

# Cliëntprofielen

Richtlijn Inclusief werkschema's en voorbeelden

Resultaten Scoren

2007



## **Richtlijn voor het opstellen van cliëntprofielen in de verslavingszorg**

Het project is geslaagd dankzij de grote inzet en betrokkenheid van medewerkers van IrisZorg, Mondriaan Zorggroep en Bouman GGZ en van de cliënten van deze instellingen die hebben meegewerkt aan interviews. Veel dank hiervoor.

De onderzoekers

Ir. Elske Wits

Prof. dr. Ronald Knibbe

Drs. Gerda Rodenburg

<b>Inhoudsopgave</b>	P.
<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
1.1 Waarvoor dient een cliëntprofiel?	5
1.2 In drie stappen naar een cliëntprofiel	6
1.3 Uitvoering van de doelgroepanalyse	6
1.4 Benodigde tijd	7
<b>2. De doelgroepanalyse stap voor stap beschreven</b>	<b>8</b>
2.1 Situatieanalyse en start van de gegevensverzameling	8
2.2 In kaart brengen van de zorgbehoefte, afronden van het cliëntprofiel	9
2.3 Gegevensverzameling en verslaglegging	11
2.4 Beschrijven van benodigd zorgaanbod: vragen van feedback op de resultaten	11
<b>3. Werkschema's, met uitgewerkte voorbeelden</b>	<b>12</b>



# 1. Inleiding

De verslavingszorg in Nederland is intensief bezig met zorgvernieuwing en het verbeteren van de kwaliteit van de zorg voor verslaafden. De afgelopen jaren is binnen het programma Resultaten Scoren van GGZ Nederland onder andere aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor langdurig verslaafden met een complexe problematiek. Om passende zorg te ontwikkelen is het voor verslavingszorginstellingen van belang een goede doelgroepanalyse uit te voeren, als basis voor de zorgprogrammering. Het IVO heeft hiervoor een praktijkgericht instrument ontwikkeld om cliëntprofielen op te stellen, in samenwerking met enkele instellingen (waaronder Mondriaan Zorggroep en IrisZorg) en met het bureau voor onderzoek, training en advies CVO. Het resultaat is een beknopte richtlijn die verslavingszorginstellingen een handvat geeft om een doelgroepanalyse uit te voeren wanneer zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren. Het project is mogelijk gemaakt door ZonMw.

Het uiteindelijke doel is het beter laten aansluiten van het zorgaanbod op de zorgbehoefte van met name langdurig verslaafden. Hoewel het bereik van de zorg onder deze groep in Nederland hoog is, blijkt het in de praktijk lastig om langdurig verslaafden toe te leiden naar een intensievere vorm van zorg dan de meest laagdrempelige zorgvoorzieningen, laat staan om een blijvend maatschappelijk herstel te bewerkstelligen. Daarom is het juist hier belangrijk om niet alleen nauwgezet na te gaan wat de specifieke problemen zijn van een doelgroep, maar ook wat de door hen ervaren zorgbehoefte is. Wanneer het cliëntprofiel compleet is zal duidelijk worden aan welke eisen het zorgprogramma precies moet voldoen, hoe de doelgroep kan worden bereikt en hoe zo goed mogelijk kan worden aangesloten bij de zorgbehoefte. Deze systematische werkwijze vergroot de kans dat het zorgprogramma uiteindelijk slaagt.

De richtlijn is zo opgesteld dat een instelling deze zelf kan toepassen, bij voorkeur na training van enkele medewerkers (bijvoorbeeld een stafmedewerker, zorgmanager en een lid van de behandelstaf). Daarnaast kan begeleiding door het IVO worden geboden aan het projectteam. Zie [www.ivo.nl/cursusaanbod/cliëntprofielen](http://www.ivo.nl/cursusaanbod/cliëntprofielen).

In deze handleiding worden de verschillende onderdelen van de richtlijn toegelicht. In hoofdstuk 3 zijn werkschema's opgenomen die gebruikt kunnen worden bij de toepassing van de richtlijn.

## 1.1 Waarvoor dient een cliëntprofiel?

Met kennis over de zorgbehoefte en specifieke kenmerken van een doelgroep kunt u een zorgaanbod ontwikkelen dat zo goed mogelijk aansluit bij deze doelgroep. Via een doelgroepanalyse kan een beknopt cliëntprofiel van de doelgroep worden opgesteld. Dit cliëntprofiel vormt een solide basis voor een zorgprogramma. Een goede analyse vooraf vermindert de kans op problemen zoals een lage instroom of een hoge drop-out, ernstige opstartproblemen van het project, of een lage effectiviteit van de aangeboden zorg. Let op: een cliëntprofiel is dus niet bedoeld voor gebruik op individueel niveau, zoals bij de indicatiestelling, maar dient als basis voor een te ontwikkelen (of aan te passen) zorgprogramma dat aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep.

## 1.2 In drie stappen naar een cliëntprofiel

Voor het opstellen van een cliëntprofiel worden de volgende fasen doorlopen:

- Fase 1. Situatieanalyse en start van de gegevensverzameling
- Fase 2. In kaart brengen van de zorgbehoefte, afronden van het cliëntprofiel
- Fase 3. Feedback op de resultaten, beschrijven van benodigd zorgaanbod

In hoofdstuk 2 worden deze fasen toegelicht.

De gegevens in een cliëntprofiel hebben betrekking op de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep. Denk hierbij aan een verslag van twee tot acht pagina's met daarin een beschrijving van de problematiek op de diverse leefgebieden (ook kwalitatief) en de zorgbehoefte op deze gebieden.

Vaste thema's bij ieder cliëntprofiel zijn:

- > De gezondheid en leefsituatie van de doelgroep (denk aan middelengebruik, lichamelijke en geestelijke gezondheid, financiën, wonen, dagbesteding, sociale contacten, politie/justitie);
- > De (ervaren) zorgbehoefte van de doelgroep;
- > De relatie van de doelgroep met de zorg;
- > De vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep;
- > Relevante demografische gegevens zoals geslacht, leeftijd, culturele herkomst, opleiding, en eventueel omvang van de doelgroep.

