken het meest succesvol kunnen worden aangepakt. Versterken van competenties van uitvoerende beroepskrachten die werkzaam zijn in zorg en welzijn. Waarborgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door opleidingsbeleid, beroepsregistratie en versterking van beroepsverenigingen.

In het kader van het project 'Professionaliteit verankerd' zijn vijf kwaliteitskenmerken benoemd waaraan de dienstverlening door professionals in de negen prestatievelden van de Wmo moeten voldoen<sup>34</sup>: respectvol bejegenen, eigen regie versterken, integraal benaderen, ontwikkelingsgericht ondersteunen en resultaatgericht ondersteunen. Deze kenmerken zijn door de samenwerkende partijen (MOgroep W&MD, vakbonden, Movisie, NVMW) in samenspraak met cliënten, burgers, hogescholen en uitvoerende werkers samengesteld.

In september 2009 zijn zes Hogescholen gestart met de Wmo-werkplaatsen. In deze werkplaatsen worden over een periode van drie jaar nieuwe werkvormen voor zorg en welzijn gezocht, (door)ontwikkeld en geëvalueerd. De resultaten worden vertaald naar opleidingen, maar ook beschikbaar gesteld aan gemeenten, organisaties uit de zorg- en welzijnssector en andere belangstellenden. In twee werkplaatsen zijn tevens jeugdonderwerpen aan de orde, namelijk in Groningen/Drenthe (jongeren met meervoudige (psychosociale) problematiek) en in Amsterdam (tienermoeders).

Het nationale stimuleringsprogramma 'Welzijn Nieuwe Stijl' (2010-2012) faciliteert en dient ter verdere stimulering en ondersteuning bij de doorontwikkeling van de Wmo en ondersteunt gemeenten en welzijnsaanbieders bij de brede invulling van de Wmo. Het programma biedt een richtinggevend kader (acht bakens<sup>35</sup>) en richt zich op het verbeteren van twee knelpunten, namelijk de kwaliteit/professionaliteit van het welzijnswerk en de relatie tussen de gemeenten en het welzijn. De nadruk ligt op het verspreiden en toepassen van bestaande kennis onder andere opgedaan in bovengenoemde trajecten Beter in Meedoen en de Wmo-werkplaatsen.

De resultaten van Beter in Meedoen en de Wmo werkplaatsen zijn verwerkt in bij- en nascholingsmodules om de huidige welzijns-beroepsbeoefenaren bij te scholen

---

<sup>34</sup> Professioneel ondersteunen, een handreiking voor de kwaliteit van de professionele dienstverlening op de prestatievelden van de Wmo, concept, september 2009

<sup>35</sup> De 8 bakens zijn de typische kenmerken voor werken volgens Welzijn Nieuwe Stijl: gericht op de vraag achter de vraag (vraaggericht werken); gebaseerd op de eigen kracht van de burger; direct er op af; formeel en informeel in optimale verhouding; doordachte balans van collectief en individueel; integraal werken; niet vrijblijvend, maar resultaatgericht; gebaseerd op ruimte voor de professional.

in de nieuw benodigde competenties. Inmiddels zijn vijf leergangen gereed bij de Hogescholen: 1) Outreachend werken in de Wmo, 2) Burgerparticipatie, 3) Supportgericht werken in de Wmo, 4) Ondernemerschap en de Wmo en 5) Integrale wijkontwikkeling. Daarbij geldt het uitgangspunt: beroepsbeoefenaren zijn verantwoordelijk voor het bijhouden van hun vak. Werkgevers en hun financiers dienen gepast tijd en geld voor bijscholing beschikbaar te stellen.

Voor de kennisontwikkeling ten aanzien van het lokaal preventief jeugdbeleid kan tevens geput worden uit de diverse ZonMw-programma's gericht op jeugd. Het gaat daarbij om bijvoorbeeld Zorg voor Jeugd, diversiteit in jeugdbeleid, academische werkplaatsen jeugd en vrijwillige inzet voor en door jeugd en gezin (inclusief het project 'allemaal opvoeders' uitgevoerd door NJi). In het project *Allemaal Opvoeders* zijn circa 10 gemeenten aan de slag met de vraag op welke manier de Centra voor Jeugd en Gezin een rol kunnen spelen in het versterken van de pedagogische kwaliteit van de buurt.

#### *Effectiviteitsonderzoek*

Binnen het ZonMw-programma Zorg voor Jeugd wordt effectiviteitsonderzoek uitgezet naar interventies en vroegsignaleringsinstrumenten. Zo is bijvoorbeeld effectiviteitsonderzoek uitgezet en bekostigd naar de toepasbaarheid van de *Eigen Kracht-conferentie* in het preventieve jeugddomein. Een Eigen Kracht-conferentie geeft mensen de mogelijkheid om zelf, samen met familie, vrienden en andere bekenden, een plan te maken voor een oplossing of voor hulp. De kracht voor de oplossing komt vanuit de familie en alle belangrijke mensen daaromheen. De resultaten van dit onderzoek komen eind 2012 beschikbaar.

#### *Erkenningscommissie*

De *Erkenningscommissie Interventies* beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van interventies op het gebied van jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijn, gezondheidsbevordering en preventie. De Erkenningscommissie bestaat nu uit vier deelcommissies: Jeugdzorg en psychosociale en pedagogische preventie; ontwikkelingsstimulering, onderwijsgerelateerde interventies en jeugdwelzijn; jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering en preventie bij kinderen en jongeren; gezondheidsbevordering en preventie bij volwassenen en ouderen.

#### *Databank*

Effectieve interventies op het terrein van lokaal preventief jeugdbeleid zijn opgenomen in: de databank Effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut, de databank Effectieve interventies in de sociale sector van Movisie en de databank Gezond leven interventies van het RIVM/Centrum Gezond Leven. Tevens beheert NJi een databank Methodieken Pedagogische Kwaliteit, waarin methodieken zijn opgenomen zijn die een positieve ontwikkeling van kinderen en jeugdigen stimuleren, zoals jeugdwelzijnswerk en vrijwillig jeugdwerk.

In 2009 is het bij- en nascholingsaanbod geïnventariseerd dat beschikbaar is voor beroepskrachten in het kader van de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin. Dit aanbod wordt eind 2011 opgenomen in de Databank na- en bijscholing (DANS). De DANS is opgezet in het kader van het Actieplan Professionalisering Jeugdzorg (zie ingevuld waterdruppelmodel Geïndiceerde Jeugdzorg). Deze databank wordt beheerd door het Nederlands Jeugdinstituut. Ook de beschikbare bij- en nascholing op het gebied van kindermishandeling is opgenomen in de DANS.

#### *Verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld*

De Wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is in voorbereiding. Wanneer de wet in werking is getreden zijn organisaties en professionals verplicht met een meldcode te werken. Begin 2010 is een basismodel meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gereed gekomen. Veel organisaties werken al met een meldcode kindermishandeling. Het blijkt dat dit professionals ondersteunt bij de omgang met signalen van kindermishandeling. Het hebben van een meldcode leidt aantoonbaar tot meer meldingen. Wanneer de Wet meldcode in werking

treedt moeten bestaande meldcodes kindermishandeling uitgebreid zijn tot een meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

#### *Richtlijnontwikkeling*

In de databank instrumenten, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden (DIRK) van het NJi staan richtlijnen en protocollen die ook betrekking kunnen hebben op het lokaal preventief jeugdbeleid. Bijvoorbeeld de richtlijn familiaal huiselijk geweld bij kinderen en volwassenen en de richtlijnen kindermishandeling. In de komende jaren zullen een aantal richtlijnen voor de jeugdzorg worden ontwikkeld. Deze kunnen ook van toepassing zijn voor het lokaal preventief jeugdbeleid.

#### *Implementatie en borging*

De MOgroep heeft, in samenwerking met de vereniging van directeuren in welzijn (Verdiwel) zes Regionale Effectieve Interventies Samenwerkingsverbanden (REIS-groepen) opgericht waar de komende vier jaar sociale interventies worden geïmplementeerd en geëvalueerd. Hierin trekken organisaties voor Welzijn en maatschappelijke dienstverlening gezamenlijk op bij het verzamelen, onderbouwen en implementeren van effectieve interventies. Dit kan gaan om regionale interventies of interventies uit de databank sociale interventies van Movisie.

#### **4.4 Organisaties**

Volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning is de gemeente verantwoordelijk voor de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning. Art. 3. lid 4 sub d bepaalt dat het kwaliteitsbeleid deel uitmaakt van het vierjarige Wmo-beleidsplan. In dit artikel is de verplichting tot het voeren van een gemeentelijk kwaliteitsbeleid als volgt geformuleerd: 'in het plan wordt in ieder geval aangegeven welke maatregelen de gemeente neemt om de kwaliteit te borgen van de wijze waarop de maatschappelijke ondersteuning wordt uitgevoerd'. Het gaat bij kwaliteitseisen om de kwaliteit van de voorziening in engere zin. Dat wil zeggen dat er sprake moet zijn van een deugdelijke en veilige voorziening. Kwaliteit wordt ook wel opgevat, bijvoorbeeld in de Wvg, als verantwoorde voorzieningen, doorgaans omschreven als doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht. Dat is een begrip kwaliteit in brede zin, dat vooral van belang is voor de vraag welke concrete voorzieningen de gemeente in welke gevallen zal verlenen.

#### *Aantallen Organisaties voor Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*

Hoeveel organisaties voor welzijn en maatschappelijke dienstverlening er in Nederland precies zijn is ons niet bekend. De brancheorganisatie MOgroep heeft 952 leden en 82% van alle *werknemers* in de branche werken bij een organisatie die bij de branchevereniging is aangesloten.

#### *PDCA-cyclus*

De verbetercyclus (PDCA) heeft in de laatste herziening van het certificatieschema voor Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening een prominentere plek gekregen.

#### *Certificering*

Als onderdeel van het brede certificatieschema voor Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening is er een HKZ-deelschema Maatschappelijke Hulp- en Dienstverlening (MH&D) beschikbaar voor certificering. Er zijn 7 certificaten uitgegeven. Er zijn nu vier organisaties met een multisite certificaat. Hieronder vallen in totaal 122 vestigingen<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)

### *Prestatie-indicatoren en benchmark*

Het Wmo-beleidskompas is een model voor instellingen en gemeenten, waarmee gemeenten beleidsdoelen en -resultaten en de inzet van uitvoerders kunnen bepalen, waarmee ze de regie kunnen organiseren en de prestaties monitoren en waarmee instellingen verantwoording kunnen afleggen. Dit beleidskompas bestaat uit een aantal instrumenten, namelijk:

- een stappenplan bestaande uit tien stappen voor het bepalen van beleidsdoelen en het verantwoorden van resultaten;
- indicatorenset, bestaande uit 115 basisindicatoren en 10 kernindicatoren;
- een lokale thermometer voor de staat van welzijn: dashboard;
- benchmarks. Voor de benchmark Wmo-Kernindicatoren heeft de beheerder in 2010 een certificaat van het Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten (KING) ontvangen, waarin staat dat er voldaan wordt aan de KING standaard voor gemeentelijke benchmarks.
- rapportages.

In 2010 is een basisset van 12 CJG-prestatie-indicatoren beschikbaar gekomen. Die indicatoren zijn gemaakt als handreiking voor bestuurders (managers CJG, beleidsambtenaren en wethouders gemeenten) om te volgen of de CJG-vorming datgene oplevert waarvoor het is bedoeld. In 2011 is deze set, op verzoek van de VNG en VWS, door het NJi getoetst op informatiewaarde. Tevens heeft het NJi twee van de twaalf indicatoren geoperationaliseerd. Dit is in samenspraak met gemeenten, de VNG, het Integraal Toezicht Jeugdzaken en (koepels van) instellingen gebeurd. VNG en VWS moeten nog besluiten over eventuele vervolgstappen. Er bestaat geen benchmark voor CJG's.

De leden van MOgroep, hebben uitgesproken dat zij belang hebben bij een branchebrede informatievoorziening. Daardoor krijgen organisaties de mogelijkheid om hun bedrijfsvoering te benchmarken. In dit kader worden indicatoren voor Maatschappelijk Rendement ontwikkeld.

### *Governancecode Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*

De branche heeft haar eigen code die heldere toezichts- en verantwoordingsprincipes beschrijft voor het bestuur en de directie, namelijk de governancecode Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening (2008). MOgroep ondersteunt de welzijnsondernemingen bij de invoering van de code. Op dit moment zijn 63 ondernemingen geregistreerd (volgens website van MOgroep). Diverse hulpmiddelen zijn ontwikkeld zoals reglementen, quickscans en checklisten. Ook zijn er workshops georganiseerd en mensen getraind om ondersteuning te geven<sup>37</sup>.

### *Monitor voor Maatschappelijke Dienstverlening*

De MaDiMonitor is het informatiesysteem waarmee de MOgroep WM&D sinds 2002 landelijke informatie over maatschappelijke dienstverlening wil genereren, waaronder het algemeen maatschappelijk werk (AMW), school maatschappelijk werk (SMW), sociaal raadslidenwerk (SRW), ouderenadvieswerk en schuldhulpverlening. Tevens kunnen de deelnemende organisaties hun eigen prestaties op het gebied van productie, financiën en personeel vergelijken met vergelijkbare organisaties (benchmarking) en met de landelijke cijfers. In 2010 hebben in het 2<sup>e</sup> kwartaal 31 organisaties hun gegevens aangeleverd, dit aantal groeit nog.

### *CJG-Handreikingen voor gemeenten*

Om gemeenten te ondersteunen bij de invoering van het Centrum voor Jeugd en Gezin zijn er acht handreikingen verschenen: 1. Onderdelen van het Centrum voor Jeugd en Gezin: inspiratie voor en door gemeenten; 2. Prenatale voorlichting, een nieuwe activiteit in opdracht van de gemeente; 3. Opvoedondersteuning in het Centrum voor Jeugd en Gezin; 4. Centra voor Jeugd en Gezin en eerstelijnszorg; 5. Scheiding en de zorg voor de kinderen; 6. Centrum voor Jeugd en Gezin:

---

<sup>37</sup> Jaarbericht MOgroep W&MD (2009), *Samen bouwen aan een sterke branche*, Utrecht.

ontwikkeling voor jongeren van 12-23 jaar; 7. Aandacht voor seksuele diversiteit in het Centrum voor Jeugd en Gezin; 8. De interculturalisatie van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Een digitale handreiking over Relatieondersteunend aanbod is in ontwikkeling.

#### *Landelijke jeugdmonitor*

De Landelijke Jeugdmonitor is een samenvatting van informatie, op papier en op internet, over de situatie van de jeugd in Nederland. Het doel is om voornamelijk beleidsmakers op het niveau van Rijk, gemeente en provincie te informeren over de situatie van de jeugd. De situatie van de jeugd (van 0 tot 25 jaar) wordt beschreven voor de domeinen: jongeren en gezin, gezondheid en welzijn, onderwijs, arbeid en justitie.

