



Invliegen van specialistische hulp

De effectiviteit van gespecialiseerde hulp aan de voorkant
van het jeugdstelsel



Rita Zijlstra

*Thesis Master of Health Business Administration
Erasmus Universiteit Rotterdam*

Invliegen van specialistische hulp

De effectiviteit van gespecialiseerde hulp aan de voorkant
van het jeugdstelsel

Thesis MBA Health-12
Erasmus Universiteit Rotterdam
Begeleider Prof. dr. Inge Bongers Batenburg
Tweede beoordelaar: drs. Lucie Boonekamp
Mei 2016, Rita Zijlstra

Illustraties: Roos-Aimee, Nova en Bonne Zijlstra en Harry Finkenflügel
Lay-out en opmaak: Studio Petrol (www.studiopetrol.nl)

Samenvatting

De toeleiding naar specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel is de achillespees van de decentralisatie. Eén van de risico's is dat er lokaal te weinig deskundigheid is om sneller, eerder toe te leiden naar de juiste hulp op de juiste plek. De verwachting is dat door het inzetten van gespecialiseerde hulp, meteen achter de voordeur in het nieuwe jeugdstelsel, onnodig onder- of overbehandeling voorkomen kan worden. De meningen zijn hierover echter verdeeld.

Doelstelling van het onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp vooraan in het nieuwe jeugdstelsel. De Regio Rotterdam heeft ervoor gekozen laagdrempelige specialistische zorg middels een consultatie en diagnose team (CDT) in te zetten die door het wijkteam kan worden geconsulteerd bij complexe casuïstiek. Dit team werkt met een methodiek (handelingsgerichte diagnostiek) dat een vorm is van stepped care en waarmee de ambities van het nieuwe jeugdstelsel gerealiseerd kunnen worden zoals het vergroten van de eigen regie, passende hulp, normaliseren en neerwaartse druk. Ook was de vraag of deze manier van werken bijdraagt aan het creëren van waarde voor de klant van het CDT, namelijk de wijkteammedewerker en uiteindelijk de jeugdige en het gezin. Het inzetten van specialistische hulp werd beschreven vanuit theorieën over zorgtoewijzingsmodellen en vanuit waardecreatietheorieën. Dit leverde een conceptueel model op waarmee een topiclijst en vragenlijsten konden worden ontwikkeld. Aan de hand van convenience sampling werden tien casussen geselecteerd die in de periode januari – februari 2016 waren afgerond bij het CDT. Op deze casussen is een documentanalyse uitgevoerd en zijn vragenlijsten voorgelegd aan de betrokken wijkteam- en CDT medewerkers.

Hiermee werd getracht twee centrale vraagstellingen te beantwoorden, namelijk:

- Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel en wordt hiermee waarde gecreëerd?
- Welke aanbevelingen voor de inzet van specialistische hulp kunnen worden gedaan om de effectiviteit en waardecreatie voor de cliënt te optimaliseren?

Op grond van de resultaten werd geconcludeerd dat het functioneren van het CDT in de 10 geselecteerde casussen effectief is gebleken. Hoewel met de gehanteerde werkwijze nog een verdiepingsslag gemaakt kan worden, droeg de inzet van het CDT volgens de mening van medewerkers voldoende bij aan het bereiken van de vier transformatiedoelstellingen. Ook in de documentanalyse werden hiertoe voldoende aanwijzingen gevonden. Tevens werd gezien dat er ook aandachtspunten te formuleren waren. In een aantal casussen was de hulp onvoldoende gericht op het hele systeem van het gezin, het (in-)formele netwerk werd onvoldoende benut, eerdere hulpverlening werd onvoldoende geëvalueerd, positieve aspecten werden wel uitgevraagd maar niet altijd in het advies geïntegreerd, niet in alle gevallen bestond een gezamenlijke visie op probleem, verklaringen en oplossing, geen monitoring, nauwelijks evaluatie vanuit het CDT, lange doorlooptijden en wijkteammedewerkers ervoeren het CDT op afstand. Ook werd waarde voor de klant van het CDT, de wijkteammedewerker gecreëerd. Medewerkers waren tevreden over het advies en de wijze waarop dit advies in de samenwerking tot stand kwam.

De waardecreatie zat vooral in de open houding en bereidheid om samen te werken. De expertise kon snel worden ingezet, er was sprake van voldoende deskundigheid in het CDT, er waren eenduidige afspraken over de regie en over de samenwerking. In bijna alle gevallen was sprake van continuïteit van CDT-medewerkers. Er waren ook aandachtspunten zoals dat de behandeladviezen onvoldoende gericht waren op één gezin- één plan; beperkte gezamenlijke casusbesprekingen waardoor een gedeelde visie op het probleem, verklaringen en oplossingen onvoldoende tot stand kon komen; houding van CDT ten aanzien van wederzijdse deskundigheidsbevordering; en door strakke casusregie werden taken onvoldoende flexibel gedeeld. Tot slot is de beperkte evaluatie en afwezigheid van monitoring een hinderpaal om verantwoord te kunnen op- of afschalen.

Het onderzoek kende ook een aantal beperkingen. Zo bestaat er geen consensus over de inhoud van de concepten Eigen Regie, Passende Hulp, Normaliseren en Neerwaartse Druk waardoor het onduidelijk is hoe deze begrippen het beste kunnen worden geoperationaliseerd. Er hebben geen interviews plaatsgevonden terwijl dit mogelijk meer verdieping van de resultaten had kunnen geven. De jeugdige en gezin zijn in dit onderzoek niet meegenomen. Dit zou een onderwerp voor vervolgonderzoek kunnen zijn. Ten slotte zou vervolgonderzoek zich ook kunnen richten op wijkteamcasuïstiek die even complex maar waarbij geen laagdrempelige hulp is ingezet. Er kan dan bekeken worden in hoeverre in die casussen de transformatiedoelstelling tot uiting zijn gekomen.

Desalniettemin kunnen op grond van dit onderzoek tien aanbevelingen geformuleerd worden:

- ‘Exnoveer’: bouw voort op hetgeen in de praktijk van alledag al succesvol is gebleken.
- Het organiseren van laagdrempelige specialistische hulp is een noodzakelijke voorwaarde in het nieuwe jeugdstelsel.
- Bij het organiseren van laagdrempelige specialistische hulp is de visie op hulp leidend en niet de organisatievorm.
- Unieke complexe casussen kunnen worden bediend met standaardoplossingen mits binnen de handelingsgerichte diagnostiek de empowerment van de cliënt nog meer wordt vergroot.
- Maak gebruik van duidelijke op- en afschalingscriteria.
- De meerwaarde van handelingsgerichte diagnostiek kan worden verzilverd als de stepped care elementen in deze methodiek meer worden benut.
- Monitoren en evalueren is de kracht van het handelingsgericht werken en dient in het klinisch handelen meer gestimuleerd te worden.
- Specialistische hulp in netwerken organiseren waarbij het handelingsgericht werken een cementfunctie heeft in de samenwerking tussen generalist en specialist.
- Integreer de werkzame elementen van collaborative en team-based stepped care in het handelingsgerichte werken
- Sturen op vertrouwen vanuit de gemeente waarbij voorzieningen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen.

Summary

The access to specialised care is the weak spot in the decentralisation of youth care. The lack of expertise in local settings is a major risk in making specialised care available when and where needed. It is expected that making specialised care available in an early stage can prevent under- and overtreatment. There is however no consensus about this.

This research aimed to establish the effectiveness of easy accessible specialised care in the renewed system of youth care. To support youth care workers in the community in dealing with complex cases the administration of Rotterdam district decided to implement Consultation and Diagnosis teams (CDT). To achieve the ambitions of the renewed system of youth care, e.g. ownership/self-management, appropriate care, normalization and down-scaling, these teams have adopted a working routine based on a model of stepped care.

It is important to know to what extent this working routine adds value to the community youth care worker and eventually to the child/ youngster and his family. Theories about the assignment of specialised care as well as theoretical models about creation value have been used to describe the deployment of specialized care.

This resulted in a conceptual framework which was used to develop a topic list and questionnaires.

Over the period January–February 2016 ten cases were completed by the CDT. These ten cases were selected for the research in his thesis. All the documents concerning these cases were analysed and questionnaires were sent to the community youth care workers as well as to the professionals in the CDTs.

The aim was to provide answers to two central questions:

- How effective is the deployment of easy accessible specialised care in the renewed youth care system and does it indeed create value?
- Which recommendations can be formulated to increase the effectiveness and the creation of value for the client?

From this research it can be concluded that the CDTs have proven to be effective. Both community youth care workers and CDT professionals reported that specialised care as provided by the CDTs contributed to the achievement of the ambitions of the renewed youth care system. Document analyses supported these findings. Also points for attention and improvements were suggested. In some of the cases the support was not aimed sufficiently at the full system of the family, the informal network was underused, earlier interventions were poorly evaluated, positive aspects were not always included in the advice given, not all people involved shared a common vision on the problem, explanations and solutions presented, poor monitoring, scarce evaluation by the CDTs, long completion times and community care workers experienced some distance to the CDTs.

Value was created for the child/youngster and the family. Both community youth care workers and CDT professionals were satisfied with the advice and the process followed. The creation of value was ascribed to the open attitude and willingness to work together and learn from each other. The expertise needed was readily available, the expertise of the CDT was adequate and unequivocal arrangements on ownership/self-management and cooperation were made. In almost all of the cases continuity by CDT professionals was guaranteed.

Both community youth care workers and CDT professionals indicated that the advice given was not always aiming sufficiently to one family – one plan, a shared vision on the problem, explanations and solution was sometimes lacking due to the absence of joint meetings in which the case can be fully discussed, the attitude of CDT professionals to increase expertise of community care workers as well as to learn from them, and due to strict working routines tasks were not very flexible assigned to the people involved. Finally, the inadequate evaluation and the lack of monitoring was seen as a hindrance in up- and downscaling of care.

A few limitations of this study need to be mentioned. There is no consensus on the denotation of 'ownership/self-management', 'appropriate care', 'normalisation' and 'downscaling' and consequently it is not clear how these concepts could best be operationalized in the scope of this research. Interviews with community care workers and CDT professionals could have helped to interpret and complement the results of the document analyses and the questionnaires. The time period in which the cases were collected was limited and it is not sure to what extent these cases represent fully the functioning of CDTs. The experiences of the child/youngster and his family were not included in this research. It is important that follow-up research also includes them. Also follow-up research should include cases handled solely by community care workers since these cases can also be very complex but no intervention by the CDT is required. It can then be established to what extent the ambitions of the renewed youth care system can be achieved in these cases handled by community care workers.

Despite these limitations of ten recommendations can be made.

- Exnovate: build on what is already successful
- Organising easy accessible specialised care is a necessary condition to make the renewed youth care system effective.
- In managing easy accessible specialised care vision is leading and not the organization
- Unique and complex cases can be handled by uniform working routines as long as the starting point is increasing ownership and empowerment of the client
- Use indistinct criteria for up- and downscaling of care
- The added value of action-oriented diagnosis can be enlarged by including elements of stepped care in this method
- Monitoring and evaluation is in the heart and the power of action-oriented processes and therefore needs to be stimulated in clinical work.
- Organise specialised care in networks and use an action-oriented methodology to bring together community care workers and specialists.
- Integrate the influential elements of collaborative and team-based stepped care in action- oriented working processes.
- The best way for the municipalities to develop the renewed youth care system is to rely on social organisations and bring them in a position where they can take responsibility



Inhoud

Samenvatting	3
Summary	5
Hoofdstuk 1:	
Inleiding	10
1.1 Het nieuwe jeugdstelsel anno 2016	11
1.2 Maatschappelijke en praktische relevantie van het onderzoek	15
1.3 Doelstelling van het onderzoek	15
1.4 Onderzoeksmodel	17
1.5 Afbakening	17
1.6 Leeswijzer	17
Hoofdstuk 2:	
Context van de integrale specialistische jeugdhulp binnen het nieuwe jeugdstelsel	18
2.1 Inleiding	19
2.2 Integrale specialistisch jeugdhulp	20
2.3 Samenwerkingsmodellen	21
2.4 Knelpunten in het samenwerken met specialistische jeugdhulp	22
2.5 Transformatie ideeën over de toekomst van integrale specialistische jeugdhulp	23
2.6 Regio Rijnmond en specialistische jeugdhulp	24
2.7 Handelingsgerichte diagnostiek	27
2.8 Conclusie	28
Hoofdstuk 3:	
Zorgtoewijzingsmodellen en waardecreatie in het nieuwe jeugdhulpdomein	29
3.1 Inleiding	30
3.2 Modellen van zorgtoewijzing binnen het primaire proces	30
3.2.1 Matched Care: specialistische zorg vooraan in de keten georganiseerd	30
3.2.2 Managed Care	31
3.2.3 Stepped Care	32
3.2.4 Collaborative stepped care: specialistische hulp op afroep beschikbaar vooraan in de keten	33
3.2.5 Team-based Stepped Care	34
3.3 Waardecreatie vanuit verschillende perspectieven	35
3.3.1 waardecreatie in de zorg	35
3.3.2 Waarde creatie in samenwerking in de zorg	36
3.4 Conceptueel model	37