Afhankelijk van de doelgroep en het type zorg dat men beoogt te ontwikkelen worden bepaalde thema's uitgebreider belicht dan andere. Zo zijn de vindplaats en de wijze van contact leggen met de doelgroep in sommige gevallen eenvoudig te benoemen; in andere gevallen behoeven deze aspecten meer aandacht. Met het beantwoorden van deze vraag én met het in kaart brengen van de ervaren zorgbehoefte worden problemen met de instroom van cliënten in een nieuw zorgprogramma zoveel mogelijk voorkomen.

## 1.3 Uitvoering van de doelgroepanalyse

### *Werkgroep*

Het opstellen van een cliëntprofiel gebeurt door een werkgroep van 5 à 6 personen met daarin een beleidsmedewerker, een vertegenwoordiging van verschillende (behandel)disciplines en een manager met de nodige beslissingsbevoegdheid. De rol van projectcoördinator kan in de meeste gevallen het beste door de beleidsmedewerker worden vervuld. Het is tenslotte van belang iemand met onderzoeksvaardigheden te laten participeren in de werkgroep. Is deze deskundigheid niet binnen de instelling te vinden, dan kan gekozen worden voor externe begeleiding door het IVO.

Wanneer binnen de eigen zorginstelling niet voldoende kennis en ervaring met de beoogde doelgroep aanwezig is, kan worden overwogen om een externe deskundige aan te trekken. Denk bijvoorbeeld aan een deskundige op het gebied van het Korsakov-syndroom en dementie wanneer een project voor oudere dakloze alcoholisten wordt opgezet.

Betrek bij de doelgroepanalyse ook vertegenwoordigers van de doelgroep zelf. Organiseer tijdig enkele discussiebijeenkomsten voor (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten rond vragen en thema's waarbij hun inbreng van belang is, bij voorkeur in iedere fase één bijeenkomst.

### *Training*

Voor instellingen die voor het eerst de richtlijn toepassen biedt het IVO een training. Aangevraagd wordt om de training aan te bieden aan drie à vier leden van de werkgroep, waaronder degenen die de gegevensverzameling gaan coördineren en uitvoeren. Naast de methode voor

het uitvoeren van een doelgroepanalyse wordt in de training aandacht besteed aan het ontwikkelen van vaardigheden, zoals het voorzitten van de werkgroepbijeenkomsten. De training besteedt bovendien uitgebreid aandacht aan methoden voor een snelle gegevensverzameling, geïnspireerd op de methode Rapid Assessment and Response (RAR), van het CVO. RAR bestaat uit een mix van veelgebruikte onderzoeksmethoden, zoals interviews, observaties en focusgroepen. Het grote verschil tussen empirisch onderzoek en RAR is de pragmatische benadering van RAR, waarbij de nadruk ligt op adequaatheid in plaats van op wetenschappelijke perfectie.<sup>1</sup>

Degenen die binnen de gegevensverzameling belast gaan worden met het interviewen van cliënten en sleutelinformanten krijgen alleen een interviewtraining.

#### *Bijeenkomsten*

Wanneer binnen de instelling een werkgroep is ingesteld worden zes bijeenkomsten gepland in een periode van ongeveer een half jaar om de doelgroepanalyse uit te voeren. De zevende en laatste bijeenkomst vindt plaats tijdens fase 3, na afronding van de gegevensverzameling, en wordt later ingepland. Trek telkens twee tot drie uur uit voor de besprekingen. De periode tussen de verschillende bijeenkomsten moet niet te lang zijn, maar lang genoeg om het nodige 'huiswerk' te kunnen doen (verslaglegging, verzamelen van gegevens over de doelgroep). Een tussentijd van circa twee weken voldoet. Een goede verslaglegging van de bijeenkomsten van de werkgroepen is uitermate belangrijk voor de inzichtelijkheid van het proces en voor de eindrapportage. Hierbij worden de werkschema's (zie hoofdstuk 3) ingevuld en worden aantekeningen gemaakt van relevante discussies of feiten.

### **1.4 Benodigde tijd**

Besef dat het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor een bepaalde doelgroep een zekere investering vraagt. Het opstellen van een cliëntprofiel om uiteindelijk passende zorg te kunnen ontwikkelen vergt tijd en inzet van verschillende medewerkers van de organisatie. De verwachting is dat deze investering zich terugverdient, doordat toepassing van de richtlijn ervoor zorgt dat een programma beter aansluit bij de zorgbehoefte van de doelgroep, daardoor effectiever is en minder 'kinderziektes' heeft dan programma's die minder goed doordacht zijn.

Vóórdat met het opstellen van een cliëntprofiel wordt begonnen moet duidelijk zijn dat het management van de instelling bereid is om hiervoor daadwerkelijk tijd uit te trekken, zodat de betrokken medewerkers vrijgesteld worden voor deelname aan het project. Voor de projectcoördinator zal het werk een halve tot een hele dag per week in beslag nemen (afhankelijk van de betrokkenheid bij de uitvoering van bijvoorbeeld de gegevensverzameling), gedurende circa zes maanden. De leden van het projectteam moeten zoals gezegd rekenen op zeven bijeenkomsten van minimaal twee uur, waarvan de eerste zes plaatsvinden in de eerste paar maanden van de totale periode van circa zes maanden. Degene die de verslaglegging verzorgt (invullen werkschema's, rapportage bij de afronding, fase 3) en degenen die gegevens over de doelgroep gaan verzamelen moeten hiervoor bovendien de nodige tijd uittrekken. Voor het uitvoeren van de gegevensverzameling (inclusief beknopte rapportage) zijn tien tot dertig hele dagen nodig (afhankelijk van de situatie), verdeeld over twee of drie medewerkers.

<sup>1</sup> Het handboek 'RAR en problematisch middelengebruik' is bij het CVO te bestellen (cvo@drugresearch.nl).