#### *Verwijsindex*

De verwijsindex heeft als centrale doelstelling het faciliteren van een goede samenwerking tussen professionals ten behoeve van de hulpverlening aan de individuele jeugdige. Met de verwijsindex krijgen professionals uit de brede jeugdketen een instrument in handen ter ondersteuning van hun dagelijks werk zodat de jeugdige eerder en meer op maat toegesneden hulp kan ontvangen. Het gebruik van de verwijsindex door professionals draagt bij aan het belang om te melden, problemen vroegtijdig te signaleren, informatie uit te wisselen en samen te werken. De regeling van de verwijsindex is opgenomen in de Wet op de jeugdzorg (Wjz). Inmiddels zijn alle gemeenten aangesloten op de verwijsindex.

#### *Integraal Toezicht Jeugdzaken*

Het Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) beoordeelt onder andere de kwaliteit van samenwerking van voorzieningen voor jeugd. Dit gebeurt aan de hand van acht kwaliteitsaspecten (toetsingskader): doelconvergentie, gedeelde probleem-analyse, ketenregie, informatiecoördinatie, bereik van de keten, continuïteit in de keten, oplossingsgerichtheid, systematische evaluatie en verbetering. In ITJ werken vijf rijksinspecties samen: de inspecties voor de gezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, openbare orde en veiligheid, en werk en inkomen. ITJ valt onder verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van VWS.

### **Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van kwaliteit van zorg**

#### *Klachtencommissie*

De Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) verplicht organisaties die werken onder de Zvw en Awbz, tot het instellen van een klachtencommissie. Deze wet is van toepassing op uitvoerend werk op het lokale niveau.

#### *Cliëntenraad*

Op basis van de Wet cliënten medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz) moet iedere zorginstelling een cliëntenraad hebben. De Wmcz is van toepassing op uitvoerend werk op het lokale niveau dat valt onder de Zvw en Awbz.

#### *Wmo-Raad*

De Wmo verplicht gemeenten tot het instellen van een Wmo-Raad. In de Wmo-Raad zitten vertegenwoordigers van de in de gemeente actief zijnde zelforganisaties van cliënten/patiënten op het gebied van de Wmo. Een Wmo-Raad wordt door de gemeente betrokken bij advisering over beleidsvoorbereiding, besluitvorming, vaststelling, uitvoering en evaluatie van het gemeentelijk beleid ten aanzien van de Wmo.

## 5 Waterdruppelmodel geïndiceerde jeugdzorg

De geïndiceerde jeugdzorg (GJ) betreft de bureaus jeugdzorg, de provinciale jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ), jeugdigen met een licht verstandelijke handicap (jeugd-LVG) en gesloten jeugdzorg. In de Wet op de jeugdzorg (Wjz) zijn de verantwoordelijkheden voor de geïndiceerde jeugdzorg neergelegd. Doelstellingen van deze wet uit 2005 zijn onder meer het realiseren van een centrale herkenbare, laagdrempelige toegang tot de jeugdzorg, het tot stand brengen van een passend en samenhangend zorgaanbod op basis van objectieve indicatiestelling, het verbeteren van de aansluiting van de jeugdzorg bij aansluitende jeugd(zorg)domeinen, het realiseren van een centrale regie op regionaal niveau bij provincies, en éénduidige financiering waarbij de jeugdige centraal in het stelsel komt te staan. De bespreking van dit waterdruppelmodel richt zich met name op het onderdeel provinciale jeugdzorg. Hierbij moet worden opgemerkt dat bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zoveel mogelijk wordt aangesloten bij verworvenheden in de jeugd-GGZ en jeugd-LVG.

### *Evaluatie Wet op de jeugdzorg*

In 2010 zijn enkele doelstellingen gerealiseerd en wordt er gedacht aan een nieuw stelsel voor jeugdzorg waarin de regie overgaat van provincies naar gemeenten. De ene toegang via bureau jeugdzorg is niet gerealiseerd. De opvoed- en opgroei-ondersteuning wordt geïndiceerd door bureaus jeugdzorg en bekostigd uit de doeluitkering provinciale jeugdzorg. De koppeling van de toegang tot open en gesloten jeugdzorg binnen bureau jeugdzorg is gerealiseerd. Maar kinderen met jeugd-LVG worden geïndiceerd via het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) en het zorgaanbod wordt bekostigd uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz). Kinderen waarbij geneeskundige zorg nodig is in het kader van jeugd-GGZ gaan veelal via de huisarts direct naar GGZ-aanbieders die kortlopende GGZ-zorg leveren, bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij langdurige jeugd-GGZ gericht op begeleiding doen deze jeugdigen via het bureau jeugdzorg een beroep op de Awbz. Het integrale zorgaanbod voor kinderen met bijvoorbeeld een aandoening in het kader van de jeugd-LVG en met opvoed- en opgroei-problematiek is (nog) niet tot stand gebracht doordat de verschillende financieringsstromen in stand zijn gebleven. Bij de aansluiting van de jeugdzorg op aangrenzende jeugd(zorg)deelgebieden is veel bereikt. Ten aanzien van de positie van de jeugdige zijn ook stappen voorwaarts gezet, maar daar kan nog meer winst behaald worden.

Binnen het hierboven geschetste kader is de afgelopen jaren meer inzet gepleegd op het verhogen van het niveau van beroepsuitoefening en het toetsen van instrumenten op hun effectiviteit.

### 5.1 De cliënt

De Wjz geldt voor alle jeugdigen van 0 tot en met 18 jaar met ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen. Wanneer een indicatie tot jeugdzorg is afgegeven maken zij aanspraak op een in de wet vastgelegd recht op zorg.

Jeugdigen die geïndiceerde jeugdzorg behoeven, zijn de fase van preventieve jeugdzorg op lokaal niveau voorbij. Dit kan doordat er een vermoeden is van jeugd-LVG, of omdat bij jeugdigen problematiek speelt binnen het kader van de jeugd-GGZ. Bij ondermeer jeugdigen uit sociaal zwakke milieus is het moeilijk een onderscheid te maken tussen LVG- en GGZ-problematiek. Wanneer hiervan sprake is hebben de kinderen veelal last van opgroei- en ouders van opvoedproblemen. Soms leiden ook de ouders van deze kinderen aan LVG- of GGZ-problematiek. Bij sommige kinderen leidt dit tot zodanig gedrag dat zowel voor hun eigen belang,

als voor de bescherming van de samenleving, deze kinderen worden geplaatst in de gesloten jeugdzorg. Wanneer kinderen op strafrechtelijke gronden door de rechter worden veroordeeld, volgt opsluiting in een justitiële jeuginrichting (JJI). Kortom, de problematiek bij de kinderen in de jeugdzorg is zeer heterogeen, waarbij naast de problematiek bij kinderen, ook de problematiek bij de ouders aandacht verdient.

Tenslotte, uit de evaluatie van de jeugdzorg blijkt dat kinderen met opvoed- en opgroei-problematiek afkomstig uit de autochtone middenklasse veel hulp zoeken in de GGZ-sector, terwijl allochtone kinderen uit sociaal zwakke milieus veelal de jeugdzorg binnenkomen via de gesloten jeugdzorg of de JJI<sup>38</sup>. Hierbij lossen allochtone ouders van kinderen met LVG-problematiek de opvang in eigen kring op. Instellingen voor kinderen met VG- en LVG-problematiek zijn overwegend gevuld met autochtone kinderen.

## 5.2 De beroepsbeoefenaren

In de geïndiceerde jeugdzorg zijn tal van functies te benoemen bij de 15 bureaus jeugdzorg en rond de 60 aanbieders op het domein van de provinciale jeugdzorg. De functies binnen geïndiceerde jeugdzorg variëren van gezinsvoogd, vertrouwensarts, sociaal agoog, sociaal pedagoog, groepswerker, psycholoog tot orthopedagoog.

### *Beroepsverenigingen*

Relevante beroepsverenigingen binnen het jeugdwezijn en de maatschappelijke dienstverlening zijn: het NVMW, het NIP en NVO.

### *Professionaliseringstraject*

De geïndiceerde jeugdzorg staat aan het begin van een professionaliseringstraject<sup>39</sup>. Dit proces moet eind 2012, begin 2013 leiden tot een wettelijke regeling ter zake. In 2010 wordt een uitvoeringsplan geschreven dat vier trajecten zal bevatten met als thema:

- wetgeving;
- zelfregulering;
- opleiding; en
- na- en bijscholing.

In 2009 zijn voor de jeugdsector twee beroepsprofielen ontwikkeld: één voor de jeugdzorgwerker (HBO) en één voor de gedragswetenschapper (WO). Deze profielen vormen de basis van wat je in de jeugdzorg moet kennen en kunnen.

Hiernaast is een uitstroomprofiel voor het HBO ontwikkeld, dat aansluit op de beroepsprofielen. In de toekomst kunnen alleen studenten die conform het uitstroomprofiel zijn afgestudeerd zich laten registreren. Zowel het beroepsprofiel als het uitstroomprofiel dekken het brede terrein van de jeugdzorg (lokaal preventief jeugdbeleid, geïndiceerde en justitiële jeugdzorg). Voor het WO is geen uitstroomprofiel ontwikkeld omdat er al twee geschikte opleidingsingangen bestaan: orthopedagogiek en psychologie. Ook hier geldt dat alleen studenten die een van beide opleidingen heeft afgerond, zich kan registreren als gedragswetenschapper in de jeugdzorg. Onderdeel van de implementatiefase is het ontwikkelen van een traineeship om de inwerkperiode van jonge jeugdzorgwerkers in het werkveld te verbeteren. Het MBO heeft medio 2010 een plan liggen waarin staat aangegeven hoe zij beter kunnen aansluiten op het werkveld.

In 2009 is een databank opgericht met geaccrediteerde bij- en nascholingen (DANS). Hierin worden erkende na- en bijscholingen opgenomen. De te hanteren criteria zijn nog onderwerp van uitwerking.

<sup>38</sup> Baecke J.A.H. et al, (2009), *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg*, Den Haag, p. 163.

<sup>39</sup> Dronkers, F. e.a. (2007), *Actieplan professionalisering in de jeugdzorg*, Utrecht: NJi.

Daarnaast is het beroepsregister voor jeugdzorgwerkers eind 2010 gereed. Het verenigingsregister voor gedragswetenschappers in de jeugdzorg wordt losgekoppeld van het lidmaatschap en het register zal worden opengesteld voor niet-leden.

Eind 2010 dient ook een beroepscode/addendum jeugdzorg voor jeugdzorgwerkers gereed te zijn. De gedragswetenschappers zijn ook doende hun beroepscode via een addendum op elkaar af te stemmen.

Er is een inhoudelijk advies geformuleerd over toepassing en instelling van tuchtrecht in de jeugdzorg. Dit tuchtrecht dient voor het gehele beroep in 2013 in werking te treden.

Voor het realiseren van twee wettelijk gereguleerde beroepen in de jeugdzorg (incidentele kosten) is €6 miljoen gereserveerd voor drie jaar. Voor de structurele financiering van de invoering van beide beroepen moeten afspraken worden gemaakt in de CAO tussen werkgevers en werknemers. Dit vraagt om veel overleg tussen onder meer beroepsverenigingen en de vakbond omdat ambities en financiële consequenties met elkaar in evenwicht moeten zijn.

### 5.3 Instrumenten

*Kennisinstituten (in het kader van Kennisprogramma Jeugd)*  
ZonMw, het Kenniscentrum van het Nederlands jeugdinstuut (Nji), het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (wordt: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)) en het RIVM/Centrum Gezond Leven werken samen in het Kennisprogramma Jeugd. Het doel is beroepsbeoefenaren in de jeugdsector te voorzien van relevante kennis over instrumenten en interventies.

In 2005 is het programma Effectiviteitonderzoek Nieuw Zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsproblemen gestart. Dit programma is afgerond in 2010 en behelst het verder ontwikkelen van gesloten jeugdzorg op basis van onderzoeksgegevens. Ook wordt er een begin gemaakt met een effectevaluatie.

Het programma Systeeminterventies (MST en FFT) is in 2006 gestart. Dit programma stimuleert de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van de systeeminterventies MST en FFT. De ontwikkeling, implementatie en evaluatie van PMTO, een systeeminterventie voor jonge kinderen, wordt inhoudelijk ook in dit programma meegenomen. De ontwikkeling en implementatie van MST en FFT is nu afgerond, de (kosten-)effectiviteitonderzoeken lopen door tot 2012.

In 2007 is het programma Zorg voor Jeugd bij ZonMw gestart, wat eindigt in 2013. Dit programma is geïnitieerd vanuit de directie Jeugdzorg en Publieke Gezondheidszorg, en heeft als doel het ontwikkelen van kennis voor beroepsbeoefenaren om de psychische en sociale ontwikkeling van jeugd te bevorderen en veilig te stellen daar waar deze ontwikkeling wordt bedreigd. Concreet betekent dit dat ZonMw instrumenten voor signalering, risicotaxatie en diagnostiek alsmede interventies en behandelingen laat onderzoeken op effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Vanaf 2013 krijgt dit programma een vervolg waarvoor de uitkomsten van dit rapport leidend zullen zijn.

#### *Effectiviteitonderzoek*

In vergelijking met jeugdigen en beroepsbeoefenaren draagt het gebruik van een specifieke methode voor een kleiner deel bij aan het succes van een behandeling. Het rijk heeft de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het wetenschappelijk onderzoeken van methoden op hun effectiviteit. Dit kan via verschillende wetenschappelijke onderzoeksmethoden. Onderzoekers maken bij voorkeur gebruik van een *randomised controlled trial* om de effectiviteit van een methode

te kunnen meten. Deze methode kent de sterkste bewijskracht, maar ook beperkingen. Dit betreft problemen in het kader van de inclusie (i.v.m. heterogeniteit van jeugdzorgproblematiek en randomisatie (i.v.m. het formeren van controlegroepen). Hierdoor is de generaliseerbaarheid van bewezen effectieve methoden beperkt. Over de mate waarin de toegepaste methoden in de brede jeugdzorg werken is weinig bekend. Veel wordt vermoed, weinig is zeker. Schattingen over instrumenten lopen uiteen van nul effect door Weisz<sup>40</sup> tot kleine of matige effecten volgens Van Yperen<sup>41</sup>. Veerman en Van Yperen<sup>42</sup> schatten dat hooguit 5% van de in de jeugdzorgpraktijk uitgevoerde interventies het predicaat *evidence based* kunnen verwerven. En ook al zijn deze methoden bewezen effectief, de mate waarin deze methoden bij alle jeugdigen eenzelfde effect sorteert is beperkt<sup>43</sup>. Een effect van methoden voor kinderen met lichte problematiek is moeilijker aan te tonen dan voor kinderen met zware problematiek (jeugdzorgplus). Bij het bewijzen van de effectiviteit van methoden in de jeugdzorgplus past een bescheiden management van verwachtingen. In zijn proefschrift over de werkzaamheid van methoden in justitiële jeugdinrichtingen kwam Drost<sup>44</sup> tot de conclusie dat de gebruikte methoden geen verklaringen boden voor verschillen in effecten. Verschillen werden vooral bepaald door de kwaliteit van de hulpverlener en de mate waarin de hulpverlener er in slaagde contact te krijgen met de cliënt en deze wist te bewegen iets van zijn/haar leven te gaan maken.