Hoofdstuk 4:

Opzet en verantwoording van het onderzoek	38
4.1 Onderzoeksdesign	39
4.2 Onderzoeksvragen	40
4.2.1 uitwerking van de onderzoeksvragen	40
4.2.2 Onderzoeksvraag 5	40
4.3 Dataverzameling	41
4.3.1 Vooronderzoek	41
4.3.2 Selectie van casussen	42
4.4 Documentanalyse	42
4.5 Beschrijving van de casussen	43
4.6 Vragenlijsten	43

Hoofdstuk 5:

Resultaten	44
5.1 Inleiding	45
5.2 Clientkenmerken	45
5.2.1 Aard van de problemen bij de 10 aangemelde casussen	45
5.2.2 De co morbiditeit	48
5.2.3 Ernst van de problemen	48
5.2.4 Effecten van de behandelgeschiedenis	49
5.2.5 Positieve kenmerken en steun van informeel netwerk	50
5.2.6 Conclusie onderzoeksvraag 5.1	51
5.3 Inzet specialistische hulp	52
5.3.1 Visie op inzet van specialistische hulp	52
5.3.2 Open houding en bereidheid om samen te werken	55
5.3.3 Expertise snel en dichtbij	56
5.3.4 Deskundigheidsbevordering	56
5.3.5 Regie en continuïteit	57
5.3.6 Samenwerkingsafspraken	58
5.3.7 Systematische evaluatie	58
5.3.8 Conclusie onderzoeksvraag 5.2	59
5.4 Effecten van de inzet van specialistische hulp ten aanzien van de transformatiedoelstellingen vanuit de documentanalyse	60
5.4.1 Eigen Regie	61
5.4.2 Normaliseren en neerwaartse druk	62
5.4.3 Passende hulp	64
5.4.4 Conclusie onderzoeksvraag 5.3	69
5.5 Waardecreatie voor de cliënt	71
5.5.1 Beleving van de expertise van het CDT door het wijkteam	71
5.5.2 Concrete oplossingen voor unieke (complexe) casussen	71
5.5.3 Informatievoorziening	71
5.5.4 Beleving van de samenwerking	72
5.5.5 Conclusie onderzoeksvraag 5.4	72



Hoofdstuk 6:

Conclusie en beschouwingen	73
6.1 Onderzoekskader	74
6.2 Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp en wordt hiermee waarde gecreëerd?	74
6.2.1 Evaluatie van de effectiviteit	74
6.2.2 Evaluatie van de waardecreatie	76
6.3 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	78
6.4 Discussie en aanbevelingen	78

Referenties

84

Bijlagen

86

Bijlage 1: Topiclijst voor documentanalyse	86
Bijlage 2: Vragenlijst voor wijkteammedewerkers die CDT hebben ingeschakeld	88
Bijlage 3: Vragenlijst voor CDT medewerkers die een aanvraag vanuit het wijkteam CDT hebben behandeld	96
Bijlage 4: Vignetten	103



Hoofdstuk 1

Inleiding

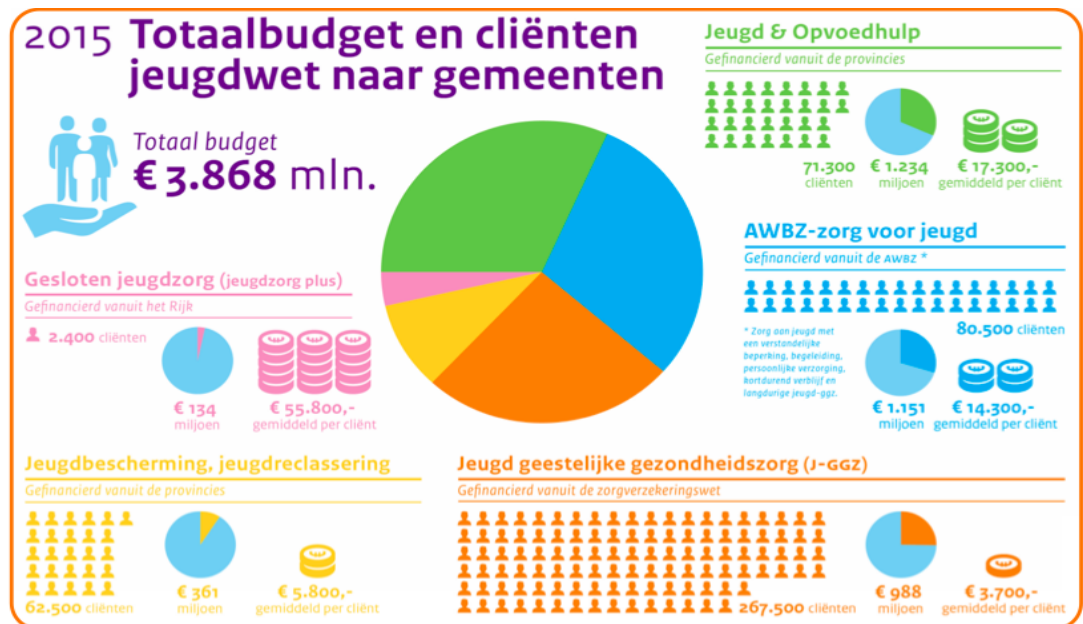
Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 het nieuwe jeugdstelsel anno 2016

In 2015 is ingezet op drie grote decentralisaties binnen het sociale domein. De gemeenten zijn verantwoordelijk gemaakt voor nieuwe taken binnen het sociaal domein via drie wetten: de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Participatiewet. Het idee is dat door zorg dichtbij de burger te organiseren er meer mogelijkheden worden gecreëerd om eerder en sneller maatwerk te leveren waardoor behandeling in specialistische zorg voorkomen kan worden en daarmee stijging van de kosten te stoppen of zelfs om te buigen. Voor de jeugdhulpverlening wordt gestuurd op een afname van de groei van alle typen hulpverlening (figuur 1) in combinatie met een kostenbesparing.

Figuur 1:
Facts & Figures
nieuwe Jeugdwet
(VWS, 2014).



Het totale budget dat in Nederland voor jeugdhulpverlening in 2015 werd opgesteld was ongeveer 3,9 miljard. Hiermee werd 150 miljoen bespaard ten opzichte van 2012. Er wordt met de decentralisatie een bezuiniging opgelegd van 3% in 2015, 8,5% in 2016 en 12,5% in 2017 (basis 2013 exclusief indexering en groei) (VNG, 2013).

Het doel van deze decentralisatie was het dichterbij de jeugd organiseren van hulp en het bevorderen van betere samenwerking tussen betrokken partijen. Dit tegen minder hoge kosten dan voorheen (Ministerie van VWS, 2014). De ambitie van het nieuwe jeugdstelsel is dat er eerder samenhangende jeugdhulp op maat wordt geboden, dat de regeldruk voor professionals wordt verminderd en de professionele ruimte wordt vergroot, dat de zorgvraag wordt teruggebracht en er minder wordt gemedicaliseerd, en dat de eigen kracht van gezinnen meer wordt aangesproken (Kinderombudsman, 2016). Ook de incidenten die in het nieuws kwamen hebben de noodzaak om vernieuwing van het jeugdstelsel gestimuleerd.

Figuur 2:
Volkskrant,
4 september
2007

'Veiligheid Maasmeisje stond niet voorop bij jeugdzorg'

In een vernietigend rapport over het zogenoemde 'Maasmeisje', stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vandaag het falen van de jeugdzorg in Rotterdam aan de kaak...

De gemeenten kregen een centrale rol en hebben veel beleidsvrijheid gekregen. Zij zijn verantwoordelijk geworden voor de jeugdhulp, waaronder het vaststellen van nieuwe processen als probleemanalyse, indicatiestelling, toegang en toeleiding naar zorg. Veel gemeenten (86%) kiezen ervoor om (sociale) wijkteams in te zetten. Deze wijkteams worden op uiteenlopende manieren vormgegeven (VNG, 2015). Het meest gebruikte model is een breed integraal team dat alle hulpvragen oppakt. De samenstelling van het team is divers en vanuit verschillende velden zijn professionals actief (preventie, welzijn, preventie, woningcoöperaties, vrijwilligers, Gecertificeerde Instellingen zoals GGZ, VB politie). De meeste (wijk)teams hebben voor het grootste deel generalisten in het team en veel minder specialisten.

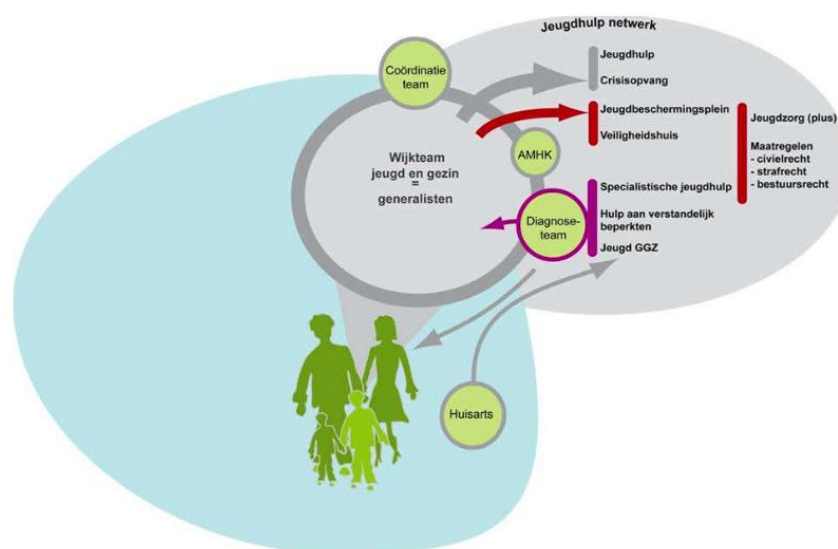
Wat betreft de toegang tot hulp kunnen cliënten bij 86% van de gemeenten naar het wijkteam doorverwezen worden door de huisarts, wijkverpleegkundige of overige instellingen zoals scholen. In 76% van de gemeenten kunnen bewoners zich ook direct aanmelden. Daarnaast geeft 67% van de gemeenten aan dat de sociale (wijk)teams burgers ook proactief (outreaching) benaderen. In de wijkteams wordt over het algemeen eerste- en tweedelijns zorg gerealiseerd.

In dit rapport worden de volgende drie niveaus van ondersteuning en zorg onderscheiden:

- Nuldelijnszorg: ondersteuning en preventie zoals mantelzorg en voorlichting
- Eerstelijnszorg: direct toegankelijke zorg (zoals huisarts), maatschappelijke ondersteuning en wijkteams
- Tweedelijnszorg: specialistische zorg, waarvoor verwijzing vanuit de eerste lijn nodig is.

Wat betreft de tweedelijnszorg worden verschillende routes gezien. Het team kan deze zorg zelf voor zijn rekening nemen, de casus (tijdelijk of permanent) doorverwijzen naar gecertificeerde instellingen waarbij een stepped care model (eerst de minst intensieve vorm van hulp) gehanteerd wordt of specialisten van buitenaf worden ingeschakeld voor de tweedelijnszorg, waarbij het team zelf de regie behoudt. Bij een klein percentage van de brede, integrale sociale (wijk)teams wordt de tweedelijnszorg geheel door het team zelf geboden; slechts één gemeente heeft deze optie geselecteerd. Vijf gemeenten (6%) gaven aan dat de casus volledig wordt overgedragen wanneer tweedelijnszorg nodig is. Als een generalistische (wijk)team als voorpost functioneert met daarachter domein- specifieke teams (zoals GGZ, VB, J&O) verwijst het team door naar specialistische inzet indien de eigen kracht niet toereikend is om de hulpvraag op te lossen. In deze gevallen gaat het vaak om multiprobleemgezinnen of complexe hulpvragen. Ook verwijzen een aantal gemeenten door wanneer maatwerk vereist is; de benodigde specialisatie is dan bijvoorbeeld niet vertegenwoordigd binnen het team.