## 2. De doelgroepanalyse stap voor stap beschreven

### 2.1 Situatietanalyse en start van de gegevensverzameling

De eerste fase van de doelgroepanalyse is de situatietanalyse. Deze bestaat uit:

- > Werkgroep vergadering 1 en 2: probleemanalyse en interventiedoelen
- > Werkgroep vergadering 3: afbakening van de doelgroep

#### *Werkgroep vergadering 1 en 2: probleemanalyse en interventiedoelen*

In de eerste stap van het opstellen van het cliëntprofiel wordt vastgesteld wat de aanleiding is om een cliëntprofiel te gaan opstellen en wat precies de problematiek is van de beoogde doelgroep. De gesignaleerde problemen en (mogelijke) oorzaken van deze problemen worden nauwkeurig omschreven (**zie werkschema A, hoofdstuk 3**). Wanneer de oorzaken van de gesignaleerde problemen in kaart zijn gebracht, wordt op basis van deze oorzaken nagegaan wat het interventiedoel zou moeten zijn van de te ontwikkelen zorg. Indien nodig worden daarna concrete behandeldoelen geformuleerd.

Het interventiedoel en behandeldoel zijn van belang voor de verdere invulling van het cliëntprofiel: het doel van de interventie bepaalt welke accenten er worden gelegd in het profiel. Over welke onderwerpen willen we vooral informatie hebben voordat we een zorgprogramma gaan opzetten?

Bijvoorbeeld: een van de problemen van veel (ex-)verslaafden bij het wonen is het omgaan met de beperkte financiële middelen.

*Doelgroep:* (ex-)verslaafden die zelfstandig wonen, en waarvan mogelijke schulden zijn opgelost of worden aangepakt

*Interventiedoel:* de doelgroep reserveert voldoende middelen voor zelfverzorging, betalen van huur etc.

De probleemanalyse en het formuleren van interventiedoelen gebeurt op basis van eerdere ervaringen met en bestaande kennis over de beoogde doelgroep bij de werkgroepleden, literatuur en zonedig bij sleutelinformanten binnen of buiten de eigen organisatie. Deze sleutelinformanten kunnen worden gezocht en benaderd na de eerste werkgroepvergadering. Ook kan literatuur worden gezocht over het betreffende thema. Op basis van de verzamelde informatie worden in de tweede bijeenkomst knopen doorgehakt over de te volgen richting. Ook wordt nagegaan welke informatie dient te worden verzameld om in de volgende bijeenkomst de doelgroep af te kunnen bakenen.

*Na afloop van de tweede vergadering maakt de notulist op basis van de gegevens in werkschema A een kort verslag (1 of 2 A4-tjes) van de situatietanalyse.*

#### *Werkgroep vergadering 3: afbakening van de doelgroep*

Op basis van de beschikbare informatie wordt de doelgroep aan het begin van de derde vergadering zo gedetailleerd mogelijk afgebakend (**zie werkschema B**). Kies een duidelijk perspectief, om zodoende de afbakening van de doelgroep zo duidelijk mogelijk te maken. Het is hierbij belangrijk om criteria voor de afbakening te vinden die, direct of indirect, de kans bevorderen om in contact te komen met juist die specifieke groep. Bedenk vervolgens of er subgroepen te herkennen zijn, en zo ja, of verdere afbakening van de doelgroep wellicht verstandiger is.

Voorbeeld: dakloosheid vormt een probleem voor het maatschappelijk herstel van drugsgebruikers. Afbakening doelgroep: alle drugsgebruikers die in 2005 gedurende meer dan 6 maanden meer dan 4 nachten per week gebruik maakten van nachtopvangvoorziening X. De afbakening is concreet en maakt duidelijk waar de doelgroep bereikt kan worden.

Beschrijf vervolgens de relatie van de doelgroep met de zorg: is de doelgroep 'in beeld' en zo ja, heeft de doelgroep stabiele contacten met de verslavingszorg? Zijn de contacten met zorgverleners vluchtig of intensief? Ga na waar de doelgroep te vinden is en op welke wijze contact moet worden gelegd om de instroom in het nieuwe zorgprogramma te bevorderen. Tenslotte worden - voor zover bekend - de algemene kenmerken van de groep beschreven, zoals geslacht, leeftijd en culturele herkomst. Ga na of ontbrekende gegevens van belang zijn voor de opzet van het te ontwikkelen zorgprogramma en ga zo nodig (later) op zoek naar deze ontbrekende gegevens.

*Na afloop van de derde vergadering maakt de notulist op basis van werkschema A en B een kort verslag van de situatieanalyse en het voorlopige cliëntprofiel. Zonodig wordt literatuur gezocht of worden sleutelinformanten benaderd over punten in werkschema's A en B die nog niet voldoende zijn uitgewerkt. Vooruitlopend op de vierde werkgroepvergadering wordt in kaart gebracht wat het reeds bestaande zorgaanbod voor de gekozen doelgroep is, gericht op de voor deze groep kenmerkende problematiek zoals omschreven in werkschema B.*

## 2.2 In kaart brengen van de zorgbehoefte

De tweede fase van de doelgroepanalyse bestaat uit het maken van een overzicht van de nog ontbrekende gegevens over de doelgroep, besluitvorming over de gegevensverzameling via een strategische analyse, en de uitvoering van de gegevensverzameling.

- > Werkgroepvergadering 4: bestaand zorgaanbod en zorgbehoefte
- > Werkgroepvergaderingen 5 en 6: strategische analyse
- > Gegevensverzameling en rapportage (zie 2.3)

*Werkgroepvergadering 3: bestaand zorgaanbod en zorgbehoefte*

Nu de doelgroep en de kenmerkende problemen van deze doelgroep goed omschreven zijn, kan worden geformuleerd welk type zorgaanbod moet worden ontwikkeld. In gevallen waarbij bestaand aanbod wordt aangepast/verbeterd zal deze vraag ook moeten worden beantwoord: welk type aanpassing moet worden gedaan binnen de huidige voorziening, om te zorgen dat deze beter aansluit bij de problematiek van de doelgroep.

