

Beleid en politiek kunnen sturen op vraaggericht werken

Marion Welling in: JEUGDBELEID, nummer 4, 2007

Beleidsmakers en politici willen graag sturen. Tijdig. En efficiënt. Soms kiezen ze daarvoor verkeerde instrumenten en focussen vooral op methoden en technieken van de zorg, terwijl bekend is dat dat maar 15% van het resultaat bepaalt. Beter is kiezen voor aspecten die te maken hebben met vraaggericht werken, zoals doelrealisatie. Maar dan lopen sommige beleidsmakers weer te hard. Dan willen ze resultaten van een sector zien terwijl het te vroeg is. Er zijn nog geen valide cijfers beschikbaar, en omdat manipulatie eenvoudig is lijkt het zinvol eerst diep na te denken voorat dergelijk materiaal als sturingsinformatie gebruikt wordt. Eerst ontwikkelen dan pas afrekenen.

Effectiviteit is een 'hot' item in de jeugdhulpverlening. In diverse artikelen wordt gesteld dat het vraaggericht werken voorbij is en dat het nu gaat om effectiviteit (o.a. Faas 2005). Maar het is maar de vraag of het vraaggericht werken en werken aan effectiviteit van de hulp tegenstellingen zijn. Uit onderzoek (van Yperen 2003) blijkt dat vraaggericht werken de kans op effectiviteit van de zorg verhoogd. Vraaggericht werken en effectieve hulp liggen in elkaars verlengde. Voor effectieve hulp is de houding van de hulpverlener van belang. Dat houdt een open vraaggerichte houding in, respectvol, aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. De hulpverlener brengt zijn deskundigheid in, maar toetst deze aan de ideeën van de cliënt. Hij streeft naar consensus met de cliënt over de probleemdefinitie, de hulpvraag, de aanpak, de doelen en de werkpunten. Dat zijn allemaal aspecten van het vraaggericht werken.

Drie criteria

Ook als we kijken naar de drie criteria voor effectieve hulp - verminderde uitval, tevredenheid van cliënten en realisatie van doelen (van Yperen 2003) - zien we een directe link met het vraaggericht werken. Minder uitval is een belangrijk criterium. Welk percentage van de cliënten haalt de eindstreep? Het aantal ongeplande afsluitingen moet worden geminimaliseerd.

Bij de start, maar ook gedurende het hulpverleningsproces is het nodig goed af te stemmen met de cliënt of de hulp nog aan de verwachtingen voldoet of dat moet worden bijgestuurd.

Een tweede criterium is tevredenheid van cliënten. Hoe waarderen de cliënten de hulp? Vragen naar de mening en beleving van de cliënt is essentieel. Daarnaast kan de instelling de waardering van cliëntenpopulatie meten met behulp van de C-toets bij Stichting Alexander isontwikkeld. Dit biedt aanknopingspunten voor verbetering van de hulp.

Het derde criterium voor effectieve hulp is realisatie van doelen. Om te zien of de hulp effectief is, is het van belang met de cliënt doelen van de hulp vast te stellen en regelmatig te kijken in hoeverre de doelen al behaald zijn. Doelrealisatie is wat dat betreft een volgende stap in het vraaggericht werken.

De praktijk van doelrealisatie

De cliënt komt bij Bureau jeugdzorg met een hulpvraag of een probleem. De hulp van bureaus en familie, de huisarts of de schoolmaatschappelijk werker heeft niet mogen baten. Bij Bureau Jeugdzorg wordt het probleem van de cliënt omgezet in een hulpvraag .

Bijvoorbeeld:

Probleem: Sanne luistert niet; hulpvraag: help ons om Sanne te laten luisteren.

Vervolgens worden de indicatiedoelen van de hulp vastgesteld.

Vraaggerichtheid en effectiviteit zijn geen tegenstellingen

Gedragswetenschappers van zorgaanbieders vertellen dat de indicatiedoelen niet altijd in samenwerking met de cliënt zijn opgesteld. Ze worden geconfronteerd met indicatiedoelen waar

de cliënt niet achter staat. Zo kan het gebeuren dat een instelling een

indicatiestelling voor vrijwillige hulp binnen krijgt met daarop vijf doelen voor het gezin. Vervolgens staat er ook in het indicatiebesluit: 'ouders willen geen gezinsbegeleiding'. Op welke manier moet een hulpverlener deze doelen bereiken?

SMART-aanpak

Zo moet het dus niet. Een vraaggerichte aanpak leidt tot een beter resultaat.