Bij het uitvoeren van effectiviteitsonderzoeken liepen veel onderzoekers tegen de beperkingen van een RCT aan. Om deze problemen het hoofd te bieden is gestart met 'Project Nulmeting'. Met dit project zou via het meten van prestaties met het vigerende instrumentarium een grote nulmeting kunnen worden gerealiseerd, die de komende jaren als controlegroep dienst kan doen. Op deze wijze zouden de vastlopende RCT's kunnen worden vlotgetrokken. Dit onderzoek heeft veel opgeleverd voor het inzicht in de (on)mogelijkheden deze dataset onderop door wetenschappers op te bouwen. Het blijkt een moeizame weg te zijn doordat de meeste wetenschappers niet bereid zijn hun data af te staan en omdat dataverzamelingen onderling moeilijk vergelijkbaar zijn. Statistische kunstgrepen moeten worden uitgehaald om uit bestanden iets van verklaringen uit te halen. De vraag is of de opbrengst enig zicht biedt op de werkelijkheid. Dit betekent dat er naast de RCT en nulmeting naar andere onderzoeksvormen moet worden gezocht zoals de longitudinale cohortstudie (het volgen van jeugdigen in de tijd).

#### *Erkenningscommissie Jeugd+ databank*

De Erkenningscommissie Jeugd van het NJi beoordeelt of de interventie wordt opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies. In december 2011 bevat de databank 153 erkende interventies; waarvan 3 bewezen effectief, 6 waarschijnlijk effectief, en 144 theoretisch goed onderbouwd<sup>45</sup>. Dit is een keurig resultaat, als wordt beschouwd dat de erkenningcommissie van het NJi nog maar drie jaar bestaat en dat onderzoek in de jeugdzorg pas sinds enkele jaren meer serieus inhoud heeft gekregen door onder meer te investeren in het programma Zorg voor Jeugd van ZonMw. Het ligt niet in de lijn der verwachtingen dat het

---

<sup>40</sup> Weisz, J., Donenberg, G., Han, S. & Kaunuckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of abnormal Child Psychology*, 23.

<sup>41</sup> Yperen, T.A. van (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en adolescent*, 26, p. 255-257.

<sup>42</sup> Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (2011). Bij bouwwerk komt een ladder van pas. Reactie op de oratie van Geert Jan Stams. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 259-267.

<sup>43</sup> Duncan, Miller, Wampold, & Hubble (2010). *The heart and soul of change: 2nd Edition*. Washington: APA. Van Yperen & Veerman (2008). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijk gestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

<sup>44</sup> Drost, J. (2008). *Residentiële justitiële opvoeding en houding van jongens ten opzichte van sociale grenzen*, Groningen.

<sup>45</sup> Een beschrijving van de erkenningsniveaus kunt u vinden op [www.nji.nl](http://www.nji.nl) > databanken > effectieve jeugdinterventies > erkenning van interventies > Erkenningscommissie Interventies.

aantal bewezen effectieve methoden op korte termijn drastisch zal stijgen omdat onderzoek hiernaar een kwestie is van lange adem. Bewezen effectieve interventies die zijn getoetst door de erkenningcommissie van justitie worden automatisch opgenomen in de databank van het NJi. Beroepsbeoefenaren zullen hierom nog langere tijd hun besluitvorming baseren op *practice based* en *expert based* kennis, waar richtlijnontwikkeling meer lijn in kan brengen. Zowel de Minister van Justitie<sup>46</sup> als de Minister voor Jeugd en Gezin<sup>47</sup> hebben in 2008 toegezegd de werkwijze van beide commissies te bezien en indien zinvol meer te harmoniseren.

#### *Verbetering Indicatiestelling bureaus jeugdzorg (VIB)*

Uit het traject Verbetering Indicatiestelling Bureau jeugdzorg (VIB) is het 'Handboek indicatiestelling bureau jeugdzorg' voortgekomen. Dit handboek biedt houvast aan beroepsbeoefenaren bij het stellen van een objectieve indicatie. Bij aanmelding en acceptatie worden bijvoorbeeld de instrumenten 'Gestructureerde Checklist Toegang' (GCT) en het 'Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling' (LIRIK) voorgeschreven. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt naar ernst (crisis, spoed of regulier) en aard (LVG, GGZ of opvoed- en opgroei-problematiek)<sup>48</sup> en type indicatietraject (enkelvoudige problematiek, meervoudige problematiek en multiprobleemsituaties).

#### *Trajectonderzoek jeugdzorgplus*

Voor het onderzoek naar jeugdzorgplus (gesloten jeugdzorg) zijn twee projecten voorzien. Deze onderzoeken dienen in onderling verband elkaar aan te vullen. Aan de andere kant moet er ook een duidelijk onderscheid tussen de onderzoeken zijn, om de kans op dubbel werk en concurrentie te voorkomen. Dit onderscheid wordt gerealiseerd doordat de onderzoeken zich richten op a) het proces en b) de effecten van jeugdzorgplus.

#### *Dataverzameling*

Zoals gezegd wordt er veel data verzameld door onderzoekers, door beroepsbeoefenaren, voor managers, voor financiers en voor de overheid. De registratiedruk voor het veld wordt beperkt door vooral gebruik te maken van een minimale dataset en zo veel mogelijk van bestaande informatieformats. Jeugdzorgplusaanbieders dienen middels de subsidievoorwaarden de beschikbare data ter beschikking te stellen, dan wel (ingeval van de minimale dataset) halfjaarlijks op te leveren. Voor het omgaan met privacygevoelige data kan worden aangesloten bij de afspraken die zijn gemaakt voor het verzamelen van data voor de justitiemonitor. Bij ZonMw loopt inmiddels een programma 'Longitudinale effectmonitor Jeugdzorgplus (2013-2018)', waarin effecten, via kwalitatief diepteonderzoek, worden verklaard in termen van cliëntfactoren, de kwaliteit van beroepsbeoefenaren, instrumenten, organisaties, registratie, financiering of andere verklaringgronden.

#### *Richtlijnen in de jeugdzorg*

Onderdeel van het in gang gezette professionaliseringstraject is het opstellen van richtlijnen door de beroepsverenigingen. Op deze wijze ordenen beroepsgroepen ook hun beroepsdeelgebied. In een vooronderzoek<sup>49</sup> hebben zij met externe partijen de belangrijkste en kansrijkste onderwerpen benoemd: residentiële zorg; jeugdzorg bij kinderen met problemen, (mede) gericht op ouders met psychiatrische problematiek; hechtingsstoornissen; uithuisplaatsing; crisisplaatsing; gedragsstoornis; ADHD; autisme; depressie; echtscheiding; pleegzorg; continuering zorg jeugdigen na 18 jaar en werken met groepen.

<sup>46</sup> Kamerstukken II 2007/08, 4531, nr. 63.

<sup>47</sup> Kamerstukken II 2007/08, 4539, nr. 63.

<sup>48</sup> MOgroep Jeugdzorg, (2007), *Handboek Indicatiestelling Jeugdzorg*, Utrecht, 2007, p. 17.

<sup>49</sup> Dronkers, F. & Rossum, J. van (2009) *Contouren van richtlijnontwikkeling jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Voor de eerste vijf onderwerpen worden geheel nieuwe richtlijnen ontwikkeld. Voor de volgende vier onderwerpen wordt een aanvullende richtlijn (op bestaande voor volwassenen) ontwikkeld en de laatste vier zijn richtlijnen op hoofdlijnen. Het is de bedoeling dat in 2010 met het richtlijnenproject wordt gestart. Het is een project van de drie beroepsverenigingen in de jeugdzorg: NVMW, NVO en het NIP. Deze verenigingen hebben de uitvoering van dit project in handen gelegd van het NJi.

#### *Implementatie en borging*

Wat in de sector geïndiceerde jeugdzorg opvalt is de beschikbaarheid van een veelheid aan methoden die op hun effectiviteit worden getoetst. Het is thans de opdracht hierin keuzes te maken en witte vlekken te traceren. Dit gebeurt via het richtlijnenbeleid en via instrumenten als de 'De tien van Van Yperen', die de 10 belangrijkste onderwerpen voor (preventieve) jeugdzorg heeft benoemd. Door te bezien welke instrumenten per leeftijdsgroep, de zwaarte van de problematiek en de mate van bewezen effectiviteit aanwezig zijn, kunnen keuzes worden gemaakt in zowel het nader onderzoeken van de effectiviteit van instrumenten als het doelgericht stimuleren van het implementeren van de instrumenten waar de meeste kinderen mee geholpen kunnen worden.

#### *Financiering*

De financiering van effectiviteitonderzoek is vastgelegd in het zesjarige programma Zorg voor Jeugd (2007-2013), waarin voor GJ 9 miljoen is gereserveerd voor projecten. Het project richtlijnontwikkeling GJ van 5 miljoen wordt uitgevoerd door de beroepsverenigingen. Het onderhouden van de databank en het in standhouden van erkenningcommissies wordt bekostigd uit de basissubsidie voor het NJi. Voor het longitudinaal effectonderzoek jeugdzorgplus is 2 miljoen beschikbaar.

## **5.4 Organisaties**

#### *Doorbraak-methode*

Zoals beschreven vraagt de motie Dezentjé-Hamming de minister voor Jeugd en Gezin om verbreding van de Doorbraak-methode naar de provinciale jeugdzorgaanbieders. De Doorbraakmethode is een bewezen succesvolle methode om verbeteringen bij non-profit organisaties door te voeren. In de jeugdzorg werd in 2005 gestart met het eerste en in 2006 met het tweede landelijke Doorbraak-project. Het doel was om de wacht- en doorlooptijden bij de bureaus jeugdzorg drastisch terug te dringen. Er werd een winst geboekt van 85 procent op de doorlooptijd (de tijd die verstrijkt tussen aanmelding en behandelingsbesluit). Inmiddels wordt de Doorbraak-methode op verschillende manieren en voor diverse situaties gebruikt. In 2008 is de methode succesvol toegepast bij aanbieders van jeugd-GGZ. Binnen de sector van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten bestaat interesse om te experimenteren met de Doorbraak-methodiek, terwijl in de Jeugdbeschermingketen al ervaring is opgedaan met deze methodiek. Het ministerie bezint zich thans op een visie over het toepassen van de Doorbraak-methode in de jeugdzorg. Probleem bij doorbraak (en andere PDCA-cycli) is dat de energie voor het traject na een jaar wegebt. Thans wordt verkent om dit door koppeling van doorbraak aan een HKZ-certificeringsschema (zie verderop) kan worden voorkomen.

#### *Certificering*

In de jeugdzorg zijn veel jeugdzorgorganisaties HKZ gecertificeerd. Het bijzondere van de nieuwe HKZ-certificering is dat veelal gebruik wordt gemaakt van een variant op de PDCA-cyclus die voor een certificering moet worden doorlopen. Op verzoek van de MOgroep Jeugdzorg is HKZ bezig met de ontwikkeling van een certificatieschema voor de 15 regionale bureaus jeugdzorg en de 4 landelijk werkende instellingen in Nederland. Het schema is op 11 november 2009 vastgesteld. In deze sector zijn echter (nog) geen certificaten afgegeven.

### *Prestatie-indicatoren*

In 2006 zijn het Rijk, het IPO en MOgroep jeugdzorg overeengekomen dat de bureaus jeugdzorg en de zorgaanbieders in totaal tien prestatie-indicatoren op cliëntniveau gaan registreren. Dit zijn:

- 1: doelrealisatie per einddoel;
- 2: cliënttevredenheid resultaten;
- 3: reden beëindiging hulp;
- 4: vermindering problematiek;
- 5: herhaald beroep op hulp;
- 6: zwaarte vervolghulp;
- 7: reden beëindiging beschermingsmaatregel;
- 8: uitblijven nieuwe beschermingsmaatregel;
- 9: reden beëindiging jeugdreclassering;
- 10: uitblijven recidive.

De prestatie-indicatoren zijn in de eerste plaats bedoeld om de resultaten van organisaties in de jeugdzorg (zowel bureaus jeugdzorg als zorgaanbieders) meer transparant te maken, systematisch in kaart te brengen en te verantwoorden. De bedoeling is dat met behulp van de gegevens de kwaliteitsontwikkeling van de zorg beter te sturen is. Ook moeten de resultaatgegevens laten zien hoe de sector in het algemeen functioneert<sup>50</sup>. Nu het in 2010 komt tot uitvoering weigeren de provincies hieraan mee te werken.

### *Benchmark*

Er wordt veel gebenchmarkt in de geïndiceerde jeugdzorg. Zowel het Interprovinciaal overleg (IPO) als de Maatschappelijke Ondernemersgroep jeugdzorg (MOgroep jeugdzorg) hebben een benchmark ontwikkeld. Omdat de benchmark vooral dient ter lering binnen de eigen sector is het de rijksoverheid niet bekend hoe vaak thans wordt gebenchmarkt en welke resultaten inmiddels zijn geboekt.

## **Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg**

### *Cliënt-toets*

In 2007 deden acht bureaus jeugdzorg en in 2008 tien bureaus jeugdzorg en LWI's onderzoek naar de cliënttevredenheid. De meeste instellingen doen dit met behulp van de Cliënt-toets (C-toets).<sup>51</sup> De C-toets wordt gebruikt om te signaleren wat jeugdigen van 12 jaar en ouder die jeugdige zijn in de jeugdzorg (en apart de pleegzorg) vinden van de kwaliteit van de zorg. De uitkomsten kunnen vervolgens gebruikt worden als basis voor interactieve cliëntfeedback en het doorgeven van verbeteringen in de zorg vanuit cliëntperspectief. Daarnaast maken jeugdzorginstellingen ook gebruik van de Exitvragenlijst. Deze vragenlijst geeft jeugdigen (vanaf 12 jaar) en hun ouders de mogelijkheid hun oordeel te geven over de effectiviteit van de hulp die zij hebben gekregen.

### *Quality 4 Children*

Deze standaarden zijn op Europees niveau ontwikkeld, omarmd door de patiëntenbeweging en ondergebracht in drie verschillende aspecten van het hulpverleningsproces.<sup>52</sup> Met deze checklist wordt vanuit overheidswege nog niets gedaan. Er zal een afweging worden gemaakt wat het toevoegt helder kader van aspecten waar jeugdigen belang aan hechten en wat het afbreukrisico is; weer een checklist, meer registratiedruk, meer verantwoordingbureaucratie. De afweging is nog niet gemaakt en het is daarbij de vraag of en zo ja welke rol de overheid moet vervullen bij de eventuele invoering van Quality 4 Children in de jeugdzorg.

<sup>50</sup> <http://www.prestatieindicatorenjeugdzorg.nl>

<sup>51</sup> BMC, (2009) *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*, Baarn: Drukkerij BakkerBaarn.

<sup>52</sup> [www.quality4children.info](http://www.quality4children.info)

### *Klachtencommissie*

Bureaus jeugdzorg en de zorgaanbieders zijn middels de Wet op de jeugdzorg verplicht tot het instellen van een klachtencommissie. Deze commissie bestaat uit drie personen die niet werken bij of voor bureau jeugdzorg of de zorgaanbieder.

