

Evaluatie proefopstelling Consultatie- en Diagnoseteam

Onderzoek en Business Intelligence



Evaluatie proefopstelling Consultatie- en Diagnoseteam

Toine Wentink

Onderzoek en Business Intelligence (OBI)
13 maart 2015

© Onderzoek en Business Intelligence (OBI)

Project: 4161

Postadres:
Postbus 21323
3001 AH Rotterdam

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

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Het ontwerp van het CDT	6
1.2	De proefopstelling	7
1.3	Aanpak van het onderzoek	8
2	Het werkproces	10
2.1	Aanmeldfase	10
2.2	Analysefase	11
2.3	Adviesfase	12
2.4	Capaciteit	13
3	Methodische uitgangspunten	15
3.1	Multidisciplinaire benadering	15
3.2	Handelingsgerichte diagnostiek	16
3.3	Normalisering en 'neerwaartse druk'	17
4	Organisatorische inbedding	19
5	Conclusies en beschouwing	21
5.1	Conclusies	21
5.2	Beschouwing	22
Bijlage 1.	Methodologische verantwoording	24
Bijlage 2.	Werkproces CDT	25
Bijlage 3.	Documentatie	27

1 Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van een evaluatie-onderzoek van de proefopstelling van het Consultatie- en Diagnoseteam (CDT). Deze proefopstelling betreft een multidisciplinair team van specialisten, die de generalistisch werkende jeugd- en gezinscoaches in de wijkteams moeten bijstaan met consultatie en, indien nodig, op diagnostisch onderzoek gebaseerd advies. Deze proefopstelling, die “bij voorkeur” tot 1 januari 2015 liep, dient inzichten op te leveren voor de ‘uitrol’ van de CDT’s in de gemeente Rotterdam, die zich in 2015 moet voltrekken.

In deze paragraaf wordt het ontwerp van het CDT beschreven, de proefopstelling nader toegelicht en het de opzet van het onderzoek gepresenteerd.

1.1 Het ontwerp van het CDT

De eerste gedachten van een expertteam, dat de wijkteams moet ondersteunen, ontstaan in de voorbereiding op het Nieuw Rotterdams Jeugdstelsel. Aanvankelijk gaat het om ‘expertisecentra’, waarin dergelijke experts werkzaam zijn. Men verwacht dat in zo’n 5% van de gevallen experts nodig zijn voor het beoordelen van een zorg- of ondersteuningsvraag. (Gemeente Rotterdam 2012) In een programmaplan van het CJG over het nieuwe jeugdstelsel wordt een ‘diagnoseteam’ voorzien dat de wijkteams moet ondersteunen bij “ingewikkelde problematiek waarbij de hulpvraag onduidelijk is en/of specialistische hulp nodig is”. (CJG Rijnmond 2013: 8) Dit diagnoseteam moet bijdragen aan a) ‘de neerwaartse druk’ door middel van laagdrempelige consultatie, supervisie en intervisie aan het wijkteam en b) toegang tot specialistische hulp met behulp van gedragen toeleidingsdiagnostiek.

Eind 2013 heeft een inhoudelijke werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de zorgaanbieders, het CJG en de gemeente, zich gebogen over de verdere uitwerking van wat inmiddels het Consultatie- en Diagnoseteam is gaan heten. De neerslag hiervan is vastgelegd in een adviesnotitie over de ‘functie en inrichting van de CDT’s’ aan de gemeentelijke stuurgroep in februari 2014.

In de adviesnotitie wordt uitdrukkelijk gesteld dat het CDT, in tegenstelling tot het eerdere plan, geen indicatie- of zorgtoewijzingsfunctie heeft. Dit heeft te maken met de regiefunctie die bij het wijkteam is belegd. Het CDT biedt twee diensten aan:

- consultatie en advies aan de professionals;
- handelingsgerichte diagnostiek ten behoeve van de uitvoering van de ondersteuning door de wijkteams zelf en/of ten behoeve van de inzet van specialistische zorg.

Daarnaast wordt gesteld dat het CDT intervisie biedt aan de wijkteams ten einde “bij te dragen aan het vroegsignaleren, normaliseren en het realiseren van neerwaartse druk en (...) zodoende het professioneel handelen van het wijkteam [versterken].” (Z.a. 2014b: 6)

Puntsgewijs zijn de belangrijkste kenmerken en uitgangspunten van het CDT:

- het CDT werkt facilitair aan het wijkteam, dat regie voert over de casus;
- het CDT hanteert een multidisciplinaire aanpak;
- het CDT heeft een integrale blik op behoeften en vragen van cliënt en het systeem;

- het CDT richt zich op versterking van zelfregie en het oplossend vermogen binnen het cliëntsysteem – dat betekent ten minste dat ouders en cliënt betrokken worden in de consultatie en/of diagnostiek;
- Het methodisch kader is de handelingsgerichte diagnostiek;
- Het CDT draagt bij aan normalisering en 'neerwaartse druk';
- Veiligheidstaxatie is onderdeel van de werkwijze en de veiligheid van de jeugdige wordt meegewogen in het advies;
- Het CDT is ingebed in diverse netwerken. Heeft verbinding met wijknetwerken, met samenwerkingsverbanden rond passend onderwijs en het Veiligheidshuis en de 'drang en dwang'-organisatie (i.c. Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond).

Het CDT bestaat uit twee onderdelen: een uitvoerend kernteam en een flexibele schil van experts die op afroep kunnen worden betrokken bij consultatie- of diagnosetrajecten.

Het idee was aanvankelijk om 8 of 9 CDT's in de regio Rotterdam op te zetten. Inmiddels is die ambitie bijgesteld. De verwachting is nu dat er uiteindelijk 5 CDT's operationeel zullen worden.

1.2 De proefopstelling

Na de inhoudelijke voorbereiding zijn in de regio twee CDT's van start gegaan. Beide zijn gebaseerd op dezelfde inhoudelijke en organisatorische principes. Eén CDT is in februari 2014 gestart in Nieuwe Waterweg Noord (NWN). Dit CDT is in mei 2014 operationeel geworden, in die zin dat toen de eerste casuïstiek is behandeld. De andere is de Rotterdamse proefopstelling. Die is in mei 2014 van start gegaan en in de loop van september operationeel geworden. Deze proefopstelling is onderwerp van dit rapport.

Voor de Rotterdamse proefopstelling zijn ontwikkelingsdoelen van diverse aard geformuleerd (CJG Rijnmond 2014a). Het gaat om doelen die betrekking hebben op de methodiek van consultatie en diagnose (o.m. handelingsgericht werken, betrekken van ouders en jeugdige), op organisatie (vormgeving van dossiers, vaststellen scholing en trainingsbehoeften, financiële onderbouwing), ten aanzien van het juridisch kader (klachtrecht, privacy, BIG-registratie, ed.) en op verbinding met wijkteams (intervisie) en Jeugdbescherming Rotterdam Rijnmond (mn. beslissingsondersteunende onderzoeken).

Voor de proefopstelling zijn conform het ontwerp een kernteam en een flexibele schil samengesteld. Het kernteam bestaat, naast de voorzitter, uit 6 leden. Het betreft een basispsycholoog en een GZ-psycholoog (vanuit KSCD),¹ een GZ-psycholoog vanuit Yulius, een jeugdarts (CJG), een orthopedagoog (CJG, tevens inhoudelijk coördinator²) en een systeemtherapeut (STEK). De flexibele schil bestaat uit experts (psychologen en orthopedagogen) vanuit Horizon (2x), STEK (2x), Yulius, BOOR, Pameijer en Lucertis. De laatste betreft een kinder- en jeugdpsychiater, die recent is gaan participeren in de flexibele schil.

¹ Het Kennis- en Servicecentrum voor Diagnostiek van Bureau Jeugdzorg.

² De functiebenaming is nu 'meewerkend voorzitter'.

In de definitieve opdracht aan het CJG wordt omschreven wanneer de proefopstelling als een succes wordt gezien:

- de verschillende deelnemers aan het CDT werken volgens eenzelfde werkproces;
- de onderlinge samenwerking is goed;
- de vraag vanuit wijkteam is leidend;
- de aansluiting van CDT en wijkteams is georganiseerd (de voorkant) evenals de aansluiting met de specialistische hulp (de achterkant).

