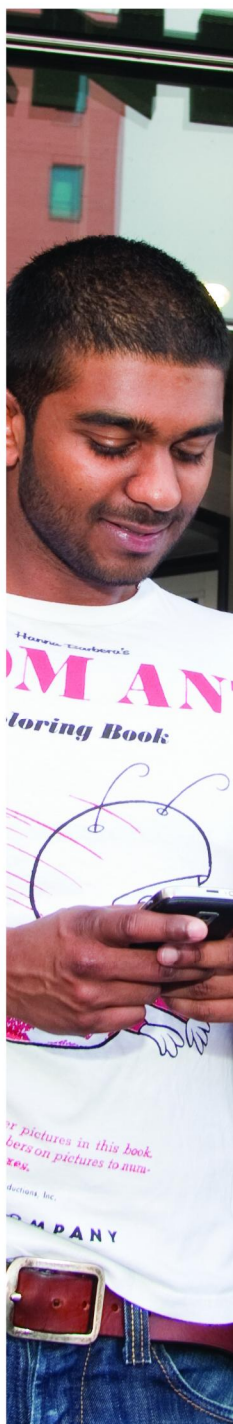


# Ervaringen met het CDT

## De methodiek en de bijdrage aan de transformatiedoelen

Onderzoek **en** Business Intelligence







# **Ervaringen met het CDT**

## **De methodiek en de bijdrage aan de transformatiedoelen**

Toine Wentink  
m.m.v. Alex Hekelaar en Rita Zijlstra

Onderzoek en Business Intelligence (OBI)  
19 september 2016



© Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 4271

Postadres:  
Postbus 21323  
3001 AH Rotterdam

Telefoon: (010) 267 15 00  
E-mail: [onderzoek@rotterdam.nl](mailto:onderzoek@rotterdam.nl)  
Website: [www.rotterdam.nl/onderzoek](http://www.rotterdam.nl/onderzoek)  
Twitter: @Onderzoek010



## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Inleiding	6
1.2	Vraagstelling	6
1.3	Methode van onderzoek	8
1.4	Bevindingen van het vooronderzoek	9
<b>2</b>	<b>Toepassing Handelingsgerichte Diagnostiek</b>	<b>10</b>
2.1	Inleiding	10
2.2	Doelgerichtheid	10
2.3	Samen optrekken	12
2.4	Cliëntbetrokkenheid	12
2.5	Protectieve factoren	14
2.6	Tevredenheid met het adviesproces	15
<b>3</b>	<b>Bijdrage aan de transformatiedoelen</b>	<b>16</b>
3.1	Inleiding	16
3.2	Bijdrage aan normalisering	16
3.3	Bijdrage aan neerwaartse druk	18
3.4	Bijdrage aan passende hulp	19
3.5	Tevredenheid inhoudelijk advies en doorwerking	21
<b>4</b>	<b>Conclusie en discussie</b>	<b>22</b>
4.1	Conclusies	22
4.2	Discussie	24
<b>5</b>	<b>Literatuur</b>	<b>26</b>
	<b>Bijlage 1. Overzicht van de casussen</b>	<b>27</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

In deze notitie wordt verslag gedaan van een kleinschalig onderzoek naar de bijdrage van het Consultatie- en Diagnoseteam (CDT) aan de beleidsdoelen van het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel. Reeds eerder is onderzoek verricht naar de CDT's (Wentink 2015, projectgroep CDT 2015, Steijns et al. 2015) in de regio Rotterdam Rijnmond. Deze onderzoeken zijn vooral gericht op de werkwijze en organisatie van de CDT's. Zij geven weinig zicht op de ervaren effectiviteit van het CDT – daarbij nog het minst vanuit de primaire klantgroep van het CDT: de wijkteammedewerkers.

Recent is door beleidsmedewerkers in de regio een rondgang gemaakt langs wijkteams om medewerkers te bevragen over hun ervaringen met en wensen ten aanzien van het CDT. Dit geeft een algemeen beeld hoe de wijkteammedewerkers tegen dit orgaan aankijken, ook in relatie tot andere mogelijkheden van consultatie die hen ten dienste staan.

Daarnaast is er vanuit de projectleiding de behoefte geuit om specifiekere zicht te krijgen op de resultaten van het CDT. Het gaat dan met name om de bijdrage van het CDT aan de centrale beleidsdoelen: neerwaartse druk, normalisering en de organisatie van passende hulp.

Het onderhavige onderzoek geeft geen 'hard', cijfermatig onderbouwd beeld van de resultaten van het CDT of de effectiviteit van dit orgaan. Wel biedt het onderzoek inzicht in de wijze waarop de advisering en de doorwerking daarvan worden beïnvloed door beleidsdoelen. Het levert daarmee een aanvulling op de kennis die uit andere onderzoeken naar het CDT is opgedaan.

## 1.2 Vraagstelling

Voorafgaand aan probleemstelling zijn twee opmerkingen van belang; één over de beleidsdoelen en één over de werkwijze van het CDT.

Wat betreft de hiervoor genoemde beleidsdoelen moeten worden geconstateerd dat er geen vaststaande, eenduidige beschrijvingen zijn. Dat betekent dat we in het onderzoek ook moeten vragen naar de interpretaties van deze doelen door betrokkenen. Om een eerste beeld te krijgen van mogelijke invullingen van deze doelen, verlaten we ons op definities die eerder in onderzoek naar het CDT zijn gebruikt:

*Normalisering:* voorkomen dat opvoedingsproblemen zware zorgproblemen worden door tijdige signalering, begeleiding van gezinnen in hun sociale omgeving, gebruik maken van de mogelijkheden binnen het gezin en de sociale omgeving van het gezin. (RMO 2012) Tegelijkertijd kan normalisering als een omgekeerde beweging worden gezien, waarin ervaren problematische situaties worden teruggebracht tot beheersbare situaties binnen de natuurlijke omgeving van de jeugdige en diens ouders.



*Neerwaartse druk:* de organisatorische dimensie van 'normalisering' waarbij zoveel mogelijk wordt voorkomen dat (dure) specialistische zorg wordt ingezet en zoveel mogelijk oplossingen worden georganiseerd met hulp van lichte formele (basishulp) of informele zorg. (Wentink 2015) Deze verschuiving naar lichte vormen van ondersteuning is niet exclusief: er kan ook sprake zijn van de organisatie van mengvormen van ondersteuning (specialistisch, basishulp, informele zorg), ook wel ondersteuningsmix genoemd.

*Passende hulp:* het tijdig inschakelen van benodigde ondersteuning, die passend is gezien de aard en ernst van de problematiek én de aanwezige protectieve factoren in het gezin en haar omgeving.

Het behoeft weinig betoog dat deze doelen in de uitvoering strijdig kunnen zijn: waar neerwaartse druk en normalisering stimuleren tot lichte hulp, kan passende hulp even goed (dure) specialistische zorg zijn.

Tweede opmerking vooraf betreft de methodiek van het CDT. Er is gekozen voor de methode van Handelingsgerichte Diagnostiek (Pameijer, z.j.), omdat die goed aansluit bij de transformatiedoelen. In eerdere onderzoeken is aangegeven dat het belang van Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD) om die reden door direct betrokkenen wordt onderschreven (Wentink 2015, Steijns et al. 2015). Het werken volgens deze methode zou een goede waarborg bieden voor realiseren van de beleidsdoelen. Kenmerken van HGD zijn:

- Diagnostiek is doelgericht: je verzamelt informatie die nodig is om een heldere vraag te beantwoorden en niet meer dan dat. Kosten en baten van het diagnostisch traject worden afgewogen;
- Er wordt niet gewerkt met standaardonderzoeken en diagnostische routines;
- De afstand tussen diagnosticus en behandelaar is klein; er vindt intensieve samenwerking plaats;
- Het cliëntsysteem wordt betrokken om kennis te nemen van de cliënttheorie en aan te kunnen sluiten bij diens motivatie;
- Aandacht voor het positieve: voor protectieve factoren en positieve kenmerken van de cliënt of het cliëntsysteem.

In de analyse zal gezien worden of deze methode inderdaad wordt toegepast. Dit is een aanvullende, indirecte indicator voor de gerichtheid van de advisering op de beleidsdoelen.

De probleemstelling van dit onderzoek kan als volgt worden geformuleerd:

*Wat is de ervaren bijdrage van het Consultatie- en Diagnoseteam aan de beleidsdoelen neerwaartse druk, normalisering en passende hulp?*





Deelvragen bij deze probleemstelling zijn:

- 1) Wat verstaan betrokkenen onder de beleidsdoelen neerwaartse druk, normalisering en passende hulp?
- 2) In hoeverre hebben, in hun beleving, deze doelen de advisering beïnvloed?
- 3) In hoeverre worden in het consultatie- en diagnoseproces de principes van Handelingsgerichte Diagnostiek gevolgd (vanuit de assumptie dat deze methodiek wat betreft doelen en uitgangspunten naadloos aansluit bij de transformatie-opgaven)?
- 4) In hoeverre werkt de advisering van het CDT ten aanzien van neerwaartse druk, normalisering en passende hulp door in het ondersteuningsplan en/of interventiestrategie van de wijkteammedewerker?
- 5) Zijn betrokkenen tevreden met de advisering door het CDT en waarom?