### *Cliëntenraden*

Stichtingen en zorgaanbieders zijn via de Wjz verplicht om een cliëntenraad in te stellen. De cliëntenraad behartigt uitsluitend de collectieve belangen van de jeugdige en begeeft zich niet op het terrein van concrete conflicten, daarvoor geldt de klachtregeling. Via de Wet op de jeugdzorg wordt aan de stichting en de zorgaanbieder opgedragen aan de cliëntenraad advies te vragen over voorgenomen besluiten (doelstelling, zeggenschap, organisatie, recreatie en exploitatie) die van belang zijn voor het functioneren van de stichting of de zorgaanbieder. Verder moeten stichtingen en uitvoerders de cliëntenraad in de gelegenheid stellen advies uit te brengen over de wijziging van het door hen vastgestelde werkplan. De stichting of de zorgaanbieder mag een gevraagd of ongevraagd advies niet zo maar naast zich neerleggen. Als de stichting of de zorgaanbieder een advies niet wil opvolgen, moet daarover eerst met de cliëntenraad worden overlegd.

### *Vertrouwenspersoon*

Ondersteuning door de vertrouwenspersoon kan door het geven van advies en informatie over de rechtspositie op verzoek van jeugdigen en volwassenen binnen de jeugdzorg. Dat kan ook door het bieden van ondersteuning door het opstellen van een klachtbrief of door bemiddeling (bijv. door het organiseren van gesprekken tussen een jeugdige en de hulpverlener, waarbij de vertrouwenspersoon de jeugdige ondersteunt), of door bijstand te verlenen bij het formuleren van, de indiening bij en de behandeling van een klacht door de klachtencommissie. Tot slot signaleert de vertrouwenspersoon door de vragen en klachten terug te koppelen aan de instellingen, Inspectie en opdrachtgever ten behoeve van verbetering van het kwaliteitsbeleid.

### *Financiering*

Voor de doorontwikkeling van het organisatieontwikkelingsinstrument Doorbraak is €200.000,- beschikbaar. De implementatie van de prestatie-indicatoren is net als de beschikbaarheid van een vertrouwenspersoon een verantwoordelijkheid van de provincies. De certificering van organisaties is een verantwoordelijkheid van deze organisaties zelf, evenals het onderhouden van cliëntenraden en het gebruiken van de C-toets. Op het invoeren van Quality 4 Children is nog geen financieel beleid ontwikkeld.

### *Inspectie Jeugdzorg*

De Inspectie Jeugdzorg is opgericht in 1988, is inhoudelijk onafhankelijk en werkt onder de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Veiligheid en Justitie. De Wet op de jeugdzorg vormt het wettelijk kader voor het toezicht door de Inspectie Jeugdzorg. Deze wet geeft de Inspectie Jeugdzorg de volgende taken:

- onderzoek verrichten naar de kwaliteit in algemene zin van de jeugdzorg en voorstellen doen tot verbetering;
- toezicht houden op de naleving van de wettelijke kwaliteitseisen.

De Inspectie Jeugdzorg houdt toezicht op verzoek van het bevoegd gezag of uit eigen beweging, en doet onderzoek naar het werk van de volgende organisaties:

- de Bureaus Jeugdzorg;
- de instellingen voor jeugdhulpverlening;
- de Raad voor de kindbescherming;
- de justitiële jeugdinrichtingen;

- de organisaties voor adoptie uit andere landen;
- de opvang en voogdij van alleenstaande minderjarige vreemdelingen;
- de schippersinternaten.

Inspecteurs bezoeken instellingen, kijken hoe het daar gaat en praten met hulpverleners en de kinderen. Kunnen kinderen en ouders voldoende meepraten over de hulpverlening? Is er een goede klachtregeling? Hoe loopt de samenwerking tussen de ene instelling en de andere? Neemt de instelling op een zorgvuldige manier besluiten?

De inspectie komt ook in actie als een instelling melding doet van een ernstige situatie waar het is misgegaan in de hulpverlening. Of als de inspectie ongunstige berichten krijgt over een bepaalde instelling. De hulpverlening moet voldoen aan de regels in de wet. In de wet staat bijvoorbeeld dat instellingen verantwoorde zorg moeten bieden. Daarnaast kijkt de inspectie of de regels voor de jeugdzorg in de dagelijkse praktijk goed werken. De rapporten van de inspectie zijn openbaar en bevatten praktische voorstellen voor verbeteringen. Zo nodig kijkt de inspectie enige tijd later of die verbeteringen zijn gelukt.

## 6 Waterdruppelmodel justitiële jeugdzorg

Het deelgebied justitiële jeugdzorg omvat de Raad voor de kindbescherming (beschermingsonderzoek, strafonderzoek, taakstraffen), bureaus jeugdzorg, Landelijk Werkende Instellingen en Stichting Nidos (voor de afdelingen (gezins)voogdij en jeugdreclassering), de justitiële jeugdinrichtingen (zowel rijksinstellingen als particuliere JJI's) en de bureaus Halt.

De uitvoering van de ots, voogdij en jr door de bureaus Jeugdzorg en de LWI's is een verantwoordelijkheid van de provincies. Uitvoering hiervan door Nidos valt direct onder het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ).

VenJ financiert Halt-afdoeningen via het landelijk bureau Halt Nederland. Halt Nederland ondersteunt de Halt-bureaus met Halt-afdoeningen en lokaal gefinancierde preventie-activiteiten.

Raadsonderzoekers en (gezins)voogdij-werkers zijn geen hulpverleners. Indien een hulpbehoefte wordt herkend, vragen zij (indien noodzakelijk na indicatiestelling) zorgaanbieders deze hulp aan te bieden.

Dit justitiële deelgebied onderscheidt zich op twee aspecten van de eerder besproken deelgebieden. Allereerst verkeren cliënten in het justitieel zorgaanbod in een drang- of dwangsituatie. Dit kan in het kader van een strafrechtelijk of civiele situatie zijn. Doordat rechten kunnen worden beperkt dan wel afgenomen, worden hoge eisen gesteld aan de kwaliteit van het justitiële jeugdzorgaanbod. Een ander aspect betreft de omstandigheid dat de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie rechtstreeks verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering door de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) en de JJI's. Dit betekent dat de relatie van het ministerie met deze instellingen en de daar werkzame beroepsbeoefenaren van een andere orde is. Als werkgever heeft het Ministerie van Veiligheid en Justitie een directe uitvoeringsverantwoordelijkheid. Dit resulteert in meer invloed op het te voeren beleid en de keuzes daarin.

De Raad voor de Kinderbescherming onderzoekt de opvoedingssituatie en persoonlijke omstandigheden van een kind. Dit gebeurt respectievelijk binnen een civiel (bescherming) en strafrechtelijk kader.

Een civiel onderzoek vindt plaats als het de ouders niet bereid of niet bij machte zijn met hulp in het vrijwillig kader de ernstige ontwikkelingsbedreiging af te wenden. Een verzoek tot een civiel onderzoek kan komen van een bureau jeugdzorg of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling. Indien daar gronden voor zijn verzoekt de RvdK de kinderrechter een kindbeschermingsmaatregel uit te spreken, om de ontwikkeling van een kind veilig te stellen. Daarna werkt een (gezins)voogdij-werker (van bureau jeugdzorg of een landelijk werkende instelling) samen met de ouders werkt om de bedreiging van de ontwikkeling af te wenden. De meest voorkomende maatregel is de ondertoezichtstelling. Ontheffing en ontzetting uit het ouderlijk gezag zijn zwaardere maatregelen.

Een strafonderzoek kan plaatsvinden op verzoek van de politie. De politie stuurt het proces-verbaal naar de officier van justitie en de Raad voor de Kinderbescherming. De RvdK start dan zonodig een onderzoek. Dit resulteert in een in een rapport dat ter voorlichting en advisering naar de officier van justitie (en rechter-commissaris) wordt gestuurd.

Overtreedt een jongere de wet dan kan hij worden vervolgd (jeugdstrafrecht). Het jeugdstrafrecht is van toepassing op jongeren van 12 tot 18 jaar oud. Kinderen jonger dan 12 jaar kunnen niet strafrechtelijk worden vervolgd. Deze jongeren worden na het plegen van een strafbaar feit via het 'zorgformulier' doorverwezen naar bureau jeugdzorg.

Bij een relatief licht vergrijp kan een Halt-afdoening worden voorgesteld. Er is een landelijk dekkend netwerk van 18 Halt-organisaties, aansluitend op de politieregio's. Een voordeel aan de Halt-afdoening is dat de jongere geen strafblad krijgt. Bij zwaardere vergrijpen kan de jongere jeugdreclassering of een

gedragsbeïnvloedende maatregel worden opgelegd. Als ultimum remedium kan een jongere voor bepaalde tijd in een JJI worden geplaatst.

## 6.1 De cliënt

Kenmerkend voor de cliënten in de justitiële jeugdzorg is dat zij door bemoeienis van justitie gebonden zijn aan de hulpverlening. Voor nagenoeg alle cliënten geldt dat zij niet bereid of bij machte zijn om te profiteren van in een eerder stadium aangeboden hulpverlening. De diverse passende hulpverleningsvormen die in vrijwillige kader werden aangeboden hebben niet of onvoldoende verbetering voor de minderjarige opgeleverd, hebben hen niet bereikt of zijn door hen niet aanvaard. Veel cliënten komen uit de zogenoemde multi-probleemgezinnen. Jongens en allochtonen zijn oververtegenwoordigd. Het percentage meisjes dat een strafbaar feit pleegt stijgt drie keer zo hard als het percentage jongens. De grens van het jeugdstrafrecht is vastgesteld op 12 jaar. Ook jongeren onder de 12 jaar kunnen strafbare feiten plegen. De enige maatregel die hierop genomen kan worden is oppakken door de politie om doorverwezen te worden naar zorg (BJZ of RvdK). De Directie Justitieel Jeugdbeleid streeft naar een zo goed mogelijke koppeling tussen politie en jeugdzorg voor deze 12-minners.

## 6.2 De beroepsbeoefenaren

De beroepsbeoefenaren<sup>53</sup> die werkzaam zijn binnen de justitiële jeugdzorg (de RvdK, Halt, JJI's, BJZ's, LWI's en Stichting Nidos) maken deel uit van het Actieplan Professionalisering in de jeugdzorg en het project Richtlijnontwikkeling. Het Actieplan Professionalisering is een richtinggevende overkoepelende ontwikkeling. Voor informatie hierover wordt verwezen naar hoofdstuk 5 (Geïndiceerde Jeugdzorg). Hieronder worden de beroepsbeoefenaren binnen justitiële jeugdzorg omschreven.

### *Jeugdbescherming en jeugdreclassering*

De beroepsbeoefenaren (gezins-)voogdij en jeugdreclassering werken bij specifieke afdelingen hiervoor van de bureaus jeugdzorg, een LWI's (Leger des Heils, Stichting Gereformeerde Jeugdzorg, William Schrikker Stichting, Stichting Joods Maatschappelijk Werk) of Stichting NIDOS,

De ondertoezichtstelling en voogdij worden uitgevoerd door (*gezins*)voogdijwerkers. Reclasseringsmaatregelen worden uitgevoerd door de jeugdreclasserder. Als vooropleiding geldt een relevante opleiding op HBO-niveau. Na indiensttreding volgt een interne opleiding. Bij het uitvoeren van de ots, voogdij, of reclasseringsmaatregel worden zij begeleid door een gedragsdeskundige. Dit zijn zowel gekwalificeerde als niet gekwalificeerde gedragsdeskundigen<sup>54</sup>.

### *Raad voor de Kinderbescherming*

De beschermings- en strafonderzoeken bij de RvdK worden uitgevoerd door raadsonderzoekers. De uitvoering van de opgelegde taakstraffen wordt georganiseerd door de Coördinator Taakstraffen.

Als vooropleiding geldt de eis van minimaal een relevante opleiding op HBO-niveau. Na indiensttreding volgt een interne opleiding.

<sup>53</sup> Bij de genoemde instellingen is sprake van een veelheid aan beroepen. In dit rapport worden alleen de direct jeugdige-gerelateerde functies/beroepen beschreven.

<sup>54</sup> gekwalificeerde gedragswetenschapper: degene die lid is van het Nederlands Instituut voor Psychologen en is opgenomen in het Register Klinisch Psychologen of het register Kinder- en Jeugdpsychologen en beschikt over de Basisaantekening Psychodiagnostiek van dit instituut of degene die lid is van de Nederlandse Vereniging van Orthopedagogen en Onderwijskundigen en geregistreerd is als Orthopedagoog-Generalist dan wel een BIG-geregistreerde gezondheidszorgpsycholoog; (Uitvoeringsbesluit WJZ, artikel 1).

Bij het uitvoeren van het onderzoek wordt de raadsonderzoeker begeleid door een *gedragswetenschapper*. Dit is een universitair opgeleide psycholoog of pedagoog. Er werken zowel gekwalificeerde als niet gekwalificeerde gedragsdeskundigen.

#### *Halt*

De opleidingsachtergrond van *Halt-medewerkers* is minimaal HBO. Nieuwe *Halt-medewerkers* krijgen de Basisopleiding *Halt-medewerker*, waarin alle voor het werk relevante en *Halt*-specifieke kennis en vaardigheden aan bod komen. In 2009 is gewerkt aan de database met daarin geaccrediteerde opleidingen voor *Halt*.

#### *Justitiële jeugdinstellingen*

Bij de JJI's werken: groepsbegeleiders, kinder- en jeugdpsychiaters, spv-ers en gz-psychologen. Er is gestart met een kwaliteitsslag in opleidingsniveau voor personeel op de groepen waarbij gestreefd wordt naar een situatie waarin 75% in het bezit is van een HBO-diploma. Daarnaast zijn extra middelen verstrekt om meer kinder- en jeugdpsychiaters en spv-ers aan te kunnen trekken en extra gz-opleidingsplaatsen te creëren.

### 6.3 Instrumenten

Bij dit hoofdstuk komt de, in vergelijking met andere deelgebieden andere, positie als werkgever van het ministerie van Veiligheid en Justitie in beeld. Als werkgever is het ministerie bij de RvdK en de rijks-JJI's zelf verantwoordelijk voor het vaststellen van beroepsnormen en de te gebruiken methoden<sup>55</sup>. Hierdoor en volgend op een verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit is het ministerie bij de RvdK en de rijks-JJI's direct betrokken bij het ontwikkelen en implementeren van hulpmiddelen, zoals deze hieronder worden besproken. Voor informatie over Richtlijnen in de Jeugdzorg en Verbetering Indicatiestelling Bureaus jeugdzorg wordt verwezen naar de paragraaf over dit onderwerp bij Geïndiceerde Jeugdzorg.