Voorts is een target gedefinieerd. (CJG Rijnmond 2014a) Men gaat ervan uit dat in de proefperiode *maximaal* 1% van het totaal verwachte volume aan aanmeldingen kan worden behandeld. Dat betekent dat 62 consultatie- en 55 diagnosevragen *kunnen* worden behandeld. De looptijd van de proefperiode (evenals de einddatum) is nooit precies beschreven, maar de communis opinio is dat dit ongeveer een half jaar betreft.

De proefopstelling is uitgevoerd in een dynamische omgeving. Die context heeft het verloop van de proefopstelling – en ook de mogelijkheden voor evaluatie – flink beïnvloed. Met name twee omgevingsfactoren zijn van belang gebleken.

Allereerst heeft het, in een fase waarin de wijkteams zowel qua management als qua uitvoering nog deels werden ingericht, lang geduurd voordat de eerste casussen door de wijkteams bij het CDT werden aangemeld. Dat heeft te maken met de organisatie en inrichting van de wijkteams die pas in de loop van het najaar zijn voltooiing naderde. Bovendien waren her en der nog oude 'steunstructuren' van de moederorganisaties operationeel (reflectiebijeenkomsten, intervisie, etc.). Tot half november waren nog slechts 3 casussen aangemeld. Uiteindelijk is het aantal aanmeldingen wel toegenomen. Tot eind januari waren er dat in totaal 16 – een stuk minder dan de voorziene maximum-target. Dit betekent dat men in de proefopstelling minder gelegenheid heeft gehad om op basis van praktijkervaring de organisatie en werkzaamheden van het CDT te ontwikkelen.

Ten tweede hebben zich in de loop van de proefopstelling veranderingen voltrokken in de organisatie van 'steunstructuren' voor de uitvoerend professionals. Het oorspronkelijke idee was dat het CDT hét orgaan voor het verkrijgen van consultatie en diagnostiek zou worden. Later is echter besloten om functionarissen aan de wijkteams toe te voegen die in ieder geval een rol kunnen of moeten spelen in de consultatie van collega's én bevoegdheid hebben tot en ervaring hebben met diagnostiek. Het gaat resp. om gedragswetenschappers en GZ-psychologen. Dat betekent dat de exemplarische waarde van de proefopstelling is verminderd. De toekomstige CDT's zullen immers in een andere context gaan opereren.

Inmiddels is in februari '15 de proefopstelling beëindigd en is dit CDT als een regulier CDT doorgegaan.

1.3 Aanpak van het onderzoek

De centrale probleemstelling van dit onderzoek luidt:

Hoe ervaren verschillende stakeholders het functioneren van het CDT?

Daarbij zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Wat zijn de ervaringen met de interne samenwerking en werkwijze binnen het CDT, zowel binnen het kernteam als in de flexibele schil, met betrekking tot de respectieve functies van consultatie en diagnosestelling?
- Wat zijn de verwachtingen van stakeholders in verband met de functie en werkwijze van het CDT?
- Wat zijn motieven om casussen wel of niet aan te melden bij het CDT?
- Hoe gaat het aanmeldingsproces in zijn werk (informatie-uitwisseling, vraagstelling aan CDT, e.d.) en hoe waarderen betrokkenen dat?
- Hoe wordt de betrokkenheid van ouders/verzorgers en/of kinderen bij de consultatie en diagnosestelling vormgegeven en hoe waarderen betrokkenen dat?
- Wat is het gebruik en waardering van de adviezen en diagnoses van het CDT?
- Wat zijn onderdelen in samenwerking en werkwijze van het CDT die goed gaan, wat zijn belemmerende factoren en wat zijn aandachtspunten voor de verdere ontwikkeling van het CDT?

Categorieën stakeholders zijn de leden van het CDT – het kernteam, de flexibele schil, alsmede de projectleiding -, de jeugd- en gezinscoaches van de wijkteams en ouders/verzorgers. Naast bestudering van beleidsdocumenten, vormen de interviews met deze belanghebbenden de belangrijkste bron van informatie – zij het dat niet alle categorieën zijn bereikt.

Door het beperkte aantal aanmeldingen en afgeronde adviestrajecten tijdens de proefopstelling is de empirische basis betrekkelijk smal. Het onderzoek is daardoor ook sterk gebaseerd op algemene observaties en opvattingen van de diverse stakeholders. Voor een nadere methodologische verantwoording, zie bijlage 1.

2 Het werkproces

In bijlage 2 bevindt zich een schematische weergave van het werkproces van het CDT, zoals door betrokkenen bij de proefopstelling is beschreven. Dit is een vereenvoudigde weergave van een initieel processchema dat voor aanvang van de proefopstelling is gemaakt.

Ten behoeve van de beschrijving in dit rapport wordt een, nog iets meer gecomprimeerd, onderscheid gemaakt tussen de aanmeldfase van het werkproces, de analysefase en de adviesfase.

2.1 Aanmeldfase

De casussen worden door de jeugd- en gezinscoaches (j&g) bij het wijkteam aangemeld. De motieven voor aanmelding zijn divers. Vaak gaat het om de behoefte aan diagnostisch onderzoek om meer inzicht te krijgen in de problematiek van de jeugdige of het gezin, vaak ook tegen de achtergrond of juist met het uitdrukkelijke doel om toegang te krijgen tot specialistische zorg. Een j&g-coach meldde aan om een 'second opinion' te kunnen krijgen op haar plan van aanpak. Voor een andere coach was de multidisciplinaire samenstelling van het CDT een reden om juist daar consultatie te gaan zoeken.

Vanuit het CDT wordt geconstateerd dat meer aanvragen dan verwacht diagnostisch onderzoek betreffen, in plaats van 'open vragen' over probleemanalyse en mogelijke handelingsperspectieven in complexe casussen. Men verklaart dit onverwachte aandeel diagnose-vragen uit enerzijds de routines binnen jeugdzorg, anderzijds uit de gebrekkige kennis over het CDT bij de wijkteams. Dit laatste wordt bekrachtigd door het gegeven dat de j&g-coaches eigenlijk niet weten welke casussen wel of niet geschikt zijn voor aanmelding bij het CDT.

Ten behoeve van de aanmelding is een formulier ontwikkeld door het CDT, waarin, naast diverse kenmerken van de casus, ook de hulpvragen van de j&g-coach, ouders en jeugdige zelf kunnen worden vermeld. Voorts wordt de aanmelder verzocht om informatie over eerder diagnostisch onderzoek, hulpverleningsverslagen of –plannen mee te sturen.

De ervaring van de j&g-coaches is dat het aanmeldformulier toegankelijk en werkbaar is. Het is duidelijk wat er ingevuld moet worden en het invullen kost weinig tijd.

Al dan niet naar aanleiding van een eerste intern overleg wint de coördinator van het CDT vervolgens aanvullende informatie in bij de j&g-coach om het beeld completer te krijgen. Eén van de coaches merkte dat er, in haar beleving, wel veel en steeds nieuwe informatie over de casus werd opgevraagd. Het zou volgens haar helpen als er wat meer richtlijnen meegegeven worden over wat wel of niet relevant is, bijv. door grenzen te stellen aan de ouderdom van documentatie.

Mogelijk speelt hierbij van de kant van het CDT onzekerheid een rol, zoals één van de leden aangeeft, omdat het CDT in beginsel geen uitgebreid diagnostisch onderzoek verricht (alleen als dat noodzakelijk is). In plaats van op zoek te gaan naar 'het naadje van de kous', moet je leren met minder precieze of minder actuele informatie genoeg te nemen – en daarbij leren vertrouwen op de onderlinge uitwisseling in het multidisciplinaire overleg.

2.2 Analysefase

In deze fase wordt veel aandacht besteed aan de verheldering van de consultatie- of diagnosevraag en aan de gedachten-uitwisseling over het te geven advies.

Vraagverheldering

Veel aandacht wordt geschonken aan verheldering van de vraag op basis van bestaande informatie en een dialoog met belanghebbenden: de aanmeldende j&g-coach en de ouders en jeugdige.

Daarvoor zijn drie redenen.

