



NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PEDAGOGISCH EN PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK
POSTBUS 75428 - 1070 AK AMSTERDAM

Basisdiagnostiek

© 2000 Dr E.M. Scholte/Prof. Dr J.D. van der Ploeg

BASISDIAGNOSTIEK

© 2001 Dr E.M. Scholte/Prof Dr. J.D. van der Ploeg

1. INLEIDING

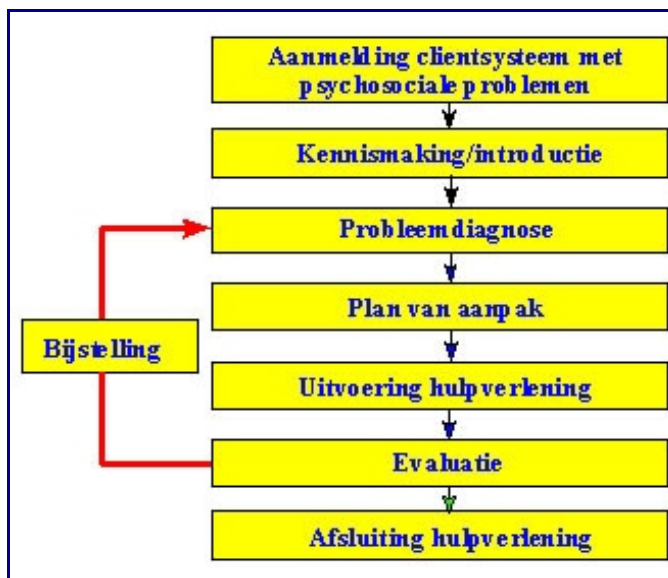
Kenmerkend voor een 'professionele' aanpak van de hulpverlening is een doelgerichte of planmatige aanpak (Rispiens, 1987; Rink, 1989; Van der Ploeg, 1990).

Planmatig handelen kan daarbij worden opgevat als een probleemoplossende handelingscyclus, die de volgende stappen omvat (Van Strien, 1975; 1989; Knorth & Smit, 1990; 1999): allereerst vindt er een definitie van het probleem plaats, daarna wordt een plan gemaakt om het probleem op te lossen, vervolgens wordt dit plan uitgevoerd, en tot slot wordt nagegaan of de ingreep het beoogde effect heeft gehad, dat wil zeggen: ertoe heeft geleid dat het probleem opgelost of op zijn minst verminderd is. Zo ja, dan is de ingreep doelmatig geweest. Zo nee, dan dient een nieuwe probleemoplossende handelingscyclus in gang te worden gezet, uiteraard in de hoop dat het probleem alsnog zal worden opgelost.

Regulatieve cyclus van de hulpverlening

In Figuur 1 is de 'regulatieve cyclus' van het planmatig handelen toegepast op het professionele hulpverleningsproces. De figuur kan als volgt worden gelezen.

Nadat een cliëntsysteem aangemeld is voor hulp en hulpverlener en cliënt kennis hebben gemaakt, wordt eerst een diagnose van de psychosociale (probleem)situatie van de cliënt gemaakt. Indien blijkt dat er geen problemen zijn, dan wordt de bemoeienis gestopt. Indien er wel sprake is van problematiek, dan dient de cliënt een adequate oplossing te worden aangeboden. Daartoe stelt de hulpverlener een plan van aanpak op. Hierin wordt aangegeven welke problemen er zijn (de probleemdefinitie), welke problemen opgelost moeten worden (de doelen van de hulp), alsmede



Figuur 1

de wijze waarop dit het beste plaats kan vinden (het hulpaanbod). Vervolgens wordt de geplande hulp verleend, en na een vastgestelde periode wordt gecontroleerd of het beoogde effect werd bereikt.

2. BASISDIAGNOSTIEK

Uit figuur 1 blijkt dat de problemdiagnose een scharnierpunt is: om hulpverlening gericht in gang te kunnen zetten zal de hulpverlener moeten weten wat er precies aan de hand is en wat eraan gedaan kan worden. Elke doordachte hulpverlening begint dan ook met een zorgvuldige diagnose. Hierin moet duidelijk worden of er een probleem is, hoe het tot stand is gekomen en waardoor het eventueel in stand gehouden wordt. De hulpverlening kan dan vervolgens op deze oorzakelijke factoren worden gericht.

In de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming is het stellen van een adequate diagnose echter geen eenvoudige zaak. Jeugdigen kunnen uiteenlopende problemen hebben, die vaak op meerdere gebieden liggen en bovendien dikwijls ook nog complex van aard zijn. Zo kan niet alleen sprake zijn van gedrags-, intrapsychische of persoonlijkheidsproblematiek bij de jeugdige, maar ook van ernstige ontwikkelingsbedreigende omstandigheden in de opvoedingssituatie, zoals mishandeling, incest of verwaarlozing, van problemen op school, of van moeilijkheden in de omgang met leeftijdgenoten. Daarbij kunnen deze problemen met wisselende combinaties van achterliggende factoren samenhangen. Door de veelheid aan mogelijke factoren en hun complexiteit is het vaak niet eenvoudig te bepalen welke aspecten precies een rol spelen.

De vraag dient zich aan: **hoe moet de diagnosticus in de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming te werk gaan?**

In de klinische diagnostiek vormt het kind dat probleemsymptomen heeft het vertrekpunt (De Bruyn e.a., 1995, zie bijlage 1). In de probleemanalyse wordt bepaald om welke problemen het precies gaat, en in de diagnosestelling wordt onderzocht en vastgesteld welke kind- of omgevingsfactoren de probleemsymptomen van het kind veroorzaken.

De meervoudige en complexe aard van veel problemen van jeugdigen in de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming dwingt de diagnosticus er echter toe de aard en ernst van de probleemsituatie van het kind vanuit een breed optiek te analyseren (Scholte, 1991; Scholte e.a., 1992). Dit hebben we elders 'basisdiagnostiek' genoemd (Scholte, 1993; Van der Ploeg & Scholte, 1995).

In de basisdiagnostiek wordt als volgt te werk gegaan:

1. Controle van de aangemelde klacht bij de betrokkenen (klachtanalyse)
2. Brede inventarisatie van risico- en beschermende factoren (probleemanalyse)
3. Analyse van de verbanden tussen de gevonden probleemfactoren; nagaan welke factoren welke problemen veroorzaken of in stand houden (diagnosestelling)
4. Met inachtnaam van eventuele beschermende factoren adviseren over hoe de gediagnostiseerde probleemsituatie het beste kan worden aangepakt (indicatiestelling).

Meervoudig risicomodel

De vraag die zich vervolgens voordoet is: op welke aspecten moet in de psychosociale probleemanalyse precies worden gelet?