#### *Nieuwe hulpmiddelen*

Volgend op Beter Beschermd<sup>56</sup> en Anders Werken (tijdsinstaat door het anders organiseren van het werk) is door de RvdK een nieuwe manier van onderzoek ontwikkeld; de Nieuwe Raadsmethodiek. Deze methode is aangepast aan de jongste sociaal-wetenschappelijke inzichten, houdt meer dan voorheen rekening met informatie die al over het kind en gezin beschikbaar is, en focust niet alleen op bedreigende factoren maar ook op sterke kanten van kind en gezin. Samen met het veld is voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling de Deltamethode ontwikkeld. De essentie is een planmatige, op de ontwikkelingsbehoefte van het kind gerichte werkwijze die duidelijkheid bij en betrokkenheid van de cliënten bevordert. Risicomanagement maakt een belangrijk deel uit van de methode.

Voor het uitvoeren van de voogdij is de voogdijmethode ontwikkeld. Essentie hiervan is dat waar mogelijk de voogdij zo spoedig mogelijk wordt overgedragen aan een natuurlijk persoon. Doel hiervan is dat na het bereiken van de meerderjarigheid de jeugdige kan terugvallen op een (familie) netwerk.

Voor de Jeugdreclassering is het Handboek methode Jeugdreclassering ontwikkeld. Een eenduidige, *evidence based* methode zorgt voor maatschappelijk en politiek draagvlak voor de jeugdreclassering, geeft jeugdreclasserders gereedschap in handen om effectief te werken, en biedt de jongere die delicten pleegt vertrouwen en uitdaging. Verbijzonderingen zijn: Individuele Traject

<sup>55</sup> Bij de bureaus jeugdzorg, LWI's, *Halt* en particulieren jji's is het meer de verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren en instellingen zelf

<sup>56</sup> Dit gebeurt in vier projecten: samenwerking tussen de hulpverleningsorganisaties in de jeugdbeschermingsketen; informatiemanagement; verbetering van de uitvoering van de kindbeschermingsmaatregelen; verbetering van de kindbeschermingswetgeving.

Begeleiding (ITB) CRIEM (voor jeugdige waarbij gebrekkige integratie een rol speelt) en ITB Harde Kern (voor jongeren met hoog recidive).

In alle justitiële jeugdinrichtingen is de wetenschappelijk onderbouwde basismethodiek YOUTURN ingevoerd. Alle medewerkers in de JJI geven daarmee op dezelfde wijze vorm aan de verzorgingstaak, opvoedkundige en behandelings taak van de JJI. Met deze basismethodiek wordt per fase uitgewerkt welk programma de jongere krijgt. Daarmee doen jeugdigen gedurende hun verblijf vaardigheden op die zij in hun dagelijkse leven nodig hebben en die delictgedrag in de toekomst moeten voorkomen.

Alle Halt-bureau's volgen dezelfde processtappen bij de inrichting en uitvoering van een wetenschappelijk onderbouwde nieuwe Halt afdoening. Binnen die uniforme aanpak is ruimte voor het leveren van maatwerk via verschillende modules. Afhankelijk van de bevindingen in het startgesprek (met de jongere én zijn ouders) wordt de invulling van de modules bepaald. Een en ander is vastgelegd in het Handboek Halt-procedures.

#### *Kennisinstituten*

Begin 2009 is het startsein gegeven voor ForCA, het Forensisch Consortium Adolescenten, een samenwerking tussen instellingen die actief zijn op het gebied van diagnostiek en behandeling van *strafrechtelijk* geplaatste jongeren. Deze samenwerking is opgezet om diagnostiek en behandeling van de jongeren in de JJI, en de opleiding en de toepassing van beschikbare kennis, te verbeteren. De samenwerking van partners uit de praktijk en de wetenschap moet op termijn leiden tot passende en effectieve behandeling van de jongere, grotere veiligheid binnen de justitiële jeugdinrichtingen, minder recidive en beter functioneren van de jongere in de maatschappij.

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) is het kennisinstituut voor het justitiële jeugdveld.

Via ZonMw zijn MST Nederland en FFT Nederland opgericht. Deze interventies beogen minder recidive. Gericht op jongeren met ernstige gedragsproblemen en soms ook crimineel gedrag.

#### *Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie*

Voor de beoordeling van gedragsinterventies bij (jeugdige en volwassen) delinquenten is er een aparte erkenningcommissie van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie toetst de kwaliteit van instrumenten/gedragsinterventies. Een instrument is effectief als hiermee recidive wordt teruggedrongen.

Zij hanteert drie erkenningniveaus, te weten: 'erkend', 'voorlopig erkend', en 'niet erkend'. De Erkenningcommissie van Justitie hanteert een andere uitkomstmaat dan die van jeugdzorg (NJI), namelijk: 'het voorkomen van recidive'. De interventies worden op termijn ook op hun daadwerkelijke effect geëvalueerd.

Twee erkende interventies worden op dit moment onderzocht. Inmiddels zijn er 17 gedragsinterventies door de Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie erkend waarvan 14 volledig en 3 voorlopig. Het streven is om te komen tot een pakket van 21 erkende gedragsinterventies. Erkende interventies worden per ommegaande ook opgenomen in de databank van het NJi. Vanaf 2011 financiert Justitie alleen nog interventies die door de Erkenningcommissie getoetst zijn.

## **6.4 Organisaties**

#### *Kwaliteitskader Raad voor de Kinderbescherming*

Ook bij het ontwikkelen en implementeren van hulpmiddelen heeft de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie een intensievere bemoeienis in vergelijking met andere deelgebieden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de vaststelling van het Kwaliteitskader 2009 voor de RvdK. Dit is een algemene aanwijzing van de toenmalige Minister van Justitie en van de Minister voor Jeugd en Gezin in de zin van artikel 3 van het Organisatiebesluit. Het bevat het algemene kader dat van toepassing is op de werkwijze van de RvdK en is leidraad bij de behandeling van

zaken door medewerkers van de RvdK met protocollen en voorgeschreven werkwijzen, met als doel gelijke zaken gelijk te behandelen. (Bij de bureaus jeugdzorg wordt in het kader van organisatieverbetering o.a. gewerkt met de Doorbraakmethode. Een beschrijving hiervan staat in het hoofdstuk over Geïndiceerde Jeugdzorg.

#### *Certificering*

In 2006 is Halt gestart met kwaliteitsmanagement en ISO9000-certificering. Medewerkers krijgen inzicht in elkaars werkwijze en werkzaamheden. En door in de keuken te kijken van collega-instellingen leren de organisaties van elkaar. In 2009 zijn zeven van de achttien Halt-bureaus gecertificeerd. De overige bureaus werken in 2010 aan de voorbereiding van de interne audit of het certificatieonderzoek staat reeds gepland.

In november 2009 is het certificatieschema voor de 15 BJZ en 4 LWI's vastgesteld. Inmiddels is WSG en BJZ Zeeland gecertificeerd voor zowel jeugdbescherming als jeugdreclassering.

Voor de JJI's is door HKZ een certificatieschema voor de JJI's opgesteld. Aanleiding hiervoor is de sterke inzet op kwaliteit en veiligheid voor de jeugdigen en personeel vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Het certificatieschema is eind september 2009 vastgesteld en is van toepassing op het kwaliteitsmanagementsysteem van alle justitiële jeugdinrichtingen. Momenteel wordt via de PDCA-cyclus gewerkt aan de borging van de kwaliteit in de JJI's die uiteindelijk moet leiden tot HKZ-certificering van alle JJI's in 2011.

Bij Stichting Nidos is het de bedoeling om alle onderdelen van het INK-managementsysteem een plek te geven in de bedrijfsvoering van Nidos.

#### *Prestatie-indicatoren*

Op dit moment worden voor de JJI's nieuwe en meer inhoudelijke prestatie-indicatoren ontwikkeld waarmee een beter beeld ontstaat van de kwaliteit van het functioneren van de individuele JJI. De HKZ certificering maakt onderdeel uit van de kwaliteitsmeting. Najaar 2010 is bekeken hoe de huidige prestatie-indicatoren aansluiten bij de eisen zoals deze vanuit de HKZ-certificering worden gesteld en de risico-indicatoren die de Inspectie Jeugdzorg vanaf 2010 hanteert in de JJI's.

#### *Benchmark*

Ten aanzien van JJI's loopt een WODC-onderzoek naar benchmark ontwikkeling voor het gevangeniswezen. Als dit positief uitpakt, wordt het voor de JJI's ook ontwikkeld. Hierop vooruitlopend wordt sinds 2008 de JJI Inspiratiedagen georganiseerd, met als doel uitwisseling van 'best practices' (kennis en expertise uitwisseling).

#### *Borging*

Ook implementatie en borging hebben een directe lijn met behoud en ontwikkeling van kwaliteit. De centrale beheerorganisatie interventies jeugd is een gezamenlijk initiatief van de justitiële jeugdinrichtingen (JJI's) om de kwaliteit van de uitvoering van landelijk erkende gedragsinterventies en de basismethodiek YOUTURN te borgen. Ook HKZ certificering wordt met dat doel gedaan; PDCA-cyclus is ook gericht op de borging van kwaliteit.

#### *Instrumenten voor samenwerking*

Voor effectieve zorg bij jeugdigen is het essentieel dat de betrokken organisaties goed samenwerken. De afgelopen jaren is veel aandacht besteed aan het verbeteren van de doorlooptijden in de jeugdstrafrechtketen en in bij de kinderbescherming.

### *Jeugdstrafrechtketen*

Het resultaat van het project 'Landelijke Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen' (LIJ) is een samenhangend, ketenbreed pakket aan instrumenten, gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke inzichten (wat werkt beginselen; erkende interventies (*evidence based*); gestructureerd professioneel oordeel), om te signaleren, te screenen en risico's te taxeren bij jeugdigen die in aanraking komen met politie en justitie om te komen tot een passende reactie op delinquent gedrag van minderjarigen. Het LIJ is uitgetoet in enkele pilotregio's. De pilots zijn in maart 2011 afgerond. In juni 2011 is de verbredingsfase gestart in het arrondissement Utrecht en in september zal dit in Rotterdam starten. Naar verwachting wordt er in september 2011 een beslissing genomen over de landelijke uitrol van het LIJ.

Vanaf 2003 zijn de justitiële casusoverleggen (JCO) landelijk ingevoerd waardoor meer samenhangend kan worden gereageerd. In het JCO maken de betrokken ketenpartners afspraken over een passende reactie op basis van informatie die bij hen over de jongere beschikbaar is. Uit evaluatieonderzoek blijkt dat het JCO zorgt voor meer maatwerk, wat resulteert in een kwaliteitsverbetering in strafafdoening en hulpverlening. Ook heeft deze vorm van samenwerking geleid tot een verkorting van doorlooptijden in de jeugdstrafrechtketen.

Naast het JCO is dat gebeurd door de netwerk- en trajectberaden. Deze laatste zorgen voor een passend nazorgtraject na een vrijheidsbenemende straf of maatregel. Deze overlegvormen worden ondersteund door een ketenbreed geautomatiseerd registratiesysteem. Van het systeem JCO-support is de implementatie op 1 april 2010 afgerond en is de landelijke uitrol daarvan gerealiseerd.

De afgelopen jaren hebben de JCO's een plaats gekregen in de Veiligheidshuizen. Inmiddels is sprake van een landelijk dekkend netwerk aan Veiligheidshuizen. Een Veiligheidshuis is een samenwerkingsverband dat zich richt op het terugdringen van overlast en criminaliteit. De ketenpartners kunnen zijn: Gemeente, politie, openbaar ministerie, RvdK, reclasseringsorganisaties en welzijnsorganisaties. De aanpak van Veiligheidshuizen, persoons- gebieds- systeem- en slachtoffer- gericht, is effectief. De Veiligheidshuizen moeten een bijdrage leveren aan de doelstelling om de criminaliteit en overlast met 25 procent te reduceren en de recidive terug te dringen.

### *Jeugdbeschermingsketen*

Het programma 'Beter Beschermd' wil de kwaliteit van de jeugdbescherming vergroten. Dit betekent dat jeugdigen efficiënt en effectief beschermd worden als zij in hun ontwikkeling worden bedreigd of als er ernstige vermoedens zijn van bedreiging in de opvoeding. Eén van de projecten binnen 'beter beschermd' is de ketendoorlooptijd. De ketendoorlooptijd van een beschermingszaak is van 1 jaar in 2006 teruggebracht tot 3 maanden in 2010.

Belangrijk bij het terugbrengen van de ketendoorlooptijd is het realiseren van het Casusoverleg Bescherming (COB), waarin in een mondeling casusoverleg zaken van bureau jeugdzorg naar de Raad voor de Kinderbescherming worden overgedragen. Het COB wordt ondersteund door het COB Ondersteuning Systeem (ICT). Op ruim 60 plaatsen in het land vindt dit overleg tussen BJZ en RvdK wekelijks of zelfs vaker plaats om informatie uit te wisselen en een zaak over te dragen voor het onderzoek ten behoeve van een eventuele kindbeschermingsmaatregel.

Ook met de Rechtbanken worden afspraken gemaakt om een rekest van de RvdK zo spoedig mogelijk op de zitting te behandelen bij voorkeur binnen drie weken. Daarnaast bereiden de deelnemende partijen zich voor op de invoering van de nieuwe Wet Kinderbescherming die naar verwachting in de loop van 2010 door het parlement zal worden behandeld en naar verwachting in 2011 kan worden ingevoerd.

## **6.5 Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van zorg**

Voor een beschrijving betreffende de cliëntinstrumenten bij de bureaus jeugdzorg en LWI's wordt verwezen naar de beschrijving hiervan in het hoofdstuk Geïndiceerde Jeugdzorg: de Cliënttoets, Klachtencommissie, Cliëntenraden en Vertrouwenspersoon. In aanvulling daarop worden hier de cliëntinstrumenten beschreven bij de overige onderdelen van DJJ.

### *Raad voor de Kinderbescherming*

De RvdK heeft in alle regio's regionale cliëntenraden en klachtencommissies. Naast de vertrouwenspersoon is er voor cliënten ook nog een onafhankelijke vertrouwenspersoon beschikbaar. Zijn taak is om cliënten te informeren en te adviseren over hun (rechts-)positie en om hen te ondersteunen bij vragen, problemen en klachten over de RvdK. De vertrouwenspersoon is hiervoor speciaal opgeleid en gekwalificeerd.

De vertrouwenspersonen zijn in dienst van het Advies- en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ), Zorgbelang Brabant of Zorgbelang Groningen. De eindverantwoordelijkheid voor hun werkzaamheden ligt bij het AKJ, waar de RvdK een overeenkomst mee is aangegaan

De RvdK laat permanent - en in bijna alle gevallen - een onderzoek doen naar de cliënttevredenheid. Voor dit onderzoek ontvangen ouders (of verzorgers) en jongeren vanaf twaalf jaar per post een vragenlijst. Dat gebeurt ongeveer veertien dagen nadat het eindrapport aan hen is toegestuurd. Het extern bureau Market Response zorgt voor de verwerking van de vragenlijsten en brengt verslag aan de RvdK uit over de uitkomsten van het onderzoek.

### *Halt*

De halt-sector heeft voor jongeren, ouders en benadeelden een landelijke klachtenregeling. De landelijke klachtenregeling voorziet in een interne procedure voor de behandeling van klachten. Indien na deze procedure de klacht niet is opgelost, kan de klacht ingediend worden bij een onafhankelijke klachtencommissie.