De hulpverlener treedt dan met een open

SMART

S= selectief:	het doel heeft betrekking op concreet gedrag, competenties, af te bakenen gevoelens, concrete situaties
M= meetbaar:	het doel is te evalueren
A= aanvaardbaar:	de belanghebbenden staan achter de doelen
R= realistisch:	het doel is door de hulpverlening te realiseren
T= tijdgebonden:	afspraken worden gemaakt over wanneer het doel bereikt is

Voorbeeld

Een indicatiedoel kan bijvoorbeeld zijn : ouders hebben voldoende opvoedingsvaardigheden om Sanne te laten luisteren, of: ontwikkeling van Aafke is op het normale niveau van een 8-jarige, of: Jasper scoort binnen het normale bereik op de schaal angst/depressie. De deskundigheid van de hulpverlener zit in het inzetten van zijn deskundigheid om de cliënt het doel te helpen formuleren. Het is niet 'u vraagt wij draaien'. Het is de kunst om als hulpverlener goed aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt en eigen inzichten op die momenten in te brengen dat de cliënt in staat is om daar wat mee te doen. Doelen die de hulpverlener wil bereiken, maar waar de cliënt niet voor te porren is, hebben geen nut (A).

De hulpverlener wijst geen doelen af, maar maakt ze met de cliënt hanteerbaar en haalbaar (S en R). Voorbeeld: Richard heeft als doel om aan de eerstvolgende olympische spelen deel te nemen. Aan Richard wordt dan gevraagd uit te zoeken wat daar voor nodig is en of hij dat er voor over heeft. Als hij dat echt wil wordt met

hem gekeken wat de eerste stap is.

Bijvoorbeeld: Richard gaat drie keer per week naar atletiek. Het is dus nodig het doel op te delen in realistische stappen die binnen het tijdbestek en de mogelijkheden van de hulpverlening te realiseren zijn. De doelen moeten dus ook meetbaar (M) zijn. Een indicator wordt afgesproken op basis waarvan vastgesteld wordt of een doel bereikt is. De indicator moet zo concreet mogelijk zijn: dit kan door concreet gedrag te beschrijven, maar ook door gebruik te maken van meetinstrumenten (zoals CBCL) of zelf een meetlat te maken. Ook moet worden geschat hoeveel tijd het gaat kosten om dit doel te bereiken (T).

Het is niet eenvoudig om doelen positief en SMART te formuleren. Het is van belang om hulpverleners te trainen in het op een vraaggerichte manier met cliënten SMART doelen te stellen.

Prettige werkrelatie

Naast de vaststelling van de doelen is het van belang de indicatie met de cliënt te bespreken. Op welke manier wordt het probleem aangepakt: met

gezinsbegeleiding, individuele coaching en/of plaatsing in een Boddaertgroep? Het is noodzakelijk zowel over de doelen als over de indicatie consensus met de cliënt te

Zorgaanbieders krijgen indicatiedoelen waar de cliënt niet achter staat

bereiken. Dus: alle doelen zijn doelen van de cliënt en ook de manier waarop het wordt aangepakt wordt door ouders en/of jongere onderschreven.

Binnen het gedwongen kader ligt het natuurlijk wel anders (van Montfoort kader kan prima vraaggericht gewerkt worden aan doelrealisatie. Van belang is daarbij dat de hulpverlener bij de start heel duidelijk en expliciet maakt waar de grenzen liggen en wat voorwaarden en consequenties zijn. Gezinsvoogden hebben soms de neiging om het gedwongen aspect wat te verbloemen in het kader van een prettige werkrelatie. Dat is niet zinvol. Beter is dat juist heel expliciet te maken. Daardoor weet de cliënt waar zij aan toe is en wat verwacht wordt. Het geeft de cliënt meer greep op de situatie en meer sturingsmogelijkheden. Binnen deze wettelijke kaders kan heel goed vraaggericht gewerkt worden. Het

indicatiedoel: opheffing van de OTS is een prima SMART doel.

Vage indicatiedoelen

Op basis van de indicatiestelling vindt het startgesprek met de zorgaanbieder plaats. Het startgesprek is een afstemminggesprek van ouders en jongere met de zorgaanbieder over hoe de indicatiestelling en de doelen die met Bureau jeugdzorg zijn afgesproken vertaald kunnen worden naar concrete werkdoelen.

In dit gesprek moet ook bekeken worden of de doelen en de indicatie nog actueel zijn. De wachtlijsten zijn lang, er kan wat veranderd zijn in de tussentijd. Als de doelen niet meer actueel zijn, is doelrealisatie niet meer mogelijk en kan een herindicatie noodzakelijk zijn. In de praktijk is er vaak geen structurele relatie tussen de indicatiedoelen van Bureau Jeugdzorg en de leerdoelen in het hulpverleningsplan. De indicatiedoelen zijn opgesteld in vage termen zoals: Jimmy ontwikkelt zich leeftijdsadequaat of Marike groeit op in een veilige omgeving. Dit is niet selectief en ook niet meetbaar. Het is de bedoeling dat de indicatiedoelen zo concreet zijn dat ze met de cliënt kunnen worden vertaald in werkdoelen en vervolgens weer werkpunten.