Voorbeeld: een programma voor begeleid wonen kent een hoge mate van uitval. Er zijn signalen dat de bewoners zich geen raad weten met de invulling van hun vrije tijd, en eenzaam zijn.  
Benodigde aanpassing: aanbieden van werk en/of dagbesteding.

Ga in vogelvlucht na welk zorgaanbod er voor de doelgroep al bestaat (**zie werkschema C**). Denk hierbij ook aan voorzieningen in andere sectoren dan de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld binnen de gemeentelijke organisatie of de maatschappelijke opvang. Kijk vervolgens wat de plus- en minpunten en hiaten hierin zijn door op zoek te gaan naar uitkomsten van evaluaties van deze programma's. Wellicht is elders ervaring opgedaan

die bruikbaar is (probeer het wiel niet opnieuw uit te vinden). Beschrijf tenslotte welk type zorgaanbod in de regio nog zou moeten worden ontwikkeld (of verbeterd) voor de gekozen doelgroep. Het invullen van werkschema C neemt circa een uur in beslag.

De volgende stap is het bepalen van de zorgbehoefte, de nog ontbrekende schakel in het cliëntprofiel (**zie werkschema D**). De problemen zoals benoemd in het grijs gekleurde deel van schema B vormen hierbij het uitgangspunt. Per probleem wordt snel nagegaan wat bekend en nog onbekend is over deze problematiek en over de zorgbehoefte van cliënten/patiënten op dit terrein, inclusief de door de doelgroep zelf ervaren zorgbehoefte. Op deze manier wordt een overzicht verkregen van nog ontbrekende gegevens met betrekking tot de problematiek en de zorgbehoefte. De ervaring leert dat er vaak weinig feitelijk bekend is over de zorgbehoefte van doelgroepen in de verslavingszorg. Het invullen van werkschema D kost een uur à anderhalf uur.

*Om alle ontbrekende gegevens te inventariseren zou een omvangrijk onderzoek nodig zijn. Het is door gebrek aan tijd en geld echter bijna nooit mogelijk om 'het onderste uit de kan te halen' waar het gaat om onderzoek naar de doelgroep. Om te bepalen welke gegevens minimaal verzameld moeten worden om een passend zorgaanbod te ontwikkelen kan een strategische analyse uitkomst bieden.*

*Werkgroepvergaderingen 5 en 6: strategische analyse*

Via een strategische analyse (**zie werkschema E**) wordt bepaald welke gegevens uit het gemaakte overzicht in werkschema D niet hoeven te worden verzameld om toch een betrouwbaar en relevant cliëntprofiel te verkrijgen. De uitkomst van de strategische analyse bepaalt hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn. Na afronding van de strategische analyse zijn enkele vragen geformuleerd die de basis vormen voor de gegevensverzameling onder de doelgroep en onder sleutelinformanten. Hieronder wordt de strategische analyse stap voor stap beschreven.

1. Wat moet je weten

Van alle genoemde problemen van de doelgroep wordt nagegaan hoe belangrijk gegevens hierover zijn om het zorgprogramma uiteindelijk te laten slagen. Het is zoals gezegd meestal niet haalbaar om alle ontbrekende gegevens te verzamelen over de problematiek van de doelgroep. De vraag is dus hoe belangrijk het is voor het ontwikkelen van het zorgprogramma om goed inzicht te hebben in het middelengebruik, crimineel of agressief gedrag, schulden, dagbesteding, enzovoort. Bedenk over welke thema's veel, weinig of geen gegevens nodig zijn. Vergeet niet na te denken over de noodzaak van gegevens over de omvang van de doelgroep, met name vanwege de mogelijke financiële of organisatorische consequenties hiervan.

Bijvoorbeeld: wanneer langdurig verslaafden worden toegeleid naar een zelfstandig begeleid wonen project is het - om eenzaamheid en verveling te voorkomen - van groot belang na te gaan aan welk type dagbesteding zij behoefte zouden hebben. Dan wordt duidelijk met welke dagactiviteitenprogramma's of werkprojecten tijdig contact moet worden gelegd.

2. Risico's van niet weten

Om de juiste keuzes te kunnen maken wordt ook nagegaan wat er precies mis zou kunnen gaan als besloten wordt de gegevens niét te verzamelen: welke gevolgen heeft dat voor de cliënt, of voor de zorginstelling zelf?

Bijvoorbeeld: hoe groot is de kans op het mislukken van het project als gewoon wordt uitgeprobeerd wat de beste dagbesteding is, zónder het vooraf te onderzoeken? Is de kans groot dat cliënten dan teleurgesteld raken en na een paar weken weer vertrokken zijn? Is deze groep cliënten daarna opnieuw te motiveren voor deelname aan een dergelijk programma?

3. Wat is al bekend over de problematiek van de doelgroep, met welke zekerheid? Denk tenslotte na over de betrouwbaarheid en actualiteit van de gegevens die al beschikbaar en bruikbaar zijn (literatuur, registraties, nota's, internet). Afgewogen dient te worden of aanvullende gegevens nodig zijn als de betrouwbaarheid van de beschikbare gegevens laag is of als de gegevens sterk verouderd zijn. Ga ook na of de beschikbare gegevens goed te vertalen zijn naar andere situaties.

Bijvoorbeeld: uit landelijke gegevens is bekend dat 30% van de harddrugsgebruikers besmet is met ziekte X. Plaatselijk kunnen deze cijfers heel anders zijn, bijvoorbeeld doordat het vóórkomen van deze ziekte samenhangt met spuitgedrag. Van spuitgedrag is bekend dat er regionale verschillen zijn. In dit geval zijn plaatselijke gegevens de enige juiste bron voor het schatten van het percentage besmettingen onder de doelgroep.

4. Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld? Via het beantwoorden van de vragen in de strategische analyse wordt duidelijk welke gegevens nog moeten worden verzameld. Vat deze punten samen in hooguit 5 à 6 onderzoeksvragen. Deze vormen de basis voor het verzamelen van de nog ontbrekende gegevens.