Het antwoord op deze vraag kan worden gevonden in het meervoudig risicomodel van psychosociale problematiek bij jeugdigen. Dit model biedt een raamwerk van relevante psychosociale factoren die de ontwikkeling van jeugdigen kunnen bedreigen danwel bevorderen (Scholte, 1991;

Scholte, 1996; Van der Ploeg, 1997). In dit model worden risicovolle aspecten in de gedrags-, de emotionele en de persoonlijkheidsontwikkeling van jeugdigen in verband gebracht met risico- en beschermende factoren in het gezin, op school, in de vrije tijd en in het sociaal netwerk. De factoren die het model specificeert werden via literatuuronderzoek verkregen (Van der Ploeg & Scholte, 1990; Scholte, 1991; Scholte & Sontag, 1992a; Van der Ploeg, 1997), terwijl hun empirische geldigheid in wetenschappelijk onderzoek werd vastgesteld (Scholte, 1988; Scholte, 1991; Scholte e.a., 1992b). Figuur 2 geeft een overzicht van de gebieden en aandachtspunten die in grote lijnen aan de orde komen.

FIGUUR 2: AANDACHTSVELDEN MEERVOUDIG RISICOMODEL	
Kindgebonden gebieden	Aandachtsvelden/risicofactoren
Emotioneel functioneren	Internaliserende gedragsaspecten, zoals somber, depressief gedrag; angstig, gespannen gedrag; sociaal angstig, teruggetrokken gedrag e.d.
Gedragsmatig functioneren	Externaliserende gedragsaspecten, zoals ongedurig, overbeweeglijke gedrag; agressief, oppositionele gedrag; anti-sociaal, delinquente gedrag e.d.
Ontwikkelingsaspecten	Ontwikkelingsniveau (zwak/hoogbegaafdheid), (rand)psychiatrische klachten, seksuele problemen, psychosomatische klachten, materiele problemen
Persoonlijkheidsontwikkeling	Persoonlijkheidsaspecten, zoals zelfcontrole, zelfbeeld, zelfbepaling en zelfhandhaving
Gezondheid	Gezondheidsaspecten, vroegere ontwikkeling, fysieke en mentale handicaps e.d.
School/werk & toekomst	School/werkmotivatie, school/werkprestaties, gedrag op school/werk, relaties klasgenoten, relaties leerkrachten, collega's, bazen en chef's, onderwijsstijl, leerachterstanden, toekomstbeeld
Vrienden/vrije tijd	Vrijtijdsbesteding, relaties leeftijdgenoten, vrienden/kennissengroep
Gezinsgebonden gebieden Aandachtsvelden/risicofactoren	
Structurele gezinsaspecten	Materiele gezinsomstandigheden, scheiding ouders, eenouder gezinssituatie, e.d.
Primaire opvoeders	Emotionele en gedragsmatige functioneren, persoonlijke problemen
Broers/zussen	Emotionele en gedragsmatige functioneren, persoonlijke problemen
Gezinsinteracties	Relatie ouders, ouder-kind relatie, overige gezinsrelaties, gezinscommunicatie
Opvoedingssituatie	Gedragsbegeleiding/sturing, opvoedingsstijl, opvoedingsklimaat
Bijzondere risicofactoren	Mishandeling, seksueel misbruik en vroegkinderlijke verwaarlozing
Sociaal netwerk	Relaties met burens, familie, vrienden, inbedding in buurt en samenleving

3. BASISDIAGNOSTIEK MET DE VSPTS

De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPTS) vormt een operationalisatie van het meervoudig risicomodel en werd ontworpen om de factoren die voor de basisdiagnostiek van belang zijn te inventariseren (Scholte, 1993; 1996; 1999). Daarbij voldoet het instrument aan een aantal eisen van validiteit en betrouwbaarheid (Scholte, 1996; Scholte & Douma, 1999).

De VSPTS kent een korte en een uitgebreide variant. In de korte versie worden de risicofactoren van het meervoudig risicomodel direct gescoord. De uitgebreide versie beschikt per risicofactor over een itemlijst met achterliggende vragen. De scoring vindt hier plaats door deze subsets te beantwoorden en een berekening uit te voeren.

De korte versie is vanwege zijn globaler beoordelingsprocedure (op basis van de 'klinische blik') gevoeliger voor subjectieve invloeden en heeft diensgevolge een minder goede psychometrische eigenschappen. De uitgebreide versie is daar minder gevoelig voor en heeft een goede psychometrische eigenschappen. In de praktijk wordt als volgt met het instrument te werk gegaan.

Probleemanalyse

De hulpverlener verzamelt allereerst relevante gegevens over de zaak om de basisdiagnose te kunnen maken. Dit gaat via het bestuderen van het dossier (zoals het rapport van de Raad voor de Kinderbescherming, rapporten van andere hulpverleners, aanwezig testmateriaal), gesprekken met de cliënten en contacten met overige bij de zaak betrokkenen (zoals burens/familie, school, politie of andere hulpverleners) e.d. Alle ter beschikking staande gegevens worden geordend (via een schema geënt op het meervoudig risicomodel). Op grond van deze informatie wordt via de korte versie met de 'klinische blik' een globale taxatie gemaakt van de risicofactoren. Deze 'quickscan' geeft vermoedens over risicofactoren, die samen met de contextgegevens - de grondslag vormen voor een eerste (voorlopige) probleemanalyse. Vaak biedt dit al voldoende materiaal voor een eerste basisdiagnose omtrent wat er aan de hand is en wat er aan gedaan kan worden. Om een optimaal valide en betrouwbare probleemanalyse te kunnen maken dient de probleeminventarisatie echter met de uitgebreide versie te worden uitgevoerd.

Diagnosestelling

Het overzicht van probleemfactoren dat in de probleemanalyse werd gemaakt geeft echter nog niet aan welke problemen door welke probleemfactoren worden bepaald. Ook met de VSPTS dient de uiteindelijke diagnose nog steeds door de gebruiker zelf te worden opgesteld. Dit vindt plaats door verbanden te leggen tussen de gevonden probleemfactoren en deze te interpreteren in het licht van de contextinformatie, d.w.z. de kennis die de hulpverlener van de zaak heeft op grond van zijn kennisname van het dossier, van zijn gesprekken met betrokkenen, zijn eigen klinische indrukken en de klinische indrukken van andere deskundigen, enzovoort. Het overzicht van probleemfactoren beslaat echter een veelheid aan gegevens. Hierdoor is het vaak niet eenvoudig de juiste verbanden op het spoor te komen. Het beste is daarom de interpretatie van het overzicht van probleemfactoren systematisch aan te pakken. Figuur 3 geeft hiervoor een aantal richtlijnen.