### *JJI*

Elk jaar wordt onderzocht hoe jongeren hun verblijf in de inrichting beleven via de Jeugdsurvey. Dit onderzoek gaat in op bijvoorbeeld veiligheid, het onderwijs, de activiteiten en ook de omgang met andere jongeren, personeel en hulpverleners. Binnen de JJI's zijn beklagcommissies. Deze bestaan uit drie leden van de commissie van toezicht, en een secretaris. Bij deze commissie kan schriftelijk een klacht worden ingediend. Eenvoudige klachten handelt de commissie zelf af. Daarnaast bestaat een Commissie van Toezicht. In deze commissie zitten mensen die niet in de inrichting werken. Ouders en jongeren kunnen bij deze commissie een klacht indienen. Verder bezoekt een lid van de commissie (de maandcommissaris) de inrichting minimaal twee keer per maand. Hij/zij houdt een spreekuur waar de jongeren gebruik van kunnen maken als zij het niet eens zijn met de manier waarop er met hen wordt omgegaan of voor hen wordt gezorgd.

### *Stichting Nidos*

De in 2007 opgestarte medewerkers- en cliënttevredenheidmetingen hebben in 2008 een vervolg gekregen in de in 2009 door Nidos ontwikkelde amonitor.

## Schematische weergave inventarisatie

☑ = aanwezig		JGZ	LPJ	GJ	DJJ
Professionalisering van beroepsbeoefenaren	Beschrijving beroepsbeoefenaren	☑	☑	☑	☑
	Beroepsvereniging	☑	☑	☑	☑
	Beroepsprofiel	☑	☑	☑	☑
	Competentieprofiel	☑	☑	☑	☑
	Opleidingseisen	☑	☑	☑	☑
	(Her)registratie in beroepsregister	☑	☑	☑	☑
	Na-/bijscholing	☑	☑	☑	☑
	Ethische code/ beroepscode	☑	☑	☑	☑
Tuchtrecht	☑	☑	☑	☑	
Instrumenten voor beroepsmatig handelen	Niveau van kennisontwikkeling (alleen beschrijving in algemene deel)				
	Richtlijnontwikkeling	☑	☑	☑	☑
	Kennisinstituten (taken)	☑	☑	☑	☑
	Onderzoeksprogramma's	☑	☑	☑	☑
	Effectiviteitonderzoek	☑	☑	☑	☑
	Implementatie + borging	☑	☑	☑	☑
	Erkenningscommissie	☑		☑	☑
Databank	☑	☑	☑	☑	
Instrumenten voor het beoordelen van de kwaliteit van organisaties	PDCA-cyclus (alleen beschrijving in algemene deel)				
	ISO-systematiek	☑			☑
	Certificering	☑	☑	☑	☑
	Prestatie-indicatoren	☑	☑	☑	☑
	Benchmark	☑	☑	☑	☑
	-----				
Cliëntinstrumenten voor het beoordelen van kwaliteit van zorg	Klachtencommissie	☑		☑	☑
	Cliëntenraad	☑		☑	☑
	Cliëntvertrouwenspersoon	☑		☑	☑

## 7 Vergelijking

In dit hoofdstuk worden de verschillen en overeenkomsten in de kwaliteit voor jeugd tussen de vier deelgebieden (jeugdgezondheidszorg, lokaal preventief jeugdbeleid, geïndiceerde en justitiële jeugdzorg) beschreven en wel voor de waterdruppeldimensies cliënt, beroepsbeoefenaren, instrumenten en organisatie.

### **De cliënt**

Als eerste valt op dat in ieder deelgebied sprake is van een andere samenstelling van de groep jeugdigen. Dit verschil tussen cliëntgroepen heeft te maken met de leeftijd en de zwaarte van de zorgvraag (opvoed- of zorgvraag, met een civielrechtelijke of strafrechtelijke component) en de zwaarte van het zorgaanbod (vrijwillig of verplicht, actief of passief). Als er wordt gekeken naar de jeugdige als persoon, dan wijst onderzoek uit dat er cliëntkenmerken aangewezen kunnen worden die betrouwbare voorspellers zijn van een positieve uitkomst van het zorg- en hulpverleningsproces. Kort gezegd komt dit neer op de mate waarin een jeugdige (en zijn omgeving) open kan staan voor ondersteuning of zorg.

Wat de instrumenten voor het meten van cliënttevredenheid aangaat, valt op dat al naar gelang de vorm van ondersteuning of zorg een wisselend aanbod van instrumenten wordt ingezet. Het hanteren van verschillende vragenlijsten voor het beoordelen van de subjectief beleefde kwaliteit van zorg door de cliënt hoeft geen bezwaren op te leveren. De informatie is in eerste aanleg vooral heel belangrijk voor de instelling zelf en met name de beroepsbeoefenaren die het aangaat. Deze instrumenten zijn minder geschikt voor het geven van een objectief oordeel over de gehele organisatie/instelling, om deze vervolgens te vergelijken met de oordelen van andere cliënten over andere organisaties. De verschillen in inspraak via cliëntenraden en dergelijke zijn inherent aan de vormgeving van het systeem via de - nu nog afzonderlijke - wetten. Er komt een nieuwe wet, Wet cliëntenrechten zorg, die de cliëntenrechten uit verschillende wetten vervangt en bundelt in één regeling.

### **De beroepsbeoefenaren**

Als de beroepsbeoefenaren in de deelgebieden met elkaar worden vergeleken is de overlap opmerkelijk. In alle vier de deelgebieden zijn gedragswetenschappers werkzaam. In de jeugdgezondheidszorg en in het lokaal preventief jeugdbeleid zijn (jeugd-)artsen KNMG en in de geïndiceerde jeugdzorg zijn vertrouwensartsen werkzaam. Voor de jeugdgezondheidszorg en het lokaal preventief jeugdbeleid geldt dat er tevens (jeugd-)verpleegkundigen aanwezig zijn; in de justitiële jeugdzorg zijn sociaal psychiatrisch verpleegkundigen actief. Daarnaast zijn in het lokaal preventief jeugdbeleid preventiewerkers actief; in de geïndiceerde jeugdzorg en justitiële jeugdzorg groeps werkers. Ook zijn in de justitiële jeugdzorg nog werkzaam de gezinsvoogdij, jeugdreclasserder, raadsonderzoeker, coördinator taakstraffen en de Halt-medewerker.

Wanneer de professionalisering van beroepen in de vier deelgebieden wordt bezien, dan valt op dat er verschillen zitten in de stand van ontwikkeling van beroepen. De jeugdgezondheidszorg kent in de wet BIG vastgelegde zichzelf regulerende beroepen zoals die van (jeugd-)artsen en (jeugd)verpleegkundigen. In dit deelgebied is het aantal professionals het grootst. In het lokaal preventieve jeugdbeleid geldt een bijna omgekeerde situatie: hier is de meerderheid van beroepen niet geprofessionaliseerd. Voor enkele beroepen in de lokaal preventieve jeugd(gezondheids)zorg (psychologen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers) geldt dat zij zich hebben georganiseerd in een beroepsvereniging, het

beroepsdomein hebben afgebakend en opleidingseisen zijn overeengekomen. Ook zijn er van de ondersteunende beroepen competentieprofielen en opleidingseisen bekend. De ingestelde registers en tuchtrecht zijn evenwel verbonden aan een vrijwillig lidmaatschap van de beroepsvereniging (maatschappelijk werk en sociaal agogen, kinder- en jeugdpsychologen, orthopedagoog generalist en doktersassistenten (kwaliteitsregister)).

In de geïndiceerde en justitiële jeugdzorg zijn de meeste beroepsbeoefenaren niet geprofessionaliseerd. Omdat de problematiek in de geïndiceerde jeugdzorg van zwaardere aard is en de samenleving er een groot belang aan hecht, wordt thans gewerkt aan de totstandkoming van twee beroepen in de geïndiceerde jeugdzorg en de justitiële jeugdzorg (JJI, Halt en de RvdK). Dit is een beroep voor jeugdzorgwerker (HBO) dat circa 20.000 beroepsbeoefenaren omvat en het beroep gedragswetenschapper in de jeugdzorg (WO) dat circa 2000 beroepsbeoefenaren omvat.

## **Instrumenten**

In de vier deelgebieden zijn verschillende kennisinstellingen actief waaronder ZonMw, het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het RIVM/Centrum Gezond Leven (CGL), het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) en Movisie. Ieder kennisinstituut heeft een eigen opdracht en werkt waar mogelijk samen met andere kennisinstellingen.

De wijze waarop kennis wordt ontwikkeld en gebruikt verschilt per deelgebied. In de jeugdgezondheidszorg komt kennis voornamelijk tot stand op basis van *'expert based'*, *'consensus based'* en *'evidence based evidence'*. In het lokaal preventief jeugd beleid daarentegen nemen beroepsbeoefenaren besluiten op basis van praktijkinzichten (*practice based*) en op basis van een dialoog met de cliënt (*client based*). De geïndiceerde jeugdzorg wordt – net zoals het lokaal preventief jeugd beleid – gekenmerkt door handelen op basis van praktijkinzichten (*practice based*). Opvallend is dat het streven bij delen van de justitiële jeugdzorg om in de toekomst uitsluitend te werken met *'evidence based evidence' instrumenten*. Bij de jeugdgezondheidszorg, het lokaal preventief jeugd beleid en de geïndiceerde jeugdzorg is de manier waarop kennis wordt gebruikt inherent aan de stand van ontwikkeling van de wetenschap. In de justitiële jeugdzorg wordt hierop gestuurd door het departement.

In alle deelgebieden richten onderzoeksprogramma's zich op effectonderzoek (van instrumenten) en op innovatie. Er zijn al veel instrumenten en methodieken ontwikkeld en op hun effectiviteit onderzocht.

In de deelgebieden zijn verschillende erkenningscommissies actief om de mate van effectiviteit van een interventie te bepalen, en zijn databanken ontwikkeld voor het opvragen van effectieve methoden. Deze databanken hanteren meerdere criteria voor het beoordelen van instrumenten.

Er zitten grote verschillen tussen de deelgebieden in het aantal bewezen effectieve methoden. Voor zowel de jeugdgezondheidszorg als voor de justitiële jeugdzorg zijn al verschillende *evidence based* instrumenten beschikbaar of zijn er keuzes gemaakt tussen de beschikbare instrumenten die in de sector worden gebruikt. Zo zijn in de jeugdgezondheidszorg al tientallen interventies *'evidence based'* verklaard en opgenomen in richtlijnen die leidend zijn voor professionals. In het justitiële kader krijgen geselecteerde instrumenten die theoretisch goed zijn onderbouwd, voor 5 jaar het predicaat *'evidence based'*. In die 5 jaar moet deze veronderstelling dan worden onderbouwd met onderzoek. In de justitiële jeugdzorg heeft het Rijk (als werkgever) tezamen met het veld gekozen voor 21 gedragsinterventies, waaruit beroepsbeoefenaren in JJI's, jeugdreclassering en bij Halt kunnen kiezen willen zij voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.

In het domein van het lokale preventieve jeugdbeleid en de geïndiceerde jeugdzorg is er sprake van een andere situatie. Hier krijgen instrumenten/interventies het predicaat *'evidence based'* alleen na onderzoek. December 2011 zijn drie *'evidence based'* bewezen methoden beschikbaar, die toepasbaar zijn in het onderwijs of de jeugdbescherming. Hiernaast beschikken 144 methoden op het raakvlak van de deelgebieden geïndiceerde jeugdzorg, lokale preventieve jeugdbeleid en in mindere mate de justitiële jeugdbescherming over in ieder geval de classificatie *'in theorie bewezen effectief'*.

Verder valt op dat het meten van de effectiviteit van interventies met behulp van een *'randomised controlled trial'* in de GGZ maar ook in de geïndiceerde jeugdzorg problemen geeft. Deze onderzoeksmethode loopt tegen zijn wetenschappelijke grenzen aan. Het is moeilijk controlegroepen te formeren voor de relatief kleine populaties voor een bepaalde problematiek, waarop het nieuwe instrument moet worden getoetst. Een ander probleem is dat alle onderzoeken verschillende datasets gebruiken om een instrument te valideren, hetgeen de vergelijkbaarheid tussen onderzoeksresultaten vergaand bemoeilijkt.

Het punt van verschillende datasets speelt niet alleen een rol bij onderzoek maar ook bij beleids- en verantwoordingsinformatie. Informatie wordt met een verschillend doel (beleids-/verantwoordingsinformatie) en hulpmiddel (prestatie-indicatoren/ monitor), registratieniveau (organisatie-/ cliëntniveau) en op verschillend moment (maandelijks/ twee keer per jaar) uitgevraagd.

De implementatie en borging van methoden die hun waarde hebben bewezen komt niet overal even goed van de grond. Er zijn geen of te weinig eigenaren van instrumenten, implementatieplannen zijn afwezig en geldelijke middelen ontbreken. Een positieve uitzondering hiervoor is het richtlijnenproject van de deelgebieden geïndiceerde jeugdzorg en justitiële jeugdzorg, waarvoor expliciet budget beschikbaar is gesteld voor de implementatie van de richtlijnen en daarin benoemde hulpmiddelen. Een ander positief voorbeeld is het project Reis voor sociale interventies.

De stand van ontwikkeling en gebruik van technische innovatie verschilt per deelgebied. Er zit echter wel een onderscheid tussen zorginhoudelijke vernieuwingen en digitale communicatie. Over beiden kan gezegd worden dat hierop nog inzet gepleegd kan worden om de totstandkoming van producten te stimuleren.

## **Organisaties**

Wanneer de instrumenten voor organisatieverbetering worden gezien dan valt op dat het er veel zijn die allemaal gebruik maken van uiteenlopende datasets. Bij instrumenten denken we aan de vele prestatie-indicatoren, benchmarks, certificeringscycli en Doorbraak-projecten (PDCA-cycli). Hierbij kunnen de verschillen tussen de deelgebieden in ogenschouw worden genomen. Waar bij de jeugdgezondheidszorg, de justitiële jeugdzorg en in mindere mate de geïndiceerde jeugdzorg het werkveld redelijk strak is afgebakend, is dit bij de lokale preventief jeugdbeleid niet het geval. Dit heeft gevolgen voor het gebruik van instrumenten voor organisatieverbetering. Des te eenvormiger de werksoort, des te groter de kans op een succesvolle inzet van genoemde instrumenten. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat Doorbraak trajecten in het eerste jaar een groot effect sorteren, in tegenstelling tot de jaren erna. Dit lijkt inherent aan de toepassing van PDCA-cycli. Certificeringsinstrumenten mogen zich verheugen op populariteit bij het management, maar worden door beroepsbeoefenaren vaak als administratief belastend ervaren. Over de inzet van prestatie-indicatoren kan worden gesteld dat het grote gevaar ervan is dat niet wordt gemeten wat wordt

beoogd<sup>57</sup>. Scores op een ranglijst maken dat organisaties een lage score niet kunnen negeren en zullen anticiperen met acties die geen verband houden met de kwaliteit van zorg. De indicatoren zouden zich in eerste aanleg moeten beperken tot de best meetbare logistieke aspecten van kwaliteit

In zijn totaliteit bezien valt op hoeveel beroepen en instrumenten aanwezig zijn in de brede sector zorg voor jeugd. De grootste opdracht lijkt ordening in beroepen en instrumentarium in de brede zorg voor jeugd te realiseren, bestaande initiatieven breder te laten landen en zo nodig witte vlekken in het pallet van instrumenten/interventies op het op te vullen.