### 1.3 Methode van onderzoek

Er is een kwalitatieve onderzoeksstrategie gevolgd, bestaande uit een combinatie van inhoudsanalyse en interviews met stakeholders. Daarvoor zijn 10 casussen geanalyseerd.

#### *Selectie van casussen*

Op basis van bestandsgegevens van het CDT is een tiental casussen geselecteerd. Het gaat om casussen, waarvan het adviestraject recent, in de maanden januari en februari 2016, is afgesloten. Deze liggen nog vers in het geheugen van belanghebbenden. Het gaat om een aselechte sample, omdat we a priori weinig kennis hebben (zoals bijv. de aard en ernst van de problematiek) van de populatie.<sup>1</sup>

#### *Inhoudsanalyse*

Vervolgens is een inhoudsanalyse uitgevoerd van de betreffende dossiers van het CDT, w.o. het advies, met als leidraad de eerder genoemde proces- en uitkomstindicatoren. Voorts zijn de ondersteuningsplannen opgevraagd om te bezien wat de samenhang is tussen het ondersteuningsplan en het CDT-advies. Achteraf bleken deze ondersteuningsplannen weinig informatief te zijn. De meeste zijn ingevuld in de intakefase bij het wijkteam en daarna nooit meer bijgewerkt. Dus veelal ontbreekt enige referentie aan het CDT of het CDT-advies. Informatie over de 'doorwerking' van de CDT-adviezen is daarom vooral uit de interviews gehaald.

#### *Enquête*

In de volgende stap is een korte vragenlijst toegestuurd naar de betrokken CDT'ers en wijkteammedewerkers. Doel was om een eerste beeld te krijgen van de ervaringen van de betrokkenen met de advisering in die casussen. Een rapportage van de inhoudsanalyse en vraagstelling is te vinden in de publicatie van Zijlsta (2016), hierna ook wel vooronderzoek genoemd.

---

<sup>1</sup> Het registratiesysteem van het CDT geeft daar geen goed inzicht in.



### *Interviews met stakeholders*

Aanvullend aan de inhoudsanalyse zijn de betrokken CDT-casemanager en de wijkteammedewerker geïnterviewd over de advisering door het CDT.

## **1.4 Bevindingen van het vooronderzoek**

Het onderzoek van Zijlstra (2016) leverde reeds een aantal relevante bevindingen op voor de vraagstelling van dit onderzoek. Ze worden hier puntsgewijs samengevat.

Voor wat betreft de toepassing van HGD zijn de volgende constatering gedaan:

- § De afweging van nut en noodzaak van diagnostisch onderzoek, gegeven de voor handen zijnde informatie, wordt gemaakt. In een aantal gevallen is op grond daarvan gekozen om geen (nieuw) onderzoek uit te voeren;
- § De wijkteammedewerkers zijn tevreden over de samenwerking met het CDT. Ze voelen zich gehoord en er zijn voldoende mogelijkheden om vragen te stellen, zorgen te delen, etc. Ook de verdeling van de verantwoordelijkheden is duidelijk: de wijkteammedewerker heeft de casusregie en bepaalt hoe met het advies wordt omgegaan;
- § Ouders en/of jeugdigen zijn soms wel en soms niet betrokken bij het adviestraject;
- § In een deel van de casussen zijn ook de protectieve factoren geïnventariseerd, zij het dat het vooral persoonsgerelateerde factoren betreft (zoals kennis, vaardigheden, attitude) veel minder vaak factoren in het cliëntsysteem of het bredere netwerk van de cliënt. Bovendien zou de aandacht voor protectieve factoren nog te weinig weerslag vinden in het uiteindelijke advies van het CDT.

Voor wat betreft de beleidsdoelen wordt het volgende geconstateerd:

- § Zijlstra maakt in haar analyse geen onderscheid tussen normalisering en neerwaartse druk. Zij stelt vast dat in een aantal casussen door de advisering minder intensieve hulp ingezet is en zwaardere specialistische hulp is uitgesteld of voorkomen. Voorts zouden naar de inschatting van betrokkenen soms verdergaande interventies als een uithuisplaatsing zijn voorkomen. Het voorkomen van onnodig diagnostisch onderzoek is een voorbeeld van neerwaartse druk binnen het eigen werkproces van het CDT;
- § De bijdrage van het CDT aan het verwezenlijken van de doelstelling van passende hulp kan gevonden worden in een verdieping van het inzicht van de aard van de problematiek en wat er nodig is om die op te lossen of beheersbaar te maken. Daarbij kan wel worden aangetekend dat de context niet altijd voldoende wordt meegewogen. Het kan zijn dat de protectieve factoren onvoldoende worden benut, de benadering nog weinig systeemgericht is of er te weinig afstemming is met andere, bestaande, hulp voor gezinsleden.

## 2 Toepassing Handelingsgerichte Diagnostiek

### 2.1 Inleiding

Zoals gezegd, blijkt uit eerder onderzoek dat er veel draagvlak is voor de keuze voor Handelingsgerichte Diagnostiek als methodiek van het CDT. De ervaring met deze vorm van consultatie en diagnostiek is evenwel beperkt. Mede daarom is in 2015 scholing georganiseerd voor de CDT-medewerkers.<sup>2</sup>

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de toepassing van HGD, vanuit de veronderstelling dat een consequente toepassing van de methodiek de kans op bijdrage aan de transformatiedoelen vergroot. Deze veronderstelling is gebaseerd op de inhoudelijke aansluiting van de uitgangspunten van HGD op de uitgangspunten van de transformatie. In het kort betreft dat:

- § Consultatie en diagnostiek is doelgericht en efficiënt;
- § Samen optrekken met de behandelaar;
- § De 'theorie van de cliënt' betrekken (aansluiten op probleembeleving, motivatie en visie op oplossingsmogelijkheden);
- § Aandacht voor beschermende factoren.

Aan de hand van deze uitgangspunten wordt in het vervolg van dit hoofdstuk de toepassing van deze methodiek in de CDT-praktijk beschreven.

### 2.2 Doelgerichtheid

Uitgangspunt van HGD is dat de verzameling van informatie en het uitvoeren van onderzoek zich beperkt tot die activiteiten die strikt noodzakelijk zijn voor de beantwoording van de consultatie- of diagnosevraag. "Niet meer doen dan nodig" is de dagelijkse vertaling van dit principe, die je, met enige variatie, kunt terug horen van CDT-medewerkers. Daaraan liggen overwegingen ten grondslag die te maken hebben met maatwerk (niet routinematig onderzoeken uitvoeren) en met een kosten/baten-verhouding.

De aard van de inzet van het CDT in de verschillende casussen om tot een goed advies te kunnen komen, varieert sterk. In de minimale variant was er sprake van 1 gesprek met een wijkteammedewerker, waarin tegelijkertijd de vraagverheldering als het advies werd afgehandeld.<sup>3</sup> In de maximale variant betrof dat, naast de vraagverhelderings- en adviseringsgesprekken, een IQ-onderzoek, een ontwikkelingsanamnese, schoolobservatie, raadpleging van de betrokken logopedist en de huisarts, alsmede een huisbezoek.

Deze flinke variatie in inzet geeft al aan dat overwegingen van nut en noodzaak in verband met informatie-inwinning en onderzoek een belangrijk aspect zijn van de keuzes die binnen het CDT worden gemaakt. Met maatwerk per adviesvraag tot gevolg.

---

<sup>2</sup> Die overigens lang niet door alle CDT-medewerkers is gevolgd: er was sprake van een aanzienlijke absentie.

<sup>3</sup> Gebruikelijk is dat vraagverheldering en advisering in separate gesprekken worden behandeld.



Zo is in een aantal casussen besloten om géén diagnostisch onderzoek uit te voeren – ook als dat de reden voor aanmelding door het wijkteam was. Een belangrijke overweging in die gevallen is de kwaliteit van de beschikbare informatie. Een andere overweging die daarbij een rol speelt, is de context die maakt of het überhaupt zinvol is om onderzoek te doen. In verschillende casussen oordeelde het CDT dat het gezinssysteem te instabiel is om betrouwbaar onderzoek te doen: er is bijvoorbeeld sprake van belangrijke overgangen in het leven van de jeugdige (een andere school of verandering van woonadres) of acute en indringende problemen bij andere gezinsleden.<sup>4</sup> Dan wordt de keuze gemaakt om eerst een stabiele situatie te bevorderen en dan te bezien of nader onderzoek wenselijk is.