FIGUUR 3 RICHTLIJN OM DE KERN VAN DE PROBLEEMSITUATIE TE BEPALEN (DIAGNOSESTELLING)

1. *Bepaal welke problemen de jeugdige zelf heeft (de kindgebonden problemen); beschouw daartoe systematisch de volgende probleemclusters:*
 - . *vroegere ontwikkelingsproblemen*
 - . *gezondheidsklachten*
 - . *internaliserende aspecten of emotionele problemen*
 - . *externaliserende aspecten of gedragproblemen*
 - . *ontwikkelingsachterstand/begaafdheidsproblematiek/biologische tekorten*
 - . *(rand)psychiatrische klachten*
 - . *seksuele problemen*
 - . *persoonlijkheidsproblemen*
 - . *overige persoonlijke psychosociale problemen*
 - . *school/werkproblemen*
 - . *problemen met de vrije tijdsbesteding en/of omgang met leeftijdgenoten;*
2. *Bepaal daarna welke problemen er in het gezin/de opvoedingssituatie aanwezig zijn; beschouw daartoe systematisch de volgende probleemclusters:*
 - . *materiele gezinsproblemen*
 - . *persoonlijke problemen bij de opvoeders en/of overige gezinsleden*
 - . *relationele problemen tussen de ouders*
 - . *relationele problemen tussen de jeugdige en de ouders/overige gezinsleden*
 - . *communicatie problemen tussen de jeugdige en de ouders/overige gezinsleden*
 - . *gebrekkige (gedrags)begeleiding van de jeugdige*
 - . *een onveilig affectief opvoedingsklimaat voor de jeugdige*
 - . *autoritair, permissief, verwaarlozend opvoedingsgedrag of inconsequente mengvormen daarvan*
 - . *bijzondere risicofactoren, zoals mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik*
 - . *overige problemen in de gezinssituatie*
 - . *effect van eerdere hulpverlening*
3. *Ga na of de problemen van de jeugdige mogelijk vanuit in de jeugdige gelegen risicofactoren verklaard kunnen worden, zoals ontwikkelingsproblemen in diens verleden, biologische en/of psychische tekorten of problematische persoonlijkheidstrekken, en of zij door aanpak van die problemen opgelost kunnen worden;*
4. *Ga vervolgens na of problemen in de opvoedingssituatie mogelijk vanuit door eventuele materiele gezinsproblemen of persoonlijke problemen van gezinsleden verklaard kunnen worden, en of zij door aanpak van die problemen opgelost kunnen worden;*
5. *Ga dan na of de problemen in de opvoedingssituatie samenhangen met of versterkt worden door de eventuele kindgebonden problemen van de jeugdige, en of zij door aanpak van die problemen opgelost kunnen worden;*
6. *Bepaal of de eventueel bij de jeugdige aanwezige problemen samenhangen met of versterkt worden door de eventuele probleemfactoren in de gezins-, c.q. opvoedingssituatie, en of zij door aanpak van die factoren opgelost kunnen worden;*
7. *Bepaal in welke mate de ontwikkeling van de jeugdige door eventuele probleemfactoren in de opvoedingssituatie bedreigd wordt, of de eventuele bedreiging door de aanpak van de opvoedingsproblemen kan worden gecorrigeerd;*
8. *Vat de kern van de bevindingen van het bovenstaande kort samen.*

Planvorming en indicatiestelling

In de diagnosestelling is naar voren gekomen waar de vermoedelijke kern van de problemen ligt. Daarmee is echter nog niet aangegeven hoe de problemen opgelost kunnen worden.

De stap na de diagnosestelling is dan ook te bepalen of maatregelen nodig zijn, en zo ja welke. Indien hulpverlening nodig is, dan zal er een hulpaanbod moeten worden geselecteerd dat de gediagnostiseerde probleemsituatie kan oplossen.

Om de hulpverlening een kans van slagen te geven is het van belang om in nauw overleg met de betrokken cliënten het hulpaanbod te bepalen (Scholte et al, 1998). Daarbij zullen de mogelijkheden die de jeugdhulpverlening moeten worden afgewogen tegen de mogelijkheden en de wensen van de cliënten. Figuur 4 geeft een globale richtlijn om tot een indicatiestelling te komen.

FIGUUR 4 RICHTLIJN OM BENODIGDE MAATREGELEN TE BEPALEN (INDICATIESTELLING)

1. *Bepaal of ingrijpen van buitenaf nodig is; zie in dit verband:*
 - *de aard en ernst van de probleemsituatie (welke problemen zijn er in het gezin/bij de gezinsleden en hoe ernstig zijn deze problemen, of: wat is de draaglast van het gezin)*
 - *De capaciteiten om de problemen op te lossen (welke eigen mogelijkheden zijn er bij het gezin/zien de gezinsleden om de problemen zelf op te lossen, of: wat is de draagkracht van het gezin)*
2. *Bepaal via welke maatregelen of hulpverlening de bij 1. beschreven probleemsituatie in principe opgelost, c.q. verbeterd zou kunnen worden, d.w.z.:*
 - *bepaal welke problemen/risico's opgelost/weggenomen moeten worden (de hulpdoelen);*
 - *bepaal op welke wijze de problemen opgelost (of de hulpdoelen bereikt) kunnen worden (zie in dit verband expliciet de oplossingen die de betrokken cliënten eventueel voorstellen of wensen);*
3. *Bepaal in het verlengde van 1. en 2. of hulpverlening in de thuissituatie haalbaar is of dat uithuisplaatsing nodig is; zie in dit verband:*
 - *of en zo ja, in welk opzicht de thuissituatie bedreigend is voor de lichamelijke en/of geestelijke ontwikkeling van de jeugdige (c.q. is hulpverlening thuis gecontraïndiceerd door fysieke, psychische en/of seksuele mishandeling thuis?);*
 - *of en zo ja, in welk opzicht de jeugdige en diens opvoeders vaardigheden en/of hulpbronnen hebben om profijt te kunnen hebben van hulpverlening thuis (c.q. is hulpverlening thuis gecontraïndiceerd door gebrek aan vaardigheden/hulpbronnen bij de betrokkenen?);*
 - *of en zo ja, in welk opzicht, de betrokkenen bereid zijn actief mee te werken aan de oplossing van hun problemen, i.c. aan de hulpverlening thuis (c.q. is hulpverlening thuis gecontraïndiceerd door gebrek aan motivatie/medewerking bij de betrokkenen?);*
 - *of en zo ja, in welk opzicht, eventuele eerdere (psychosociale en justitiële) maatregelen/hulpverlening aanleiding geeft te veronderstellen dat thuishulp niet succesvol zal zijn (c.q. is hulpverlening thuis gecontraïndiceerd door gebrek aan effect van eerdere maatregelen/hulpverlening?);*
 - *of en zo ja, op welke wijze eventuele contra-indicaties voor hulpverlening thuis opgeheven kunnen worden via ondersteunende maatregelen, zoals intensieve thuisondersteuning of daghulp;*
4. *Bepaal in het verlengde van 3. tevens of hulpverlening thuis op vrijwillige basis mogelijk is;*
5. *Bepaal of de benodigde hulp haalbaar is, d.w.z. voorhanden is en door de betrokkenen wordt aanvaard (controleer of het hulpaanbod feitelijk beschikbaar is en zo ja, bespreek het hulpaanbod met het cliëntsysteem en onderhandel eventueel om tot een aanvaardbaar hulpaanbod te komen); indien de eigenlijk benodigde hulp niet realiseerbaar is, bepaal dan welk hulpaanbod wel haalbaar is (herhaal de stappen 2 t/m 5);*
6. *Vat uw conclusies uit het bovenstaande kort samen; omschrijf welke hulpdoelen nagestreefd worden en welke maatregelen en/of hulpverlening naar aard, intensiteit en duur daartoe nodig zijn.*

4. ILLUSTRATIE BASISDIAGNOSTIEK

Voorbeeld 1

Figuur 5 geeft het - enigszins verkort weergegeven - risicoprofiel van Japie. Het betreft een zevenjarige jongen die via de Raad voor de Kinderbescherming bij de gezinsvoogdij terecht kwam omdat de ouders de opvoeding niet meer aan konden. Japie is het tweede kind uit een gezin met drie kinderen. De ouders werken beiden, de vader voltijds als vorkheftruckchauffeur en de moeder voor halve dagen als verkoopster.