Ten eerste acht men het van belang om niet alleen kennis te nemen van de vraag van de coach, maar ook van de vragen, behoeften en motivaties van de ouders en jeugdige. Is er sprake van consensus over de aanmelding bij het CDT tussen coach en gezin? En welke aanknopingspunten bieden de behoeften en motivaties van ouders en jeugdige voor handelingsgerichte adviezen?

Tweede reden voor vraagverheldering is gelegen in de kwaliteit van de vraagstelling bij aanmelding. Vaak zijn vragen specifiek (IQ-onderzoek!), maar is de samenhang met de problematiek én met een eventuele voorgenomen aanpak vaag. Waarom zou bijvoorbeeld een diagnostisch onderzoek een bijdrage leveren aan de oplossing van de problematiek van een gezin of jeugdige? Is diagnostisch onderzoek wel nodig, of kan worden volstaan met consultatie?

De derde reden tenslotte, is gelegen in het uitgangspunt van het CDT dat men integraal wil werken, met andere woorden een brede analyse wil maken van de situatie van een gezin en de jeugdige en daarover ook in brede zin wil adviseren.

Hoewel niet generaliseerbaar, kan worden geconstateerd dat de informanten uit de wijkteams te spreken waren over het gesprek met CDT-leden over de achterliggende problematiek en hun visie op de casus.³ Positieve ervaringen hebben betrekking op de geïnformeerdeheid van de CDT-leden, hun oprechte interesse in de opvattingen en gedachten van de uitvoerders (“ze zien mij als de specialist in het gezin”) en de diversiteit van achtergronden van de CDT-leden. Voor de zorg van een aantal CDT-leden, dat er een professionele afstand wordt ervaren tussen de ‘experts’ van het CDT en de ‘uitvoerders’ uit de wijkteams, is vooralsnog geen grond gevonden.

Diagnostiek

Uitgangspunt is dat het CDT diagnostiek biedt, die de j&g-coach en ouders/jeugdige helpt om te bepalen welke expertise er in het vervolgtraject nodig is: handelingsgerichte diagnostiek. Het gaat dus niet om hele uitgebreide diagnostische onderzoeken of specialistische onderzoeken ter ondersteuning van concrete behandeling. Dergelijke onderzoeken moeten bij voorkeur door de behandelende organisatie zelf worden uitgevoerd.

Bij de j&g-coaches is niet altijd duidelijk of en in welke situaties het CDT zelf diagnostisch onderzoek verricht of daarvoor verwijst naar een andere organisatie. Een aantal verwacht bij het CDT zelf onderzoek te kunnen laten doen.⁴

In de ontwerpfase van het CDT is door Yulius (2014) geraamd dat 9 van de 10 aanmeldingen tot (duurdere) diagnostische trajecten zullen leiden. De casuïstiek van de proefopstelling CDT in Rotterdam en het CDT NWN (Gajadhar 2014) geeft, hoewel nog met een beperkt volume, een ander beeld van deze verhouding. In Rotterdam leidden 8 van de 16 aanmeldingen tot diagnostisch

³ Helaas hebben we voor dit onderzoek geen ouders of jeugdigen kunnen spreken om hun ervaringen op te tekenen.

⁴ Naast de j&g-coaches die casussen hebben aangemeld, zijn in de marge van ander onderzoek wijkteammedewerkers in Hoek van Holland, Beverwaard en Ommoord bevraagd op hun bekendheid met het CDT.

onderzoek, in NWN 4 van de 11 aanmeldingen. Kortom, de verhouding (goedkopere) consultatietrajecten vs. (duurdere) diagnostische trajecten lijkt grosso modo fifty – fifty te zijn.

Overleg binnen het kernteam

Op twee vaste momenten in het werkproces vindt in ieder geval plenair overleg in het kernteam plaats. De eerste keer bij de beoordeling van de aanmelding en de beschikbare informatie. Het doel is om te bepalen wat er nog moet worden gedaan om de vraag te verhelderen. Het tweede moment betreft het gezamenlijk formuleren van een advies. Afhankelijk van de complexiteit, duur en voortgang van de casussen vinden tussendoor ook nog plenaire besprekingen plaats.

In het algemeen zijn de betrokkenen tevreden over de samenwerking in het kernteam. Er wordt op basis van een consensusmodel tot adviesformuleringen gekomen, en daarin slaagt men naar eigen ervaring in het algemeen goed. Al voelde in het begin niet iedereen dat er sprake was van een gelijkwaardige, goed gestructureerde dialoog. Van de andere kant, zoals een van de leden opmerkt, lever je in een dergelijk overleg ook autonomie in ten faveure van andere gezichtspunten of opvattingen, en daar moet je aan wennen.

De vraag doet zich overigens wel voor, nu iedereen voortdurend bij het hele proces betrokken is, of deze werkwijze houdbaar is, mocht het aantal aanmeldingen flink toenemen.

De rol van de flexibele schil

De flexibele schil van experts rondom het kernteam komt maandelijks bijeen in een gezamenlijk overleg met het kernteam. In dat overleg wordt, naast algemene beleidsmatige zaken, ook casuïstiek besproken.

De meningen over deze grote overleggen zijn verdeeld. Een aantal kernteamleden vindt deze overleggen leerzaam en vindt het prettig dat zonodig een beroep op deze experts kan worden gedaan.

Sommige leden van de flexibele schil vinden dat er goede besprekingen van casussen plaatsvinden, maar de algemene opinie in deze groep is dat deze overleggen inefficiënt zijn vanwege het aantal deelnemers, omdat experts niet gericht worden uitgenodigd, en dat het beleid ten aanzien van de betrokken casus al lang door het kernteam is bepaald, en de invloed van de flexibele schil gering is. De leden van de flexibele schil vinden dat hun expertise onvoldoende benut wordt en er onvoldoende is nagedacht over de rol en inzet van de flexibele schil. Zo is in slechts één casus tussentijds een expert betrokken, ook nog op eigen initiatief en aandringen en niet op verzoek van het kernteam.

2.3 Adviesfase

Uiteindelijk vindt een adviesgesprek plaats met de j&g-coach en, indien betrokken, de ouders en jeugdige. Daarnaast wordt het advies later schriftelijk toegestuurd.

Vanuit het *kernteam* is er weinig zicht op de waardering van de j&g-coaches op de adviezen: hebben ze er wat aan en blijken ze in de praktijk passend te zijn? In het algemeen is men wel tevreden over de adviezen en de interactie met de j&g-coaches en (soms) ouders/jeugdige die eraan ten grondslag ligt. Eén van hen merkt op dat de kwaliteit van de adviezen vergelijkbaar is met die van de ‘moederorganisatie’; verschil is alleen dat daar een langdurig onderzoekstraject aan voorafgaat. Tegelijkertijd wordt ook opgemerkt dat de adviezen soms wat ‘dichter’ bij de oorspronkelijke vraagstelling zouden kunnen blijven – en minder breed uitwaaien over andere aspecten van de

casus. Tevreden is men ook over de doorlooptijd die, zonder diagnostisch onderzoek, door de bank genomen 2 of 3 weken bedraagt.

De betrokken *j&g-coaches*, nogmaals we kunnen niet generaliseren, waren matig tot zeer tevreden. De volgende aspecten speelden daarbij een rol:

- er worden praktische tips gegeven over de begeleiding van jeugdige i.v.m. diens verstandelijke beperking;
- het brede advies is prettig: er wordt over meer aspecten van de casus geadviseerd dan puur de oorspronkelijke adviesvraag;
- er wordt geadviseerd over wenselijke type diagnostisch onderzoek bij een gz-organisatie;
- het diagnostisch onderzoek van CDT helpt om problematiek te begrijpen – ook door jeugdige zelf;
- de zelfzekerheid van de j&g-coach wordt versterkt door het advies: ze heeft juiste plan van aanpak bedacht in casus die ook door deze experts als ‘pittig’ wordt betiteld;
- het stimuleert om nog eens met ouders discussie aan te gaan over gewenste aanpak;
- ondersteuning geboden door een expert uit de flexibele schil bij communicatie met onderwijsinstelling – vraag is overigens of deze verdergaande ondersteuning van de uitvoering binnen taakopvatting van CDT past;
- het CDT biedt aan om in de toekomst nog eens mee te denken als daar behoefte aan is;
- korte doorlooptijd, zeker ook in vergelijking met wat men gewend is;
- onvrede in verband met onduidelijkheid over wanneer CDT zelf diagnostisch onderzoek doet (vaak snelle doorlooptijd), dan wel verwijst naar een andere instelling (met risico op wachttijden).