Figuur 3:
toeleiding naar
zorg uit
voor de jeugd.
Nieuw Rotterdams
Jeugdstelsel
(2013).



De toeleiding naar specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel is de achillespees van de decentralisatie. In een rapport van het Centraal Plan Bureau (CPB, 2013), worden een aantal risico's benoemd die de decentralisatie met zich meebrengt. De rode lijn is dat er lokaal mogelijk onvoldoende deskundigheid is om sneller, eerder toe te leiden naar de juiste hulp op de juiste plek en dat beleidsvrijheid ertoe kan leiden dat het uniforme kwaliteitskader voor 'goede zorg' weer verloren gaat door verschillen in de gemeentelijke uitvoering.

Dat er nog veel problemen zijn in de toeleiding naar specialistische hulp komt ook naar voren in de drie deelrapportages van de Kinderombudsman (Kinderombudsman 2015a, 2015b en 2016).

In de eerste deelrapportage wordt geconcludeerd dat het ontbreekt aan een stevige toeleiding waarin randvoorwaarden helder geformuleerd zijn. Er worden nog veel 'olifantenpaadjes' gebruikt waarbij de cliënt naar bekende routes van gecertificeerde instellingen worden doorverwezen. Uit dit rapport komt naar voren dat de competenties van de wijkteams nog niet altijd op voldoende niveau zijn. Omdat professionals in de toegang nog erg zoekend zijn, en nog (te) veel inzetten op de eigen kracht van het gezin. De vraag is of wel voldoende snel en adequaat wordt ingegrepen, niet alleen in geval van complexe problematiek maar ook als het gaat om de veiligheid van een kind. Er zijn signalen dat het niveau van de verzoeken tot raadsonderzoeken verslechtert (Kinderombudsman, 2016). Ook lijkt het wijkteam over onvoldoende deskundigheid te beschikken om complexe problematiek (tijdig) te herkennen en er adequaat op te reageren. Het risico op over- of onderbehandeling is nog steeds aanwezig. Met over- of onderbehandelen wordt bedoeld (a) het te lang respectievelijk te kort, (b) te intensief respectievelijk te licht behandelen of (c) het behandelen van een kind en gezin op een niet passende plaats in de keten. In de tweede deelrapportage van de Kinderombudsman (2015b) wordt beschreven dat kinderen niet de hulp krijgen die de specialist voorschrijft maar de hulp die bij gemeente beschikbaar is. Maatwerk en flexibiliteit worden bemoeilijkt doordat gemeenten nog te veel aanbodgericht in plaats van vraaggestuurd werken.

Het vaststellen van de hulp voor een kind kost veel tijd en er ontstaan (onnodige) wachtlijsten bij gespecialiseerde jeugdhulp zoals bij jeugd- GGZ. In de derde deelrapportage (Kinderombudsman, 2016) komt naar voren dat de wachtlijstproblematiek intensiveert. De vraag naar zorg neemt toe, de zorg is te krap ingekocht vanwege de ingezette bezuinigingen en ook kennis en kunde bij de wijkteams schiet tekort. Hierdoor worden kinderen pas in een laat stadium naar de juiste hulp doorverwezen. Later inzetten van de juiste hulp betekent in sommige gevallen langere hulptrajecten, omdat de problematiek door het wachten is verergerd. Daarnaast blijkt ook in 2016 dat de toegang tot jeugdhulp nog steeds moeilijk te vinden is voor kinderen en ouders en dat ook wijkteammedewerkers hiermee worstelen. Er zijn veel signalen dat de kennis over veiligheid in de toegang en samenwerkingsafspraken over de veiligheid van kinderen niet duidelijk zijn. Ook wordt het gebrek aan samenwerking veel gerapporteerd.

Deze problemen worden ook gezien in de regio Rijnmond. De meeste van de 16 gemeenten hebben ervoor gekozen om brede integrale generalistische teams in te zetten. Deze teams kunnen voor ondersteuning bij complexe casuïstiek een beroep doen op de Consultatie en Diagnose Team (CDT). Het CDT heeft geen indicatie- of toewijzingsfunctie naar zorg maar heeft als functie consultatie & advies en integrale diagnostiek vanuit verschillende specialismen. Het doel van het CDT is snel advies te bieden met een multidisciplinair team van specialisten, om in afstemming met cliënt (en gezin) en het wijkteam te komen tot een best passend advies en aanpak voor het gezin. Over de doelmatigheid van het inzetten van specialisten net achter de 'voor deur' van het wijkteam is veel discussie. Ook in de regio Rijnmond bestaan vanuit de zorgaanbieders verschillende beelden over de functie, omvang en houdbaarheid van het CDT. Het inzetten van specialisten aan de voorkant lijkt haaks te staan op wat met de stelselwijziging wordt beoogd, namelijk zo min mogelijk specialistische zorg inzetten en vooral sturen op het normaliseren van de vraag.

De regio Rijnmond heeft met het inzetten van de CDT gekozen voor een benadering waarbij specialistische hulp snel geadviseerd kan worden en niet alleen achterin het stelsel. De verwachting van regio Rijnmond is dat de samenwerking tussen het wijkteam en het CDT ertoe leidt dat vroegsignalering tot stand komt, naast het normaliseren van opvoedingsvraagstukken en de realisatie van neerwaartse druk waarmee doelmatigere (kwaliteit, veiligheid en efficiëntere) hulp gerealiseerd wordt (Twijnstra & Gudde, 2015).

1.2 Maatschappelijke en praktische relevantie van het onderzoek

Verwacht wordt dat het inzetten van laagdrempelige gespecialiseerde expertise (en dus dure hulp), meteen achter de voordeur, bijdraagt aan een kostenreductie door onnodig over- of onderbehandelen te verminderen (Twiinstra & Gudde, 2015). Minder doen dan noodzakelijk of meer doen dan nodig brengen hoge maatschappelijke kosten met zich mee, niet alleen door de hulpverlening en maatschappelijke ondersteuning voor bijvoorbeeld het gezin, maar vooral ook de kosten die veroorzaakt worden door de (sociale) bijwerkingen van de aandoeningen van het kind en gezin (bijvoorbeeld de verminderde economische inzetbaarheid van ouder(s)).

Het onderzoek is daarnaast praktisch relevant omdat het vraagstuk strategische implicaties heeft voor beleidsmakers. Er worden aanbevelingen gedaan die een kwaliteits- en efficiëncyslag binnen de jeugdhulp kunnen stimuleren. Uit dit onderzoek komen aanbevelingen naar voren om de samenwerking met laagdrempelige gespecialiseerde jeugdhulp effectiever te maken waarbij de cliëntwaarde wordt verhoogd.

1.3 Doelstelling van het onderzoek

De doelstelling van het onderzoek is een uitspraak doen of de gekozen werkwijze van het inzetten van specialistische hulp middels het CDT, bijdraagt aan het bereiken van de transformatiedoelstellingen en hiermee bijdraagt aan het creëren van waarde voor de cliënt. Het inzetten van specialistische hulp wordt binnen dit onderzoek beschreven vanuit theorieën over verschillende zorgtoewijzingsmodellen en vanuit waardecreatie voor de cliënt. Met dit onderzoek worden ook aanbevelingen gedaan aan beleidsmakers of en op welke manier de effectiviteit van de inzet van specialistische hulp vergroot kan worden.

Dit onderzoek richt zich op het beantwoorden van twee centrale vraagstellingen:

1. Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel en wordt hiermee waarde gecreëerd?
2. Welke aanbevelingen voor de inzet van specialistische hulp kunnen worden gedaan om de effectiviteit en waardecreatie voor de cliënt te optimaliseren?

Om te komen tot beantwoording van deze vraagstellingen zijn deelonderzoeksvragen geformuleerd:

Onderzoeksvraag 1 **Wat is de huidige context van het nieuwe jeugdstelsel?**

Op basis van beleidsdocumenten en (evaluatie-)rapporten van de overheid (lokaal en regionaal) wordt onderzoeksvraag 1 beantwoord. In hoofdstuk twee wordt een contextschets gegeven en wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Wat zijn de landelijke en regionale ambities van het nieuwe jeugdbeleid om de jeugdzorg efficiënter, kostenbesparender en minder gefragmenteerd te maken?
- Welke samenwerkingsmodellen worden hiertoe gehanteerd? Wat zijn hierbij de eerste ervaringen?
- Welke knelpunten worden daarin gesignaleerd t.a.v. de doelstellingen?
- Hoe ziet het complexe krachtenveld eruit waarin regionale samenwerking zich afspeelt in de regio Rotterdam?
- Hoe wordt inhoudelijk de samenwerking tussen generalist en specialist vormgegeven?

Onderzoeks-
vraag 2 Welke verschillende zorgtoewijzingsmodellen worden in de literatuur beschreven voor het inzetten van specialistische hulp? Welke factoren zijn hieruit te lichten die voor de cliënt binnen het jeugdhulpdomein van belang zijn?

Onderzoeks-
vraag 3 Hoe wordt waarde gecreëerd in de zorg in samenhangende zorgwaardeketens volgens Porter en Stabell & Fjelstad? Wat zijn factoren die waarde creëren voor de cliënt?

Op basis van een literatuurstudie (hoofdstuk 3) werd een conceptueel model ontwikkeld gebaseerd op theorieën over de verschillende zorgtoewijzingsmodellen en de factoren die bepalend zijn bij het creëren van waarde voor een cliënt. Bij de zorgtoewijzingsmodellen wordt steeds kort aangegeven wat het perspectief van ieder model is, de voor- en nadelen en, indien beschikbaar, de wetenschappelijke verantwoording van deze modellen in de klinische praktijk.

Het hoofdstuk eindigt met een conceptueel model waarin de belangrijkste factoren worden weergegeven die van belang zijn om mee te nemen om te komen tot een goede (zorg)afstemming tussen wijkteam en specialistische hulp zodat waarde voor de cliënt kan worden gecreëerd. Met deze factoren wordt een topiclijst gemaakt waarmee casuïstiek kan worden geanalyseerd en vragenlijsten voor medewerkers van het wijkteam en het CDT kunnen worden samengesteld.

Onderzoeks-
vraag 4 Welke informatie is beschikbaar binnen de databestanden van Regio Rijnmond en kan hiermee de effectiviteit van het inzetten van specialistische hulp en de waardecreatie voor de cliënt worden geëvalueerd?

Om deze vraag te beantwoorden is een vooronderzoek verricht (hoofdstuk 4) waarbij het databestand van het CDT is bekeken. Op deze manier is zicht gekregen over het aantal casussen dat bij het CDT is aangemeld en ook de informatie die per casus beschikbaar was.

Onderzoeks-
vraag 5 Hoe wordt binnen Regio Rijnmond vormgegeven aan de factoren waarvan uit literatuuronderzoek naar voren komt dat die van belang zijn bij het effectief inzetten van specialistische hulp.

Deze onderzoeksvraag werd op basis van de literatuur in hoofdstuk 2 en 3 uitgewerkt in vier deelvragen.

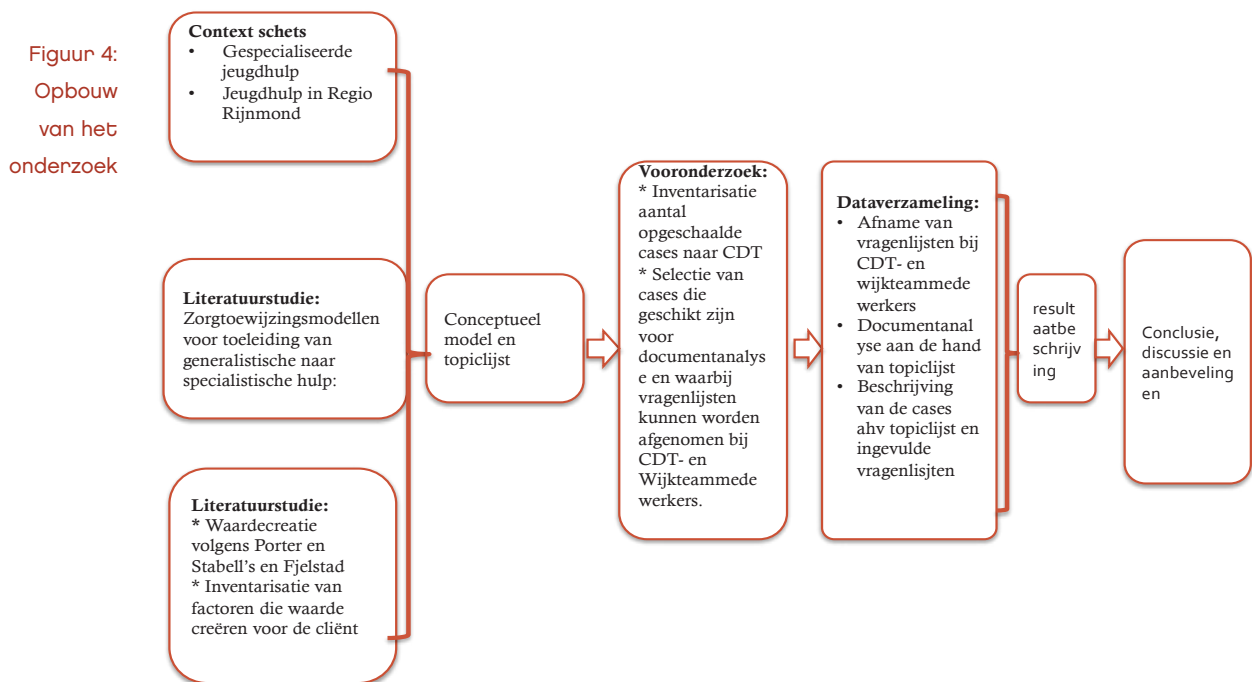
Deze deelvragen worden in hoofdstuk 4 beschreven.