Het gezin heeft ernstig te lijden onder het onhandelbare gedrag van Japie. De ouders hebben de laatste tijd steeds vaker onenigheid. De vader is van mening dat Japie zijn chaotische gedrag van zijn moeder heeft. Moeder vindt dat onzin. Volgens haar moet vader zich meer met de opvoeding bemoeien en - net als zij - veel straffer optreden.

Risicofactoren

Uit het risicoprofiel blijkt dat we te doen hebben met een jeugdige die zich inderdaad opvallend onrustig gedraagt (zeer hoge risicoscore op 'overbeweeglijk gedrag') met een flinke neiging tot antisociaal gedrag (hoge score op 'anti-sociaal gedrag'). Uit de itemlijsten blijkt dat het o.a. slecht luisteren en ongehoorzaamheid betreft.

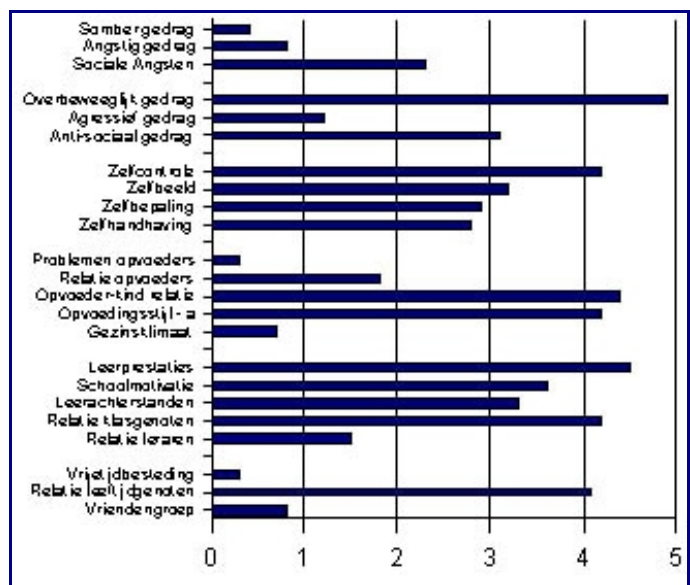
De gedragsproblematiek heeft echter duidelijk *niet* de vorm aangenomen van agressief gedrag (lage risicoscore op 'agressief gedrag'). Ook treffen we geen ernstige emotionele problemen aan (lage scores op 'sombere en angstige gedrag'). Er zijn echter wel aanwijzingen voor emotionele problematiek in de sfeer van de sociale omgang (tamelijk hoge risicoscore op 'sociale angsten').

Op het gebied van de persoonlijkheidsontwikkeling blijken de zelfcontrole en het zelfbeeld risicovol te zijn. Beide persoonlijkheidsaspecten lijken zwak ontwikkeld te zijn (zeer hoge risicoscore op 'zelfcontrole' en hoge score op 'zelfbeeld').

Daarnaast lijkt Japie's vermogen om richting te kunnen geven aan het leven te worden bedreigd. Dat geldt eveneens voor de wijze van omgaan met probleemsituaties (behoorlijk hoge scores op 'zelfbepaling' en 'zelfhandhaving').

In het gezin komen ernstige conflicten voor, die zich vooral afspelen tussen de ouders en de jeugdige (zeer hoge score op 'opvoeder-kind relatie'). Maar ook tussen de ouders onderling doen zich wrijvingen voor, zij het in mindere mate (score op 'relatie opvoeders' om en nabij de 2).

Daarnaast is sprake van een problematische opvoeding (zeer hoge score op 'opvoedingsstijl'), waarin met name een straffe, autoritaire aanpak lijkt te domineren (a-suffix bij de score op 'opvoedingsstijl'). Het affectieve klimaat in het gezin daarentegen is gunstig (lage score op 'opvoedings-



Figuur 5

klimaat'). Ook lijken de ouders zelf niet te kampen met persoonlijke problematiek (lage score op 'problemen van opvoeders').

Op school doen zich een flink aantal problemen voor. Alhoewel Japie's IQ in de normale range valt, zijn de schoolprestaties flink onder de maat. Er zijn flinke stoornissen in de omgang met medeleerlingen en in lichte mate doen zich wrijvingen voor in de omgang met de leerkrachten.

In het derde milieu zijn er geen aanwijzingen dat de jeugdige optrekt met gedragsproblematische jeugdigen, noch dat hij zijn vrije tijd risicovol besteedt. Wel baart ook hier de omgang met leeftijdgenoten flink reden tot zorg.

Gunstige aspecten

Het gebruik van het profiel gaat echter verder dan alleen een inventarisatie van problemen. Het profiel geeft ook aanwijzingen met betrekking tot de aspecten van de leefsituatie die niet problematisch zijn. Zo zien we (nog) geen aanwijzingen voor ernstige verstoringen in de emotionele ontwikkeling, alhoewel de factor 'sociale angsten' aandacht behoeft. Daarnaast stellen we vast dat het affectieve klimaat in het gezin (nog) niet ernstig verstoord is. Ook gedraagt de jeugdige zich in zijn vrije tijd (nog) niet risicovol.

De kern van de probleemsituatie

Op basis van het profiel kan de kern van de problematiek van de jeugdige voorlopig als volgt worden benoemd.

Er is duidelijk sprake van overbeweeglijk, onrustig gedrag. Dit zou kunnen duiden op ADHD. Dit vermoeden wordt bevestigd door de bevinding dat de jeugdige weinig tot geen andere gedragsproblemen vertoont, maar daarentegen wel een zwakke impuls(zelf)controle vertoont, alsook een zwak zelfbeeld heeft. De aangetaste zelfbepaling en problematische zelfhandhaving bevestigen dit beeld. Ook de risicofactoren op school en in het derde milieu ondersteunen deze conclusie: de relaties met de leeftijdgenoten zijn flink verstoord, en de leerprestaties zijn sterk onder de maat.