2.4 Capaciteit

Er is niet exact aan te geven hoeveel capaciteit is ingezet voor de proefopstelling. Er kan wel een grove schatting worden gemaakt. Dit is gedaan op basis van gegevens over de overlegtijd in het kernteam en de flexibele schil, gesprekken die met ouders en/of jeugdige zijn gevoerd en tijd geïnvesteerd in diagnostische onderzoeken (op basis van een ervaringsgegeven uit NWN). Voor de schatting zijn opslagen gemaakt voor voorbereidende werkzaamheden (i.v.m. overleg bijvoorbeeld) en is consequent naar boven afgerond.

Met de projectleiding is geen rekening gehouden, omdat de veronderstelling is dat die inzet met name gericht is geweest op de ontwikkeling en het management van de proefopstelling – activiteiten die een regulier, lopend CDT niet behoeft. Dit geldt ook voor de inzet van individuele leden ten behoeve van de ontwikkeling van onderdelen van het CDT, zoals deelname aan werkgroepen rondom dossiervorming, privacy, e.d.

Rekenend over 5 maanden (september t/m januari, 19 weken⁵) komen we tot de volgende inzet:

Overleggen kernteam:	800 uur ⁶
Gesprekken met coaches en ouders/jeugdigen:	200 uur ⁷
Diagnostisch onderzoek door CDT-leden:	200 uur ⁸
Inzet flexibele schil:	<u>120 uur⁹</u>
TOTAAL:	1320 uur

Dit betekent dat het, uitgaande van een 36-urige werkweek, naar schatting gaat om een totaal-inzet van 2.0 fte, nogmaals excl. projectleiding.

In NWN zijn urenregistraties bijgehouden voor de casusgebonden inzet van CDT-leden. Daar komt men tot een totaal van 210 uur inzet op 11 casussen, incl. overlegtijd, binnen de operationele looptijd van 7 maanden. Dat betreft dan ongeveer 0.2 fte aan casusgebonden tijd. Daar komen natuurlijk allerlei andere voorwaardelijke werkzaamheden bij. Maar wil je aan één volledige fte komen, zou dat een factor 4 aan 'overhead' betekenen.

⁵ Excl. vakantie.

⁶ Wekelijks 3 uur met 6 personen, plus zelfde voorbereidingstijd, plus extra tijd inhoudelijk coördinator.

⁷ In traject tweemaal gesprekken met coaches en ouders/jeugdigen: met 2 CDT-leden, 2 uur per gesprek, incl. voorbereiding. (in de praktijk is slechts met een derde van de ouders contact geweest).

⁸ Er zijn 5 diagnostische onderzoeken door CDT-leden zelf uitgevoerd. Volgens een registratie van NWN (slechts 1 casus overigens) kost een dergelijk onderzoek om en nabij 40 uur.

⁹ 5 maandelijkse bijeenkomsten met 6 personen van 3 uur plus inzet op 1 casus vanuit de flexibele schil.

3 Methodische uitgangspunten

In deze paragraaf worden de belangrijkste methodische uitgangspunten behandeld, die ten grondslag liggen aan de werkwijze van het CDT. Het gaat om de multidisciplinaire benadering, handelingsgerichte diagnostiek en het bijdragen aan normalisering en 'neerwaartse druk'.

3.1 Multidisciplinaire benadering

Uitgangspunt is dat het CDT integrale diagnostiek kan leveren vanuit verschillende specialistische invalshoeken. Complementair aan de generalistische benadering op uitvoeringsniveau in de wijkteams wordt van het ondersteunend orgaan een brede, multidisciplinaire blik verwacht.

Het uitgangspunt van multidisciplinair werken is onomstreden en wordt door velen als de, wellicht belangrijkste, meerwaarde van het CDT gezien. Het wordt door direct betrokkenen ook als vernieuwend ervaren – en vormt een belangrijk motiverend aspect voor deelname aan het CDT. Velen hebben wel enige ervaring met vormen van 'integraal werken', maar dat is immer binnen de institutionele grenzen van de 'moederorganisatie'. Slechts weinigen hebben ervaringen met dergelijk uitgebreid multidisciplinair overleg (MDO) op casusniveau tussen organisaties. Dat betekent ook dat men in het algemeen eerder niet op detailniveau bekend was met elkaars werkwijzen.

Als men het heeft over een multidisciplinaire benadering, gaat het niet alleen om de mix van opleidingskwalificaties, maar veeleer om andere aspecten. Puntsgewijs betreft het:

- opleidingsachtergrond (psychologie, orthopedagogiek, geneeskunde, systeemtherapie, psychiatrie, etc.);
- ervaring met specifieke doelgroepen (o.m. jonge kinderen, oudere kinderen en jongeren, multiprobleem-gezinnen);
- ervaring met specifieke problematiek (bijv. psychiatrie, somatische gezondheid, systemische problemen, opvoedingsproblematiek, verstandelijke beperking, school- of leerproblemen);
- ervaring met diagnostisch onderzoek (en bevoegdheid tot...);
- ervaring met behandelingen;
- kennis van specialistisch aanbod.

Gezien deze opsomming, zo wordt ook door enkele informanten benadrukt, is het van belang om ervaren specialisten in het CDT te plaatsen.

Samenstelling van kernteam en flexibele schil

De samenstelling van het kernteam komt, wat betreft heterogeniteit, overeen met wat men bij de opzet van het CDT voor ogen had. Er zijn enkele opmerkingen bij de huidige samenstelling geplaatst:

- vertegenwoordiging van Bureau Jeugdzorg/KSCD zou minder kunnen t.b.v. meer diversiteit;
- algemeen wordt een gedragswetenschapper met LVB-expertise gemist;
- noodzaak van een jeugdarts in het kernteam gezien aangemelde problematiek; mogelijk volstaat een positie in de flexibele schil;
- een vertegenwoordiger van (passend) onderwijs, daarentegen, wordt door enkelen wel als onontbeerlijk gezien.

De samenstelling van de flexibele schil schiet in vergelijking met het oorspronkelijke ontwerp tekort. Experts op het gebied van onder meer verslavingszorg, jeugdbescherming, forensische psychiatrie ontbreken, alsmede een expert in verband met culturele aspecten van opgroeien en opvoeden. Los van het ontwerp is de flexibele schil pas recent aangevuld met een kinder/jeugdpsychiater¹⁰ en wordt een vertegenwoordiger van het (passend) Primair Onderwijs gemist. De vraag of alle expertises, zoals ooit bedacht, ook feitelijk nodig zijn in de flexibele schil, kan moeilijk worden beantwoord. Daarvoor is de flexibele schil te weinig betrokken in de proefopstelling.

3.2 Handelingsgerichte diagnostiek

Er is een keuze gemaakt voor de methodiek van handelingsgerichte diagnostiek, omdat deze diagnostiek aansluiting zoekt bij de vraag van de cliënt en aldus meer concrete handvatten zou bieden voor de aanpak van problemen. Belangrijke inspiratie is het gedachtegoed van Pameijer. (2015). Diagnostiek definieert zij als volgt: “het gericht verzamelen van informatie met als doel verantwoorde besluitvorming rondom specifieke vragen.”¹¹ Deze brede definitie omvat niet alleen ‘diagnostisch onderzoek’, maar ook vragen om consultatie.

Zonder volledigheid te pretenderen, worden hier enkele relevante elementen van deze methodiek belicht:

- diagnostiek is doelgericht: je doet wat nodig is om een heldere vraag te beantwoorden. Als dat op basis van bestaande informatie kan, is nader onderzoek niet nodig. Kosten en baten van het diagnostisch traject worden voortdurend 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 intensief betrokken: teneinde kennis te nemen van de ‘cliënttheorie’, cliënten te betrekken, aan te sluiten bij hun motivatie;
- aandacht voor het positieve: naast problemen ook de protectieve factoren en positieve kenmerken inventariseren;
- diagnostiek is een proces: voor, tijdens en na de handeling kunnen zich diverse vragen om besluitvorming en evaluatie voordoen.