In diverse casussen is uiteindelijk wél diagnostisch onderzoek uitgevoerd. Vanzelfsprekend is die keuze vaak gebaseerd op de behoefte aan meer of betere informatie om het advies te kunnen onderbouwen. Tegelijkertijd spelen ook hier andere overwegingen een rol, die uiteindelijk steeds te maken hebben met het wegnemen van belemmeringen voor de hulpverlening. Zo is in twee casussen het onderzoek van het 'onafhankelijk' geachte CDT van belang geweest voor de acceptatie bij ouders van de problematiek van jeugdigen – en dus de noodzaak om daar 'iets' mee te doen. In een andere casus vormde eerder onderzoek een belemmering om de juiste hulp te krijgen – het onderzoek van het CDT leidde tot een andere diagnose, die wel de toegang tot hulp ondersteunde.

#### Box 1

*Het betreft een "thuiszitter" in de puberleef tijd. Deze jongen gaat, na gepest te zijn, al anderhalf jaar niet meer naar school. Hij is onderzocht en er is ODD (een oppositionele gedragsstoornis) bij hem vastgesteld. Het zoeken naar een passende school loopt steeds dood. Daarbij blijkt het etiket ODD een hindernis om hem te kunnen aanmelden voor een project voor schoolweigeraars. De wijkteammedewerker meldt deze casus bij het CDT, omdat elke poging om de jongen naar school te krijgen strandt. De medewerker heeft ook grote twijfels bij de diagnose.*

*Het CDT heeft opnieuw onderzoek gedaan, mede op basis van aarzelingen bij de kwaliteit van het eerdere onderzoek. Op basis van het uitgebreide onderzoek wordt geconcludeerd dat de eerdere diagnose onwaarschijnlijk is en dat er eerder sprake is van een angststoornis. Geadviseerd wordt om de jongen alsnog naar het project voor schoolweigeraars te leiden en een geleidelijke overgang naar school ('ingroeien') te organiseren.*

*De wijkteammedewerkster heeft de diagnose gebruikt om de andere ondersteuners te informeren en op één lijn te krijgen. Voorts is de jongen teruggeleid naar het project. Binnenkort wordt gestart met het geven van huiswerkbegeleiding aan huis.*

De doelgerichtheid van het CDT wordt natuurlijk niet alleen bepaald door de kwaliteit van de informatie die reeds voorhanden is, maar begint eigenlijk bij de vraag die aan het team wordt voorgelegd door het wijkteam. Nu is dat niet altijd een goede vraag (bijvoorbeeld een specifieke vraag om psychologisch onderzoek) of is de vraag onduidelijk. Soms ook is er sprake van vraagstellingen van wijkteammedewerker, ouders en jeugdige die niet overeenkomen. Kortom, de vraagverheldering is eigenlijk steeds een noodzakelijke stap gebleken in het adviseringstraject van het CDT om te bepalen wat de vraag nu eigenlijk precies is – en om daarover consensus te krijgen.

De vraagverheldering leidt in veel gevallen tot verandering, aanvulling of aanscherping van de initiële vraag die bij het CDT is neergelegd. Deze wordt dan de leidraad voor het verdere adviseringstraject.

<sup>4</sup> Dergelijke instabiliteit zou het bijvoorbeeld moeilijk maken om te ontwarren of omgevingsfactoren of kindfactoren het probleem of het probleemgedrag kunnen verklaren.

Enkele CDT-medewerkers geven aan het wel eens lastig te vinden om 'bij de vraag' te blijven. Er is soms de neiging, ook vanwege de multidisciplinaire opzet van het CDT en de integrale benadering, om breder te kijken naar een casus – en de reikwijdte van het advies te verbreden tot buiten de vraagstelling.

## 2.3 Samen optrekken

Het samen optrekken van diagnostici en wijkteammedewerkers is goed herkenbaar in de casussen die zijn geanalyseerd. De wijkteammedewerkers zijn in het algemeen tevreden over het proces en hun betrokkenheid daarbij. De wijkteammedewerkers nemen deel aan het vraagverhelderings- en aan het adviesgesprek. In een aantal gevallen waarin nader onderzoek plaatsvindt, worden de betrokken wijkteammedewerkers door het CDT op de hoogte gehouden van de voortgang.

In het werkproces is voorzien in een vorm van monitoring door het CDT over de voortgang van de casus. Dit gebeurt nog niet systematisch, waardoor soms, aldus één van de CDT-medewerkers, mogelijkheden van feedback op het eigen advieswerk worden gemist. In een aantal gevallen is wel nog eenmalig contact opgenomen met de wijkteammedewerker na advisering door het CDT. Meestal gebeurde dit zo'n 2 maanden na het advies. Dat roept de vraag op of de timing en de frequentie van de monitoring volstaan. In de praktijk blijkt de organisatie van de hulp vaak veel tijd te kosten en het zich voltrekken van veranderingen in het cliëntsysteem nog veel meer. De tijdshorizon van een aantal adviezen ligt dan ook verder dan deze 2 maanden. Zo hebben enkele adviezen de strekking om eerst te streven naar stabilisatie van het cliëntsysteem en daarna te bezien wat er aan problematiek 'over blijft'.

## 2.4 Cliëntbetrokkenheid

Cliëntbetrokkenheid is een belangrijk uitgangspunt van HGD. Het kennis nemen van de 'theorie van de cliënt', het aansluiten bij diens drijfveren, het ontwikkelen van een goede 'alliantie' én het motiveren van de cliënt zijn redenen voor een nauwe samenwerking tussen diagnosticus en cliënt.

De mate van cliëntbetrokkenheid in de CDT-praktijk wordt onder meer bepaald door de inschatting of de vraag van het wijkteam een consultatie- of een diagnosevraag betreft. In het eerste geval wordt betrokkenheid van cliënten niet nodig bevonden, omdat het vooral dilemma's of vragen van de wijkteammedewerker betreft en minder gaat om probleemanalyse. Vaak worden dergelijke consultatievragen anoniem voorgelegd, waardoor het betrekken van cliënten simpelweg niet mogelijk is.

In drie, overigens niet anonieme, casussen binnen dit onderzoek, zijn ouders en/of jeugdige niet betrokken bij het adviestraject. De betrokken CDT'ers oordeelden dat het consultatievragen betrof. In retrospectief waren de CDT'ers in twee casussen daar minder gelukkig mee. Eén van hen vond het 'lastig' dat ze nu geen inzicht had in de beleving van de ouders. Een andere CDT'er betwijfelt zelfs of er een voldoende advies is gegeven. Het gaat om een situatie waarin sprake was van verschil van inzicht tussen de wijkteammedewerker en de ouders over een PGB-aanvraag.



In de andere casussen is het 'cliëntsysteem' wel betrokken bij de advisering, zowel in de vraagverhelderingsfase als in de adviesfase. Daarbij gaat het om zowel de ouders als de jeugdige. Het betreft dan kinderen vanaf de middelbare-schoolleeftijd. Jongere kinderen worden in de praktijk niet in deze fases van het traject betrokken.

De CDT'ers hebben in de vraagverheldering en in het adviesgesprek veel aandacht besteed aan respectievelijk de definitie van de situatie en vraagstellingen van ouders en jeugdigen, alsmede de herkenning en instemming met het advies. Dit wordt door de wijkteammedewerkers positief beoordeeld. Het belang van de cliëntbetrokkenheid wordt door respondenten, zowel de CDT'ers als de wijkteammedewerkers, in de volgende aspecten gezien:

- § Door uitwisseling van visies op de problemen en gezinsomstandigheden, wordt het inzicht in wat er gaande is verdiept. Daardoor kunnen de consultatie-/diagnosevragen worden gepreciseerd;
- § Door explicitering van de verschillende gezichtspunten wordt de basis gelegd voor meer onderling begrip tussen bijvoorbeeld ouder en jeugdige;
- § Het voeren van deze gesprekken draagt bij aan de motivering van betrokkenen om de situatie te willen veranderen;
- § De gesprekken dragen bij aan het scheppen van consensus over de probleemanalyse en de aanpak;
- § De gesprekken hebben soms bijgedragen aan bemoediging van ouders door te benadrukken wat er wél goed gaat in de opvoeding en hun bijdrage daaraan;
- § Praktische tips ter plekke leiden soms al tot positieve aanpassingen in het opvoedingsgedrag;
- § De gesprekken helpen om het draagvlak voor interventies te peilen en op basis daarvan keuzes te maken voor het plan van aanpak.