De beantwoording van de twee centrale vraagstellingen wordt ten slotte in hoofdstuk 6 beschreven.

Hiertoe worden de resultaten van hoofdstuk 5 gerelateerd aan de contextschets van hoofdstuk 2 en de literatuur van hoofdstuk 3.

1.4 Onderzoeksmodel

De opbouw van het onderzoek is weergegeven in figuur 4. Een contextschets die veranderingen binnen het jeugd-stelsel en specifiek in de regio Rijnmond beschrijft, levert samen met een literatuurstudie informatie op over de achtergronden van het onderzoek. De literatuurstudie heeft betrekking op de effectiviteit van hulpverlening gezien vanuit verschillende zorgtoewijzingsmodellen en op de wijze waarop waarde gecreëerd kan worden voor een cliënt (Porter, Stabell's and Fjelstad's). Deze achtergrondinformatie leidt tot een conceptueel model waarmee een topiclijst kan worden opgesteld. Met deze topiclijst worden de casussen die bij het CDT zijn aangemeld, beschreven.



1.5 Afbakening

Binnen het nieuwe jeugdstelsel staat het organiseren van de zorg zo lokaal mogelijk centraal. Dit had direct consequenties voor dit onderzoek omdat dataverzameling ook lokaal plaatsvond. Het voordeel is dat de onderzoeksresultaten lokaal betekenis krijgen. Gekozen is voor één van de vier grote regio's in Nederland namelijk de regio Rotterdam. Binnen deze regio is de samenwerking tussen de wijkteams en de consultatie en diagnoseteams geselecteerd om de effectiviteit van het inzetten van specialistische hulp in het nieuwe jeugd-stelsel te illustreren.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk twee wordt een contextschets gegeven waarin de aanleiding voor de herziening van het jeugd-stelsel wordt beschreven en de ambities van het nieuwe jeugd-beleid om de jeugdzorg efficiënter, kostenbesparender en minder gefragmenteerd te maken. Vervolgens wordt in dat hoofdstuk ook ingegaan op het complexe krachtenveld met de regio Rotterdam als voorbeeld. In hoofdstuk drie wordt de wetenschappelijke kennis over zorgtoewijzingsmodellen beschreven en de theorie over het genereren van waardecreatie bij een cliënt.

In hoofdstuk vier wordt de methodologische verantwoording van het onderzoek gegeven. In hoofdstuk vijf worden de resultaten van het onderzoek beschreven en in hoofdstuk zes volgt de conclusie en discussie met aanbevelingen.



Hoofdstuk 2

Context van de integrale
specialistische jeugdhulp
binnen het nieuwe jeugdstelsel

Hoofdstuk 2

Context van de integrale specialistische jeugdhulp binnen het nieuwe jeugdstelsel

2.1 Inleiding

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van jeugdhulp. De verschillende partijen (onder andere gemeente, jeugdhulpaanbieders, rijk) zijn er gezamenlijk verantwoordelijk voor dat binnen de vastgestelde kaders een zo goed mogelijke hulpaanbod wordt gerealiseerd waarbij tevens een bezuinigingsslag moet worden gemaakt. Hierbij is er niet alleen oog voor professionele hulp maar ook voor het betrekken van partijen op gebied van welzijn en preventie en ouders, familieleden, vrijetijdclubjes enzovoorts (Civil society).

Figuur 5 uit
Jeugdagenda
2015-2018

De **transformatiedoelen** zijn in de memorie van toelichting van de **Jeugdwet²** als volgt omschreven:

1. *Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden (eigen kracht) van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;*
2. *Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;*
3. *Eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen;*
4. *Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'; door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen;*
5. *Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk; betrokken professionals die sociale netwerken in de omgeving van het gezin weten in te schakelen en die kunnen samenwerken met vrijwilligers en familieleden en hun kracht weten te benutten.*

In het nieuwe jeugdstelsel is samenwerking een voorwaarde voor het bereiken van de gewenste kwaliteit van jeugdhulp. Er is een beweging in gang gezet van 'stepped care' naar 'matched care' (Transitie Autoriteit Jeugd, 2015). Dat betekent dat er wordt gestreefd naar interventies op een eerder moment die zijn afgestemd op de specifieke situatie in de omgeving van het kind. Deze beweging - naar één gezin, één plan, één regisseur - wordt door alle partijen in het veld onderschreven. Het stelt hoge eisen aan de toegangsfunctie van de jeugdhulp en investeren in de voorkant lijkt essentieel om de transformatiedoelstellingen te bereiken. De achterkant (specialistische zorg) kan immers pas worden afgebouwd als de voorkant (toegang) goed werkt.

2.2 Integrale specialistisch jeugdhulp

Gemeenten bieden generalistische ondersteuning (preventie, lichte vormen van jeugdhulp) waar het kan en specialistische ondersteuning waar het moet. Enerzijds omdat generalistische hulp vaak goedkoper is, anderzijds omdat ervan uit wordt gegaan dat de generalist de cliënt beter kan begeleiden bij het inzetten van eigen kracht en zelfredzaamheid. Bovendien is het uitgangspunt dat het beter is snel lichte ondersteuning in te zetten, om later specialistische zorg te voorkomen dan wel uit te stellen. Naast de generalistische ondersteuning dient ook een snelle toegang tot passende zwaardere vormen van jeugdhulp mogelijk te zijn als dat nodig is. Uit tal van actuele notities over de benodigde veranderingen in het zorgjeugdlandschap komt naar voren dat op lokaal, regionaal en bovenregionaal niveau, inzet en ontwikkeling van gespecialiseerde jeugdhulp noodzakelijk is (VNG, 2015; NJI, 2016). Beleidsmakers en ook zorgaanbieders zijn van mening dat om passende zorg dichtbij aan te bieden, de generalistische basiszorg zich verder dient te ontwikkelen. Zij dient zich te voeden met kennis en vaardigheden uit de meer specialistische zorg. Dit heeft invloed op de inrichting en omvang van de specialistische 'top' in de verschillende sectoren. Verwacht wordt dat in de komende jaren de schotten tussen de bestaande zorgvormen wegvallen (VNG, 2015). Het is de bedoeling dat de verschillende sectoren (jGGZ, JGZ, gehandicaptenzorg, JOH, jeugdzorg-plus, jeugdbescherming en jeugdreclassering) beter gaan samenwerken (horizontale integratie) en ketenzorg bieden (verticale integratie) De gespecialiseerde zorg dient ter ondersteuning van de wijkaanpak een aanbod te ontwikkelen dat dicht bij huis kan worden ingezet, zodat het grootste deel van de zorgvragen daar kan worden opgelost.

De specialistische jeugdhulp is gericht op kinderen en gezinnen met ernstige meervoudige problemen. Dit zijn gezinnen met kinderen die ernstig belemmerd worden in hun ontwikkeling door een combinatie van opvoedings- of gezinsproblematiek, psychische problemen en/of een verstandelijke beperking. De hulp is vaak zowel gericht op het kind als op het gezin en wordt integraal vorm gegeven omdat enkelvoudig aanbod vanuit één van de specialismen vaak niet voldoet om behandeldoelen te bereiken. Integrale jeugdhulp heeft als doel de ontwikkeling van het kind te bevorderen, de veiligheid zo nodig te herstellen en kind- en gezinsproblemen te verminderen om participatie aan de samenleving zo optimaal mogelijk te maken. Daarnaast is integrale jeugdhulp ook gericht op cliëntoverstijgende doelen, zoals het sneller en flexibeler inzetten van aanvullende hulp, het vergroten van de continuïteit van zorg, het verkorten van de behandelduur of het voorkomen van opname (NJI, 2016).

2.3 Samenwerkingsmodellen

De samenwerking tussen generalistische en specialistische hulp is per gemeente verschillend. Dit was inherent aan het doel van de nieuwe Jeugdwet om zo meer lokale inkleuring te geven en hierdoor meer en beter aan te sluiten bij het kind en diens gezin. In een aantal situaties is de samenwerking gebaseerd op de bestaande infrastructuur. In andere situaties is gekozen voor een expertiseteam om nieuwe werkwijzen te stimuleren.

Vilans (2016) heeft drie modellen van samenwerking verkend.

Figuur 6
uit Vilans
(2016)



Model 1: Sociaal wijkteam werkt samen met expertise team.

Een expertise team bestaat uit een vaste groep professionals met ieder eigen specialistische vakkennis. Vaak betreft de groep een afspiegeling van de zorgaanbieders in de regio, waarbij ieder lid een bepaalde expertise vertegenwoordigt. Dit team komt al dan niet op vaste momenten bij elkaar om gezamenlijk casuïstiek te bespreken en kennis over te dragen. Een expertise team kan ook in digitale vorm aanwezig zijn. In ruim 13% van de Nederlandse Gemeenten wordt het expertiseteam als samenwerkingsvorm gehanteerd.

Model 2: Sociaal wijkteam werkt samen met een expertise netwerk.

Een expertisenetwerk of een expertisepool is een breed netwerk van verschillende deskundigen waar een wijkteam een beroep op kan doen. Een expertise netwerk zit vaak op regionaal niveau, kent geen vaste overlegmomenten maar leden zoeken elkaar op. Dit model komt in ruim 76% van de Nederlandse Gemeenten voor.

Model 3: Triagemedewerker zorgt voor de verbinding tussen sociaal wijkteam en expertiseteam of -netwerk.

De triagemedewerker treedt als schakel op tussen wijkteams en experts. De triagemedewerker fungeert als poortwachter die de ondersteuningsvraag vanuit het wijkteam beoordeelt en de vervolgstappen bepaalt. Dit model komt maar in 7% van de Nederlandse Gemeenten voor.

Uit de evaluatie van Vilans (2016) worden 8 factoren genoemd die bijdragen aan een succesvolle samenwerking:

- **Open houding en bereidheid om samen te werken.**

Zowel specialisten als generalisten moeten bereid zijn met elkaar in overleg te treden, kennis te delen, van elkaar willen leren en samen naar oplossingen te zoeken. Overnemen door de specialist werkt contraproductief en de generalist dient regie te behouden.

- **Expertise dichtbij de generalist in het wijkteam.**

Vooraf bij complexe casuïstiek wordt de noodzaak gevoelt expertise snel en dichtbij te hebben om snel in te kunnen schatten wat er aan de hand is en welke ondersteuning nodig is en het meest passend is.

- **Generalist en specialist doen samen casuïstiek bespreking** met de cliënt, of juist vooraf of achteraf gezamenlijk een casus bespreken.
- **Afspreken wie regie heeft en wat dat inhoudt.**
Is duidelijk wie de regierol heeft en waarover (casus of behandeling). Is het duidelijk wie de ingezette zorg en ondersteuning monitort en evalueert. Wie ziet erop toe dat de afgesproken doelen worden gerealiseerd.
- **Deskundigheidsbevordering tussen wijkteams onderling.**
Leren van elkaars expertise blijkt van belang omdat de wijkteams divers zijn in hun samenstelling en daarmee de beschikbaarheid over specifieke kennis en vaardigheden.
- **Afstemming met de huisarts.**
Communicatie met huisarts over inzet en terugkoppeling van hulp is bevorderend. Ook duidelijke werkafspraken, wanneer je elkaar nodig hebt en wanneer afstemming nodig is, een vast aanspreekpunt vanuit wijkteams en een goede terugkoppeling op casusniveau.
- **Duidelijke visie op generalistisch en specialistisch werken vanuit de gemeente en deze vertalen naar de praktijk.**
Om te komen tot een goede integrale aanpak is het van belang dat alle betrokkenen zich herkennen in een gezamenlijke visie op de ondersteuning aan een kind en diens gezin. Weet iedereen hoe de gemeente de toegang naar zorg en ondersteuning wil organiseren, wat het doel van het team is, hoe de teamleden (zowel van CDT als wijkteam) zich tot elkaar verhouden.
- **Monitoren en verbeteren.**
Uit het onderzoek komt naar voren dat expertiseteams of –netwerken nauwelijks geconsulteerd worden. Dit komt door de korte lijntjes met de moederorganisatie of omdat er meer handelingen nodig zijn om contact tot stand te brengen waardoor consultatie of diagnostiek langer op zich laat wachten. Deze processen continu willen monitoren, evalueren en willen verbeteren is een belangrijke succesfactor.