### 2.3 Gegevensverzameling en verslaglegging

Een snelle gegevensverzameling is mogelijk door toepassing van een methode zoals Rapid Assessment and Response (RAR). Om de verzamelde informatie zo betrouwbaar mogelijk te kunnen verwerken is in het kader van deze methode een analyseprotocol met rasters ontwikkeld waarmee gegevens systematisch kunnen worden ingevoerd en geanalyseerd. Hiermee is tijdens de gegevensverzameling goed te zien welke vragen al voldoende beantwoord zijn en welke nog niet. Het ingevulde raster vormt de basis van de rapportage. Schets op basis van de rapportage een profiel van de doelgroep, het cliëntprofiel, inclusief de (ervaren) zorgbehoefte. Maak een beschrijving van twee tot hooguit acht pagina's.

### 2.4 Feedback op de resultaten, beschrijven van benodigd zorgaanbod

*Werkgroep vergadering 7: vragen van feedback en formuleren van een passend zorgaanbod*  
Het concept cliëntprofiel wordt teruggekoppeld naar het management van de instelling, het projectteam en (vertegenwoordigers van) cliënten/patiënten. Ga na of de gegevens voldoende aanknopingspunten bieden voor het opzetten van een passend zorgaanbod. Misschien is het nodig om bepaalde resultaten beter uit te werken zodat het cliëntprofiel nog bruikbaar wordt voor de praktijk. Indien nodig worden aanvullende gegevens gezocht, en wordt een omvangschatting gedaan van de doelgroep zoals omschreven in het cliëntprofiel. In het tweede deel van de bijeenkomst worden ideeën voor de ontwikkeling of verbetering van het beoogde zorgprogramma geïnventariseerd, op basis van de gegevens in het cliëntprofiel.

Deze laatste bijeenkomst levert de input voor de besluitvorming van het management over de ontwikkeling van een zorgaanbod voor de doelgroep. Wanneer het cliëntprofiel is afgerond zal het management in samenspraak met de werkgroep de inhoud van het zorgprogramma voor de betreffende doelgroep gaan bepalen. Bepaal op basis van het cliëntprofiel en het eerder geformuleerde interventiedoel/ behandeldoel uit welke onderdelen (modules) het zorgprogramma bestaat. Beschrijf per zorgmodule bijvoorbeeld:

- > naam en inhoud: doelen, functies, activiteiten, locatie, contactfrequentie, etc.;
- > betrokken cliënten(systeem) en -omgeving;
- > indicaties en contra-indicaties;
- > betrokken disciplines;
- > voortgangsbewaking: hoe wordt voorzien in eventuele veranderingen in zorgbehoeften bij cliënten die zijn toegewezen aan het programma, hoe wordt de voortgang bewaakt?
- > financiële aspecten.

Beschrijf de gang van de cliënt door het programma, benoem de randvoorwaarden en draag zorg voor de implementatie.

### 3. Werkschema's, met uitgewerkte voorbeelden

Voor het ontwikkelen van een zorgprogramma voor een bepaalde groep (potentiële) cliënten moet deze doelgroep goed worden afgebakend en in kaart worden gebracht. In onderstaande schema's wordt een leidraad geboden voor een doelgroepanalyse: wat is precies het probleem, over welke doelgroep(en) gaat het en wat voor zorg zou kunnen worden geboden.

*De verschillende vragen hoeven niet slechts in de gegeven volgorde te worden doorlopen. Soms is het nodig om terug te kijken om bepaalde omschrijvingen of interventiedoelen bij te stellen. Het is dus een cyclisch proces.*

Waarschijnlijk zal het in kaart brengen van bijvoorbeeld de zorgbehoefte van de doelgroep ook onbeantwoorde vragen opleveren. Hieruit blijkt vanzelf welke gegevens nog verzameld moeten worden.

#### *Keuzeprocess*

Benadrukt moet worden dat wellicht niet iedereen het eens is met de precieze uitwerking van het voorbeeld in onderstaande schema's. Dit heeft er mee te maken dat het doorlopen van de verschillende stappen deels een keuzeprocess is en daardoor gedeeltelijk subjectief (keuze van interventiedoelen, welk type zorg krijgt prioriteit, hoe wordt de doelgroep afgebakend, enzovoort). De keuzes worden mede bepaald door de zorgvisie van de zorginstelling. Het gaat er dus om dat binnen de werkgroep consensus ontstaat over deze zaken. Bedenk daarbij dat de samenstelling en kenmerken van de betreffende doelgroep door verschillende oorzaken per regio kunnen verschillen, en dat daarmee ook het cliëntprofiel per regio of stad anders kan uitpakken. Ook doorontwikkelingen in de tijd (denk aan de toename in de jaren negentig van het gebruik van gekookte cocaïne/ basecoke) kan de invulling van het schema voor een specifieke doelgroep op verschillende momenten anders uitpakken.

### Werkschema A. Situatietanalyse: omschrijving van het probleem en de bijbehorende doelgroep(en)

De keuze om extra aandacht te gaan besteden aan een bepaalde doelgroep hangt vaak samen met de constatering dat het zorgaanbod niet aansluit op de zorgbehoefte van deze groep. Meestal hebben de betrokken hulpverleners al een globaal idee wat met een interventie bereikt zou kunnen worden (interventiedoel) en om welke doelgroep het ongeveer gaat. Al deze ervaring en kennis dient systematisch in kaart te worden gebracht om de juiste keuzes te kunnen maken bij het ontwikkelen van een zorgprogramma. Gebruik hiervoor onderstaand schema.

Bij de discussie over de beschrijving van de problematiek en afbakening van de doelgroep kan blijken dat de doelgroep is onder te verdelen in meerdere subgroepen. Benoem deze in het schema en beslis van welke doelgroep (als eerste) een cliëntprofiel moet worden opgesteld om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen. Op de volgende pagina is een voorbeeld uitgewerkt

<b>Gesignaleerde problemen en belangrijkste kenmerken hiervan</b>	<b>(Beïnvloedbare) oorzaken van deze problemen</b>	<b>Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem</b>	<b>Beschrijving doelgroep(en)</b>
Probleem 1			Doelgroep 1
Probleem 2			Doelgroep 2
Probleem 3			Doelgroep 3

**Werkschema A.**

**Voorbeeld: omschrijving van het probleem en de bijbehorende doelgroep.**

Het voorbeeld dat hier is uitgewerkt betreft methadoncliënten met thuiswonende jonge kinderen.