Voorbeeld:

Indicatiedoel:	Ouders hebben voldoende opvoedingsvaardigheden om Sanne te laten luisteren
Werkdoel:	Ouders houden consequent vast aan regels en afspraken
Werkpunt:	Sanne gaat door de weeks om half acht naar bed

Metten met GAS

De doelen en stappen er naar toe worden omschreven in duidelijk omschreven competenties of gedrag van de cliënt. Ook de prioriteit van de doelen wordt

vastgesteld. (eerst bedplassen dan agressieregulatie).

Met behulp van de Goal Attainment Scale (GAS) wordt de realisatie van doelen gemeten.

Bijvoorbeeld:

-1	achteruitgang	dagelijks strijd rond etenstijd
0	gelijk gebleven/ startsituatie	bijna dagelijks strijd rond etenstijd
+1	doel deels behaald/ vooruit gegaan	drie keer per week strijd rond etenstijd
+2	doel behaald	maximaal één keer per week strijd
(+3	beter dan verwacht)	geen strijd rond etenstijd

Het doel van doelrealisatie is het primaire proces zo in te richten dat de behandeling doeltreffend en effectief is (van Ommen 2005). Doelrealisatie is niet een speeltje van het management, maar in eerste instantie een instrument van de hulpverlener. Het dient er toe de hulpverlening inzichtelijk te maken. Waar zijn we mee bezig? Hulpverleners hebben de neiging maar door te gaan. Vaak wordt vergeten wat de beginsituatie was. Successen worden niet gevierd. Doelrealisatie is een middel om – in dialoog met de cliënt - te kijken naar de behaalde successen. Het begint met het gezamenlijk stellen van concrete, realistische doelen. Niet Joran wordt gelukkig, maar Joran plast niet meer in bed. Ook maakt het werken met doelrealisatie duidelijk wat niet goed gaat. Wat moeten we anders doen? Zijn dit realistische haalbare doelen, is dit de goede aanpak? Is er wat anders aan de hand? Zo bleek bijvoorbeeld uit onderzoek bij een instelling waar gewerkt wordt met doelrealisatie dat de groepsleiding toch zijn eigen spoor trekt en helemaal niet werkt aan de doelen die in het hulpverleningsplan waren afgesproken. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de doelen niet gehaald werden. Anderzijds was het ook niet vreemd dat de groepsleiding werkte aan andere doelen. Om je in een groep te kunnen handhaven heb je een aantal vaardigheden (competenties) nodig. Dat heeft dan prioriteit. Bij een verandering in de leefsituatie van de jongere moeten de doelen altijd worden getoetst aan de actualiteit en prioriteiten zonedig. opnieuw worden vastgesteld.

Interpretatie van de resultaten

Natuurlijk is het ook interessant om middels doelrealisatie informatie te verzamelen over de effectiviteit van de hulp en het soort doelen dat de instelling stelt. Maar met doelrealisatie is het nog niet zover dat we van harde, valide cijfers

kunnen spreken. Doelrealisatie is nog in ontwikkeling.

Het ideaalplaatje is dat de doelen onderdeel zijn van het geautomatiseerde, vraaggericht opgestelde hulpverleningsplan. De doelen zijn opgesteld in de woorden van de cliënt en worden achteraf in categorieën ingedeeld en verzameld op instellingsniveau. De eerste categorisering betreft het indelen van de doelen in

- voorwaardelijke doelen: bijvoorbeeld Samantha is gemotiveerd voor hulp
- diagnostische doelen: bijvoorbeeld er is inzicht in de aard van de stoornis van Samantha
- ‘echte’ doelen/ hulpdoelen in engere zin: Samantha kan beter omgaan met haar depressieve gevoelens

Het streven van een instelling kan zijn het percentage ‘echte’ doelen te vergroten.

Standaarddoelenlijst

Vervolgens worden de doelen ingedeeld in een “standaard” doelenlijst (= een lijst van veel voorkomende en ingezette doelen vanuit de behandelende hulpverleningsinstantie). Het is van essentieel belang dit te doen na vaststelling van de doelen met de cliënt in de woorden van de cliënt. Dit, om het risico te vermijden de cliënt met een standaarddoel op te schepen. En als er iets is dat bijt met het vraaggericht werken, dan is dat het wel.

Door in een standaarddoelenlijst te registreren wordt duidelijk welke doelen worden ingezet. Bijvoorbeeld doelen op het gebied van gedrag, emotie, cognitie, lichaam, omgeving, gezin of de persoonlijkheid. Ook wordt helder welke doelen veel of weinig worden gebruikt en welke doelen tot realisatie, tot succes leiden. Als naast het verzamelen van de doelen ook de GAS scores verzameld worden krijgt de instelling een overzicht van het soort doelen dat wordt gesteld, de

inhoud van de doelen en de resultaten ervan.