2.4 Knelpunten in het samenwerken met specialistische jeugdhulp

Uit evaluaties van het eerste jaar na de transitie komen een aantal knelpunten naar voren die betrekking hebben op de samenwerking tussen generalistische en specialistische jeugdhulp (Transitie Autoriteit Jeugd, 2015; De Kinderombudsman, 2015a, 2015b, 2016).

- De wijkteams fungeren als poortwachter naar specialistische hulp- en zorgverlening maar deze teams functioneren onvoldoende door een gebrek aan expertise binnen de wijkteams. Kennis en ervaring zijn belangrijk in het signaleren van problemen. Ook vergt het expertise om in te schatten of iemand baat heeft bij lichte vormen van ondersteuning, of doorverwezen moet worden naar meer specialistische vormen van jeugdhulp.
- Er zijn geen richtlijnen om de minimale competenties en deskundigheid binnen wijkteams te garanderen. Een gevolg hiervan is dat wijkteams mogelijk hulp bieden zonder dat zij beschikken over passende expertise en vaardigheden. Specialistische instellingen geven bijvoorbeeld aan dat de kennis om jongeren goed door te verwijzen bij de wijkteams soms ontbreekt waardoor de toegang tot specialistische hulp onvoldoende gewaarborgd werd.
- Inzet van expertise is afhankelijk van de samenstelling van de wijkteams. Indien de teams relatief breed van samenstelling zijn en veel expertisegebieden omvatten, is de behoefte en noodzaak over het algemeen minder groot om experts van andere organisaties te raadplegen. Als de wijkteams beperkt zijn in hun samenstelling, zal sneller de verbinding met specialisten gevonden moeten worden om de juiste ondersteuning te vinden. De vraag dient zich aan of in kleine teams de signaleringsfunctie goed opgepakt kan worden. Sommige doelgroepen vragen om specifieke kennis. Voorbeeld, bij mensen met een licht verstandelijke beperking en bij mensen met niet aangeboren hersenletsel zijn de beperkingen minder zichtbaar. Verbaal zijn ze sterk en worden daardoor overschat in hun mogelijkheden. Kennis over de achtergrond van de aandoening maakt de aanpak vaak efficiënter en prettiger voor de inwoner.

- Er worden nog veel 'olifantenpaadjes' gebruikt. Wijkteamleden onderhouden korte lijntjes met professionals uit hun moederorganisatie. Hierdoor krijgt de cliënt misschien wel snel toegang tot specialistische hulp maar de vraag is of dit de juiste hulp op de juiste plaats is (Kinderombudsman, 2015). De organisatievorm van de sociale wijkteams is dan wel redelijk nieuw, maar lokale samenwerking tussen professionals was dat vaak niet. De redenen waarom het expertiseteam niet wordt geraadpleegd kunnen divers zijn: het niet persoonlijk kennen van de leden van het expertiseteam, het expertteam kan alleen op factuurbasis ingeschakeld worden, het invullen van een formulier is nodig of het expertteam is niet makkelijk bereikbaar. Het samenwerken van generalisten en specialisten vraagt vooral wat in de houding van de wijkteamleden. Een open houding naar specialisten toe om in overleg te treden en de competentie om samen te werken, om te willen leren en om helder te communiceren met elkaar. Andersom geldt dat trouwens ook voor specialisten.
- Te weinig zicht op gecontracteerde expertise. Dit bemoeilijkt het verwijzen omdat niet duidelijk is of de zorg voor een kind wordt vergoed. Daarnaast komt het voor dat er verwezen wordt naar aanbieders die wachtlijsten hanteren of in verband met het bereiken van budget geen kinderen meer aannemen. Er bestaat te weinig inzicht in het ondersteuningsaanbod.
- De kennis en expertise (en handelingsbekwaamheid) over veiligheid van kinderen in de toegang hangt sterk af van de achtergrond en ervaring van de wijkteammedewerkers. Hierdoor ontstaat het risico dat onveiligheid van kinderen te laat wordt opgemerkt en niet goed wordt opgepakt (te laat op- en afschalen).
- Wachtlijsten in de toegang bij jeugdhulpaanbieders en Veilig-Thuis organisaties die een nadelig effect hebben op de veiligheid en ontwikkeling van een kind.
- Gebrek aan samenwerking tussen alle betrokkenen (jeugdhulpaanbieders, gecertificeerde instellingen, huisartsen, wijkteams, preventie, onderwijs etc.)
- De bekostingsstructuur wordt leidend voor de hulp die aan kinderen wordt gegeven. Door het bereiken van het budget worden kinderen niet meer aangenomen of worden wachtlijsten gehanteerd door zorgaanbieder. Ook door de hoge administratieve last bij zorgaanbieders door de verschillende eisen die gemeenten stellen, kiezen zorgaanbieders er in sommige gevallen voor om met gemeenten (waar ze maar beperkt budget van krijgen) geen samenwerking meer aan te gaan waardoor de hulp niet meer beschikbaar is voor de kinderen uit die gemeenten.

2.5 Transformatie ideeën over de toekomst van integrale specialistische jeugdhulp

In de notitie 'Zorglandschap' (2014) werd beschreven hoe gemeenten, branches en het ministerie van VWS afspraken hebben gemaakt over de specialistische jeugdhulp. In vervolg hierop worden in de notitie Ruimte voor Jeugdhulp (VGN, 2015) aanbevelingen gedaan ten aanzien van de stappen die kunnen worden gezet om specialistische jeugdhulp zowel op regionaal als bovenregionaal niveau door te ontwikkelen. Het uitgangspunt hierbij is dat specialistische kennis in alle segmenten van de jeugdhulpketen aanwezig is en continu verder wordt ontwikkeld. Het idee is dat door kennis en vaardigheden naar de voorkant te brengen en specialistische kennis in alle jeugdhulpfuncties een belangrijke plek te geven, de jeugdhulp steeds beter wordt. Hiermee hoopt men over- en onderbehandeling te voorkomen, de jeugdhulp dichterbij het gezin te organiseren en de hulp integraal aan te bieden. Voor de verschillende zorgaanbieders zijn tevens een aantal opgaven geformuleerd. Van hen wordt gevraagd om specialistische hulp en expertise dichterbij de gezinnen te brengen. Specialistische diensten dienen daartoe een rol te spelen bij de wijkteams. Als zware hulp nodig is (regionaal of bovenregionaal) moet dat tijdig gesignaleerd worden en snel ingezet kunnen worden. Deze vernieuwingen moeten leiden tot een minder groot beroep op zware jeugdhulp maar dit vraagt ook van de gemeenten om goed oog te houden voor de gevolgen voor instellingen zodat er landelijk voldoende specialistische jeugdhulp beschikbaar blijft. Ook vraagt het om coördinatie tussen regio's om het landelijke specialisme op peil te houden.

2.6 Regio Rijnmond en specialistische jeugdhulp

In de regio Rijnmond wordt gewerkt met wijkteams en bij complexe problematiek kan een wijkteammedewerker opschalen naar specialistische zorg. Dit kan door direct de toeleiding naar specialistische ondersteuning te verzorgen of door het Consultatie en Diagnostiseteam (CDT) in te zetten. Het CDT biedt multidisciplinaire consultatie, advies en handelingsgerichte diagnostiek bij complexe casussen. Het CDT beoogt bij te dragen aan het (1) het versterken van de eigen regie van de cliënt, (2) sneller toeleiden naar passende jeugdhulp, (3) het normaliseren van problematiek, (4) het zorgvuldig realiseren van de neerwaartse druk naar het gezin als systeem, informele netwerk, wijknetwerk en wijkteam. Ook ondersteunt het CDT het jeugdbeschermingsplein met expertise. In een aantal gevallen is het nodig dat er ten behoeve van een goede toeleiding naar specialistische zorg eerst experts worden geraadpleegd om te zorgen dat bijvoorbeeld jeugdigen (en gezin) met complexe problemen op de juiste behandelplek terecht komen.

Samenvattend zijn op dit moment de volgende functies bij het CDT ondergebracht:

- Hulp bij toeleiding naar de juiste specialistische ondersteuning
- Vraagverheldering
- Consultatie en Advies
 - Basisconsultatie en –advies bij algemene vraagstukken
 - Consultatie en advies gericht op hoogspecialistische thema's
- Diagnostiek
 - Basisdiagnostiek
 - Specialistische (complexe) diagnostiek.

Het CDT is een expertteam waarbij een vaste kern wekelijks vergadert. Tevens kan beroep worden gedaan op een flexibele schil waarvoor specialisten op verschillende gebieden gecontracteerd zijn. Dit maakt dat het CDT in de regio Rijnmond een combinatie is van een expert-team (model 1) en een expertisenetwerk (model 2, paragraaf 2.3). Zowel de CDT-medewerkers uit het vaste team als uit het expertisenetwerk zijn bij voorzieningen in de regio werkzaam. Ze zijn voor een aantal uren per week gedetacheerd en werken onder regie van de stadsregio. Het CDT is een (multidisciplinair) team en is een klankbord voor de wijkteams zodat de generalisten in de wijkteams zoveel mogelijk in staat gesteld worden om zelf een goed oordeel te vellen over de noodzaak van op- of afschaling. Daar waar dit noodzakelijk is voert het CDT ook zelf diagnostiek uit op vraag van het wijkteam. Bijvoorbeeld als een wijkteam onvoldoende inschatting van de problematiek kan maken of voor doorverwijzing, bijvoorbeeld naar specialistische hulp. Het diagnostiseteam wijst zelf niet door naar hulp, dat doet het wijkteam op basis van de diagnose. De diagnose moet voldoende houvast bieden voor jeugdhulpinstellingen om hun behandeling te starten. In het CDT zitten experts vanuit verschillende domeinen (VG, LVB, Jeugdzorg, J-GGZ,) en verschillende beroepsgroepen (GZ- psycholoog, Orthopedagoog Generalist, psychiater, kinderarts, systeemtherapeut etc.). Er is in 2015 gestart met 2 CDT's en inmiddels zijn er 5 CDT's beschikbaar voor de regio Rijnmond. Deze CDT's bestaan uit een vaste kern (van ongeveer 5 medewerkers) en daarom heen een aantal flexibel in te zetten thema-experts (de flexibele schil).

Voor 2015 was groot ingekocht bij de specialistische voorzieningen om het CDT te bemannen. Naar aanleiding van de besluitvorming in het Algemeen Bestuur (AB) van de Gemeente Rotterdam (GR) op 10 december 2015 is besloten het CDT te continueren met de huidige taken maar in afgeslankte vorm. Vijf gemeenten hebben aangegeven in 2016 geen gebruik meer te willen maken van het CDT. In 2016 werd besloten de omvang van het CDT (van 40 terug naar 10 FTE expert-capaciteit en 3,5 FTE overhead) aan te passen vanwege de beperkte instroom in het CDT. In plaats van de verwachte 5000 vragen werden maar 300 vragen gesteld aan het CDT.

De CDT kernteams werden compacter, meer vraaggericht en outreachend naar de lokale teams in de regio met behoud van hun integrale en multidisciplinaire karakter.

Er werd voor het CDT in 2016 bij minder partijen capaciteit ingekocht, de expertise werd daardoor ook minder versnipperd ingezet. In het AB van de GR is afgesproken dat voor de zomer 2016 enkele uitgewerkte scenario's gereed moeten zijn voor de verdere doorontwikkeling van de CD-functie in 2017.