#### Box 2

*Een jongetje van 6 jaar heeft een taalachterstand. Vanuit de basisschool wordt aangedrongen op diagnostisch onderzoek, opdat toegang tot extra begeleiding kan worden verkregen. Dat stuit op weerstand van moeder, die weinig vertrouwen heeft in 'instanties' en vindt dat de school te weinig doet voor haar zoontje. De wijkteammedewerker weet moeder te overtuigen om onderzoek te laten doen door een onafhankelijke organisatie: het CDT.*

*Het CDT besteedt in het adviestraject veel aandacht aan het contact met de moeder. Het vraagverhelderingsgesprek draait sterk om het perspectief van moeder op de situatie – zodanig dat de aanwezige wijkteammedewerker zich aanvankelijk afvraagt of het CDT niet te veel op het verhaal van moeder vertrouwt.*

*Uiteindelijk wordt een flink aantal onderzoeken door het CDT uitgevoerd (o.m. IQ-onderzoek, ontwikkelingsanamnese, schoolobservatie). Men wil ook informatie inwinnen bij andere professionals die betrokken zijn bij het jongetje. Als moeder toestemming weigert, gaat het CDT op huisbezoek om met haar over haar aarzelingen te praten. Uiteindelijk besluit zij toch toestemming te geven.*

*In de relatie tussen CDT en moeder spelen enkele aspecten een rol. Het zoeken naar commitment van moeder, door erkenning van haar situatie en ook aangeven van wat er wél goed gaat in de opvoeding van haar zoontje. Anderzijds zijn er gesprekken over het belang van diagnostisch onderzoek en dat daar mogelijk uit kan komen dat er toch wat met haar zoontje aan de hand is. Voorts wordt ook ingegaan op de situatie thuis en de opvoeding. Daarbij wordt aangegeven dat moeder nogal 'pusht' en erg op de schoolprestaties van haar kindje gericht is.*

*Uiteindelijk heeft moeder het onderzoek en de handelingsadviezen die daaruit voortkomen aanvaard. Het jongetje blijkt leermoeilijkheden te hebben en mogelijk ook stressklachten (vanwege de echtscheiding). Inmiddels staat hij op een wachtlijst voor extra begeleiding op school. Moeder begrijpt dat zij wat anders met hem moet omgaan.*

Aan het slot van deze paragraaf past nog een specifieke opmerking over de 'cliëntbetrokkenheid'. Vaak betreft die betrokkenheid de moeders, vooral in gebroken gezinnen, en is geen sprake van betrokkenheid van de biologische vaders, die vaak ook juridisch gezag hebben. In enkele casussen is wel een poging gedaan om die bij het adviestraject en de hulpverlening te betrekken, maar bleek dat lastig. In andere casussen lijkt er weinig aandacht te zijn voor de rol die de vader speelt of zou kunnen spelen.

## 2.5 Protectieve factoren

Het laatste centrale uitgangspunt van HGD dat hier wordt behandeld is het schenken van aandacht aan beschermende factoren. Dit spoort met de beleidsuitgangspunten van de transformatie van de jeugdhulp dat de eigen kracht meer centraal moet worden gesteld of moet worden bevorderd. Het kan daarbij gaan om kindfactoren, beschermende factoren in het gezinssysteem of in de bredere omgeving (sociaal netwerk, school, etc.) – als ware het concentrische cirkels om de jeugdige. Deze 'positieve factoren', zoals Pameijer ze noemt, kunnen op twee manieren bijdragen aan succesvollere ondersteuning. Erkenning ervan draagt bij aan een gevoel van competentie en dergelijke factoren kunnen worden benut of 'uitgebouwd' om bij te dragen aan een verbetering van de omstandigheden.

De aandacht voor beschermende factoren door het CDT is, zoals Zijlstra (2016) reeds vaststelde, nogal wisselend. In een vijftal casussen is niet of nauwelijks sprake van aandacht voor beschermende factoren. Dit hangt in ieder geval samen met de cliëntbetrokkenheid. In de drie casussen waarbij geen cliënten bij het adviestraject zijn betrokken, wordt er niet of nauwelijks aandacht geschonken aan positieve kenmerken van de jeugdige, het gezin of de bredere omgeving. In een andere casus was het het perspectief van de ouder dat een bredere blik op positieve factoren verhinderde. Deze moeder wijt de problemen van haar zoon volledig aan de school en ziet geen belang in een meer systemische benadering.

In de andere casussen is wel aandacht besteed aan positieve factoren, zij het op heel verschillende manieren. Soms beperkt zich de benadering tot positieve factoren van de jeugdige, zoals die bijvoorbeeld uit het diagnostisch onderzoek blijken. In andere gevallen wordt ook wel naar de 'eigen kracht' van ouders gekeken, soms naar mogelijkheden in het sociaal netwerk en naar de positieve bijdrage van andere organisaties (school bijvoorbeeld). Maar een consequente systemische benadering van het gezin en de omgeving zien we in de onderzochte casussen niet terug.

Daarbij kan, met Zijlstra, worden geconstateerd dat aandacht voor positieve factoren in de analyse of diagnose één ding is, maar de vertaling in handelingsgerichte adviezen aan wijkteams en cliëntsysteem iets anders. In de adviezen komt geregeld terug om meer aandacht te hebben voor wat er wel goed gaat in de opvoeding of andere levensdomeinen (school, vrije tijd), om aan te sluiten bij wat een jeugdige wél kan – maar veel verder gaat het meestal niet. Aandacht voor de rol van leden uit het sociaal netwerk (familie, vrienden, burens, etc.) is er nauwelijks, ook wel omdat geconstateerd is dat die niet aanwezig zijn of anderszins geen zinvolle rol kunnen vervullen. Maar zelfs als daarvan wel sprake is, wordt soms toch eerder geïnstitutionaliseerde hulp geadviseerd.

### Box 3

*In aangemelde casus bleek dat de balans tussen draagkracht en draaglast in een gezin fundamenteel verstoord was door een aantal factoren. Daarbij speelde onder meer de ernstige gedragsproblematiek van een van de kinderen een rol, de zwakke gezondheid van moeder en de financiële situatie (stress en vader die vaak afwezig is in verband met werk). Het CDT concludeert dat het goed zou zijn als de kinderen met enige regelmaat zouden kunnen gaan logeren, opdat met name moeder wat meer aan haar rust kan toekomen. Hoewel van meet af aan duidelijk is dat de grootouders van moederszijde, die in de buurt wonen, een belangrijke stut en steun vormen, beveelt het CDT voor deze respijtzorg een professionele organisatie in de vorm van 'logeerhuizen'. Dit aanbod blijkt echter niet meer voorhanden te zijn. De wijkteammedewerker heeft overlegd met de grootouders. Zij springen nu in door beurtelings de kinderen, met name de jongen met de gedragsproblemen, te laten logeren. De grootouders zijn door de wijkteammedewerker aangemeld bij pleegzorg voor een netwerkplaatsing van deze jongen.*

## 2.6 Tevredenheid met het adviesproces

In het algemeen zijn zowel CDT'ers als wijkteammedewerkers tevreden over de wijze waarop het adviesproces is gelopen – los van de inhoudelijke uitkomsten. De aspecten van het proces, waarmee men tevreden is, zijn puntsgewijs:

- § De herkenning van ouders in de analyse en de instemming met het handelingsadvies worden vaak genoemd. In een enkel geval heeft de analyse ook geholpen bij de acceptatie van ouders van de problematiek;
- § Voorts wordt het zoeken naar praktische, handelingsgerichte adviezen gewaardeerd door wijkteammedewerkers;
- § Een aantal CDT'ers geeft aan dat men tevreden is over de diagnoses en analyses die men heeft kunnen doen;
- § Enkele CDT'ers zijn tevreden dat ze de focus van het advies, in vergelijking met de initiële vraag aan het CDT, hebben kunnen verleggen naar meer relevante aspecten van de hulpverlening. Zo is in een casus de focus van (tijdelijk) probleemgedrag van een kind verbreed naar het systeemfunctioneren en is in een andere casus in plaats van gerichtheid op diagnostisch onderzoek de focus verschoven naar de condities die nodig zijn om het ondersteuningsplan van het wijkteam goed te kunnen uitvoeren.



## 3 Bijdrage aan de transformatiedoelen

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de bijdrage van de consultatie en diagnose door het CDT aan de transformatiedoelen normalisering, neerwaartse druk en passende hulp behandeld. We hebben in paragraaf 1.2 definities van deze doelen gepresenteerd, maar dit zijn geen begrippen die in de dagelijkse uitvoeringspraktijk veel gebruikt worden. Er is geen eenduidige 'common sense' over wat hieronder moet worden verstaan.

Zo geven diverse wijkteammedewerkers onmiddellijk aan dat ze niet goed weten wat onder normalisering moet worden verstaan. Niet vaak worden betekenissen genoemd die in de richting gaan van de eerder beschreven definitie, waarin elementen van preventie van probleemescalatie en het beheersbaar maken of wegnemen van problemen in de natuurlijke omgeving samen komen.