Dat geeft informatie over:

- welke doelen stellen wij? stellen we vooral doelen die te maken hebben met het gedrag of met het gezin?
- welke aanpak werkt het beste bij doelen die betrekking hebben op gedrag? gezinsbegeleiding of een individuele gedragstraining?

Door vervolgens de behaalde resultaten jaarlijks of halfjaarlijks op team-, afdeling- of instellingsniveau bespreken kan dit gebruikt worden om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren. Het soort

doelen dat de instelling stelt wordt zichtbaar en waarin ze wel/niet succesvol is. Hierdoor kan objectief worden vastgesteld of de behandeling van

clients doeltreffend en effectief is.

Er zijn verschillende standaarddoelenlijsten in omloop, meer en minder gedifferentieerd. De doelenlijsten op basis van het KWIS schema lijken voorlopig de voorkeur te genieten. Het interprovinciaal overleg (IPO) adviseert dit ook. Het zou handig zijn als instellingen voor eenzelfde, beperkt gedifferentieerde indeling zouden kiezen. Het gaat immers om het vaststellen van de grote lijn en het zou benchmarking tussen instellingen in de toekomst mogelijk maken.

Beleid en doelrealisatie

Sommige provincies willen al graag resultaten zien, zoals 60% van de doelen scoort een +1 of een +2 op de GAS (Provincie Utrecht). Maar dat is nog erg vroeg. De cijfers zijn nog niet valide.

Het beleid moet zich in eerste instantie richten op:

1. De afstemming tussen bureau Jeugdzorg en de zorgaanbieder over indicatiedoelen en werkdoelen.

2. Het trainen van hulpverleners in het in dialoog met de cliënt SMART doelen stellen, het doelen stellen in de taal van de cliënt, het scoren met GAS en de attitude van vraaggericht/doelgericht werken.
3. Het geautomatiseerd verzamelen van de doelen en de scores op instellingsniveau en het inpassen in een “standaard”doelenlijst.
4. Het interpreteren van de resultaten (soort doelen, percentage ‘echte’ doelen, hoe komt het dat de ene aanpak effectiever is dan de andere, enzovoorts) en deze feedback gebruiken om de werkwijzen te verbeteren.

Eerst ontwikkelen

Doelrealisatie moet eerst iets worden van de cliënt en de hulpverlener, voordat het gebruikt kan worden als sturingsinformatie. De resultaten zijn makkelijk genoeg te manipuleren door eenvoudig haalbare doelen te stellen. Uit onderzoek bij Valkenheide-LSG in Maarsbergen (Peereboom 2005) blijkt dat cliënten en hulpverleners positief zijn over doelrealisatie. Het is belangrijk dat dat zo blijft. Werken met doelrealisatie is zinvol, maar het resultaat van de hulp is maar voor 15% afhankelijk van methoden en technieken en voor 85% van aspecten die te maken hebben met vraaggericht werken (van der Steege 2003). Het is belangrijk te investeren in het gebruik van doelrealisatie binnen het hulpverleningsproces en de eerste resultaten niet te zien als feiten maar als stof voor discussie. Wat gaat goed, wat kan beter, wat valt ons op?

Hopelijk krijgen de hulpverleningsinstanties voldoende tijd om tot verantwoorde, valide informatieverstrekking te komen. Hoopgevend is dat het ministerie van VWS en de (hoofd)inspectie Jeugdzorg inmiddels contact hebben gelegd met jeugdzorginstellingen die al een periode ervaring met doelrealisatie hebben opgedaan.

Overheid: ontwikkelen gaat vooraf aan afrekenen!

Ontwikkelen gaat immers vooraf aan afrekenen.

Literatuur

- Faas, M. (2005). Van vraagsturing naar effectiviteit in de hulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*
- Jumelet, H., M. Welling, K. Jurrius, L. Havinga, (2004). *C-toets*. Utrecht: MO groep
- Kuijpers, B.(2004). *Spoorboekje doelrealisatie*. Parlan
- Ommen, T. van (2005) *Benchmark GAS 2005 CommuJon- Valkenheide residentieel*, Apeldoorn: Stichting Valkenheide/Leo Stichting Groep
- Montfoort, A. van (2005.) Vraaggericht werken? Drie modellen voor de relatie hulpverlener cliënt. *Tijdschrift sociale interventie 2004, nummer 1*
- Peerenboom, S. (2005) *De grens van het getal*. Doctoraalscriptie. Valkenheide LSG
- Steege, M. van der (2003) *Gewoon goed hulpverleners*. Utrecht: NIZW
- Yperen, T. van, Y. Booij en M.C. van der Veld (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit*. Utrecht: NIZW
- Yperen, T. van, G. Meyknecht., K. Diephuis. (2003) *Werken met doelrealisatie*. Utrecht: MO groep