Inmiddels zijn er 3 onderzoeken gedaan naar de werking van het CDT. In de evaluatie van de proeftuinen (Gemeente Rotterdam, 2015) werd geconstateerd dat het CDT nog weinig bekend was bij de wijkteams. Wel kwamen aanwijzingen voor een meerwaarde naar voren: tevredenheid bij (een beperkt aantal) wijkteammedewerkers, neerwaartse druk binnen eigen werkproces van CDT (minder diagnostisch onderzoek), veel aandacht voor ondersteuning basishulp binnen wijkteams. Er leefden ook nog wel veel vragen: hoe verhoudt de diagnostiek van het CDT zich tot de diagnostiek van de specialistische instellingen en er was te weinig expertise aanwezig over kinderen met een licht verstandelijke beperking en passend onderwijs.

Uit een zelfevaluatie van het CDT over de eerste helft van 2015 kwam naar voren dat de uitrol naar 5 CDT's goed is verlopen. De medewerkers waren geschoold in de methodiek Handelingsgerichte Diagnostiek (HGD) die goed aansluit bij de uitgangspunten en doelen van het CDT. Gedragswetenschappers waren gekoppeld aan het CDT en vormden de 'linking pin' met de wijkteams. Ook in deze zelfevaluatie worden weer implementatieproblemen gezien. Door de afslanking van het CDT zijn de 'linking pins' grotendeels verdwenen. Er worden problemen gezien in de aansluiting met de wijkteams, het beperkte aantal aanmeldingen, oude 'looplijnen' naar de eigen organisatie, weinig bekendheid bij de gemeenten zelf over het CDT, niet iedere gemeente binnen de Regio Rijnmond onderschrijft de behoefte aan een CDT, beperkte telefonische bereikbaarheid en weinig gebruik gemaakt van de flexibele schil. Doelrealisatie wordt niet geregistreerd zoals cliënt- en wijkteammedewerkertevredenheid en inhoud van advies (0,1 of 2-delijns). Doorlooptijd van casuïstiek was gemiddeld 6 weken en dat was lang in vergelijking met de proeftuinen terwijl er gemiddeld 11 uur aan diagnostiek was besteed. Scholing in Handelingsgerichte Diagnostiek was nodig omdat er weinig kennis over deze vorm van diagnostiek was, tegelijkertijd was de absentie hoog tijdens scholing (50%) waardoor de scholing wel heeft plaatsgevonden maar het vaardigheidsniveau bij medewerkers beperkt bleef.

In September 2015 is Twijnstra en Gudde, op basis van een onderzoek in de regio, gekomen met een advies over de doorontwikkeling van het CDT. Zij stellen dat alle gemeenten binnen de Regio Rijnmond het eens zijn over het belang van specialistische expertise ter ondersteuning van de wijkteams en dat deze bij moet dragen aan de transformatie-opgave. De gemeenten hebben echter een verschillende visie op de wijze waarop de specialistische expertise moet worden georganiseerd (direct via een soort vorm van matched care of achteraan in het stelsel middels een vorm van stepped care). Lokale beleidskeuze worden leidend voor betrokken gemeenten. Er bestaan verschillen in de zorgvraag binnen de regiogemeenten en de ondersteuningsbehoeften van wijkteams. Een gemeente Rotterdam met 42 wijkteams, heeft een andere ondersteuningsbehoefte dan een gemeente met slechts 1 wijkteam. Volgens Twijnstra en Gudde (2015) moet een flexibel ontwerp van het CDT komen, waarbij keuzevrijheid voor de afnemende gemeente voorop staat. Ook moet het model niet te rigide zijn en ruimte bieden voor doorontwikkeling van de wijkteams. In hun rapport gaven zij een advies voor 2016 en stellen voor om eind 2016 de situatie opnieuw te bezien. In hun advies hanteren zij de diversiteit in aard en samenstelling van de wijkteams als uitgangspunt omdat deze verscheidenheid de behoefte voor specialistische ondersteuning beïnvloedt.

De ondersteuningsstructuur voor het wijkteams kan georganiseerd worden aan de hand van kernteams en een specialistische pool, al naar gelang de behoefte van het wijkteam c.q. de gemeente.

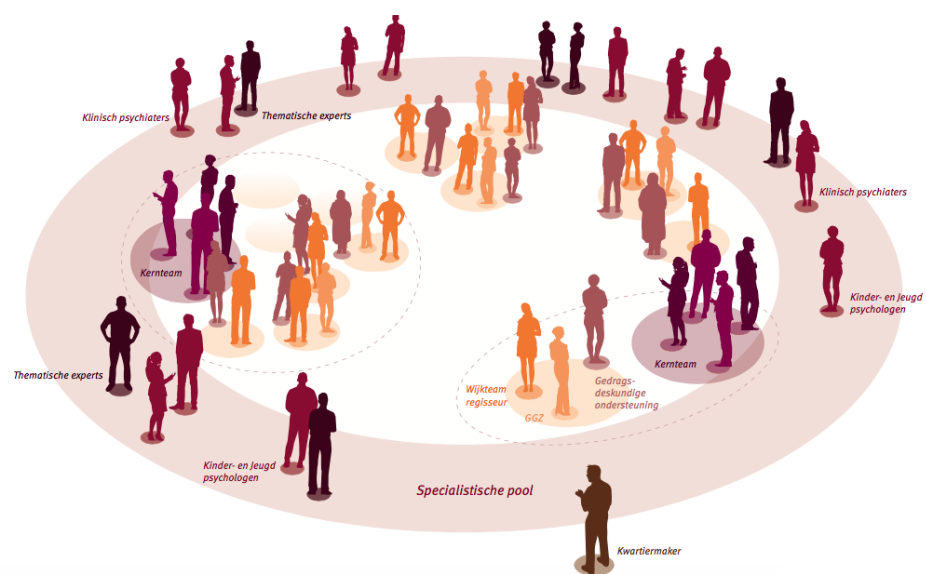
Zij onderscheiden drie soorten ondersteuningsstructuren als het gaat om de consultatie, advies en diagnostiek:

- Ten eerste een ondersteuningsstructuur dicht tegen de wijkteams aan, die als 'vooruitgeschoven' werkt vanuit het netwerk van specialistische expertise (de 'linking pins'). In deze eerste ondersteuningsstructuur zitten gedragsdeskundigen en GGZ-professionals. Deze eerste ondersteuningsstructuur is eigenlijk een wijkteam met zowel generalistische als specialistische hulpverleners binnen het team zelf.
- Ten tweede een kernteam als ondersteuningsstructuur, dichtbij maar naast de wijkteams. Dit komt overeen met model één waarbij de wijkteams ondersteund worden door een expertise team. De verwachting is dat als wijkteams beschikken over een 'vooruitgeschoven post' zij minder gebruik maken van deze tweede ondersteuningsstructuur (expertiseteam). Beide structuren één en twee kunnen zich wenden voor complexe consultatie of diagnostiek rechtstreeks tot de specialistische pool.
- Deze specialistische pool is de derde ondersteuningsstructuur. Dit zijn breed inzetbare klinische psychologen, kind- en jeugdpsychiaters en specifiek inzetbare thema-experts die ondersteuning bieden aan de wijkteams op het gebied van consultatie, advies en diagnostiek. Deze specialistische pool is een netwerk van specialisten, op afroep beschikbaar om bij de wijkteams aan te schuiven. Twijnstra en Gudde verwachten dat vanuit de specialistische pool hechte netwerken van 'bekende' professionals' rond wijkteams zullen ontstaan. De wijze waarop professionals elkaar weten te vinden en versterken draagt bij aan de kwaliteit van zorg, hulp en ondersteuning.

Deze derde ondersteuningsstructuur komt overeen met model twee (expertisenetwerk) van paragraaf 2.3.

In het advies van Twijnstra en Gudde wordt dus een combinatie van model één (expertise team) en model 2 (expertise netwerk) voorgesteld, al naar gelang de behoefte van de wijkteams (figuur 7). Dit model komt grotendeels overeen met het model dat al werd gehanteerd in de regio Rijnmond. Een verschil is dat in dit nieuwe model een wijkteam al meteen kan opschalen naar iemand uit het expertisenetwerk en dat niet eerst een kernteam van het CDT ingeschakeld moet worden die bepaalt of en wie ze gaan inschakelen. In dit nieuwe model blijft de regie bij de wijkteamprofessional. Een ander verschil is dat door een kernexpertiseteam fysiek dichterbij de wijkteams te organiseren, weer gebruikt gemaakt kan worden van linking pins. Een expert uit het CDT-kernteam fungeert dan als linking-pin binnen de wijkteam zodat continuïteit over de verschillende behandelstappen wordt geoptimaliseerd.

Figuur 7
Samenwerking
tussen wijkteams
met gedrags-
kundige
ondersteuning,
kernteam en
specialistische pool
(Twijnstra en Gudde,
2015 pag 41).



2.7 Handelingsgerichte diagnostiek

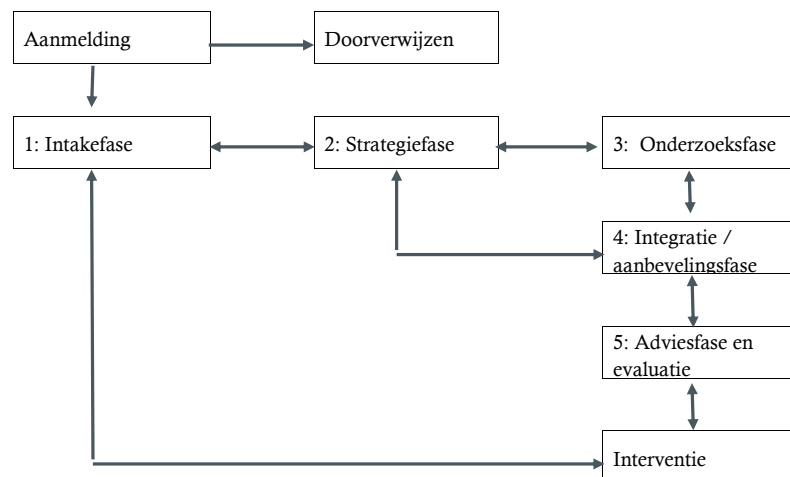
Tot slot een aparte paragraaf over handelingsgerichte diagnostiek (HGD) omdat met deze manier van werken de inzet van de specialistische hulp van het CDT wordt vormgegeven binnen de regio Rijnmond.

HGD is een vorm van stepped care model (Pameijer en Draaisma, 2011) waarmee kan worden bepaald welke expertise nodig is om een kind en het gezin verder te helpen:

- ten behoeve van de uitvoering van hulp, zorg en ondersteuning van het wijkteam
- ten behoeve van de inzet van (specialistische) hulp, zorg en ondersteuning elders dan het wijkteam.

Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer en Draaisma, 2011) is een procesmodel. Dit model beschrijft stapsgewijs het proces van diagnostiek en advisering zodat een bewuste en expliciete besluitvormingsproces, samen met de cliënt, kan worden doorlopen. Dit proces is in alle casussen hetzelfde maar de inhoud is verschillend. De uniciteit van de cliënt is richtinggevend door bijvoorbeeld risico en beschermende factoren van kind, ouders, onderwijs, vrije tijd expliciet in alle fasen van onderzoek (intake, strategie, onderzoek, integratie en adviesfase) mee te nemen. Er is nadrukkelijk aandacht voor positieve en veranderbare kenmerken zodat de ondersteuning zo normaal (en licht) mogelijk kan worden ingezet. Ook wordt expliciet rekening gehouden met vragen, voorkeuren en mogelijkheden. Handelingsgerichte diagnostiek wordt gekenmerkt door flexibiliteit, op maat en passend bij de situatie en heeft als visie: beknopt als het kan, uitgebreid als het moet. Met handelingsgerichte diagnostiek kan getrapte diagnostiek vorm worden gegeven. Gegevens worden niet routinematig verzameld. Informatie die al beschikbaar is, wordt benut. Alleen die gegevens die noodzakelijk zijn voor het beantwoorden van een vraag of het nemen van een beslissing worden verzameld. Dit model is gericht op het geven van adviezen waar cliënten direct mee aan de slag kunnen en willen (doelgericht), zodat voorkomen wordt dat cliënten bij verschillende instellingen langs wordt gegaan. Volgens Pameijer e.a. (2011) kan dit model tijd- en kostenbesparend zijn en mogelijk een bijdrage leveren aan wachtlijstvermindering.

Figuur 8.
De vijf Fasen
van het
Handlingsgerichte
Diagnostiek
(Pameijer en
Draaisma,
2011, pg 19).