Hetzelfde geldt voor het begrip neerwaartse druk, zij het dat een aantal CDT'ers wel het organisatorische perspectief heeft van niet meer hulp bieden dan nodig en doen wat 'goed genoeg' is. Daarnaast komt ook diverse malen het voorkomen van diagnostisch onderzoek voorbij. De betekenisgeving van de wijkteammedewerkers is gevarieerder. Verschillende keren wordt daarbij gerefereerd aan druk die gezinnen ervaren; neerwaartse druk is dan de vermindering van stress in het gezin.

De betekenissen van 'passende hulp' gaan vaak in de richting van aansluiting bij de behoeften of de vragen de cliënt. Maar ook worden genoemd aansluiting bij de competenties van de cliënt, de mogelijkheden van het gezinssysteem en het bredere netwerk. De hulp moet uitvoerbaar zijn ook vanuit de optiek van het cliëntsysteem.

Kortom, er is geen eenduidigheid van hoe respondenten de bijdrage van het CDT aan deze doelen beoordelen. Daarom zullen we in de komende paragrafen niet alleen de beleving van de respondenten beschrijven, maar ook zelf, aan de hand van de eerder beschreven definities een waardering uitspreken over hoe de adviezen van het CDT kunnen worden gezien.

### 3.2 Bijdrage aan normalisering

Uit de casussen komt een aantal elementen naar voren, die gerelateerd zouden kunnen worden aan normalisering: voorkomen van escalatie of het probleem beheersbaar maken in de natuurlijke omgeving.

Een eerste aspect dat enkele keren is genoemd is dat van het voorkomen van het 'labellen' van individuen. In het ene geval gaat het om het voorkomen of uitstellen van onderzoek dat volgens een CDT'er maar al te vaak leidt tot "*mythologisering met behulp van allerlei classificaties*". In het andere geval heeft nieuw onderzoek van het CDT juist geholpen om een diagnostisch etiket, dat werkte als een stigma, weg te nemen.



Tweede aspect heeft te maken met het in andere proporties zien van het handelen, de ervaringen en gevoelens van ouders en jeugdigen: het ont-problematiseren. Voorbeelden die voorbij komen zijn het bekrachtigen van ouders, die vaak het gevoel hebben tekort te schieten, in hun opvoeding, het begrijpelijk maken of verklaren van problemen bij jeugdigen (en het daarmee deels ook aanvaardbaar maken: 'je mag ook wel eens verdrietig zijn') en hulpverleners stimuleren om 'los te laten' en te vertrouwen op de eigen kracht van ouders en jeugdigen.

Een derde aspect dat ook in enkele casussen is te zien, is het inbrengen van een ontwikkelingsperspectief. Er zijn niet alleen problemen, maar er is ook een perspectief op verbetering van de situatie of het functioneren van de jeugdige – zelfs al wijst het onderzoek op bijvoorbeeld cognitieve beperkingen.

Een vierde aspect dat enkele malen terugkomt, heeft eveneens te maken met verandering van perspectief: de jeugdige niet zien als de deviante of zieke enkeling, maar als onderdeel van een (gezins)systeem waarin personen elkaar positief of negatief beïnvloeden. Het stimuleren van dit besef van interdependentie en van onderling begrip wordt als bijdrage aan normalisering gezien.

#### Box 4

*De relatie tussen moeder en haar puberdochter loopt niet goed. Het meisje zelf ervaart niet zoveel problemen, zo blijkt ook uit gesprekken met het CDT. Moeder is bezorgd om haar. Primair omdat ze weinig praat en weinig emoties toont, in de ogen van moeder, in verband met het overlijden van een gezinslid nog niet zo heel lang geleden. Verder voert ze volgens moeder thuis te weinig uit, is 'initiatiefloos'.*

*In het vraagverhelderingsgesprek worden de perspectieven van moeder en dochter op de situatie uitgewisseld. Afgesproken is dat het CDT nader onderzoek gaat doen. Uit deze onderzoeken bleek het meisje een beneden-gemiddelde intelligentie te hebben en haar emotionele ontwikkeling achter te lopen bij haar leeftijd.*

*In het adviesgesprek zijn deze uitkomsten en de implicaties besproken. Eén ervan is dat moeder wellicht te hoge verwachtingen heeft over het vermogen van haar dochter om over emoties te praten. Bovendien is gesignaleerd dat het op andere domeinen heel goed gaat met het meisje. Ze verzorgt zich goed, ze kan op haar school goed meekomen, ze heeft goede vriendinnen, is in staat gebleken om zelfstandig een bijbaantje te bemachtigen, etc. Het meisje vond het tijdens het gesprek leuk om die positieve dingen over zichzelf te horen. Moeder realiseerde zich, overigens ook al eerder naar aanleiding van de vraagverheldering, dat ze mogelijk te veel eist van haar dochter. Door verandering van haar houding is de onderlinge relatie al wat meer ontspannen geworden en is het meisje ook al wat meer initiatieven gaan nemen in de huishouding.*

*De wijkteammedewerker vond het misschien nog het lastigst om met deze kanteling in perspectief om te gaan. Ze concludeerde op basis van het advies van het CDT dat ze geen ondersteunende bijdrage meer in het gezin te leveren had en is daar, na dat enkele malen met moeder besproken te hebben, mee gestopt. Het blijft echter knagen, omdat het meisje in haar visie toch wel erg stil, teruggetrokken en mogelijk somber is. Ze is bang dat er op termijn toch ontwikkelingsproblemen blijken te zijn.*

Deze vier genoemde aspecten kunnen worden gezien als *normaliserende mechanismen* die direct verband houden met het handelen van het CDT. Veel heeft te maken met het doen veranderen van het perspectief van betrokkenen op de situatie – waarop het CDT, op grond van haar status als onafhankelijk expert, veel invloed kan uitoefenen.

Daarnaast zien we in het vervolg op de adviezen van het CDT normaliserende effecten terug. In enkele casussen verbeteren de gezinsverhoudingen eigenlijk al vrij snel door een beter onderling begrip. In andere casussen is te zien dat door de inbreng van het CDT de verhoudingen tussen cliëntsysteem en professionele organisaties (het betreft scholen) verbetert. Tot slot menen enkele wijkteammedewerkers en CDT'ers dat, hoewel dat moeilijk te bewijzen is, door de huidige aanpak ernstiger ingrepen in de toekomst, zoals een AMK-melding of een crisisinterventie, zijn voorkomen.

### 3.3 Bijdrage aan neerwaartse druk

Zoals eerder aangegeven zou je het doel van 'neerwaartse druk' als de organisatorische pendant van 'normalisering' kunnen zien. Het gaat erom om (dure) specialistische hulp te voorkomen en zoveel mogelijke lichte(re) hulp en informele hulp in te zetten. Natuurlijk is het heel wel mogelijk dat er sprake is van combinaties van zwaardere en lichtere hulp.

Zoals reeds eerder gemeld, wordt het voorkomen van diagnostisch onderzoek als een vorm van neerwaartse druk gezien, zij het binnen het werkproces van het CDT. Dit wordt geregeld genoemd. Maar ook met betrekking tot de advisering over de in te zetten hulp zie je dat overwegingen van 'zwaarte' en het wel of niet inzetten van gespecialiseerde hulp een rol spelen – overigens met verschillende uitkomsten.

In de meeste casussen wordt het advies sterk gericht op de inzet van basishulp omdat problemen daarmee beheersbaar zijn of lijken te kunnen worden – al dan niet in combinatie met extra begeleiding op school. Overigens is in een aantal gevallen dit advies voorwaardelijk: het gaat om een tijdelijke periode waarin naar stabilisatie wordt gestreefd, waarna, op basis van voortschrijdend inzicht (en eventueel nader onderzoek), bekeken kan worden wat voor hulp er nodig is.

Daarnaast is in enkele gevallen wel, uit de aard van de problematiek, gespecialiseerde hulp geadviseerd. Maar ook daaraan zitten nog aspecten van neerwaartse druk. Zo heeft men in één geval, volgens eigen inschatting, een nóg zwaardere ondersteuning op school weten te voorkomen. In een ander geval heeft de keuze voor intensievere (orthopedagogische) hulp in het gezin ertoe geleid dat twee andere ambulante hulpverleners zich konden terugtrekken. De inzet van iets zwaardere zorg droeg zo bij tot de stroomlijning van de zorg in het gezin en meer overzicht bij de, licht verstandelijk beperkte, moeder over de hulpverleners die zij 'over de vloer' kreeg.