---

<sup>57</sup> Berg, M. (2010) *Een goede indicator beter dan tien slechte*. Medisch Contact, nr 66, pp. 142-144.

## 8 Suggesties voor een kwaliteitsbeleid

### **Naar een toekomstbestendige zorg voor jeugd**

Kinderen moeten veilig en gezond kunnen opgroeien en zich ontwikkelen tot volwassenen die deelnemen aan onze samenleving. Het Internationaal verdrag inzake de Rechten van het Kind verplicht landen om kinderen daartoe alle ruimte te bieden. Ouders, overheden en professionals moeten hen daarin ondersteunen. Indien nodig moeten kinderen zorg of bescherming krijgen; laagdrempelige, toegankelijke zorg van goede kwaliteit. De mogelijkheden om kwaliteit in de brede zorg voor jeugd te borgen, zijn het onderwerp van dit rapport.

Een studie van De Winter<sup>58</sup> laat zien dat kinderen zich beter ontwikkelen als ze opgenomen zijn in sociale netwerken die groter zijn dan het gezin alleen. Als er bijvoorbeeld goede verbindingen zijn tussen ouders in de buurt en tussen ouders en school, dan presteren kinderen beter en hebben ze meer kans op maatschappelijk succes. De kansen op kindermishandeling en jeugdcriminaliteit dalen als de sociale effectiviteit in een buurt hoog is. "De oude sociale structuur waarbij buurt, school, kerk en verenigingen een rol in de opvoeding speelden is verdwenen. Dit geeft ouders meer vrijheid, maar ook minder houvast: ze staan er alleen voor. Ouders zorgen zo goed mogelijk voor hun kinderen, binnen hun eigen mogelijkheden. Wie een kind heeft met een probleem voelt zich al snel te kort schieten en zoekt hulp"<sup>59</sup>.

Uit verschillende vergelijkende (inter)nationale studies blijkt dat het met de overgrote meerderheid van de Nederlandse jeugd goed gaat<sup>60</sup>. Toch stijgt de vraag (inmiddels een half miljoen jongeren) naar jeugdzorg en speciaal onderwijs. Steeds meer jongeren krijgen een etiket in termen van ADHD tot Wajong en de kosten van zorg voor jeugd stijgen navenant<sup>61</sup>. Te veel gewone problemen zijn verworden tot grootschalige zorgproblemen.

De opgave bij de zorg voor jeugd is daarom meer inzet op preventie en opvoedondersteuning in de sociale omgeving van het kind. De eigen kracht en verantwoordelijkheid van jeugdigen en hun ouders zou beter kunnen worden benut. Daarnaast kan gestreefd worden naar een integrale aanpak van problematiek. Wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij de ondersteuning en zorg in een gezin moet er nauw worden samengewerkt tussen de verschillende betrokkenen. Heldere afspraken vastgelegd in een plan dat is opgesteld met het kind zelf, helpt om te komen tot een integrale aanpak van de problematiek. Dit betekent niet per definitie dat hulp wordt vervangen door preventie, maar dat hulpverleners kinderen (en hun ouders) op het beste moment bijstaan. Het is hierbij van belang om beroepsbeoefenaren die werken in dagelijkse en basale opvoedingssituaties (opvang en onderwijs) toe te rusten om adequaat te handelen, ook als er zich (beginnende serieuze) opvoed- of ontwikkelingsproblemen voordoen<sup>62</sup>.

---

<sup>58</sup> Winter, M. de (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Amsterdam: SWP.

<sup>59</sup> Winter, M. de (2011) *Kinderen moeten weer opgroeien*. Gezonde gemeenten, slimme verbindingen. Den Haag: VNG.

<sup>60</sup> HBSC (2009) *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

<sup>61</sup> Centraal Planbureau (2011) Policy brief: Van bijstand naar wajong. Den Haag: CPB.

<sup>62</sup> Raad voor maatschappelijke ontwikkeling, (2011) *Briefadvies: Bevrijdend kader voor de jeugdzorg*. Den Haag: RMO.

Belangrijk is dat bij alle ingezette hulp- en ondersteuning de betrokken hulpverlener en/of manager zich afvraagt of de handeling/instrument van Bijzondere Toegevoegde Waarde (BTW) is voor het kind. Dit is de grondslag voor ieder handelen in de zorg voor jeugd. Het BTW-uitgangspunt is naar voren gekomen op de Huize Molenaar conferentie Kwaliteit voor jeugd op 31 maart 2011, georganiseerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) en het ministerie van Veiligheid en Justitie (hierna: VenJ). Sleutelpersonen uit de jeugdsector hebben gediscussieerd over de kwaliteit voor jeugd.

Met de geleerde lessen uit de vergelijking en het BTW principe voor ogen, bespreken we hieronder de mogelijkheden de kwaliteit van zorg voor jeugd te verbeteren op het niveau van cliënten, beroepsbeoefenaren, instrumenten en organisaties.

## **Cliënt**

Uit onderzoek blijkt dat er cliëntgebonden factoren zijn die een rol spelen in het hulp- en ondersteuningsproces en die met zorg voor jeugd niet of moeilijk beïnvloedbaar zijn. Deze factoren beïnvloeden de kans op het succes van de preventie, ondersteuning of hulpverlening. De samenleving zal daarom moeten accepteren dat niet alle problemen van kinderen voor de volle 100% door het zorgaanbod kunnen worden verholpen. De motivatie van de cliënt zelf is ook een belangrijke succesfactor bij het realiseren van een gedragsverandering. Bij jeugdigen waarbij dit overduidelijk niet het geval is, kan ervoor worden gekozen de inzet van ondersteuning te richten op het voorkomen van verslechtering van de situatie. Omdat we nog maar weinig weten over de samenhang tussen kenmerken van de cliënt en de ingezette hulp, is het van belang dat onderzoek gedaan wordt naar welke cliëntfactoren bij te onderscheiden groepen bepalend zijn voor succes van ondersteuning en hulpverlening. Diversiteit alsmede verschillen tussen regio's en sociale klasse kunnen hierbij als factor worden meegenomen. De erkenning dat naast de jongere ook het gezin en de sociale omgeving een rol van betekenis speelt, maakt dat deze 'ring' ook tot de clientèle van de hulpverlener gaat behoren. Uitkomsten van dergelijk onderzoek kunnen bij de methodiekontwikkeling worden meegenomen. Nadat cliëntgroepen zijn gedefinieerd, kunnen verschillende vragen worden gesteld, zoals:

- Wat is grofweg de aard van de jeugdproblematiek van de groep?
- bij welk percentage van deze jongeren gaat de jeugdproblematiek na het 23<sup>ste</sup> levensjaar vanzelf over?
- welke schatting is te maken van het percentage jongeren van deze groep die (niet/wel) open staat voor ondersteuning, hulp of zorg?
- hoe zijn jongeren die openstaan voor ondersteuning etc. te herkennen?
- Is de benodigde ondersteuning, hulp of zorg te omschrijven in een te ontwikkelen nascholingscursus voor professionals?

Via gericht cliëntenbeleid kunnen cliënten in staat worden gesteld verantwoordelijkheid te nemen op verschillende niveaus. Cliëntenbeleid gaat verder dan het organiseren van een cliëntenraad en een klachtencommissie. De jeugdige is een actieve speler die met behulp van elementen in zijn directe omgeving in staat moet worden gesteld zijn eigen kracht te benutten. Het 'Wrap around care-model' waarin instellingen hun hulp bundelen rond de jeugdige, lijkt een kansrijk model voor het versterken van eigen kracht. Ook kunnen de bevindingen uit het ZonMw-programma Vrijwillige inzet voor en door jeugd en gezin hierin te worden meegenomen.

Wanneer objectieve indicatiestelling in de zorg voor jeugd wordt vervangen door een systeem van professionele verwijzing (op basis van kennis, kunde en ervaring van daartoe geschikt geachte beroepsbeoefenaren), kan de mogelijkheid worden onderzocht in hoeverre cliënten vrij kunnen zijn hun hulpverlener te kiezen. Ook

kan de mogelijkheid worden onderzocht om een 'second opinion' aan te vragen bij diagnostiek.

## **Beroepsbeoefenaren**

De alliantie tussen de cliënt en de beroepsbeoefenaar is een belangrijke voorspeller voor succes van preventie, ondersteuning of hulpverlening. De alliantie moet gebaseerd zijn op een professionele werkrelatie, waarin sprake is van vertrouwen en onderlinge verbondenheid, wat leidt tot overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak. De beroepsbeoefenaar is zelf onderdeel van zijn sociale interactie en zal voortdurend situaties en dilemma's moeten inschatten en keuzes moeten maken.

Van belang is dat de beroepsbeoefenaar binnen heldere professionele en organisationele kaders de ruimte krijgt om op basis van zijn kennis, ervaring en verworven kunde het maximale effect te sorteren met zijn jeugdige<sup>63</sup>. Onderzoek naar de werkzaamheid van deze alliantie kan worden voortgezet zodat de uitkomsten de kwaliteit van zorg voor jeugd positief beïnvloeden. Wederzijds vertrouwen is bij het aangaan van een relatie noodzakelijk. In dit kader valt te overwegen cliënten keuzes te bieden in hulpverleners. Als de cliënt vooraf geen vertrouwen heeft in de hem aangeboden beroepsbeoefenaar, lijkt het eindresultaat immers voorspelbaar.

De kwaliteit van de beroepsbeoefenaar zelf is in ieder geval een factor van belang, maar weinig tastbaar. Een optie voor kwaliteitsverbetering is beroepsbeoefenaren elkaar te laten aanspreken op de kwaliteit van hun handelen. Door het inrichten van beroepsregisters, het ontwikkelen van ethische codes en het leren van fouten via het tuchtrecht wordt dit mogelijk gemaakt. Via herregistratie kan levenslang leren breder in de zorg voor jeugd worden ingevoerd. Met het introduceren van instrumenten als intervisie en andere vormen van intercollegiale toetsing kunnen beroepsbeoefenaren structureel van elkaar leren. Het professionaliseren van beroepsbeoefenaren heeft veel BTW voor het kind. Ontoelaatbaar disfunctionerende beroepsbeoefenaren wordt de toegang tot het beroep ontzegd via doorhaling in het beroepsregister. De inspectie houdt toezicht op afstand, maar reageert snel op misstanden. Hier geldt hetzelfde principe als voor de Awbz: *high trust, high penalty*.

## **Instrumenten**

Methodieken, instrumenten en interventies hebben een effect op de uitkomst van een zorg- en hulpverleningstraject, alleen is thans nog onbekend hoeveel. Door te standaardiseren kunnen beroepsbeoefenaren voor de belangrijkste problemen een plan van aanpak met bijbehorende instrumenten en interventies construeren. Richtlijnen ondersteunen de professional bij zijn besluitvorming. Aanbevelingen in de richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, consensus onder de beroepsbeoefenaren en cliëntvoorkeuren. Zij worden regelmatig herzien. Op deze wijze kunnen beroepsbeoefenaren verantwoordelijkheid nemen voor de structurering van hun handelingsdomein. Voor een integrale aanpak van problematiek kunnen multidisciplinaire richtlijnen een hulpmiddel zijn.

Het effectonderzoek naar instrumenten en interventies kent in de verschillende deelgebieden uiteenlopende snelheden. Veel instrumenten en interventies zijn getoetst op hun effectiviteit en er lopen nog veel onderzoeken. Er zijn verschillende databases waarin deze instrumenten en interventies zijn

---

<sup>63</sup> Pijnenburg, H. (2010) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Arnhem/Nijmegen: SWP en Hogeschool Arnhem-Nijmegen.

opgenomen. Een analyse van het beschikbare instrumentarium van Zon MW<sup>64</sup> verschaft nader inzicht. Het blijkt dat a) er veel instrumenten en interventies zijn voor vergelijkbare problematiek en b) dat de bewezen effectiviteit zich veelal beperkt tot 'in theorie bewezen' effectiviteit. Dit betekent dat het onderzoek naar effectiviteit een stap kan maken door keuzes te maken tussen interventies voor vergelijkbare problematiek, via bij voorkeur een richtlijnenbeleid van beroepsbeoefenaren met medewerking van cliënten en werkgevers.

Onderzoekers maken nu veelal gebruik van de sterkste vorm van effectonderzoek (de randomised controlled trial), maar veel uitkomsten laten zien dat deze methode niet altijd de meest geschikte onderzoeksmethode voor jeugdigen in Nederland, onder meer vanwege de diversiteit aan problematiek en heterogeniteit van de probleemgroepen. "Academici staan te weinig open voor het argument dat RCT's in vele gevallen eenvoudig weg niet uit te voeren zijn. Dit wordt overduidelijk aangetoond door de zeer talrijke geheel of gedeeltelijk mislukte RCT's in bijna alle medische en sociaal-psychologische velden<sup>65</sup>." Wetenschappers zouden meer open kunnen staan voor alternatieven zoals het longitudinaal cohortonderzoek. Veerman en Van Yperen pleiten er in dit licht voor onderzoek met andere onderzoeksmethoden te accepteren als passend bewijs<sup>66</sup>. Een methode om meer zicht op effectiviteit van handelen te verkrijgen is praktijkkennis via onderzoek te veredelen naar 'aanvullend bewijs voor effectief handelen', zodat een als succesvol ervaren 'practice based' methode ook elders emplot kan vinden<sup>67</sup>.

Er kunnen keuzes worden gemaakt tussen het aanbod van instrumenten voor diagnose en behandeling en deze dienen vervolgens actief te worden geïmplementeerd. Bij gelijke bewezen effectiviteit verdient het aanbeveling te kiezen voor methoden van Nederlandse makelij waarvoor geen dure licentiekosten moeten worden afgedragen. Pas wanneer deze niet voorhanden zijn kan worden gekozen voor buitenlandse methoden. Dit is zowel positief voor de jeugdige als wel voor het reduceren van kosten, omdat niet meer voor een heel scala van vergelijkbare instrumenten cursussen en implementatie strategieën hoeven te worden ontwikkeld.

De implementatie en borging van instrumenten en interventies is nog onvoldoende van de grond gekomen en behoeft verdere ondersteuning. Beschikbare kennis kan beter worden verspreid, geborgd en herzien. Doelmatigheid en kostenefficiëntie behoort daarbij in acht te worden genomen.