In het gezin doen zich vooral problemen voor bij het opvoeden van de jeugdige. Uit de contextinformatie (de gesprekken met de ouders) leiden we af dat de ouders in de loop der tijd met steeds straffere hand zijn gaan opvoeden. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de ouders zelf of onderling grote problemen hebben, alhoewel de relatie door het gedrag van de jeugdige wel onder druk is komen te staan. Het affectieve klimaat in het gezin lijkt goed te zijn.

De gedrags-, de school- en de sociale omgangsproblemen van de jeugdige, alsook de opvoedingsproblemen van de ouders lijken daarmee vooral samen te hangen met het drukke gedrag van de jeugdige. Dit zou erop kunnen duiden dat de kern van de problematiek vermoedelijk in ADHD moet worden gezocht.

De benodigde hulp

De gezinsvoogd concludeert dat er vermoedelijk ADHD-problematiek in het spel is. Het risico-profiel biedt echter nog niet voldoende garantie om met zekerheid de diagnose 'ADHD' te kunnen stellen. Daarvoor is het VSPS-onderzoek te weinig specifiek op ADHD gericht. Het gevonden risicobeeld pleit er echter wel voor om een meer op deze problematiek toegespitste diagnose te laten voeren. De gezinsvoogdij besluit dan ook tot een verder onderzoek op dit gebied. Men adviseert

Japie tijdelijk in een kinderpsychiatrisch dagcentrum met een bijzondere scholingsvoorziening te plaatsen. Dit zal het gezinssysteem tijdelijk ontlasten, terwijl Japie's probleemgedrag daar tegelijkertijd nader kan worden bestudeerd. Het plan wordt met Japie en zijn ouders besproken, die akkoord gaan met het voorgestelde hulpaanbod.

Voorbeeld 2

Marco is op 7-leeftijd onderzocht door de schoolbegeleidingsdienst omdat hij problemen had met leren. Naar voren kwam dat hij nogal wat moeite had zich bij zijn taken te houden. Uit de anamnese bleek echter niet dat er bijzondere medische omstandigheden waren. Wel bleek het huishouden erg chaotisch te verlopen. De moeder had weinig greep op de situatie en de vader dronk flink. Als Marco weer eens gek deed dan greep hij met straffe hand in en werd hij hardhandig naar zijn kamer gestuurd. Na het onderzoek werd Marco doorverwezen naar het bijzonder onderwijs. Het gezin kreeg in de tussentijd begeleiding van het algemeen maatschappelijk werk. Er werden herhaalde pogingen ondernomen in het gezin structuur aan te brengen. Dat kwam echter niet van de grond. Moeder en Marco verschenen onregelmatig op afspraken, de vader zag niks in sociaal werk. Op 15 jarige leeftijd komt Marco in aanraking met de politie vanwege een agressief delict. Op advies van de Raad voor de Kinderbescherming wijst de Kinderrechter een gezinsvoogd toe. Om te bepalen of Marco thuis kan blijven of uithuisgeplaatst moet worden besluit deze een basisdiagnose van de probleemsituatie te maken. Figuur 6 geeft de uitslag weer.

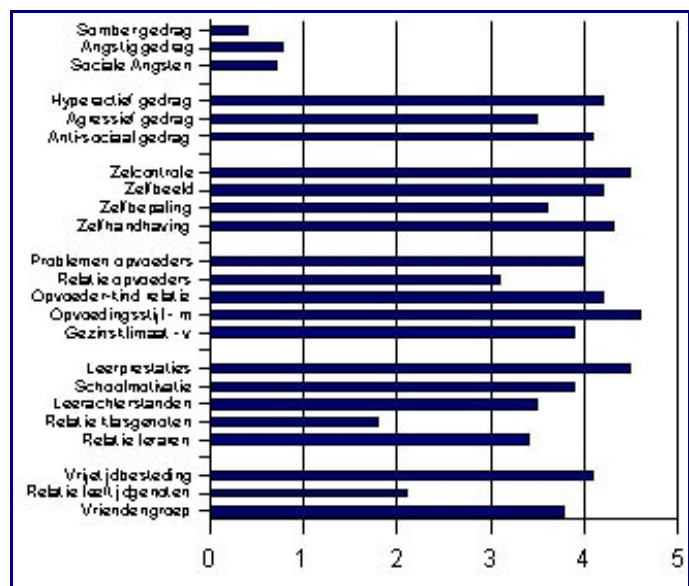
Uit het risicoprofiel blijkt dat we van doen hebben met een agressieve, ongedurige jongen, waarvan de gedragsproblematiek bovendien tendert naar anti-sociaal gedrag. Uit de itemlijsten blijkt dat het vooral gaat om spijbelen, zwerven op straat en ongehoorzaamheid.

Ook qua persoonlijkheid blijkt er met de jeugdige heel wat aan de hand te zijn. Hij heeft een zwakke zelf- of impulscontrole en een onrealistisch zelfbeeld, waarin stoer doen domineert. Hij weet niet goed wat hij met zijn leven wil en heeft hij de neiging agressief te reageren als de dingen niet lopen zoals hij dat wil.

In het gezin komen ernstige conflicten voor, die zich vooral afspelen tussen de ouders. Daarnaast is sprake van een problematische opvoedingsituatie. De ouders tonen desinteresse voor het doen en laten van Marco, en treden regelmatig hardhandig, inconsequent en affectieloos op.

De ouders zelf kampen met persoonlijke problemen. Raadpleging van de itemlijsten wijst uit dat het met name gaat om werkloosheid en overmatig drankgebruik bij de vader, ruzies tussen de ouders en financiële nood in het gezin.

Ook op school doen zich forse problemen voor. De leerprestaties zijn flink onder de maat en er is



Figuur 6

sprake van een ernstig gebrek aan schoolmotivatie. In zijn vrijetijd trekt de jeugdige op met gedragsproblematische vrienden, waarmee hij zijn tijd risicovol besteedt.

Gunstige aspecten

Ook nu kan uit het profiel weer afgelezen worden welke aspecten gunstig zijn. Zo zijn er geen aanwijzingen voor een opvallende verstoring van de emotionele ontwikkeling. Daarnaast blijkt de jeugdige redelijk overweg te kunnen met leeftijdgenoten.

Kern van de probleemsituatie

De gezinsvoogd concludeert mede op basis van het profiel dat de ontwikkeling van Marco ernstig belemmerd wordt door zijn onrustige, agressieve en anti-sociale gedrag, zijn gebrek aan zelfcontrole en zijn geringe mogelijkheden zijn eigen leven vorm te geven. De gedrags- en persoonlijkheidsproblematiek van Marco wordt daarbij versterkt door ernstige gezins- en opvoedingsproblemen, die al vrij lang slepen en waarin ook na herhaaldelijk professioneel ingrijpen geen verbetering optrad. De problemen hebben een negatieve uitwerking gehad op Marco's schoolse ontwikkeling. Op de korte termijn dreigen ze uit te monden in een vroegtijdig schoolverlaten en een toename van anti-sociale activiteiten met leeftijdgenoten. Op de lange termijn ligt een volledige uitval uit de samenleving in het verschiet.