De bekendheid en ervaring met handelingsgerichte diagnostiek varieert binnen het CDT. Aan de ene kant zijn er leden die voor wie de methodiek nieuw is (voorheen beperkt contact met aanmelder, veel standaardonderzoeken uitvoeren) en aan de andere kant is er een CDT-lid dat bij de moederorganisatie reeds met deze methodiek werkt. Gevraagd naar de belangrijkste kenmerken van handelingsgerichte methodiek, blijken informanten verschillende accenten te leggen: doen wat nodig is en niet meer dan dat, maatwerk, nauw optrekken met de j&g-coach, goed betrekken van ouders en jeugdige bij consultatie en diagnose. Deze opvattingen geven alles bijeengenomen een aardige staalkaart van de uitgangspunten van deze methodiek, maar vormen elk voor zich een specifieke interpretatie. Het draagvlak voor deze methodiek bij het CDT, ook onder hen die er helemaal niet gewend mee zijn, is groot.

Als we het werkproces binnen de proefopstelling bezien, herkennen we een aantal van de elementen van deze aanpak. Eerder is bijvoorbeeld al aangegeven dat het samen met de aanmeldende j&g-

¹⁰ Waarover in het CDT NWN juist is geconcludeerd dat die niet noodzakelijkerwijs in de flexibele schil hoeft te participeren; die is immers benaderbaar via GGZ-leden van het CDT.

¹¹ Pameijer heeft deze definitie overgenomen van Deno, S.L. (2005), Problem solving assessment.

coach investeren in vraagverheldering een belangrijk hulpmiddel is om te focussen en het 'handelingsbereik' van het te formuleren advies af te bakenen – al leidt dat in de praktijk ook soms tot een verbreding ten opzichte van de oorspronkelijke vraag. Deze dialoog wordt door de j&g-coaches van de wijkteams zeer gewaardeerd.

Daarnaast is het element zichtbaar van 'doen wat nodig is' – door Pameijer het transactionele kader genoemd: een kritische afweging van de kosten en baten van diagnostiek. Zowel in de opvattingen van individuele CDT-leden als in het onderlinge overleg komen dergelijke afwegingen prominent voorbij.

Het betrekken van het cliëntsysteem wordt door alle betrokkenen van groot belang geacht. Op die manier kan rekening worden gehouden met de belangen, behoeften en motivaties van ouders en jeugdigen voor een ondersteuningstraject. In dit licht is het opmerkelijk dat in slechts 6 van de 16 casussen gesprekken zijn gevoerd door CDT-leden met ouders of jeugdigen.

Tot slot houdt het CDT de deur open voor latere advisering ten aanzien van een casus, mocht het plan van aanpak minder goed werken of zich nieuwe ontwikkelingen voordoen. Eén van de coaches vond dit een geruststellend idee. Hier is het 'procesmatige' element van handelingsgerichte diagnostiek te herkennen.

3.3 Normalisering en 'neerwaartse druk'

Een laatste uitgangspunt is normalisering en 'neerwaartse druk'. In feite gaat het hier om doelstellingen van de stelselwijziging, waaraan ook het CDT een bijdrage wil leveren. Normalisering gaat om het voorkomen dat opvoedingsproblemen zware zorgproblemen worden, door onder meer tijdige signalering van dergelijke problemen, gezinnen in hun sociale omgeving begeleiden en zoveel mogelijk gebruik maken van de mogelijkheden die binnen het gezin en in de omgeving van het gezin zijn te mobiliseren. (RMO 2012) 'Neerwaartse druk' is de institutionele pendant van normalisering: het voorkomen dat zware (en dure) gespecialiseerde zorg moet worden ingeschakeld en zoveel mogelijk oplossingen zoeken in lichte formele of in informele zorg.

Het CDT kan in principe op drie manieren bijdragen aan deze 'neerwaartse' druk: door bij te dragen aan vroegsignalering, neerwaartse druk in eigen werkproces organiseren en in de advisering aan wijkteam en cliëntsysteem.

Wat betreft de vroegsignalering kunnen we kort zijn. Hoewel dit uitdrukkelijk als resultaat van de consultatie- en diagnostiekfunctie wordt genoemd, kan daar op basis van de proefopstelling weinig over worden gemeld. Het is niet goed voorstelbaar hoe op basis van advisering bij lopende casuïstiek vroegsignalering kan worden bereikt. Wellicht biedt een intervisie- of voorlichtingsrol vanuit het CDT, bijvoorbeeld in verband met probleemherkenning, daar mogelijkheden voor, maar dat maakte geen onderdeel uit van de proefopstelling.

Tweede manier is organisatie van 'neerwaartse druk' in het diagnostisch traject. In feite komt dat vooral neer op het toepassen van principes die verweven zijn met de methodiek van handelingsgerichte diagnostiek: niet onmiddellijk onderzoeksinstrumenten inzetten, nagaan wat de onderliggende vraag is en wat er echt nodig is aan diagnose, maatwerk leveren, kortere doorlooptijden gebruiken. In de vorige paragraaf is geconstateerd dat een aantal van deze principes in de proefopstelling terug te zien waren. De vaststelling dat het aantal diagnostische trajecten binnen de CDT's lager ligt dan geraamd, is een indicatie voor succesvolle toepassing van dit principe.

De derde manier om bij te dragen aan 'neerwaartse druk' is daarop te sturen in het advies aan de j&g-coach en het gezin. Een doelstelling van het CDT is om zoveel mogelijk bij te dragen aan organisatie van lichte in plaats van zware zorg én daarnaast aan het versterken van de zelfregie en het oplossend vermogen van het cliëntsysteem.

De betrokkenen geven aan dat het voorkomen van de inzet van gespecialiseerde zorg een afweging is in de adviseren. Al maken diverse CDT-leden zich ook wel zorgen om onderschatting van problemen en 'onderbehandeling'. De handelingsadviezen gaan in ieder geval veelal ook over het handelen van de j&g-coach als 1^{ste}-lijns professional. Ze zijn daarmee vaak (ook) gericht op de versterking van de rol en de professionele redzaamheid van de j&g-coach. Tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat vooralsnog in 7 van de 16 cases ook specialistische zorg is geadviseerd. Of dit veel of weinig is en of het CDT bijdraagt aan neerwaartse druk is op basis van deze gegevens niet vast te stellen.

Over 'neerwaartse druk' in de zin van versterking van zelfregie en probleemoplossend vermogen van de cliënt, kan minder worden gezegd. De informanten blijken eerder in institutionele termen over dit onderwerp te praten: van zware naar lichte, maar wel professionele hulp. Het is de vraag of in de proefopstelling het vraagstuk van versterking van de zelfredzaamheid van het cliëntsysteem steeds voldoende aandacht heeft gekregen in het diagnostisch traject.

4 Organisatorische inbedding

In de notitie over de functie en inrichting van het CDT (Z.a. 2014b) wordt ervan uitgegaan dat het CDT zich verbindt met diverse organisaties en netwerken. Naast, vanzelfsprekend, het wijkteam worden genoemd het wijknetwerk, de huisartsen, de netwerken rond passend onderwijs, het Veiligheidshuis en Jeugdbescherming. In de opdrachtverstrekking voor de proefopstelling (Z.a. 2014c) wordt deze 'netwerk-ambitie' bekrachtigd en aangevuld met crisisorganisaties, medisch specialisten en kinderopvang op basis van sociaal-medische indicatie. In deze paragraaf wordt de netwerkontwikkeling van de proefopstelling besproken.

Relatie met de wijkteams

Doordat de organisatie en inrichting van de wijkteams in het (vroeg) najaar nog volop bezig was, is de voorlichting van de uitvoerend medewerkers over het CDT pas halverwege de proefopstelling begonnen.¹² Pas in november is een brochure verspreid en op de Focusdag in december was er voor het eerst sprake van face-to-face voorlichting aan uitvoerenden.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat een recente peiling onder een aantal wijkteammedewerkers leerde dat velen nauwelijks bekend zijn met het CDT. Er leven heel verschillende beelden van de samenstelling van het team, voor welke casussen men bij het CDT terecht kan en welke diensten het CDT verleent.¹³ Enkele betrokkenen vinden dat de verbetering van de relatie met de wijkteams tot de meest urgente ontwikkelpunten van het CDT behoort.