<b>Geïdentificeerde problemen en belangrijkste kenmerken hiervan</b>	<b>Beïnvloedbare oorzaken van deze problemen</b>	<b>Interventiedoel(en), gericht op wegnemen van oorzaken, of op het verminderen van het probleem</b>	<b>Beschrijving doelgroep(en)</b>
Methadoncliënt is niet altijd in staat tot zorg voor kinderen.	<ul style="list-style-type: none"><li>a) verslaving/ mate van gebruik</li><li>b) hebben van weinig dagstructuur</li><li>c) gebrekkige ADL vaardigheden</li><li>d) detentie/opname</li><li>e) psychische klachten</li><li>f) somatische klachten</li><li>g) financiële problemen</li><li>h) twijfelen aan zichzelf of ze opvoeding wel aankunnen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>a) streven naar stabilisatie van het gebruik, of verminderen/ stoppen van het gebruik, in samenhang met aanpak problemen overige leefgebieden</li><li>b) indien nodig: acceptatie van gebruik/ verslaving door cliënt en hulpverlener</li><li>c) wegnemen van onzekerheid</li></ul>	Methadoncliënten met thuiswonende kinderen.

**Werkschema B. Opstellen voorlopig cliëntprofiel I: verdere afbakening van doelgroep, problematiek, relatie met de zorg en vindplaats**

De volgende stap is het verder afbakenen van de doelgroep en het opstellen van een voorlopig cliëntprofiel. Zodra duidelijk is dat een specifieke, goed af te bakenen groep is gedefinieerd wordt het schema verder ingevuld. *Geef apart aan welke gegevens nog ontbreken.* Let hierbij op de kwaliteit van de gegevens die er al wel zijn: is de betrouwbaarheid voldoende? Zijn de gegevens actueel en van toepassing op de situatie in de eigen regio? Wanneer dit niet zo is worden ook deze gegevens als ontbrekend beschouwd.

Daarna komt de relatie met de zorg en zorgverleners aan de orde: wat zijn de kenmerken hiervan? Waar en met wie hebben zij contacten en hoe verlopen deze contacten? Welke problemen doen zich hier voor?

Ook wordt nagedacht over de vindplaats van de doelgroep en de manier waarop het beste contact kan worden gelegd. Deze gegevens zijn allemaal van belang om de instroom in het toekomstige zorgprogramma te kunnen garanderen en om drop-out te voorkomen. Tenslotte wordt nagegaan wat er bekend is over algemene gegevens zoals geslacht, leeftijd en culturele herkomst.

In het voorlopige cliëntprofiel ontbreken nog gegevens over de zorgbehoefte. Deze komen in schema D aan de orde.

Op de volgende pagina is hetzelfde voorbeeld als in schema A verder uitgewerkt voor schema B.

Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Belangrijkste problemen op overige leefgebieden	• Relatie met de zorg(verleners) • Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:



**Werkschema B.**  
**Voorbeeld: opstellen voorlopig cliëntprofiel I: verdere afbakening van doelgroep, problematiek, relatie met de zorg en vindplaats**

Beschrijving doelgroep, zo goed mogelijk afgebakend	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Belangrijkste problemen op overige leefgebieden	• Relatie met de zorg(verleners) • Vindplaats en wijze van contactleggen	Algemene gegevens (zoals leeftijd, culturele herkomst)
Methodoncliënten (mannen en vrouwen) met jonge thuiswonende kinderen (van 1 tot en met 12 jaar)	Bekend: Niet altijd goed in staat om kinderen te verzorgen en op te voeden; gebrekkige ADL-vaardigheden	Bekend ----	Bekend: De meeste opiaatafhankelijke cliënten met jonge kinderen nemen deel aan methadonprogramma's.  Vindplaats: methadonprogramma's	Bekend: Uit de cliëntregistratie is bekend dat de groep voor tweederde uit vrouwen bestaat, de gemiddelde leeftijd 34 is, en 10% niet-westers allochtoon.
	Onbekend: ----	Onbekend: De exacte aard en omvang van deze problemen (zoals midde- langebruik, schulden) is deels te vinden in cliëntdossiers en -registraties, maar informatie is moeilijk toegankelijk.  Verder is niet bekend welke problemen een goede opvoeding het meest in de weg staan. Hoe ernstig zijn deze problemen precies?	Onbekend: Hoe stabiel is de relatie met de hulpverlening bij deze groep? Zijn hierin subgroepen te onderscheiden?  Over de wijze van contact leggen: niet bekend is of de cliënten aan hulpverleners gevoelige informatie m.b.t. de opvoeding toevertrouwen (in verband met angst voor kwijt-raken kind)	Onbekend: is via de cliëntregistratie te achterhalen of de mannen en vrouwen die als ouder bekend staan, ouder van dezelfde kinderen zijn? (en onderling een relatie hebben/ beiden daadwerkelijk zorg dragen voor de kinderen)

**Werkschema C. In kaart brengen van het bestaande zorgaanbod en het nog te ontwikkelen of te verbeteren type zorg.**

Het gaat hier om de beschrijving van het *type* zorg, en niet om de exacte *invulling* daarvan (die volgt namelijk uit de gegevens die worden verzameld over de zorgbehoefte van de doelgroep).

<b>Reeds bestaand zorgaanbod voor de doelgroep in de regio (gericht op probleem zoals omschreven)</b>	<b>Nog te ontwikkelen type zorg in de regio</b>	<b>Nog te ontwikkelen type zorg in de regio</b>

**Werkschema C.**

Voorbeeld: in kaart brengen van het bestaande zorgaanbod en het nog te ontwikkelen of te verbeteren type zorg.