## Organisaties

De relatie tussen jeugdige (ouders) en beroepsbeoefenaar laat zich moeilijk standaardiseren en protocolleren. Beroepsbeoefenaren ervaren dat ook zo en geven aan dat ze steeds meer in de spagaat terechtkomen tussen enerzijds de zorgbehoeften van de jeugdige en anderzijds de sturing vanuit de eigen organisatie<sup>68</sup> of een netwerkverband (zoals het CJG). Omdat de werkzaamheid

---

<sup>64</sup> Deze inventarisatie van Zon MW is bekend bij de auteurs maar de lijst is in januari 2012 nog niet gepubliceerd.

<sup>65</sup> Vermeiren, R. (2011) *Opmerkelijk*. Kind en adolescent. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

<sup>66</sup> Yperen, T.A. van, & Veerman, J.W. (2011). Bij bouwwerk komt een ladder van pas. Reactie op de oratie van Geert Jan Stams. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 259-267.

<sup>66</sup> Drost, J. (2008), *Residentiële justitiële opvoeding en houding van jongens ten opzichte van sociale grenzen*, Groningen.

<sup>67</sup> Veerman J.W., Yperen T.A. (2008), Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek. In T.A. van Yperen, J.W. Veerman (red), *Zicht op effectiviteit* (p. 17-33), Delft: Eburon.

<sup>68</sup> Centrum voor ethiek en gezondheid (2009) *Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties*. Den Haag: CEG.

van de onderlinge relatie zo bepalend is, dient de beroepsbeoefenaar van het management de ruimte te krijgen om die relatie op basis van kennis, kunde en ervaring in te vullen. Dit gaat niet vanzelf. Daartoe dient een cultuuromslag plaats te vinden naar lerende organisaties met daarin (van elkaar) lerende managers en beroepsbeoefenaren. Onderzocht zou bijvoorbeeld kunnen worden welke managementkwaliteiten een positieve bijdrage hebben aan de nieuwe organisatiecultuur. Door lerende organisaties kan meer gestuurd worden op vertrouwen van beroepsbeoefenaren en minder op sturing via protocollen, managementformats en prestatie-indicatoren. De kerntaak van het management is hier samenwerking tussen beroepsbeoefenaren van verschillende organisaties organiseren.

Het verbreden van de academische werkplaatsen, waar praktijk en wetenschap elkaar treffen, naar regionale leernetwerken waarin universiteiten en hogescholen participeren ondersteunt deze cultuuromslag. Hierbij kan worden aangesloten op de netwerken die thans door de FCB dienstverleners in arbeidsmarktvoorstellen middels het programma 'Jeugdzorg Goedwerk' worden gebouwd. Om uitval van startende beroepsbeoefenaren terug te dringen, worden deze netwerken op regionaal niveau ontwikkeld zodat er een flexibelere arbeidsmarkt ontstaat. Als een werknemer een organisatie niet als een succes ervaart dan is toeleiding naar een andere organisatie in de zorg voor jeugd waar deze medewerker mogelijk beter op zijn plek is een goede optie. Zo worden medewerkers voor de sector behouden. Praktijkervaring (Stages) voor docenten moeten op scholen bijdragen dat een meer realistisch beeld van de sector wordt geschetst waarin studenten gaan werken.

Wanneer bijvoorbeeld stages van studenten gekoppeld worden aan het onderzoek naar de effectiviteit van het handelen, liggen hier enorme kansen voor kwaliteitsverbetering in de zorg voor jeugd. De effectiviteit van het bestaande werk wordt beter in beeld gebracht, de student is bezig op het snijvlak van onderzoek en zijn toekomstig werk en de hulpverleners/zorgaanbieders kunnen zo een continue zelfreflectie van de eigen hulpverlening organiseren. Zo wordt een kader voor een continue discussie geconstrueerd waarin - kort door de bocht geformuleerd - de ervaren beroepsbeoefenaren moeten kunnen uitleggen waarom ze al jaren een bepaalde werkwijze hanteren en waarbij studenten de nieuwste methoden kunnen toetsen aan de kennis en kunde van de zittende beroepsbeoefenaren. Tevens kan worden gekeken hoe technische innovaties een bijdrage kunnen leveren aan de zorg voor jeugdigen.

'Last but not least' is er de rol van de inspectie (die nader vormt krijgt in het nieuwe stelsel voor de jeugdsector). Cliënten moeten ervan op aan kunnen dat er goede zorg wordt verleend en dat de inspectie toezicht houdt. De inspectie heeft evenwel verschillende rollen naar cliënten, beroepsbeoefenaren, instrumenten, organisaties en financiers. Op basis van klachten van onder andere cliënten ziet de inspectie toe op het handelen van beroepsbeoefenaren. In het geval van geconstateerde tekortkomingen bij geprofessionaliseerde beroepsbeoefenaren meldt de inspectie deze klacht bij de tuchtrechter. Voor andere (meer logistieke) tekortkomingen spreekt de inspectie de organisatie aan en als deze de adviezen van de inspectie niet navolgt, spreekt de inspectie de financier van deze organisatie aan. Blijft navolging dan nog achterwege, dan maakt de inspectie gebruik van haar repressie instrumentarium.

### **Slotbeschouwing**

In de afgelopen jaren is in de samenleving, pers en politiek het beeld ontstaan dat ieder kind kan worden geholpen, en als dit niet het geval blijkt, dit komt door falende hulpverlening. Protocollen, prestatie-indicatoren en regels zijn instrumenten geworden waar instellingen zich op richten en veel beroepsbeoefenaren zich achter verschuilen, omdat zij worden afgerekend op eindresultaten die zij maar ten dele kunnen beïnvloeden. Dit heeft weinig

Bijzonder Toegevoegde Waarde (BTW) voor de jeugdige. Alleen als dit beeld wordt bijgesteld kan de relatie tussen jeugdige en beroepsbeoefenaar weer tot wasdom komen. Deze relaties of werkzame elementen van instrumenten laten zich moeilijk in regels en criteria voor scores vatten die optelbaar zijn. Vandaar dat instrumenten als prestatie-indicatoren met de nodige omzichtigheid moeten worden ingevoerd. Prestatie-indicatoren hebben mogelijk BTW voor het kind zolang zij zich beperken tot de meer logistieke aspecten van kwaliteit. Het credo 'baat het niet, dan schaadt het niet' gaat hier niet op. Als de indicatoren geen relatie onderhouden met de kwaliteit van de zorg voor jeugd zullen organisaties zich er toch op richten omdat lage scores op openbare ranglijsten een negatieve beeldvorming met zich mee brengen. Voor jeugdigen is bij deze cultuuromslag veel te winnen; minder bureaucratie, actief met hulpverleners doelen stellen voor het herstel van de eigen regie over het eigen leven, minder slachtofferschap en beter resultaat. Let wel, minder betutteling betekent ook meer inspanning door jeugdige en/of opvoeder. Binnen de relatie beroepsbeoefenaar- organisatie vindt de discussie plaats over goede en zo goedkoop mogelijke hulp die zo doelmatig mogelijk aan de cliënt ter beschikking kan worden gesteld. Afhankelijk van de cliëntfactoren en de financieringsstructuur, kunnen cliënten op individuele basis (cliëntenrechten) dan wel op collectieve basis (cliëntenraden, inspraakorganen) met instellingen in gesprek gaan over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een vraag die rest is welke rol de overheid heeft op de vier besproken dimensies? Wij denken dat de overheid een stimulerende rol heeft bij onderzoek naar cliëntfactoren, onderzoek naar de effectiviteit van instrumenten en het definiëren van succesvolle cliënt-hulpverlenerrelaties. Ook kan de overheid beroepsvorming stimuleren, al naar gelang de ingewikkeldheid van het beroepsmatig handelen. Zet professionals alleen in voor de sectoren waarin zij een verschil kunnen maken ten opzichte van niet geregistreerde beroepsbeoefenaren. De vraag of het een overheidsverantwoordelijkheid is de kwaliteit van organisaties in de zorg te verbeteren heeft onder meer tijdens de Huize Molenaar conferentie in 2011 veel discussie opgeleverd. Voor de verbetering van logistieke aspecten van kwaliteit binnen organisaties wordt veel van de werkgevers zelf verwacht. Bij uitzondering is een rol van de rijksoverheid weggelegd, bv als de borging van een evident werkzaam instrument niet van de grond komt zonder hulp van de (rijks)overheid.

Ten slotte, wanneer alles op de keper wordt beschouwd, zien wij de meeste BTW voor het kind als organisaties binnen heldere kaders beroepsbeoefenaren in staat stellen met de beste instrumenten het maximale effect met de cliënten te realiseren.

## **Bijlage 1: Kennisinstituten**

### **ZonMw**

ZonMw is een landelijk kennisinstituut dat gezondheidsonderzoek en zorginnovatie stimuleert. Het is een intermediaire organisatie en staat voor kennisvermeerdering en vernieuwing van de gezondheidszorg en het gezondheidsonderzoek. ZonMw bestrijkt het hele spectrum van fundamenteel gezondheidsonderzoek tot en met de praktijk van de gezondheidszorg. Als schakel tussen maatschappij en wetenschap stimuleert ZonMw kennis en vernieuwingsprojecten en de bruikbaarheid daarvan voor de praktijk. Op het vlak van jeugd wil ZonMw met kennis, onderzoek en innovatie duurzaam de fysieke, sociale en mentale ontwikkeling van jeugd helpen versterken.

### **NJi**

Het NJi is een landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het ontwikkelt, beheert en implementeert kennis waarmee de kwaliteit van de jeugd- en opvoedingssector verbeterd kan worden. Daarnaast verbindt het NJi kennis en praktijkontwikkeling door het organiseren van een kenniscyclus, die de jeugdsector helpt om problemen op te lossen en de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren.

### **Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)**

Het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) (voorheen RIVM/Centrum Jeugdgezondheid) is het landelijk kennis- en expertisecentrum voor de jeugdgezondheid. Het vormt de verbindende schakel tussen beleid en wetenschap, onderwijs en de uitvoeringspraktijk. De stichting heeft als doel bij te dragen aan de ontwikkeling, borging en professionalisering van de jeugdgezondheidszorg in de ruimste zin van het woord. Het NCJ zet zich in voor het optimaliseren van de kansen voor de jeugd in Nederland om zo gezond en veilig mogelijk op te groeien en speelt daarbij in op trends en maatschappelijke ontwikkelingen (Beleidsprogramma Nederlands Centrum Jeugdgezondheid 2010-2015).

### **RIVM/Centrum Gezond Leven (CGL)**

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve gezondheidsbevordering. Het centrum bevordert het gebruik van de best passende leefstijlinterventies. Bijvoorbeeld door bestaande interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang. Gezondheidswinst bij burgers is het doel dat het CGL samen met haar partners wil realiseren.

ZonMw, het Kenniscentrum van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi), het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (wordt: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)) en het RIVM/Centrum Gezond Leven (CGL) werken samen in het Kennisprogramma Jeugd. Het doel is professionals in de jeugdsector te voorzien van relevante kennis over instrumenten, richtlijnen en interventies.

### **Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC)**

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) is belast met het (doen) verrichten van onderzoek, het adviseren over voorgenomen beleidsprogramma's en te voeren beleid en te verrichten onderzoek alsmede het verspreiden van binnen het WODC aanwezige kennis op het terrein van Justitie en met de documentatie van (sociaal-) wetenschappelijke publicaties. Om dit te realiseren, biedt het WODC producten en diensten aan op het gebied van onderzoek, advisering en kennisverspreiding.

### **Movisie**

Op het gebied van maatschappelijke ontwikkeling is Movisie het landelijke kennis- en adviescentrum. Zij houdt zich onder andere bezig met het verbeteren van de

kwaliteit en professionaliteit in het kader van de Wmo via het programma Beter in Meedoen.

**Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO)**

Het programma Jeugd en Gezondheid van TNO Kwaliteit van Leven richt zich op het genereren van kennis ten behoeve van het uniforme deel van het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Het zwaartepunt ligt bij het ontwikkelen van kennis voor de ontwikkeling van richtlijnen.

## Bijlage 2: Databanken

### **Databank Effectieve Jeugdinterventies**

De Databank Effectieve Jeugdinterventies<sup>69</sup> van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) bevat beschrijvingen van ondersteunings-, preventie-, behandel- en sanctieprogramma's, bedoeld om problemen bij het opgroeien en opvoeden van jeugdigen effectief te voorkomen, te verzachten, te compenseren of te verhelpen. De interventies die in deze databank zijn opgenomen zijn beoordeeld door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies. Op grond van de beoordeling kan de commissie aan interventies een erkenning geven als 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'. Dit gebeurt aan de hand van weloverwogen beoordelingscriteria en volgens een vaste erkenningsprocedure. De commissie geeft ook advies voor de verdere ontwikkeling en evaluatie van beoordeelde interventies. Alle oordelen van de erkenningscommissie zijn openbaar.

### **Databank Justitie**

De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie toetst de kwaliteit van gedragsinterventies. Een (justitiële) gedragsinterventie is een programmatisch en gestructureerd geheel van methodische handelingen gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag of omstandigheden, met als doel het voorkomen van recidive. Om te kunnen beoordelen of gedragsinterventies effectief zijn, heeft de minister van Justitie kwaliteitscriteria opgesteld. Aan de hand daarvan beoordeelt de Erkenningscommissie de ingediende gedragsinterventies op hun effectiviteit.

### **Databank Na- en Bijscholing (DANS)**

De Databank Na- en Bijscholing<sup>70</sup> bevat cursussen en trainingen die geaccrediteerd zijn door relevante beroepsregisters en een concrete bijdrage leveren aan de beroepsuitoefening in de jeugdzorg en op het terrein van kindermishandeling. Deze databank wordt de komende twee jaar uitgebreid met cursussen en trainingen voor interculturele competenties, scholing voor beroepskrachten in Centra voor Jeugd en Gezin en scholing voor beroepskrachten in pedagogische basisvoorzieningen zoals de kinderopvang en brede school.

### **Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden (DIRK)**

De Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden<sup>71</sup> bevat beschrijvingen van instrumenten die beroepskrachten in de jeugdsector ondersteunen bij hun oordeel- en besluitvorming. Daarbij gaat het om bijvoorbeeld signalering, risicotaxatie, diagnostiek, indicatiestelling en evaluatie. Daarnaast bevat de databank beschrijvingen van richtlijnen en protocollen voor de uitvoering van de zorg en dienstverlening aan jeugdigen en hun ouders. In de toekomst wordt deze databank uitgebreid met beschrijvingen van kwaliteitsstandaarden.

### **Databank Gezond Leven Interventies**

De Databank Gezond Leven Interventies<sup>72</sup> bevat beschrijvingen van gezondheidsbevorderende interventies, inclusief regionale toepassingsvarianten. Vanaf 2011 biedt deze databank de optie om bereik en implementatie van interventies op uniforme wijze te registreren, conform afspraken tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en GGD'en.

---

<sup>69</sup> [www.jeugdinterventies.nl](http://www.jeugdinterventies.nl)

<sup>70</sup> [www.nji.nl/scholing](http://www.nji.nl/scholing)

<sup>71</sup> [www.nji.nl/dirk](http://www.nji.nl/dirk)

<sup>72</sup> [www.loketgezondleven.nl/i-database](http://www.loketgezondleven.nl/i-database)