Benodigde hulp

De gezinsvoogd concludeert dat Marco's ingroei in de samenleving ernstig bemoeilijkt wordt door diens moeilijke gedrag en de bestaande opvoedingssituatie, en dat Marco noch de ouders en de samenleving gebaat zijn bij een continuering hiervan. Mede gelet op het feit dat de eerdere hulpverlening aan het gezin niet hielp, er voor Marco de komende jaren losmaking van thuis op de agenda staat en de jeugdige bovendien redelijk goed met leeftijdgenoten overweg lijkt te kunnen, besluit de gezinsvoogd voor Marco een plaats te zoeken in een residentieel centrum voor verzorging, scholing en behandeling van jeugdigen met psychosociale gedragsproblematiek.

Het plan wordt met Marco en zijn ouders besproken. De ouders gaan akkoord met de uithuisplaatsing. Marco voelt er echter helemaal niets voor om in een residentieel centrum ergens veraf buiten de stad te gaan wonen. Na onderhandeling gaat Marco ermee akkoord dat voor hem een kamertrainingscentrum zal worden gezocht in de stad waar de benodigde verzorgings-, scholings- en behandelingsfaciliteiten worden geboden, in combinatie met een gestructureerd vrijetijdsaanbod zodat Marco een nieuwe, minder risicovolle vriendenkring kan opbouwen.

5. TOT SLOT

In het voorafgaande werd in grote lijnen uiteengezet wat basisdiagnostiek is en hoe daarbij te werk kan worden gegaan. Met enkele voorbeelden werd geïllustreerd hoe basisdiagnostiek met de VSPS er in de praktijk uitziet.

Naar voren kwam dat basisdiagnostiek twee hoofdstappen beslaat. Eerst wordt in de probleemanalyse een overzicht van risico- en beschermende factoren opgesteld. Vervolgens dient er in de diag-

nosestelling verband tussen de diverse risico- en beschermende factoren te worden gelegd, en een oplossing voor de problemen te worden geadviseerd. Een cruciaal punt daarbij is dat de diagnostische verbanden in principe door de hulpverlener zelf moeten worden gelegd. Dat geldt ook voor het bedenken van de juiste oplossingen voor de problemen.

Niettemin biedt de VSPS wel algemene richtlijnen voor indicatiestelling (Scholte, 1995). Deze luiden: 1. naarmate de VSPS-risico's groter zijn, is in het algemeen ook een intensievere - dat wil zeggen een meer op behandeling dan op begeleiding gerichte - vorm van hulpverlening geïndiceerd, en 2. naarmate de VSPS-risico's in het primaire opvoedingsmilieu groter zijn, is in het algemeen vaker een uithuisplaatsing geïndiceerd, met als aantekening dat het persoonlijk disfunctioneren van de primaire opvoeder(s) daarbij een sterk bepalende factor is.

Deze algemene richtlijnen laten echter onverlet dat de hulpverlener die basisdiagnostiek wil bedrijven goed op de hoogte dient te zijn van wat psychosociale problemen van jeugdigen zijn, waar ze mee kunnen samenhangen en hoe ze effectief kunnen worden aangepakt.

Basisdiagnostiek en praktijk

Tot slot merken we nog op dat de basisdiagnostiek niet in een sociaal vacuüm plaatsvindt, maar binnen sociale arrangementen waarin belangen en belangentegenstellingen een cruciale rol kunnen spelen. Zo heeft de jeugdhulpverlener of de gezinsvoogd een eigen mening over wat er aan de hand is en wat er gedaan moet worden. Ook kan hij om strategische redenen bepaalde zaken niet of juist wel aan de orde willen stellen. Hetzelfde geldt voor de jeugdige en de ouder(s)/opvoeders. Ook deze zullen opvattingen hebben over wat er aan de hand is, wat er wel of niet moet gebeuren en wat ze wel en niet aan de hulpverlener kwijt willen. Dat geldt evenzeer voor de overigen die bij een zaak zijn betrokkenen, zoals de Raad voor de Kinderbescherming, de politie, leerkrachten en hulpverleners, evenals voor de nog bij de zaak te betrekken personen en instanties, zoals opnemende residentiele instellingen. Deze kunnen mogelijk geen plaats hebben of vinden dat de jeugdige elders beter op zijn plaats is.

De uitkomst van de diagnostische besluitvorming wordt in de praktijk dan ook mede door al deze meningen, belangen en gebeurtenissen bepaald. Een diagnose kan immers nog zo juist en een oplossing nog zo mooi of nodig zijn, als de cliënten niet akkoord kunnen of willen gaan, of als het benodigde hulpaanbod niet voorhanden is of kan worden uitgevoerd, dan heeft het weinig zin de hulp die eigenlijk nodig is aan te bevelen, maar zal door moeten worden gezocht naar een oplossing die wellicht minder ideaal maar wel haalbaar is.

Het uiteindelijke advies is in de praktijk dan ook meestal het resultaat van een onderhandelingsproces tussen de hulpverlener en alle overige bij de zaak betrokkenen, waaronder niet in de laatste plaats de cliënten en de voorzieningen die de hulp gaan verlenen.

Het feit dat praktische haalbaarheden en onderhandelingen een belangrijke rol spelen in het hulpverleningsproces ontslaat de professionele hulpverlener echter niet van zijn taak om de probleem-analyse en diagnosestelling zo objectief mogelijk uit te voeren.