Een belangrijke verandering is de toevoeging van GZ-psychologen en gedragswetenschappers aan de wijkteams. Waar het CDT startte vanuit een 'monopolie-positie' voor wat betreft het leveren van consultatie en diagnose, worden dergelijke functies nu ook dichterbij de wijkteams georganiseerd. De betrokkenen vinden in het algemeen dat het introduceren van dergelijke 'steunstructuren' dicht bij de uitvoering toe te juichen is. Het organiseren van korte lijnen met de uitvoerders, maar ook meer lokale kennis hebben van de wijk en de sociale infrastructuur daar, komt de ondersteuning van de uitvoerders alleen maar ten goede. Er doemt daardoor wel een vraagstuk op naar de positionering van het CDT binnen deze nieuwe structuur. Een aantal informanten verwacht veranderingen in omvang (minder) en aard (complexere casussen) van de aanmeldingen bij het CDT.

De j&g-coaches in de wijkteams lijken hun consultatie eerder 'dicht bij huis' te zoeken: in het wijkteam zelf, bij de 'oude' begeleiders vanuit de moederorganisaties of, straks, bij de gedragswetenschappers die aan de wijkteams worden toegevoegd. In Nieuwe Waterweg Noord speelt een vergelijkbaar mechanisme. Toevoeging van GGZ-functionarissen aan twee van de drie wijkteams leidt tot minder behoefte aan aanmeldingen aan het CDT.¹⁴

Het CDT komt dus pas in tweede instantie in beeld; men denkt daarbij aan de zeer complexe casussen of casussen waarin de veiligheid in het geding is. Een aantal wijkteammedewerkers ziet de meerwaarde van het CDT uitdrukkelijk ook in de multidisciplinaire benadering.

¹² Eerder waren de kwartiermakers al ingelicht over de proefopstelling.

¹³ In de marge van ander kwalitatief onderzoek onder wijkteammedewerkers in de teams Hoek van Holland, Beverwaard en Ommoord zijn vragen gesteld over hun kennis van het CDT.

¹⁴ Informatie van onderzoeker van het Nederlands Jeugdinstituut die de wijkteams in NWN evalueert.

Overigens geven wijkteammedewerkers aan veel behoefte te hebben aan consultatie op casusniveau. De volgende motieven worden genoemd:

- het generalistische werken confronteert hen met nieuw type problemen, waar zij voorheen niet (vaak) mee te maken hadden;
- men krijgt te maken met andere doelgroepen en andere problematiek – LVB wordt in dit verband als voorbeeld genoemd;
- de verandering in juridische verantwoordelijkheid van uitvoerders door uitbreiding van de registratieplicht en het tuchtrecht.

Relatie met passend onderwijs

Door enkele informanten wordt de verbetering van de relatie met passend onderwijs als zeer wenselijk gezien. Men mist het passend primair onderwijs (PPO) in de flexibele schil van het CDT én een vertegenwoordiger van het passend onderwijs (van primair en/of voortgezet onderwijs) in het kernteam.¹⁵

In een aantal casussen is inderdaad terug te zien dat de relatie tussen (passend) onderwijs en bijv. opvoedingsproblematiek speelt. En in die casussen speelt op alle niveaus (in het wijkteam, bij het CDT) de vraag op naar de verhouding tussen de ondersteuning door het wijkteam enerzijds en het samenwerkingsverband rondom passend onderwijs anderzijds. Nog los van de meer formalistische invalshoek van verantwoordelijkheden (“wie is ‘ervan’?”), zijn er vooral vragen over wat men van elkaar kan verwachten en welke netwerken het meest geschikt of best geëquipeerd zijn om ondersteuning te bieden.

Relatie met Jeugdbescherming, wijknetwerken en specialistische zorg

Hoewel veiligheidsaspecten binnen het CDT steeds onderwerp van aandacht zijn, heeft drang en dwang in de casuïstiek tot nu toe geen rol gespeeld – alles speelde zich binnen het vrijwillig kader af. Respondenten wijzen erop dat bijvoorbeeld de beslissingsondersteunende diagnostiek nog een plaats binnen de ‘steunstructuur’ van de wijkteams moet krijgen. Het is voor hen onduidelijk hoe dat zal worden georganiseerd.

Ten aanzien van de relatie met wijknetwerken en specialistische zorg heeft de proefopstelling weinig ontwikkeling laten zien. Wel doet zich de vraag voor wat dan de veronderstelde rol van het CDT zou kunnen of moeten zijn; immers het CDT heeft geen toewijzende of toeleidende functie, die verantwoordelijkheid ligt bij het wijkteam. Ten aanzien van de wijknetwerken kan worden geredeneerd dat de j&g-coach bij uitstek expert is – meer dan het CDT dat op grotere afstand van de wijken staat.

Voor de specialistische zorg geldt iets anders. Informanten geven aan dat het overzicht verkrijgen, behouden en op basis daarvan adviseren bij uitstek een rol is voor de experts in het CDT. Van wijkteammedewerkers kan in hun visie niet worden verwacht dat ze goed zicht hebben op het hele pallet aan ‘bovenwijks’ specialistisch aanbod. Dat geheel overzien is voor de specialisten al tamelijk moeilijk.

¹⁵ Al zijn er enige tijd geleden wel afspraken gemaakt met PPO dat, op afroep, een beroep kan worden gedaan op hun experts. Dat is in de praktijk nog niet gebeurd.

5 Conclusies en beschouwing

5.1 Conclusies

Indien we de wel heel algemeen geformuleerde doelen van de proefopstelling bezien, zie pag. 8 van dit rapport, dan kan worden geconstateerd dat de proefopstelling redelijk is geslaagd – met uitzondering van de organisatie van de aansluiting bij de wijkteams.

Dit laatste is een belangrijke verklarende factor voor het beperkte aantal aanmeldingen bij de proefopstelling. Doordat de inrichting van de wijkteams nog volop bezig was, is de voorlichting over het CDT in een heel laat stadium begonnen. Nog steeds zijn de j&g-coaches beperkt op de hoogte van hoe het CDT werkt, wat het voor hen kan betekenen en voor welke casussen zij bij het CDT terecht kunnen. Motivaties voor aanmelding zijn (dan ook) divers: vraag om diagnostisch onderzoek, second opinion, toegang tot specialistische zorg, algemene vragen over aard van de problematiek en mogelijke oplossingen.

Een andere verklarende factor betreft de alternatieve mogelijkheden voor j&g-coaches om consultatie te verkrijgen. Er is geconstateerd dat de behoefte aan consultatie bij j&g-coaches om een aantal redenen groot is. Zij zijn daarbij geneigd om die zo dicht mogelijk 'bij huis' te zoeken: in het wijkteam of (nu nog) via de moederorganisatie.

Er is tevredenheid over het werkproces, hoewel dat nog maar een beperkt aantal keren in de praktijk is gebracht. Er is veel ondersteuning en waardering voor de inzet van het CDT op vraagverheldering, ook van de kant van de j&g-coaches. De samenwerking in het kernteam, hoewel met ervaren aanloopp problemen, wordt in het algemeen gewaardeerd en men slaagt erin om op basis van consensus te adviseren. Over de rol van de flexibele schil in de proefopstelling daarentegen is men niet onverdeeld tevreden. De flexibele schil is weinig benut en functie binnen de organisatie is onduidelijk.

Het draagvlak voor de gekozen benadering in het CDT is groot. Er is ondersteuning voor de multidisciplinaire benadering, de methodiek van handelingsgerichte diagnostiek en het doel om bij te dragen aan normalisering en 'neerwaartse druk'.

Het multidisciplinair overleg draagt bij aan een integrale benadering van de casussen. De samenstelling van het kernteam kan diverser: gedacht kan worden aan uitbreiding met een LVB-deskundige en een vertegenwoordiger van passend onderwijs. De flexibele schil is in vergelijking met het ontwerp niet volledig bezet.