#### Box 5

*Een jongen die op het punt staat naar de middelbare school te gaan heeft last van stemmingswisselingen. Hij heeft daarvoor gesprekken gevoerd met de schoolmaatschappelijk werkster, maar dat heeft nauwelijks effect. De situatie in het gezin is hectisch: er is sprake van een 'vechtscheiding', financiële problemen en een moeder die psychische problemen heeft. Met de kinderen gaat het niet goed. Ze hebben veel ruzie onderling. De vader wil niets van hulpverlening weten.*

*De vraag op het moment van aanmelding bij het CDT is of, en zo ja welke, therapie voor de jongen passend is. Het is overigens een consultatievraag van het wijkteam. De cliënt is er niet bij betrokken.*

*Vanwege de instabiliteit van de situatie besluit het CDT geen onderzoek te doen. Bovendien is therapie in deze context eveneens weinig effectief, mogelijk zelfs contraproductief: "want dan ga je het heel zwaar insteken en dat kan soms alleen maar averechts werken. Als je bij iemand met stemmingswisselingen alleen maar problemen gaat uitdiepen, dan kan het soms juist..."*

*Uiteindelijk is conform het advies een orthopedagoog uit het wijkteam gesprekken met de jongen gaan voeren, met als doel om hem positiever naar zijn situatie te laten kijken ('minder slachtofferschap'). Inmiddels zijn er ook positieve ontwikkelingen geweest: hij is aangenomen op de school waar hij het liefste naar toe zou gaan, de wijkteammedewerkster heeft voor hem een computer geregeld, waarmee hij zijn hobby kan beoefenen en hij heeft een eigen kamer bij zijn oma en opa waar hij rustig huiswerk kan maken.*

Opvallend is dat advisering op informele hulp of ondersteuning door het preventieve veld ('afschaling' naar welzijnswerk bijvoorbeeld) hoegenaamd niet voorkomt. Gedeeltelijk kan dit worden verklaard door de vaststelling dat het sociale netwerk van het gezinssysteem weinig ondersteuning te bieden heeft. Van de andere kant wordt in de adviezen nooit geopperd om vrijwilligers in te schakelen of gebruik te maken van het lokale welzijnsaanbod.

Uiteindelijk is in enkele casussen op termijn gespecialiseerde hulp ingezet waar het CDT dat niet had geadviseerd. Dat had in één casus niet met de cliënt zelf te maken, maar met de problematiek die zich bij andere gezinsleden manifesteerde. In een andere casus bleek de praktische pedagogische ondersteuning, ten behoeve van 'stabilisatie' in het gezinssysteem, niet van de grond te komen. Er is door het wijkteam geconcludeerd dat specialistische expertise op het vlak van LVB benodigd is.

### 3.4 Bijdrage aan passende hulp

Volgens de in hoofdstuk 1 gepresenteerde definitie heeft 'passendheid' te maken met tijdigheid, met aansluiting bij de aard en ernst van de problematiek en met aansluiting bij protectieve factoren in het gezinssysteem. Een aantal wijkteammedewerkers en CDT'ers gebruikt in dit verband ook de term vraaggerichtheid: sluit de hulp aan bij de behoeften en noden van de cliënt, bij de definitie van de situatie door de cliënt?

Eerder is al geconstateerd dat de 'cliënttheorie' vaak, maar niet altijd meegenomen wordt in het adviseringstraject. In enkele casussen zijn vormen van hulp niet aanbevolen, omdat er geen draagvlak voor is bij cliënt. Uitgangspunt daarbij is dat het zinloos is om dergelijke hulp aan te bieden als iemand daar niet voor gemotiveerd is. Het is daarbij wel goed om op te merken dat motivatie geen vaststaand gegeven is. In het vorige hoofdstuk is al beschreven dat onder invloed van het adviesstraject bij het CDT soms de 'cliënttheorie' gaat wijzigen en men gemotiveerd kan raken voor een bepaald aanbod.



Zowel wijkteammedewerkers als CDT'ers zijn in het algemeen tevreden over de manier waarop en de mate waarin de advisering heeft aangesloten bij de behoeften en beleving van de cliënt.

Een andere categorie afwegingen in het kader van 'passendheid' heeft betrekking op de balans draagkracht/draaglast. In de aanbevelingen van het CDT wordt rekening gehouden met wat een cliënt aankan, zowel gezien diens persoonlijke situatie (competenties, stress, etc.) als de complexiteit van de problematiek. In dergelijke casussen wordt dan ook vaak het advies gegeven om op een later moment, na een periode van (basis)hulp, opnieuw de stand van zaken te analyseren en te bezien of een andere hulp nodig en mogelijk is.

Een ander aspect van 'passendheid' is de aansluiting bij bestaande hulp of ervaringen met hulp uit het verleden. Veel gezinnen hebben al een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis met successen en mislukkingen achter de rug. Daarnaast lopen er al vormen van ondersteuning in een gezin, soms ook vanuit verschillende domeinen (opvoeding, financiële ondersteuning, school).

De wijze waarop met hulpervaringen en met lopende hulp wordt omgegaan in het adviestraject is heel verschillend. Aan de ene kant zien we in een casus gericht advies van het CDT voor meer coördinatie en regie in een gezin, alsmede een vermindering van het aantal hulpverleners. Of in een andere casus dat het CDT uitgebreid contact heeft met organisaties en professionals die al ondersteuning bieden in het gezin.

In een andere casus daarentegen beperkte de advisering zich tot de specifieke vraag van het wijkteam (schoolproblematiek) en bekommerde men zich niet om de relatie met de opvoeding thuis en de ondersteuning die daar geboden wordt.

Daarnaast zie je dat in het adviestraject niet altijd even veel aandacht wordt besteed aan de hulpverleningsgeschiedenis en wat in ogen van betrokkenen wel en niet heeft gewerkt. Daardoor wordt soms hulp geadviseerd waarmee betrokkenen slechte ervaringen hebben of die in het (recente) verleden ook al niet uitvoerbaar bleek.

Tot slot kan in dit verband worden opgemerkt dat soms naar hulp is verwezen – het betrof tweemaal vormen van respijtzorg in de vorm van een 'uitwijkhuis' of 'logeerhuis' – waarvoor cliënt op basis van objectieve indicatoren niet in aanmerking kwam. Sterker nog, in een geval had het wijkteam dat daarvoor al vergeefs geprobeerd.

Over de aandacht voor en de aansluiting bij protectieve factoren is al het nodige opgemerkt. Het volstaat hier om te herhalen dat die aansluiting wisselend genoemd kan worden en wellicht nog ontwikkeling vergt.

In feite worden hiermee ook waarnemingen gedaan over het integraal werken binnen het CDT. In de vraaganalyse en advisering wordt 'breed gekeken' naar de jeugdproblematiek, vanuit de verschillende disciplines die in het CDT zijn vertegenwoordigd. Dat wordt door wijkteammedewerkers in het algemeen ook gewaardeerd, en was in een aantal cases ook een reden om aan te melden bij het CDT. Tegelijkertijd laat deze analyse van de 'passendheid' zien dat sommige aspecten van het integraal werken wat zwakker zijn ontwikkeld dan andere.

Kunnen we tot slot van deze paragraaf op basis van de casuïstiek nog iets zeggen over de tijdigheid van de geadviseerde hulp? Dat is wat lastiger te bepalen, omdat tijdigheid veelal pas achteraf is vast



te stellen. Er kan wel een drietal kenmerken van de casussen worden beschreven: de duur van de problematiek, de leeftijd van de kinderen en preventieve werking.

We kunnen in ieder geval constateren dat op het moment van aanmelding bij het CDT het wijkteam vaak een aantal maanden tot een half jaar werkzaam is in het gezin. Dat wil niet zeggen dat het problematiek betreft die reeds zolang bestaat. De reden van aanmelding betreft ook wel problematiek die gaandeweg gesignaleerd wordt, soms bij heel andere gezinsleden dan waarvoor het wijkteam reeds in het gezin actief is.

In andere casussen zien we dat er sprake is van een flinke hulpverleningsgeschiedenis, die dateert van lang voor de inschakeling van het wijkteam.

De casuïstiek valt uiteen in enerzijds een categorie heel jonge kinderen van 3 tot 6 jaar en anderzijds een categorie jonge tieners van 11 tot 15 jaar. In de eerste categorie is waar te nemen dat de school of de peuterspeelzalen belangrijke signaleerders zijn van mogelijke problematiek bij de jeugdige. In de oudere leeftijdscategorie zijn het vooral hulpverleners, al eerder betrokken bij het gezin of de jeugdige, die het wijkteam inschakelen.

Reeds eerder is vermeld dat een aantal betrokkenen verwacht dat een preventieve werking is uitgegaan van de inzet van hulp op basis van het CDT-advies. Zo zou inzet van zwaardere hulp zijn voorkomen.