Literatuur

- Baartman, H.E.M. (1996). *Opvoeden kan zeer doen*. Utrecht: SWP.
- De Bruyn, E.J.J., Pameijer, N.K., Ruijssenaars, A.J.J.M. & Van Aarle, E.J.M. (1995). *Diagnostische besluitvorming. Handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven/Apeldoorn: Acco.
- Knorth, E.J., & Smit, M. (1990), Planmatig werken in de residentiële jeugdhulpverlening. In E.J. Knorth, & M. Smit (Red.), *Residentiële Jeugdhulpverlening*. Apeldoorn/Leuven: Garant.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene: Castalia.
- Rink, J.E. (1989). Handelingsplanning in de intra-murale zorg: een theoretische situering. In A. Vermeulen (Red.), (pp.41-65). Zoersel: Monnikenheide.
- Rispens, J. (1987). In elk geval een moeilijke relatie. Enkele slotopmerkingen over de verhouding theorie-praktijk. In H.M. Pijnenburg & J.M. Atema (Red.), *Rekenschap om beterschap* (pp. 177-185). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Scholte, E.M. (1988). *Jeugd, politie en hulpverlening. Preventieve hulpverlening aan jeugdigen met psychosociale problemen*. Proefschrift, Leiden. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Scholte, E.M. (1991). Hulpverlening bij psychosociale-gedragsproblemen. Voorstel voor een sociaal-ecologische benadering. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 1991, 2: 80-92.
- Scholte, E.M. (1993). Basisdiagnostiek in de psychosociale jeugdhulpverlening I: De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 32: 251-270.
- Scholte, E.M. (1995). Het plaatsen van jeugdigen in pleeggezinnen en residentiële centra. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 34: 99-114.
- Scholte, E.M. (1996). *De Vragenlijst en Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS), versie 4.0*. Delft/Amsterdam: Eburon/Nippo.
- Scholte, E.M. & Sontag, L. (1992a) *Opvoeding en Ontwikkeling. Een onderzoek naar de samenhang tussen opvoedingsgedrag van primaire opvoeders en de ontwikkeling van jeugdigen*. Utrecht/Amsterdam: PCOJ.
- Scholte, E.M., Messing, C.T.H.M., Nijkerk, J.H. & Ploeg, J.D van der (1992b). *Probleemgedrag en interventie. Adviesbureau, (Gezins)voogdij en RIAGG-jeugdafdeling onderzocht*. Leiden, Rijksuniversiteit, DSWO-Press.
- Scholte, E.M., Colton, M. & Casas, F. (1998). Psychosociale jeugdzorg en (dis)kwalificatie: de visies van cliënten en hulpverleners. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 3: 97-111.
- Scholte, E.M. & Douma, M. (1999). Validiteit en betrouwbaarheid van de VSPS bij een populatie adolescenten in residentiële centra voor lichamelijk gehandicapte en chronisch zieke jeugdigen. *Kind & Adolescent*.
- Van der Kooij, R., Raijmakers, L.P.T., Baartman, H.E.M., Carlier, E.M.H.J., Franken, M.L.O., Hamers, H.J.A. & In 't Veld-Koelman, G.A.G. (1994). *Diagnostiek in de pedagogische hulpverlening*. Utrecht: NVO.
- Ploeg, J.D. van der (1990). Diagnostiek in het (semi)residentiële hulpverleningsveld. In Rispens, Carlier & Schoorl (Red.), *Diagnostiek in de hulpverlening* (pp. 119-154). Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Van der Ploeg, J.D. (1997). *Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (1995). Andere wegen in de diagnostiek en behandeling binnen de jeugdhulpverlening. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 11: 86-102.
- Strien, P.J. van (1975). Naar een methodologie van het praktijkdenken in de sociale wetenschappen. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 30, 601-619.
- Strien, P.J. van (1989). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Westenberg, M.R.M., & Koele, P. (1993). Klinische besliskunde. In: P. Koele & J. Van der Pligt (Eds), *Belissen en beoordelen* (pp. 346-373). Meppel: Boom.

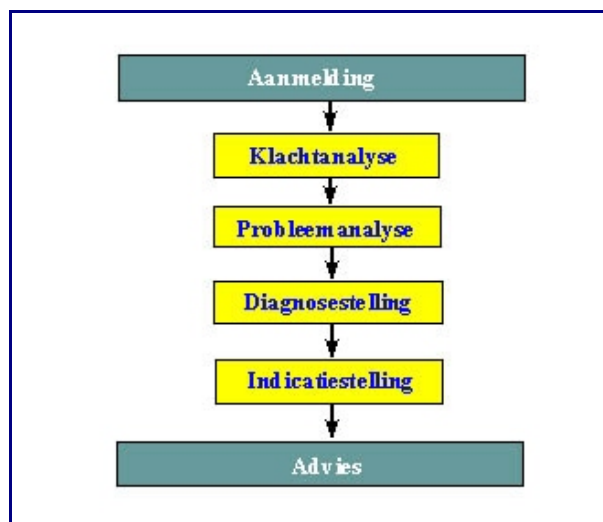
KLINISCHE DIAGNOSTIEK EN BASISDIAGNOSTIEK

In de literatuur van de klinische diagnostiek wordt de werkwijze van de diagnosticus doorgaans beschreven als een cyclisch proces (Westenberg & Koele, 1993; Van der Kooi, 1994; De Bruyn e.a., 1995). Figuur 7 geeft de vier stappen die in dit verband kunnen worden onderscheiden (De Bruyn e.a., 1995). We lichten de verschillende stappen kort toe.

1. Klachtanalyse

Elke hulpverlening vangt aan met een klacht of hulpvraag. Klachten zijn uitspraken van de cliënt of diens omgeving dat de situatie of het gedrag van de cliënt volgens de cliënt of de melder ongewenst is of als een probleem wordt ervaren. Klachten vormen daarmee een natuurlijke ingang tot het diagnostisch proces.

In de klachtanalyse controleert de diagnosticus of de hem ter ore gekomen klacht daadwerkelijk is wat de klager bedoelt en probeert hij de precieze aard van de klacht te achterhalen. De moeder van Japie klaagt bijvoorbeeld over diens onhandelbare gedrag. Na doorvragen blijkt dat Japie thuis druk en ongehoorzaam is, en zich niets laat zeggen. Of: Nico wordt door zijn school aangemeld bij de Raad voor de Kinderbescherming, omdat men vermoedt dat hij thuis wordt mishandeld. De diagnosticus vraagt de school om toelichting. Naar voren komt dat Nico op school was verschenen met een gezwollen oog en een dikke wang als gevolg van een ruzie met zijn vader.



Figuur 7

2. Probleemanalyse

Klachten kunnen naar problemen verwijzen, maar hoeven dit niet noodzakelijkerwijs te doen. Zo kunnen blauwe plekken inderdaad samenhangen met mishandeling, maar ook verwijzen naar ongelukjes. Het drukke gedrag van een kind kan verwijzen naar hyperactiviteit, maar ook bij de leeftijd horen.

Problemen zijn situaties of gedragingen waarvan de diagnosticus op empirische of theoretische gronden heeft vastgesteld dat zij inderdaad ongunstig zijn voor de cliënt of diens omgeving, d.w.z. de psychosociale aanpassing of de ontwikkeling van de cliënt of diens omgeving verstoren of dreigen te verstoren. In de probleemanalyse achterhaalt de diagnosticus problemen door de aard en de ernst van de gemelde problemen of klachten op een betrouwbare en valide wijze te bepalen. In het geval van Japie zou de diagnosticus de aard en de ernst van het probleemgedrag bijvoorbeeld kunnen bepalen door afname van een CBCL-gedragstest. De uitkomst van de probleemanalyse is een overzicht van de problemen van de cliënt.

3. Diagnosestelling

Diagnostiek moet niet alleen duidelijk maken dat de cliënt een probleem heeft, maar ook waardoor het veroorzaakt, in stand gehouden of versterkt wordt, zodat de hulpverlening mede op deze oorzaken kan worden gericht. Zo is het van belang te weten of Japie's drukke gedrag samenhangt met een fysiologische stoornis of door inadequaat ouderlijk opvoedingsgedrag veroorzaakt wordt. In het eerste geval zal de oplossing waarschijnlijk in medicijnen of in een gedragstherapie voor Japie moeten worden gezocht, terwijl in het tweede geval een opvoedingsinstructie aan de ouders meer in de rede ligt.