<b>Reeds bestaand zorgaanbod voor de doelgroep in de regio (gericht op probleem zoals omschreven)</b>	<b>Nog te ontwikkelen type zorg in de regio</b>	<b>Nog te ontwikkelen type zorg in de regio</b>
Op dit moment is er alleen een zorgaanbod voor cliënten/gezinnen met kinderen jonger dan 1 jaar, vanuit consultatiebureau en kinderbescherming.	Er is geen monitoring en (opvoedings-) ondersteuning voor cliënten met kinderen ouder dan 1 jaar.	Ondersteuning voor methadoncliënten met jonge kinderen in leeftijd van 1-12 jaar, geven van opvoedingsondersteuning & ADL training.

**Werkschema D. In kaart brengen van de (ervaren) zorgbehoefte; overzicht van de nog onbekende gegevens.**

Zet per probleem op een rij welke gegevens nog ontbreken en wat er bekend en onbekend is over de zorgbehoefte (overnemen uit grijze vakken schema B). Let hierbij op de kwaliteit van de gegevens die er al wel zijn: is de betrouwbaarheid voldoende? Zijn de gegevens actueel en van toepassing op de situatie in de eigen regio? Wanneer dit niet zo is worden ook deze gegevens als ontbrekend beschouwd.

	<b>Kenmerkend gemeenschap- pelijk probleem</b>	<b>Probleem op overige leefgebieden (1)</b>	<b>Probleem op overige leefgebieden (2)</b>	<b>Probleem op overige leef gebieden (3)</b>
PROBLEMEN: (overnemen uit grijze vakken schema B)	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:
(ERVAREN) ZORGBEHOEFTE:	Bekend:	Bekend:	Bekend:	Bekend:
	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:	Onbekend:

Werkschema D.

Voorbeeld: In kaart brengen van de (ervaren) zorgbehoefte; overzicht van de nog onbekende gegevens.

PROBLEMEN: (overnemen uit grijze vakken schema B)	Ouderschap	Middelengebruik	Arbeid, dagbesteding	Financiën
PROBLEMEN:	Bekend: Niet in staat kind op te voeden; gebrekkige ADL-vaardigheden	Bekend: ---	Bekend: ---	Bekend: ---
	Onbekend: Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?	Onbekend: De exacte aard en omvang van problemen met middelengebruik	Onbekend: De exacte aard en omvang van deze problemen	Onbekend: De exacte aard en omvang van schulden
(ERVAREN) ZORG-BEHOEFTEN:	Bekend: ---	Bekend: ---	Bekend: ---	Bekend: ---
	Niet bekend is aan welk soort (opvoedings-)ondersteuning de doelgroep behoefte heeft. Waar zijn ouders met name onzeker over?  Welk deel van de ouders heeft behoefte aan extra ondersteuning?	Niet bekend is in hoeverre deze groep het eigen gebruik accepteert. Hoe groot is motivatie om af te kicken?	Niet bekend is welke zorgbehoefte de doelgroep heeft op het gebied van werk of dagbesteding.	Niet bekend is welke zorgbehoefte de doelgroep heeft op het gebied van 'bureaucratische vaardigheden' en manier waarop schulden moeten worden aangepakt.

### Werkschema E. Strategische analyse

Schema D vormt het uitgangspunt van de strategische analyse in onderstaand schema E. De uitkomst van de strategische analyse geeft uiteindelijk aan hoe uitgebreid het onderzoek naar de doelgroep dient te zijn om een goed cliëntprofiel op te kunnen stellen. Neem uit werkschema D over welke gegevens over de problematiek en zorgbehoefte nog ontbreken. *Bepaal vervolgens welke van de onbekende gegevens onmisbaar zijn om een goed zorgaanbod op te kunnen zetten, vanuit het perspectief van de cliënt en de eigen organisatie.*

- voor de cliënt: denk aan de kwaliteit van de hulpverlening & het in stand houden van een goede zorgrelatie
- voor de organisatie: denk aan planning en financiën

Bekijk het vervolg van de andere kant: *wat is het risico wanneer bepaalde gegevens niet bekend zijn? Wat zijn de risico's voor de cliënt, en voor de eigen organisatie?*

- voor de cliënt: mogelijke schadelijke gevolgen voor de leefsituatie & verlies van vertrouwen in hulpverlening
- voor de organisatie: planning en financiën

Vat de conclusie van de strategische analyse samen in hooguit 5 à 6 onderzoeksvragen. Deze vormen de basis voor het verzamelen van de nog ontbrekende gegevens.

Per onderwerp nagaan:	Kenmerkend gemeenschappelijk probleem	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden	Probleem op overige leefgebieden
Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem nog onbekende gegevens over uit schema D)				
Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een passend zorgaanbod te kunnen ontwikkelen?				
Risico's van <u>niet</u> weten				
Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzaamd?				

**Werkschema E.**

**Voorbeeld: Strategische analyse**

	<b>Kenmerkend gemeenschaps- pelijk probleem</b>	<b>Probleem op overige leefge- bieden</b>	<b>Probleem op overige leefgebieden</b>	<b>Probleem op overige leefge- bieden</b>
Welke gegevens zijn nog niet, of onvoldoende beschikbaar? (neem gegevens over uit tabel D)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</li> <li>&gt;Aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</li> <li>&gt;Welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;De exacte aard en omvang van problemen met middelen-gebruik is onbekend</li> <li>&gt;In hoeverre accepteert deze groep het eigen gebruik?</li> <li>&gt;Hoe groot is motivatie om af te kicken?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;De aard van de problemen met dagbesteding is onbekend</li> <li>&gt;Niet bekend is welke behoefte de doelgroep heeft op het gebied van werk of dagbesteding.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;De exacte aard en omvang van financiële problemen zijn onbekend.</li> <li>&gt;Niet bekend is welke behoefte de doelgroep heeft op het gebied van 'bureau-cratische vaardigheden' en de manier waarop schulden moeten worden aangepakt.</li> </ul>
Wat moet je hiervan alsnog te weten komen om een zorgaanbod te kunnen ontwikkelen?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bekend moet zijn:</li> <li>&gt;Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</li> <li>&gt;Aan welk soort (opvoedings-) ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;De exacte aard en omvang van problemen met middelen-gebruik</li> <li>&gt;Hoe groot is motivatie om af te kicken</li> </ul>		