### **3.5 Tevredenheid inhoudelijk advies en doorwerking**

De meeste wijkteammedewerkers en CDT'ers zijn tevreden over de inhoud van het advies. Dat vanuit verschillende disciplines naar de casus wordt gekeken, geeft inhoudelijke meerwaarde én meer zekerheid over de kwaliteit van het advies. Het advies sluit meestal goed aan bij de vraag en is concreet, handelingsgericht. Met andere woorden het advies is toepasselijk en toepasbaar. Dat in enkele gevallen later alsnog andere (zwaardere) hulp ingezet moest worden dan geadviseerd, doet in de ogen van betrokkenen niets af aan de kwaliteit van het advies. Dat was op dat moment, met de toen beschikbare informatie, adequaat.

In enkele gevallen merken wijkteammedewerkers op dat het advies een leereffect heeft gehad: het heeft het inzicht in de problematiek verdiept, zowel bij de wijkteammedewerker als bij de ouders en jeugdige.

In twee casussen waren de wijkteammedewerkers niet onverdeeld positief. In één geval ging het om consultatie bij een PGB-aanvraag. De wijkteammedewerker wilde eigenlijk heel concreet horen hoeveel PGB-uren zij moest toekennen. Dat kreeg ze niet te horen. Ook het CDT was hierover niet tevreden: het traject was te kort en de onderbouwing was matig. Daarnaast speelde het ontbreken van expertise in verband met het toekennen van PGB's parten.

In een andere casus heeft het CDT, na diagnostisch onderzoek en consultatie van diverse betrokkenen, haar advies sterk gericht op normalisering van de opvoedingsrelatie tussen een moeder en haar puberdochter. Dit druiste tegen het 'niet pluis'-gevoel van de wijkteammedewerkster in, maar zij zag naar aanleiding van het advies geen andere weg meer dan te stoppen met haar ondersteuning. Ze is bang dat er later toch meer aan de hand blijkt te zijn met het meisje.

## 4 Conclusie en discussie

### 4.1 Conclusies

Om te beoordelen of de principes van Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD) in de praktijk worden gebracht, hebben we gekeken naar de doelgerichtheid van het adviestraject, het samen optrekken met de wijkteammedewerker, de cliëntbetrokkenheid en de aandacht voor protectieve factoren. In het algemeen kan worden geconcludeerd dat deze HGD-principes herkenbaar zijn in de adviespraktijk van het CDT, maar dat er op onderdelen wel opmerkingen te plaatsen zijn bij de toepassing van deze principes.

Er is duidelijk sprake van afwegingen van *doelgerichtheid* in de informatieverzameling van het CDT en de besluitvorming om wel of niet onderzoek te doen. Overigens is daarbij ookesignaleerd dat niet altijd de kwaliteit van de informatie de keuze voor onderzoek beïnvloedt, maar ook andere overwegingen, zoals het motiveren van ouders voor hulp of toegangseisen die organisaties voor hun aanbod stellen. Voorts hebben we geconstateerd dat er spanning wordt ervaren tussen het focussen op de vraag en de neiging om 'breed te kijken'.

Tot slot is geconstateerd dat de eerste fase van de vraagverheldering met de wijkteammedewerkers en cliënten in de praktijk vaak leidt tot verandering, aanvulling of aanscherping van de vraagstelling. In dit opzicht vormt dit een cruciale fase in het adviestraject.

Er is veel waardering voor het *samen optrekken* tussen het CDT en de betrokken wijkteammedewerkers, gedurende het consultatieproces. De monitoring door het CDT wordt evenwel niet systematisch uitgevoerd. Daarbij kan tevens de vraag worden gesteld of de timing en frequentie van de monitoring, zoals nu in het werkproces vastgelegd, adequaat is, onder meer vanwege de tijd die het in de praktijk kost om de adviezen uit te voeren.

De *betrokkenheid van de cliënt* of het cliëntsysteem bij het adviestraject varieert afhankelijk van de inschatting van het CDT of het consultatie- of diagnosevraag betreft. In het eerste geval worden ouders en jeugdige niet betrokken. We hebben gezien dat in een aantal 'consultatie'-gevallen het niet betrokken zijn van cliënten, achteraf, wordt gemist.

In de casussen waarin cliënten zijn betrokken wordt daaraan veel belang gehecht. Het helpt onder meer om de vraagstelling scherper te krijgen, draagt bij aan motivering van de cliënt en draagvlak voor een plan van aanpak en heeft op zichzelf al een agogisch effect. Ook kan zo het wantrouwen tegenover 'instanties' worden verminderd of weggenomen. Jeugdigen in de middelbare-schoolleeftijd zijn wel betrokken bij het adviestraject. Jonge kinderen worden in het algemeen niet gezien of gehoord – tenzij er sprake is van een diagnostisch onderzoek.

Over de aandacht voor *protectieve factoren* zijn wellicht de meest kritische opmerkingen te plaatsen. Deze aandacht is zeer wisselend en in zeker opzicht beperkt. Vaak gaat het om persoonsgerelateerde beschermende factoren en wordt er lang niet altijd gekeken naar het gezinssysteem of het bredere sociale netwerk. Bezien we deze praktijk vanuit het 'eigen kracht'- en





'burgerkracht'-discours dat de transformaties van de jeugdhulp doordrenkt, dan zou men wat meer aandacht in de analyse én advisering voor positieve factoren verwachten – aangevuld met adviezen om te bezien of vrijwilligers, voorzieningen of activiteiten in de buurt en dergelijke een ondersteunende rol kunnen vervullen.

De hoofdvraag is wat de bijdrage is van het CDT aan de beleidsdoelen normalisering, neerwaartse druk en passende hulp. Vooraf is geconcludeerd dat deze termen geen gemeengoed zijn. Er worden door betrokkenen uiteenlopende betekenissen aan toegekend, die niet altijd overeenkomen met de definities, grotendeels beleidsmatig ingegeven, die we vooraf hadden geformuleerd.

Wat betreft het doel *normalisering* hebben we een aantal mechanismen in de werkwijze van het CDT kunnen waarnemen die een direct normaliserend effect kunnen hebben. Het zijn mechanismen die laboreren aan de definitie van de situatie van betrokkenen, onder wie het cliëntsysteem. Door aanpassingen in de definitie van de situatie kan stressreductie plaatsvinden of kunnen de verhoudingen tussen cliëntsysteem en professionals verbeteren.

Voorts zou, maar dat is lastiger te onderbouwen, door de hulp in de natuurlijke omgeving in enkele gevallen zwaardere interventie (crisisinterventie, uit huis plaatsing) zijn voorkomen.

De *neerwaartse druk* is zowel in het werkproces van het CDT als in de advisering rondom de hulpverlening herkenbaar. In het werkproces betekent dat het voorkómen van diagnostisch onderzoek. De advisering over de hulpverlening richt zich in hoge mate op de inzet van basishulp en in mindere mate op, daarnaast, inzet van specialistische hulp. Daarbij zijn twee opmerkingen te maken. Ten eerste dat de advisering nog sterk op de geïstitutionaliseerde hulp richt en niet op mogelijkheden voor afschaling naar het preventieve veld (bijv. welzijnswerk) of naar informele hulp (bijv. inzet van vrijwilligers). Ten tweede dat in enkele casussen uiteindelijk alsnog zwaardere specialistische hulp is ingezet, waar dat niet was geadviseerd.

De '*passendheid*' van de hulp wordt door verschillende betrokkenen geassocieerd met 'vraaggerichtheid'. Er is veel aandacht in het adviestraject voor aansluiting bij de visie en ervaringen van de cliënt (in HGD-termen: 'de theorie van de cliënt'), alsmede voor het draagvlak bij het cliëntsysteem voor een bepaalde aanpak. Daarnaast is opgemerkt dat overwegingen die verband houden met de balans tussen draagkracht en draaglast vaak een rol spelen in het bepalen van de ondersteuningsstrategie.

Minder sterk, zoals hiervoor reeds geconstateerd, is de aansluiting bij protectieve factoren. Daarnaast hebben we eveneens geconstateerd dat de aansluiting op de hulpverleningsgeschiedenis (succes- en faalervaringen in het verleden) en op andere lopende vormen van ondersteuning nogal wisselend is.

Daarmee is ook een uitspraak gedaan over het integraal werken binnen het CDT – complementair aan het integraal of 'generalistisch' werken in het wijkteam. We zagen dat de multidisciplinaire invalshoek een uiting daarvan is, die gewaardeerd wordt. Tegelijkertijd geeft het hiervoor geconstateerde aan, dat het integraal werken nog ontwikkelingsmogelijkheden heeft. Tot slot kon ook worden waargenomen dat het diagnostisch onderzoek van het CDT heeft bijgedragen aan het toegankelijk maken van gewenste hulp.