Het handelingsgerichte model kent zes uitgangspunten. Het is doelgericht, richt zich op de behoeften van het kind en opvoeders, hanteert een systemische model, acht samenwerking met cliënt cruciaal, besteedt aandacht aan beschermende factoren en verloopt transparant en systematisch. Met het handelingsgericht werken worden een concrete invulling gegeven aan de visie op het nieuwe jeugdstelsel. Het handelingsgerichte model bevordert het vraaggericht, verantwoord, doelmatig en transparant werken. Door de stappen te volgen wordt inhoudelijk steeds transparanter hoe de eigen regie, passende hulp, normaliseren wordt vormgegeven. Pameijer e.a. (2011) denken dat hiermee de neerwaartse druk wordt gestimuleerd. Niet voor ieder kind zijn alle stappen van toepassing: kortere trajecten zijn mogelijk waardoor het dit model een vorm van stepped care is: snel en verkort bij een eenvoudige vraag en, indien nodig uitgebreid bij een complexe vraag.

2.8 Conclusie

In de nieuwe Jeugdwet staan de begrippen eigen regie, neerwaartse druk, normalisering en passende hulp centraal. Over deze begrippen bestaan geen formeel vastgestelde beleidsdefinities, iedere gemeente mag dit op zijn eigen wijze invullen. Indien we naar de beleidstukken kijken, kunnen we tot een interpretatie van deze begrippen komen.

- **Eigen regie:**

eigen regie betekent dat een jeugdige en gezin zelf de mogelijkheid hebben om te bepalen op welke wijze zij hun eigen leven inrichten en hoe de zorg of begeleiding bij eventuele problemen daarbij wordt ingevuld. Dit betekent dat gezinnen zoveel mogelijk zelf de regie houden wanneer zij kampen met problemen.

- **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.

- **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. 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.

Deze doelen kunnen echter in de uitvoering strijdig zijn: waar neerwaartse druk en normalisering stimuleren tot lichte hulp, kan passende hulp even goed of juist (dure) specialistische zorg zijn. Maar ook over de eigen regie zijn nog veel vraagtekens wat dit nu daadwerkelijk inhoudt.

In de Regio Rijnmond (en ook andere gemeenten in Nederland) ziet men het belang van de inzet van specialistische expertise naast de sociale wijkteams, om deze vier transformatiedoelstellingen te realiseren.

De organisatorische vormgeven van deze modellen is echter divers en ondanks eerder onderzoek naar deze inzet van expertise bestaat er landelijk en ook binnen de regio Rijnmond, nog geen zicht op de meerwaarde of effectiviteit van deze specialistische expertise voor de primaire klantgroep, de wijkteammedewerkers en de cliënten.



Hoofdstuk 3

Zorgtoewijzingsmodellen en
waardecreatie in het nieuwe
jeugdhulpdomein

Hoofdstuk 3

Zorgtoewijzingsmodellen en waardecreatie in het nieuwe jeugdhulpdomein

3.1 Inleiding

Steeds meer zorg moet worden geleverd in de nuldelijnszorg (welzijn en preventie) of in de eerstelijnszorg (wijkteams). Het uitgangspunt is zo licht mogelijk, zwaarder als het moet. De transformatiedoelstellingen zijn hierbij leidend: eigen regie vergroten, normaliseren, neerwaartse druk en passende hulp. Het blijft echter onduidelijk wat deze begrippen inhouden en er bestaat nauwelijks overeenstemming over de invulling van deze concepten. Wel is het duidelijk dat het van belang is dat nagedacht wordt over een goede fasering van zorg: op het ene moment heeft een cliënt meer zorg nodig dan op andere momenten, maar wanneer en op basis van welke criteria moet er op- dan wel afgeschaald worden? De modellen over zorgtoewijzing kunnen hierbij behulpzaam zijn (paragraaf 3.2). Verschillende zorgtoewijzingsmodellen worden beschreven (matched, managed, stepped, collaborative stepped care en team-based stepped care) met daarbij de voor- en nadelen van deze modellen. Hierna volgt een paragraaf over aspecten die van belang zijn voor het creëren van waarde voor een cliënt binnen de hulpverlening (paragraaf 3.3). Binnen het nieuwe jeugdstelsel wordt de inzet van specialistische kennis van belang gevonden omdat daarmee waarde voor de cliënt wordt gecreëerd. Van belang is dan ook te achterhalen welke invulling de cliënt geeft aan waardecreatie zodat we ook kunnen toetsen of de inzet van specialistische hulp volgens een bepaalde zorgtoewijzing ook daadwerkelijk tot deze waardevergroting leidt.

3.2 Modellen van zorgtoewijzing binnen het primaire proces

Bij complexe hulpvragen wordt diagnostiek vaak als noodzakelijke voorwaarde gezien voor het formuleren van een passend behandelplan (zorgtoewijzing). De gedachte is dat hoe beter de diagnostiek is, des te meer kennis er over de cliënt beschikbaar komt waardoor de kans groter wordt dat een passende behandeling kan worden ingezet. De vraag is echter of dit zo is en of er een relatie is tussen de diagnosestelling en de behandelresultaten. Er is weinig onderzoek beschikbaar naar de meerwaarde van de diagnostische kennis voor indicatiestelling en behandeling. De vraag is welke diagnostische informatie noodzakelijk is voor een adequate zorgtoewijzing en het formuleren van een passend behandelplan. Er zijn verschillende manieren van zorgtoewijzingen: matched care, managed care, stepped care, collaborative stepped care en teambased stepped care. Hutschemaekers, Scholte en Tiemens (2012) geven een overzicht van de onderzochte effectiviteit van de eerste drie zorgtoewijzingsmodellen in de klinische praktijk. De laatste twee zorgtoewijzingsmodellen staan de laatste tijd in de aandacht en zouden ook voor het nieuwe jeugdstelsel interessant kunnen zijn.

3.2.1 Matched Care: specialistische zorg vooraan in de keten georganiseerd

Matched Care gaat vaak samen met uitgebreide en volledige diagnostiek. Er wordt net zo lang informatie van de cliënt verzameld totdat een volledig beeld van de cliënt in zijn context ontstaat. De gepresenteerde klachten of symptomen leiden tot een classificatie in DSM-termen. Hierna wordt een inschatting gemaakt van ernst van de stoornis, ziekte- en behandelgeschiedenis, eventuele comorbiditeit, uitlokkende factoren, kwetsbaarheid en weerbaarheid van de cliënt, beschikbaarheid van hulpbronnen en kwaliteit van het netwerk, motivatie, verwachtingen en hulpvraag. Deze manier van diagnostiek bedrijven is multidisciplinair van aard en gaat

verder dan alleen het vaststellen van het beeld passend bij een DSM-classificatie. Op basis van de informatie en het gesprek(-ken) met de cliënt ontstaat zicht op de best passende zorg. Er is sprake van Matched Care zodra de voorgestelde behandeling is toegesneden op de maat van de cliënt (Curtis-Breslin, e.a. 1997). Bij Matched Care zijn de cliënt en diens problemen en mogelijkheden leidend voor het aanbod en niet andersom.

Hutschemaekers e.a. (2012) beschrijven dat naast de eisen die Matched Care aan een hulpverlener stelt ook cliëntkenmerken voorspellend zijn voor het resultaat van de behandeling. Prognostische factoren zijn de behandelgeschiedenis, effecten van eerder behandeling, de mate van sociale steun en de mate van al bestaande functionele beperkingen. In ander onderzoek werd aangetoond dat cliënten met een comorbiditeit en een lange behandelgeschiedenis beter af zijn met een zware behandeling dan met een lichte behandeling (Timko & Sempel, 2004). Binnen de GGZ is het Matched Care principe lange tijd dominant geweest. Door alle financiële en organisatorische ontwikkelingen was Matched Care niet meer te organiseren en erg duur. De meerwaarde van Matched Care, in termen van effectiviteit, is empirisch nauwelijks aangetoond in vergelijking met een geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie of een kortdurende behandeling. Ook kwam uit onderzoek naar voren dat Matched Care op papier misschien wel werkt maar in de praktijk niet of onvoldoende (Hutschemaekers e.a., 2012). Bij Matched Care zouden cliëntkenmerken prognostisch moeten zijn voor het type behandeling dat volgt maar in de praktijk blijkt de beste voorspeller voor wat er moet gebeuren in een behandeling de voorkeur van de hulpverlener is. Daarnaast blijkt dat naarmate het overleg over een cliënt langer duurt, de diagnosticus geneigd is meer richting het eigen referentiekader te oordelen. Ten derde blijkt dat de relatie tussen indicatiestelling en feitelijke behandeling zeer mager is. De lengte van de indicatiefase was de beste voorspeller voor de voorgestelde intensiteit van de behandeling maar niet voor de intensiteit van de feitelijke behandeling. Ten slotte blijkt de scheiding tussen een diagnostische en behandelfase onvoldoende effectief. De behandel diagnostiek blijkt vaak op hoofdpunten een herhaling van de oorspronkelijke diagnostiek tijdens de intake aan de voordeur. Er blijken veel herhalingen te bestaan en pogingen om deze herhaling te beperken, zijn nauwelijks effectief. Daarnaast blijkt diagnostiek vaak ook een interventie die helpt bij het starten van het therapeutisch proces.

3.2.2 Managed Care

Managed Care staat lijnrecht tegenover Matched Care omdat bij Managed Care de zorgtoewijzing gebeurt op basis van evidence-based richtlijnen en de vertaling hiervan in de DBC. Zorgtoewijzing volgens deze benadering staat los van de specifieke wensen of verwachtingen, mogelijkheden en behoeften van individuele cliënten. Zorgtoewijzing vindt uitsluitend plaats op basis van harde voorspellers. Dit zijn voorspellers die afgeleid kunnen worden uit studies die voldoen aan de hoogste evidentieniveaus binnen wetenschappelijk onderzoek. In extremo kan zorgtoewijzing bij managed care tot stand komen zonder tussenkomst en bemoeienis van een diagnosticus. Managed Care kent echter een aantal kritiekpunten zoals het type onderzoek waarop de voorspellers voor indicatiestelling zijn gebaseerd (Hutschemaekers e.a., 2012). Bijvoorbeeld de selectiebias van deelnemers. Deelnemers hebben vaak vrijwillig deelgenomen aan deze onderzoeken. Cliënten die niet wilden, konden of onvoldoende gemotiveerd waren, bleven buiten het onderzoek. Het is onduidelijk of en wat het effect van deze bias op de effectiviteit van de behandeling is. Bovendien worden kenmerken van cliënten die tussentijds staakten niet meegenomen. Een tweede probleem is de vaak erg beperkte effectmaat die in deze onderzoeken wordt gehanteerd, namelijk klachtenreductie. De onderzoeken richten zich niet tot nauwelijks op andere doelen zoals beter sociaal functioneren, leren leven met beperkingen of beter in staat zijn weer burgerrollen te vervullen. Ten slotte wordt in Managed Care geen aandacht besteed aan gezamenlijke besluitvorming waarin de ervaring en de verwachtingen van de cliënt worden meegenomen. Aansluiten bij de verwachtingen, behoeften en wensen versnelt het therapieproces, verhoogt de behandel effectiviteit en verminder de drop-outs (Helmus, Bezemer, Pijnenborg, & Slooff, 2011; van der Feltz-Cornelis, Andrea, Kessels, Duivenvoorden, Biemans, & Metz, 2014).

3.2.3 Stepped Care

Binnen het zorgtoewijzingsmodel van Stepped Care wordt gestart met de minst kostbare, minst intensieve en minst restrictieve behandeling. Het is een vorm van getrapte zorg waarbij een stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg kan worden toegepast maar waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken. De keuze voor een behandeling is afhankelijk van de respons van de cliënt op de behandeling en ook moet de behandeling de cliënt zo min mogelijk beperken in het dagelijkse leven. Hutschemaekers e.a. (2012) geeft een aantal kenmerken van een Stepped Care model dat zij toepassen. Het eerste kenmerk is spaarzaamheid ten aanzien van het aantal en type verklaringen. Samen met de cliënt dient eerst naar de eenvoudige verklaringen gekeken te worden voordat overgegaan wordt naar de complexere verklaringen. Ten tweede is de empowerment van de cliënt van belang waarbij interventies voorrang hebben die het meest gericht zijn op het bevorderen van de gezonde en sterke kanten van de cliënt. Ten derde moet de behandeling zowel aansluiten bij de hulpvraag van de cliënt als ook steunen op de meest recente wetenschappelijke inzichten (evidence based). Ten vierde is de monitoring van de respons van de cliënt op de behandeling belangrijk. Door vanaf het begin van de behandeling deze respons te meten en daarna regelmatig opnieuw, wordt het beloop van de klachten of problemen nauwkeurig en specifiek gevolgd en daarmee leidend gemaakt voor het verloop van de behandeling. Een positief bij-effect van monitoring is dat de uitkomsten van de behandeling verbeteren.