Diagnoses zijn uitspraken over de oorzaken van problemen. In de diagnosestelling gaat de diagnosticus systematisch alle factoren die het probleem van de cliënt zouden kunnen veroorzaken, in stand gehouden of versterken. De uiteindelijke diagnostische conclusie is die hypothese, die de beste verklaring biedt voor het probleem. Zo kan bij de probleemanalyse van Japie's probleemgedrag bijvoorbeeld naar voren zijn gekomen dat hij weliswaar druk is, maar niet extreem. Als verder naar voren is gekomen dat hij dit gedrag alleen thuis vertoont en dat zijn moeder ongestructureerd en inconsequent opvoedt, dan ligt het voor de hand te veronderstellen dat het structurearme opvoedingsgedrag van de moeder Japie's probleemgedrag oproept en versterkt.

4. Indicatiestelling

Indicaties zijn aanbevelingen over hoe het probleem het beste aangepakt kan worden. In de indicatiestelling formuleert de hulpverlener in overleg met de cliënt het behandelingsdoel en inventariseert hij de behandelingsvormen die het probleem kunnen oplossen of verminderen. De uitkomst van de indicatiestelling is een overzicht van hulpverleningsvormen die het probleem van de cliënt effectief zouden kunnen oplossen of verminderen. In overleg met de cliënt selecteert hij uit deze lijst die hulpverlenings- of behandelingsvorm, die voor de cliënt aanvaardbaar is en het beste past bij diens situatie.

In het geval van Japie zou het verminderen van diens drukke gedrag bijvoorbeeld het behandelingsdoel kunnen zijn. Een cursus gestructureerd opvoeden voor de moeder, als dan niet in combinatie met een plaatsing van de jeugdige in een centrum voor dagbehandeling, of een uithuisplaatsing van de jeugdige in een gestructureerde behandelingssetting zouden als indicatiestellingen kunnen worden opgevoerd. In het licht van de wensen en mogelijkheden van de jeugdige en diens moeder wordt hieruit vervolgens een keuze gemaakt.

Bij het bovenstaande dient te worden opgemerkt dat het in de praktijk niet vaak zal voorkomen dat de hulpvraag van de cliënt te beantwoorden is via een eenmalige afwikkeling van de vier stappen. Gaandeweg het diagnostisch proces kunnen er nieuwe klachten en probleemfeiten opduiken, die in een nieuwe probleemanalyse moeten worden getoetst. Dit kan leiden tot een andere kijk op het probleem en op de oorzaken daarvan. Ook kan het voorkomen dat de oorspronkelijke klachten en probleemfeiten gaandeweg het diagnostisch onderzoek moeten worden herzien. In de praktijk is diagnostiek een cyclisch proces waarin klachtanalyse, probleemanalyse, diagnosestelling en indicatiestelling afwisselend worden toegepast totdat een bevredigende diagnose is bereikt.

In de klinische diagnostiek vormt het kind dat probleemsymptomen heeft het vertrekpunt. De problemen van het kind kunnen daarbij op de volgende gebieden liggen (De Bruyn e.a., 1995, p. 84): het cognitief functioneren, het functioneren op school, de functieontwikkeling, het emotioneel functioneren, het relationeel/sociaal functioneren en het medisch/(psycho)neurologisch functioneren. In de probleemanalyse wordt bepaald om welke problemen het precies gaat. Vervolgens wordt in de diagnosestelling bepaald door welke kind- of omgevingsfactoren de probleemsymptomen van het kind worden veroorzaakt.

Een moeilijkheid van deze indeling is dat de eventuele niet-kindgebonden psychosociale problemen van het kind, zoals bedreigende opvoedingsomstandigheden, in de probleemanalyse buiten de boot vallen en pas in de diagnosestelling in het vizier komen. Ook is het model minder geschikt om problemen op meerdere gebieden tegelijkertijd in kaart te brengen, en om wederzijds versterkende negatieve interacties tussen het kind en zijn omgeving te analyseren, zoals ouderlijke opvoedingsnood die door gedragsproblemen bij het kind is opgewekt, en die op zijn beurt weer de gedragsproblemen van het kind versterken (Patterson, 1982).

In de basisdiagnostiek wordt de geschetste moeilijkheid omzeild door zowel alle kindgebonden probleemaspecten als alle niet kindgebonden probleemfactoren in de probleemanalyse op te nemen, en pas in de diagnosestelling te bepalen welke van deze probleemfactoren als oorzaak en welke als gevolg moeten worden opgevat (Scholte, 1993; Van der Ploeg & Scholte, 1995). Voorts beoogt de basisdiagnostiek niet alleen de probleembevorderende factoren in de probleemanalyse te betrekken, maar ook de probleemverzwakkende of beschermende factoren, omdat deze mede de mogelijkheden tot hulpverlening bepalen. Zo zal minder snel tot een uithuisplaatsing van een door zijn ouder verwaarloosde jeugdige behoeven te worden besloten wanneer er in de omgeving van de jeugdige grootouders zijn die wel voor de jeugdige kunnen en willen zorgen.

Toetsende basisdiagnostiek

In de praktijk van de jeugdhulpverlening en de jeugdbescherming vindt de basisdiagnostiek doorgaans als volgt plaats. Allereerst wordt er informatie verzameld via een -al dan niet gestructureerd- psychosociaal interview met de cliënten. Dit wordt vaak aangevuld met informatie van personen uit hun omgeving, zoals familie, burens, leerkrachten en hulpverleners. Op grond van 'ervaringsdeskundigheid' of de 'klinische blik' wordt vervolgens een taxatie gemaakt van de problemen die er zijn. Een nadeel van deze werkwijze is echter dat zij minder betrouwbaar is.

Bij een professionele aanpak mag het echter niet zo zijn dat de ene diagnosticus wel problemen ziet, terwijl er geen problemen worden gevonden wanneer een ander het onderzoek zou hebben gedaan. Daarom wordt aan professionele diagnostiek de eis gesteld dat zij valide en betrouwbaar dient te zijn (Van der Kooij, 1994). Om hieraan te kunnen voldoen dienen de tijdens de informatieverzameling opgedane vermoedens inzake risico- en beschermende factoren met behulp van valide en betrouwbare instrumenten te worden getoetst. Omdat de basisdiagnostiek uiteenlopende psychosociale gebieden bestrijkt (gedrag, emotie en persoonlijkheid van het kind, functioneren van gezin, school en derde milieu, etc) is toetsing met behulp van testinstrumenten in de praktijk doorgaans niet haalbaar. Men zou dan bijv. voor het gedrag een gedragstest zoals de CBCL moeten afnemen, voor de persoonlijkheid een persoonlijkheidstest zoals de NPVJ, voor de gezins-

en opvoedingssituatie een gezinstest zoals de VGP, enzovoort.

De Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS) werd ontworpen om de factoren die voor de basisdiagnostiek van belang zijn te inventariseren (Scholte, 1993; 1996; 1999). Omdat het instrument voldoet aan een aantal eisen van validiteit en betrouwbaarheid (Scholte, 1996; Scholte & Douma, 1999) is het geschikt de beoogde toetsing wel in één keer uit te voeren.