## 4.2 Discussie

Zoals geconcludeerd is veel van de methodiek van HGD herkenbaar en is, soms op onderdelen, een bijdrage van het CDT aan de beleidsdoelen aanwijsbaar. Tegelijkertijd is op basis onze analyses een aantal aandachtspunten en dilemma's te schetsen die voor een verdere ontwikkeling van de CDT-praktijk van belang kunnen zijn. In deze paragraaf staan we daar kort bij stil.

### *Brede benadering en passende hulp*

In het CDT wordt, complementair aan de praktijk van het wijkteam, integraal gewerkt<sup>5</sup>. Dat wil zeggen dat vanuit een brede, multidisciplinaire benadering het adviestraject wordt opgezet. Deze multidisciplinaire benadering van het CDT (w.o. medisch, GGZ, systeem-therapeutisch, LVB) is een belangrijk 'asset' van dit orgaan, zeker ook in vergelijking met andere mogelijkheden van consultatie en diagnose die wijkteammedewerkers ter beschikking staan.

De analyse van 'passendheid' van het advies geeft aanleiding om het begrip 'integraal werken' tegen het licht te houden. Want naast het denken vanuit disciplines, zou dat ook moeten gaan over de aansluiting op en benutting van protectieve factoren, over aansluiting op andere, lopende vormen van ondersteuning en hulp en het meer rekenschap geven van ervaringen van cliënten met hulpverlening in het verleden.

In dit verband is een heel concreet punt van belang: de kennis van bestaande zorgaanbod op peil brengen. Eerder is waargenomen dat in enkele casussen vormen van professionele ondersteuning geadviseerd zijn die voor betrokken jeugdige niet toegankelijk zijn.

### *Brede benadering en HGD*

Het integraal werken of de brede benadering komt voort uit transformatiedoelen, die gericht zijn op betere coördinatie van hulpverlening (1 gezin, 1 plan) en grotere effectiviteit. We hebben gemerkt dat er spanning wordt ervaren in het uitgangspunt van HGD om doelgericht te werken en 'niet meer te doen dan nodig' enerzijds en het streven naar een brede benadering anderzijds. CDT'ers worstelen soms met de vraag of men zich strikt moet beperken tot de initiële vraag waarmee casussen zijn aangemeld, of toch breder gekeken, en soms: onderzocht, moet worden. CDT'ers maken in dit dilemma verschillende keuzes. Soms beperkt men zich inderdaad tot de vraag, terwijl in andere casussen een vrij eenduidige vraag in het adviestraject tot een bredere, systemische benadering evolueert.

### *Cliëntbetrokkenheid*

Kennis nemen van de theorie van de cliënt is volgens HGD van belang en ook in de praktijk van belang gebleken. Nu wordt vaak reeds bij aanmelding een onderscheid gemaakt tussen consultatievragen en diagnosevragen, waarbij in het eerste geval de cliënt niet wordt betrokken. De vraag is of dit altijd zo goed werkbaar is. In een aantal casussen werd, achteraf, de cliëntbetrokkenheid gemist. In casussen waarin de wijkteammedewerker niet in staat is om zelf voldoende de vraag van de cliënt te vertegenwoordigen, of als er bijvoorbeeld sprake is van een belangentegenstelling, is het raadzaam, al zou het dan een consultatievraag betreffen, om cliënten te betrekken.

Een ander vraagstuk, waarover in ieder geval in één CDT wordt gediscussieerd, is de betrokkenheid van jonge kinderen. Als er geen diagnostisch onderzoek wordt gedaan, worden zij nu meestal niet

---

<sup>5</sup> Vooralsnog gaat het hier om integraal werken binnen het jeugddomein en niet om de combinatie van jeugd- en volwassenenwerk (een definitie van integraliteit die vaak wordt gebruikt).



gehoord of gezien, terwijl een kort gesprekje en observatie van een kind al een ondersteuning kan bieden voor de analyse van het CDT – zoals een van geanalyseerde casussen te zien gaf.

### *Monitoring*

In het CDT-werkproces is monitoring een onderdeel. We hebben geconstateerd dat dit niet altijd gebeurt. Tegelijkertijd is het de vraag of de timing (nu in principe na twee maanden) en frequentie (eenmalig) volstaan. De uitvoering van de adviezen neemt in de praktijk vaak langer in beslag. Bovendien doen zich in de gezinnen vaak weer onverwachte ontwikkelingen voor of verwerven wijkteammedewerkers nieuwe inzichten, die later tot overdenking van een eerder gegeven advies aanleiding kunnen geven. Het is goed om de vraag te stellen wat het doel van de monitoring is. Een belangrijke overweging daarbij is dat monitoring niet alleen een belangrijke functie voor het wijkteam kan zijn, maar ook voor het CDT een mogelijkheid om feedback te krijgen op de kwaliteit van het eigen advieswerk.

### *Protectieve factoren*

Er is in het rapport al de nodige tekst aan gewijd. Een aanbeveling is om de visie op het analyseren van en adviseren over het benutten van protectieve factoren meer in overeenstemming te brengen met de transformatie-filosofie. Dat betekent feitelijk meer systematische aandacht voor protectieve factoren, maar ook: niet alleen kijken naar persoonsgerelateerde factoren, maar ook naar systeemgerelateerde factoren, naar de bredere sociale omgeving én naar mogelijkheden die bijvoorbeeld vrijwilligers of welzijnsarrangementen in de buurt kunnen bieden.

## 5 Literatuur

Pameijer, N., *HGD – handelingsgerichte diagnostiek*. <http://wij-leren.nl/hgpd-diagnostiek.php>, geraadpleegd juli 2016.

Projectgroep CDT (2015), *Evaluatie eerste half jaar 2015*. Rotterdam: CJG.

Steijns, J., M. de Caluwé, L. Sluiters (2015), *Advies doorontwikkeling Consultatie- en Diagnoseteams Rotterdam Rijnmond*. Amersfoort/Den Haag: Twynstra Gudde.

Wentink, T. (2015), *Evaluatie proefopstelling Consultatie- en Diagnoseteam*. Rotterdam: Onderzoek & Business Intelligence.

Zijlstra, R. (2016), *Invliegen van specialistische hulp. De effectiviteit van gespecialiseerde hulp aan de voorkant van het jeugdstelsel*. Rotterdam: EUR, thesis Master of Health Business Administration.



## Bijlage 1. Overzicht van de casussen

### *Korte beschrijving bestudeerde cases*

Casusnummer	Probleemschets
CDT 01 Rayon Noord-buiten	excessief seksueel gedrag van kleuter, gezin in onbalans (oa. problematiek oudere broer, gezondheidsklachten ouders, schulden)
CDT 02 Rayon Noord-binnen	jeugdige van 13, laag IQ, moeilijk lerend, beïnvloedbaar. Gezin instabiel: relatie moeder/partner wisselvallig, draagkracht moeder laag. Sociale steun weggevallen.
CDT 03 Rayon Noord-buiten	Peuter vertoont opvallend gedrag op peuterspeelzaal: niet sociaal, soms angstig, autistische trekken? Gezin instabiel: gehandicapt kind, rol vader beperkt, schulden.
CDT 04 Rayon Noord-buiten	jeugdige 12 jaar, erge last van stemmingswisselingen. Context: vechtscheiding, financiële problematiek, psychische problemen moeder.
CDT 05 Rayon Noord-binnen	Puber, op moment van aanmelding al 1,5 jaar thuis van school, lukt niet om passende school te vinden, geclassificeerd als ODD. Leerplicht en rechter ingeschakeld: voogd aangewezen
CDT 06 Rayon Zuid-binnen	Jeugdige van 6 jaar met taalachterstand en leerproblemen. School wil onderzoek via instelling X, moeder niet; wantrouwt school/ instanties.
CDT 07 Rayon Zuid-binnen	Jeugdige 11 jaar, laag IQ, vertoont 'vreemd' gedrag. Oudere kinderen residentieel. Vader en moeder LVB, gescheiden, moeder GGZ. Veel hulpverleners in gezin.
CDT 08 Rayon Noord-buiten	Jeugdige 6 jaar, ontwikkelingsstoornis. Flinke behandelgeschiedenis. Grote belasting gezin. PGB-aanvraag ivm continuering begeleiding aan huis.
CDT 09 Rayon Noord-binnen	Puber, eenoudergezin. Moeder krijgt geen contact en geen hoogte van jeugdige: reageert vlak en soms bozig. Jeugdige laat geen emotie zien over ingrijpende gebeurtenis in gezin.
CDT 10 Rayon Zuid-binnen	Jeugdige van 5 jaar met licht verstandelijke beperking. Ouders weigeren speciaal onderwijs en hebben jeugdige op regulier basisonderwijs gekregen. Zorgen om schoolparticipatie en opvoeding.