De methodiek van handelingsgerichte diagnostiek geniet brede ondersteuning. Doch de kennis van, ervaring met en interpretaties van handelingsgerichte methodiek verschillen. Desalniettemin kunnen een aantal kenmerken van de methodiek worden herkend in de behandeling van de casuïstiek. Daarbij is wel opmerkelijk dat het betrekken van ouders en jongeren in de meeste casussen niet gebeurt. Dit is een kernelement van deze methodiek.

In theorie zou het CDT op drie manieren kunnen bijdragen aan normalisering en 'neerwaartse druk'. Ten eerste door vroegsignalering. Dit hangt volgens het ontwerp samen met het verlenen van intervisie aan wijkteams, maar dat is in de proefopstelling niet gebeurd.

Ten tweede door 'neerwaartse druk' in het eigen werkproces. Daarvan zien we signalen terug – mogelijk ook blijkend uit het relatief lage aantal diagnostische onderzoeken dat wordt verricht. Veel aanvragen kunnen met advies op basis van bestaande informatie in combinatie met gesprekken met betrokkenen worden afgedaan.

Ten derde door sturing op neerwaartse druk in het inhoudelijk advies. Daarbinnen gaat het om twee componenten. Allereerst het bijdragen aan de beweging van zware naar lichte zorg; dat kan in aantal adviezen terug gevonden, hoewel vaak ook (nog?) specialistische zorg wordt geadviseerd. Tweede component is het sturen op het inzetten van zelfredzaamheid en informele zorg. Dit laatste is minder zichtbaar in de proefopstelling.

Een, ruime, schatting van de inzet van CDT-leden in kernteam en flexibele schil leverde op dat in de proefopstelling zo'n 2 fte is ingezet op de kerntaken van het CDT – dus los van organisatie- en ontwikkelingsactiviteiten ten behoeve van de proefopstelling zelf.

Tot slot is geconstateerd dat de institutionele inbedding van de proefopstelling van het CDT te wensen overlaat. Naast de relatie met de wijkteams behoeft de relatie met de samenwerkingsverbanden rondom passend onderwijs dringend aandacht en dat geldt ook, zij het wellicht minder urgent, voor de relatie met de jeugdbescherming.

5.2 Beschouwing

Inmiddels is de proefopstelling afgerond en worden nu plannen gemaakt voor de 'uitrol' van de CDT's in de stadsregio. De proefopstelling en het CDT NWN gaan nu als 'reguliere' CDT's door. Zoals eerder gemeld, wordt nu verwacht dat er stadsregionaal uiteindelijk 5 CDT's operationeel zullen worden.

Er zullen 42 fte aan deskundigen in de CDT's worden geplaatst. Het betreft GZ-psychologen, gedragswetenschappers, systeemtherapeuten, kinder- en jeugdpsychiaters en klinisch psychologen. Daarnaast worden bijna 11 fte gedragwetenschappers actief die, als ondersteuningsteam, de consultatie en intervisie in de wijkteams gaan vormgeven. Een deel van deze personen zal ook worden ingezet voor de CDT's.

Wat zijn nu, mede gezien de ontwikkelingen, de belangrijkste lessen en aandachtspunten die uit de proefopstelling voortkomen?

Primair zal er een nieuwe visie op de positionering en rol van het CDT in het geheel van 'steunstructuren' voor de j&g-coaches moeten worden ontwikkeld. De behoefte aan consultatie is, onder de nieuwe condities waaronder de j&g-coaches moeten werken, groot. Velen vinden ook dat het goed is dat de consultatie zo dicht mogelijk bij de uitvoering wordt georganiseerd. De vraag is nu waar de j&g-coaches de passende consultatie en diagnose kunnen vinden, binnen én buiten het wijkteam.

Een en ander vergt een visie op het geheel aan te organiseren 'steunstructuren' en hoe die elkaar aanvullen. Omdat hier geen pasklaar antwoord op voorhanden is, ligt het in de rede dit werkendeweg te ontwikkelen. Het verdient aanbeveling om de ontwikkeling van de consultatie- en diagnose-functie in brede zin voor wijkteammedewerkers te laten begeleiden door onderzoek naar werkbare en effectieve invullingen daarvan.

Ten tweede zal de relatie tussen het CDT en de institutionele omgeving moeten worden verstevigd. Dat geldt voor de relatie met de jeugdbescherming. Dat geldt a fortiori voor de relatie met de samenwerkingsverbanden rondom passend onderwijs. In verschillende casussen is er sprake van schoolproblematiek en spelen vraagstukken in verband met de relatie tussen wijkteams en CDT enerzijds en de scholen en passend onderwijs-netwerken anderzijds.

Ten derde is het aan te bevelen om de samenstelling van de kernteams van de CDT's te diversifiëren door middel van aanvulling met deskundigen ten aanzien van Licht Verstandelijk Beperkten en passend onderwijs. Daarbij kan worden opgemerkt dat de eerste categorie wel vertegenwoordigd is in de 42fte die de CDT's gaan bemensen, maar dat het passend onderwijs ontbreekt.

Ten vierde verdient de rol van de flexibele schil doordenking. Zowel in Nieuwe Waterweg Noord als in Rotterdam is de benutting van de flexibele schil op zijn minst 'beperkt' te noemen. Daarmee komt de inhoudelijke vraag op wat nu eigenlijk van de flexibele schil aan meerwaarde wordt verwacht in relatie tot de verzamelde expertises binnen de kernteams. En daarnaast kan de vraag naar de benodigde capaciteit worden gesteld: moet er een flexibele schil per CDT worden georganiseerd of volstaat een kleinere stadsregionale 'flexpool' van experts?

Ten vijfde geven de proefopstelling en het CDT NWN aanleiding om de vinger aan de pols te houden wat betreft de benodigde capaciteit. De 42 fte die nu beschikbaar komen, lijken, voor het nu verwachte aantal van 5 CDT's, ruim bemeten. Mogelijk kan worden overwogen om de ruimte te gebruiken om meer CDT's op een lager schaalniveau te organiseren – zoals oorspronkelijk ooit bedacht. Daarbij blijft nog wel onzeker hoe de vraag om inzet van het CDT zich zal ontwikkelen, te meer nu er 'steunstructuren' dichter op de wijkteams worden georganiseerd.

Tenslotte verdient het aanbeveling om de CDT-leden te trainen in de methodiek van handelingsgerichte diagnostiek. De keuze voor deze methodiek kan op veel ondersteuning rekenen. De methodiek past ook heel goed bij de uitgangspunten en doelstellingen van de stelselwijziging. Geconstateerd is echter dat niet kan worden verondersteld dat handelingsgerichte diagnostiek gemeengoed is. Training van de CDT-leden op dit vlak zou een belangrijke bijdrage kunnen zijn aan de zo gewenste 'eenheid van taal' in een multidisciplinair orgaan.

Bijlage 1. Methodologische verantwoording

Ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen zijn de volgende activiteiten ondernomen.

Documentenanalyse

Alle relevante documentatie over het CDT, de proefopstelling en de omgeving is geanalyseerd.

Interviews

Met alle leden van kernteam van het CDT zijn semi-gestructureerde interviews afgenomen over hun visie op, eerste ervaringen met en verwachtingen van het CDT. Het betreft 6 interviews.

Met alle op dat moment actieve leden van de flexibele schil van experts rond het CDT zijn aan de hand van een vergelijkbare topiclijst geïnterviewd. Dit betreft 5 interviews.

Voorts zijn gesprekken gevoerd met de projectleider van de proefopstelling, met een beleidsmedewerker Jeugdgezondheid & Hulp van de gemeente Rotterdam, met de projectleider implementatie CDT's en met de projectleider implementatie wijkteams.

Voorts zijn 5 jeugd- & gezinscoaches benaderd die een casus hebben aangemeld, waarvan het adviestraject bij het CDT inmiddels is afgerond. Dit waren begin januari alle afgeronde trajecten.

Twee coaches hebben niet meegewerkt aan dit onderzoek. Met de overige 3 is een semi-gestructureerd interview gehouden.

De bedoeling was om ook de betrokken ouders en eventueel jeugdigen van deze 3 casussen te interviewen. In twee gevallen bleek dat zinloos omdat de ouders niet bij het adviestraject bij het CDT waren betrokken. In het derde geval, het ging om de jeugdige zelf, werd deelname aan het onderzoek door betrokkene geweigerd.