Risico's van <u>niet</u> weten	<p>&gt;Risico bij ontbreken van gegevens over zorgbehoefte is dat het ontwikkelde type zorg niet goed aansluit bij zorgbehoefte van de ouders; gevolg is dat situatie van de ouders onvoldoende verbetert. Zorg is misschien te weinig gedifferentieerd.</p> <p>&gt;Risico voor de organisatie is dat ouders niet gemotiveerd zijn om deel te nemen aan het nieuwe programma.</p> <p>Doelgroep voor het ontwikkelde type zorg is wellicht kleiner dan verwacht.</p>	<p>&gt;Risico voor cliënt is niet duidelijk</p> <p>&gt;Risico voor organisatie is dat, wanneer problemen ernstiger blijken dan verwacht, de kosten van de zorg veel hoger zijn doordat doelgroep intensieve aandacht behoefte. Planning wordt ingewikkelder.</p>	<p>&gt;Risico's voor cliënt zijn niet groot als bovenstaande gegevens pas tijdens het opstarten van een programma worden verzameld; cliënt bevindt zich in principe in een relatief stabiele situatie die alleen maar kan worden verbeterd door extra ondersteuning.</p> <p>&gt;Risico voor organisatie is dat, wanneer problemen achteraf ernstiger blijken dan verwacht, de kosten van de zorg veel hoger zijn doordat doelgroep intensieve aandacht behoefte. Planning wordt ingewikkelder.</p>	<p>&gt;Financiële situatie</p> <p>&gt;Behoefte aan ondersteuning</p>
Conclusie: welke gegevens moeten nog worden verzameld?	<p>&gt;Welke problemen staan een goede opvoeding het meest in de weg? Hoe ernstig zijn deze problemen precies?</p> <p>&gt;Aan welk soort (opvoedings-)ondersteuning heeft doelgroep behoefte? Waar zijn ze met name onzeker over?</p> <p>&gt;Welk deel van de ouders heeft behoefte aan welk type ondersteuning?</p>	<p>&gt;Risico voor cliënt is niet duidelijk</p> <p>&gt;Risico voor organisatie is dat, wanneer problemen achteraf ernstiger blijken dan verwacht, de kosten van de zorg veel hoger zijn doordat doelgroep intensieve aandacht behoefte. Planning wordt ingewikkelder.</p>	<p>&gt;De zorgbehoefte op het punt van dagbesteding</p>	<p>&gt;Stabiliteit middelengebruik</p> <p>&gt;Motivatie voor behandeling</p>



GGZ Nederland is de brancheorganisatie van circa 120 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zij behartigt de zorginhoudelijke, sociale en economische belangen. GGZ Nederland is een vereniging met een directie en een bestuur dat ondersteund wordt door vier commissies. De secretarissen van deze commissies zijn lid van het management team van GGZ Nederland. Zij geven gevraagd advies aan het bestuur. De voorzitters van deze vier commissies hebben zitting in het bestuur van de vereniging. De leden van de brancheorganisatie zijn actieve deelnemers in deze commissies en geven mede vorm aan het landelijk beleid. De beleidsvoorbereiding, -ondersteuning, advisering en uitvoering ten behoeve van haar leden en de maatschappij wordt verzorgd door het landelijk bureau in Amersfoort.

Het IVO is een landelijk opererend onderzoeks- en adviesbureau met een hoofdvestiging in Rotterdam. Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen. Op die manier wil het IVO een bijdrage leveren aan de oplossing van daarbij voorkomende lichamelijke, psychische en sociale problematiek. Het onderzoekswerk is onder andere gericht op oorzaken en gevolgen van het uiteenlopend gebruik van alcohol, softdrugs, harddrugs, tabak en medicijnen, zowel voor de individuele gebruiker, voor zijn of haar directe omgeving als voor de maatschappij als geheel. Daarnaast verricht het IVO onderzoek op het terrein van de niet aan middelen gebonden verslavingen zoals internet en gokken. Aandacht voor leefwijzen en maatschappelijke ontwikkelingen komt tot uiting in onderzoek naar gedrag van groepen als (gemarginaliseerde) harddruggebruikers, dak- en thuislozen, prostituees, gedetineerden en risicjongeren.

Het IVO heeft expertise in etnografisch, sociaalepidemiologisch en evaluatieonderzoek, zowel vanuit fundamenteel wetenschappelijk als vanuit praktijk- en beleidsondersteunend gezichtspunt. De expertise van het IVO, de maatschappelijke betrokkenheid van de medewerkers en de combinatie van onafhankelijk onderzoek met praktijkgerichte aanpak leiden tot bruikbare onderzoeksresultaten en objectieve adviezen.

In het IVO participeren de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Universiteit Maastricht, de Universiteit van Tilburg en de Radboud Universiteit Nijmegen. Op dit moment zijn er meerdere leerstoelen aan het IVO verbonden. De directeur Onderzoek & Onderwijs van het IVO, prof.dr. Dike van de Mheen, is hoogleraar Verslavingsonderzoek aan de Erasmus Universiteit. De wetenschappelijke kwaliteit van onderzoek is hiermee gewaarborgd.

Auteurs: E.G. Wits (IVO), G. Rodenburg (IVO), R.A. Knibbe (IVO)

Uitgever: GGZ Nederland  
Piet Mondriaanlaan 50/52, 3812 GV Amersfoort  
Postbus 830, 3800 AV Amersfoort  
t 033 - 460 8900, f 033 - 460 8999, e info@ggz nederland.nl

Publicatienummer: 2008-XXXX

ISBN nummer: XXXXXXXX

Prijs: Voor leden van GGZ Nederland gratis, elk volgende exemplaar € 10,00 (inclusief verzendkosten)  
Publicatie is ook te downloaden via [www.ggzkennisnet.nl](http://www.ggzkennisnet.nl)

Bestellingen Per fax o.v.v. het publicatienummer, aantal, ter attentie van en verzendadres. Voor publicaties waaraan kosten zijn verbonden ontvangt u een acceptgiro.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.