Observatie

Eenmaal heeft de onderzoeker een overleg van het CDT bijgewoond waarin enkele casussen zijn besproken. Aan de hand van een observatieschema zijn deze casusbesprekingen geanalyseerd.

Vragen aan wijkteammedewerkers

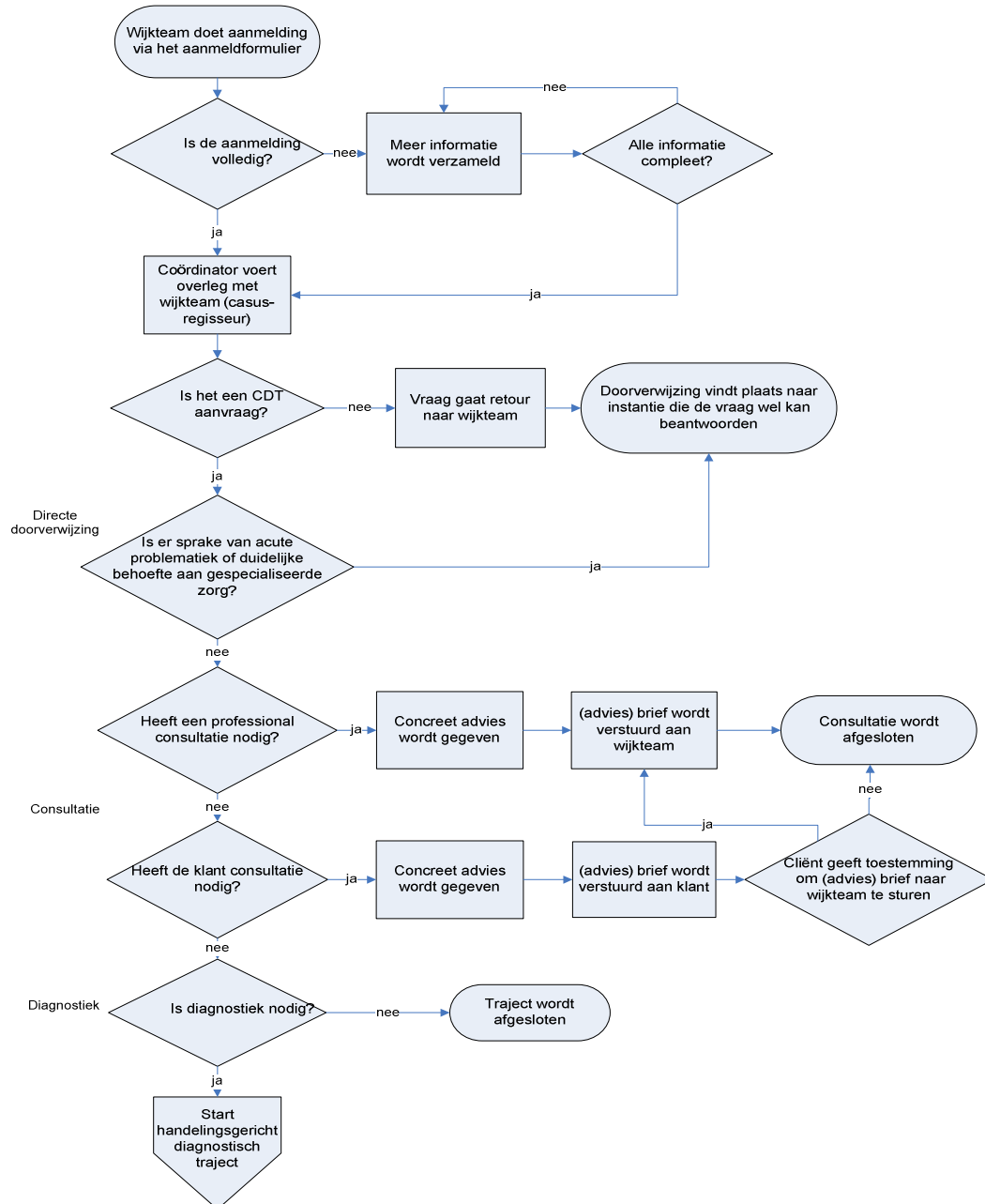
In de marge van een ander lopend onderzoek bij 3 wijkteams (Hoek van Holland, Beverwaard, Ommoord) is aan wijkteammedewerkers naar hun kennis over het CDT gevraagd.

In het onderzoeksontwerp was aanvankelijk een aantal van 8 casestudies opgenomen; 8 adviezen die vanuit de perspectieven van diverse belanghebbenden zouden worden geanalyseerd. Als gevolg van het late en beperkte aantal aanmeldingen bij het CDT, kon deze onderzoeksstrategie niet worden gehandhaafd.

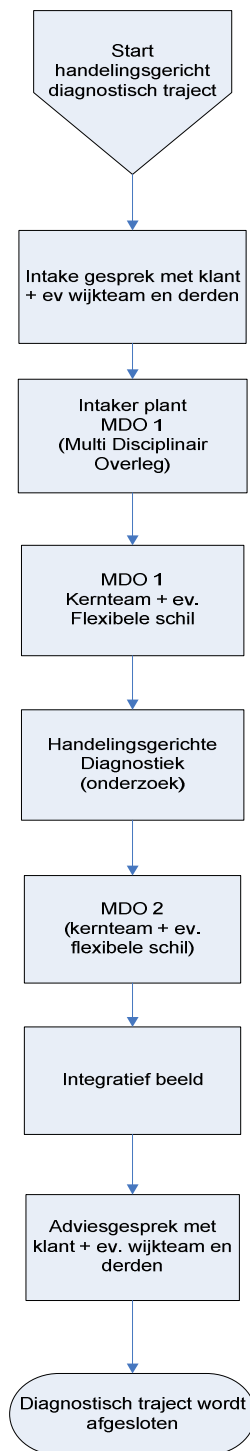
Bijlage 2. Werkproces CDT

Hieronder wordt het werkproces van het CDT weergegeven. Dit is aangepast op basis van de proefopstelling door het CDT zelf. Deze beschrijving is niet definitief vastgesteld. Eerste stroomschema betreft de consultatiefunctie, het tweede de diagnostische functie van het CDT.

Figuur 1 Consultatiefunctie



Figuur 2 Diagnostische functie



Bijlage 3. Documentatie

- CJG Rijnmond (2013), *Programmaplan Stichting CJG Rijnmond in het nieuwe jeugdstelsel - Rotterdam*. November 2013.
- CJG Rijnmond (2014a), *Proefopstelling CDT (memo)*. 29 april 2014.
- CJG Rijnmond (2014b), *Projectplan Consultatie- en Diagnoseteam (CDT)*. Mei 2014.
- CJG Rijnmond (2014c), *Tussentijdse evaluatie proefopstelling CDT Kralingen/Crooswijk (memo)*. 9 december 2014.
- CJG Rijnmond (2015), *Projectplan consultatie- en diagnoseteams (CDT)*. Concept.
- Gajadhar, R. (2014), *Evaluatieverslag CDT NWN. Februari 2014 – december 2014*.
- Gemeente Rotterdam (2012), *Concept-visie op toegang tot activering, welzijn & zorg*. December 2012.
- Gemeente Rotterdam (2014), *Notitie Capaciteitsvraagstuk CDT 2015*. 30 oktober 2014
- Pameijer, N., *HGD – handelingsgerichte diagnostiek*. <http://wij-leren.nl/hgpd-diagnostiek.php>, geraadpleegd februari 2015.
- RMO (2012), *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Yulius (2014), *De omvang van de CDT's (notitie)*. 10 februari 2014.
- Z.a. (2014a), *Terugkoppeling Inhoudelijke Werkgroep*.
- Z.a. (2014b), *De functie en inrichting van de consultatie- en diagnoseteams (CDT)*. Een inhoudelijk advies aan de afvaardiging van de werkgroep Toeleiding & Diagnostiek. (2 februari 2014)
- Z.a. (2014c), *Geactualiseerde opdrachtverstrekking aan CJG van gemeente Rotterdam inzake de Consultatie- en Diagnoseteams*. 12 mei 2014.