Hutschemaekers e.a. (2012) beschrijven vijf stappen die zij in het door hen gebruikte Stepped Care model onderscheiden:

1. Remoralisatie. De probleemdefinitie is gefocust op de psychosociale context. De verklaring van de klachten wordt gezocht in veranderende omstandigheden en de wijze waarop de cliënt reageert op die veranderende omstandigheden. De oplossingen zitten in de probleemdefinitie zo te formuleren dat de eigen probleemoplossende strategieën in het verleden, opnieuw worden gemobiliseerd.
2. Remediatie. De focus is gericht op de aanwezigheid van een stoornis. Een klacht is een symptoom van een stoornis en de interventies zijn gericht op het verminderen van symptomen. Het inzetten van multidisciplinaire richtlijnen zijn in deze stap belangrijk.
3. Rehabilitatie. De focus van de behandeling is gericht op patronen of eigenschappen die het herstel in de vorige fasen hebben verminderd of die langdurig herstel na eerdere behandelingen in de weg staan. De focus van behandeling kan gericht zijn op (a) inzicht en interne conflicten of (b) herstel of verbetering van het dagelijks functioneren door bijvoorbeeld het aanleren van vaardigheden waarmee de cliënt zich beter staande kan houden.
4. Integrale aanpak. De focus van deze stap is gericht op complexere multifocale verklaringen om het probleem, de klachten of de aandoening te begrijpen. Verschillende disciplines moeten in gezamenlijkheid de vraag beantwoorden waarom de voorgaande stappen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid. In deze fase moet gekeken worden of een oplossing van het probleem nog mogelijk is. Indien ja dan komen de eerste drie stappen weer in beeld of stap 5. In het andere geval is een gezamenlijke aanpak met de disciplines nodig die in deze fase betrokken zijn.
5. Gespecialiseerde categorale aanpak. De focus van de behandeling is in deze fase gericht op zeer gespecialiseerde behandelsettings voor cliënten met problemen en stoornissen die complexe interpretaties en interventies vereisen.

Hutschemaekers e.a. (2012) beschrijven drie soorten diagnostiek die bij Stepped Care belangrijk zijn.

De evaluatiediagnostiek waarmee responsen van de cliënt systematisch gemonitord worden.

Deze vorm van diagnostiek volgt het beloop van de klachten en veranderingen in behandelbeleid worden hiermee gestuurd en onderbouwd.

Ten tweede toegangsdiagnostiek die vooral vragen dient te beantwoorden of de cliënt op de juiste plek is, welke behandeling al eerder heeft ontvangen, het effect daarvan en welke stappen voor de cliënt gezet moet worden (of overgeslagen kunnen worden).

Ten derde wordt binnen Stepped Care behandelingsdiagnostiek ingezet.

Behandelingsdiagnostiek wordt bij de start van de behandeling ingezet en heeft de volgende kenmerken:

- Client en hulpverlener komen op grond van de informatie uit de behandelingsdiagnostiek tot een gezamenlijke probleemdefinitie waarbij duidelijk is welke problemen het meest belangrijk zijn voor de cliënt.
- Behandelovereenkomst waarbinnen focus en doel van de behandeling zijn gedefinieerd en deze overeenkomst in overleg tussen cliënt en hulpverlener tot stand gekomen.
- Er wordt slechts informatie verzameld die binnen de behandeling gebruikt wordt (bijvoorbeeld in stap 1 informatie over de psychosociale context en eerder ingezet probleemoplossende vaardigheden van de cliënt).

Het voordeel van Stepped Care is dat overdiagnostiek en –behandeling geminimaliseerd wordt. Er wordt vanuit stap 1 direct gestart met een minimale interventie zodat de cliënt ook niet lang op interventie moet wachten. De kans op afhaken wordt hiermee geminimaliseerd evenals het risico op een verkeerde behandeling. Ook het risico op onderdiagnostiek wordt geminimaliseerd als de doelen en de termijnen waarbinnen die doelen gehaald moeten worden helder zijn en dit met evaluatiediagnostiek systematisch wordt gemonitord. Stepped care kent ook een aantal risico's. Ten eerste kan het tussen de hulpverleners nog steeds aan overeenstemming ontbreken over de problemen en complexiteit van de cliënt. Vooral als de problematiek bij aanvang al complex oogt waardoor hulpverleners meteen geneigd zijn door te schakelen naar stap 4 of 5. Echter ook dan is het van belang om bij deze cliënten te kijken naar de interventies die nodig zijn om de stresserende omstandigheden op psychosociaal gebied te minimaliseren of symptomen van een aandoening te reduceren. Echter, ook dan is nog steeds het risico aanwezig dat er tussen de hulpverleners geen overeenstemming over de minst restrictieve behandeling of welke aandoeningen als eerste behandeld dienen te worden.

3.2.4 Collaborative stepped care: specialistische hulp op afroep beschikbaar vooraan in de keten

Collaborative Stepped Care is een bijzondere vorm van Stepped Care waarbij een specialist oproepbaar is in de eerstelijnszorg voor zowel consultatie als interventie. Collaborative Stepped Care (CSC) is een effectieve methode gebleken voor de behandeling van angststoornissen depressie en somatoforme stoornissen in de huisartsenpraktijk (Muntingh, van der Feltz-Cornelis, van Marwijk, Spinhoven, Assendelft, De Waal en van Balkom, 2014). CSC bestaat uit het stapsgewijs toepassen van wetenschappelijk onderbouwde interventies, het monitoren van klachten en terugvalpreventie door een team bestaande uit huisarts, Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts (POH-GGZ) en psychiater. De POH-GGZ is in dit model care manager en geeft de patiënt uitleg over de klachten en de behandeling, verleent psychologische zorg op basis van wetenschappelijk onderbouwde protocollen en evalueert de voortgang met de cliënt. De huisarts en de POH-GGZ kunnen aan een psychiater advies vragen over de patiënt of de behandeling. Muntingh e.a. (2014) ontwikkelde drie opeenvolgende behandelstappen: begeleidde zelfhulp, kortdurende cognitieve gedragstherapie en antidepressiva. De care-manager begeleidt de zelfhulp, geeft de cognitieve gedragstherapie, evalueert regelmatig de klachten en verleent terugvalpreventie tot 9 maanden na het einde van de behandeling. Alle patiënten beginnen in principe bij stap 1 en krijgen de volgende stappen alleen aangeboden als zij niet herstellen.

Tijdens de behandeling houdt de caremanager nauw contact met de huisarts en zij houden nauw contact met de consultant- psychiater aan wie zij advies kunnen vragen over de patiënt of de behandeling. Uit het effectiviteitsonderzoek van Muntingh e.a. (2014) kwam naar voren dat deze vorm van behandeling effectiever is dan de gebruikelijke zorg of de gebruikelijke Stepped Care. Muntingh e.a. (2014) denken dat dit komt door de grotere behandelrol van de caremanager en de samenwerking met de consultant-psychiater. De behandel-effectiviteit steeg door de combinatie van training én consultatie van de psychiater op de huisartsenpraktijk zelf, samen met de huisarts en cliënt (van der Feltz- Cornelis, van Ader en van Dyck, 2006).

Dit leek samen te hangen met:

- Een huisarts die ziet hoe een psychiater adviezen geeft. Het zien hoe een psychiater rekening houdt met de voorkeur van de patiënt voor de keuze van de behandeling en therapietrouw bevorderende technieken toepast.
- Gesprek achteraf tussen psychiater en huisarts of het lukte om het voorgestelde behandelplan ook goed te kunnen uitvoeren.
- Huisarts en patiënt kregen dezelfde informatie over diagnose en behandeladvies op schrift na het consult.

Uit dit onderzoek kwam een groot verschil naar voren tussen de interventie groep en de controlegroep. In de interventiegroep nam het gebruik van medische voorzieningen weinig toe maar in de controlegroep steeg de medische consumptie juist enorm. Het blijkt dat de psychiatrische consulten aangewend konden worden als een methode om ernstige medische consumptie bij patiënten met somatoforme stoornissen in een vroeg stadium te voorkomen. Collaborative Stepped Care model verbetert het welbevinden van de patiënt, voorkomt hoge medische consumptie en vermindert daarmee het beroep op het algemeen gezondheidszorgsysteem.

3.2.5 Team-based Stepped Care

Een nog weer bijzondere vorm van collaborative stepped care is dat niet één maar meerdere specialisaties op afroep aanwezig kunnen zijn binnen de eerstelijns zorg (Snipes, Maragakis & O'donohue, 2015). Het is een vorm van integrale zorg waarbij zowel de medische als gedragsmatige als ook welzijn en preventie organisaties samen binnen een team werken. Het doel is multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, fouten te voorkomen, toegang tot goede kwaliteit van behandeling te bevorderen en toch kosten te reduceren. Dit door cliënten direct toegang te geven tot deskundigen die gespecialiseerd zijn in zowel somatische, gedragsmatige en sociale zaken. Vaak wordt gewerkt met een primary care professionals (een zogenaamde casusregisseur) die de zorg rondom een cliënt binnen het team coördineert. Dit is van belang omdat cliënten met complexe problemen vaak op meerdere gebieden tegelijkertijd problemen ondervinden. Door de samenstelling van de multidisciplinaire teams kan een integraal plan worden opgesteld en expertise kan worden ingezet om problemen (tijdig) te signaleren. Team-based Stepped care draagt bij aan een adequate inzet van de generalist omdat hij zich niet bezighoudt met problemen die veel tijd vergen of waar hij onvoldoende voor is toegerust.

Er is nog weinig onderzoek uitgevoerd naar Team-based Stepped Care (TB-SC). TB-SC-team kan bestaan uit minimaal een casusregisseur, psychiater, gedragskundige, maatschappelijk werker, verpleegkundige, etc. Dit maakt TB-SC duur en inefficiënt voor simpele monodisciplinaire problemen. TB-SC is effectief als iedere medewerker bekend is met en getraind is in de uitgangspunten van Stepped Care. Er zijn echter wel aandachtspunten binnen de TB-SC. Ten eerste kunnen teammedewerker verschillen in visie over de ernst en complexiteit van de problemen bij de cliënt en ten tweede ook in de focus van aandacht voor behandeling. Ten derde is het van belang dat de rollen en de regie binnen het team helder zijn. Vragen die hierbij van belang zijn is bijvoorbeeld of de casus regisseur alle inzet die wordt gepleegd moet fatteren en hoe de communicatie over deze interventies verloopt. Deze aandachtspunten kunnen voor een deel worden opgelost door in dialoog met de cliënt de focus voor de behandeling te kiezen, evidence based richtlijnen te volgen en altijd te starten met de minst restrictieve en

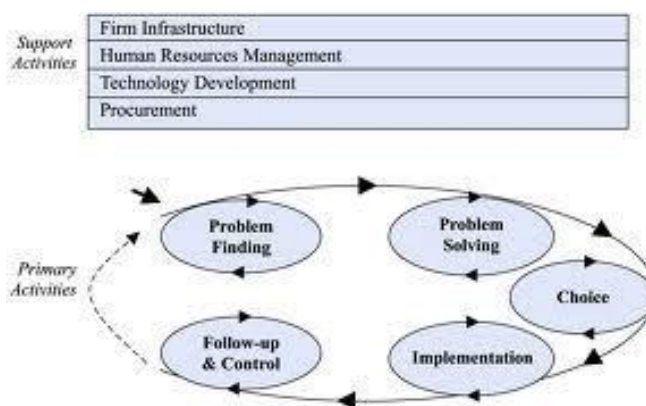
minst invasieve behandeling. Ten slotte is het van belang de casusregisseur te steunen in hun rol als spin-in-het-web om zo de behandelingen op elkaar afgestemd te houden en geen tegenstijdige behandelingen of overbehandeling te voorkomen. Binnen TB-SC is het van belang een goede inschatting te kunnen maken van de complexiteit van de problematiek omdat dit ook het niveau van Stepped Care bepaald waarop wordt ingestoken. Screening is hiermee een belangrijke vereiste om TB-SC goed vorm te kunnen geven (Snipes e.a., 2015). Screening moet gericht zijn op diagnostische psychiatrische beelden, fysiek problemen, problemen in de huisvesting, financieel of juridisch. Hierdoor is duidelijk wie wanneer ingezet moet worden waarbij de casusregisseur de ondersteuning coördineert. Een goed en werkzaam digitaal informatiesysteem is hierbij van belang zodat alle teammedewerkers tijdig over de meest recente informatie beschikt. Ook het continu monitoren van effecten van behandeling en de tevredenheid van de cliënten over de behandeling zijn belangrijk om de doelmatigheid van TB-SC te bepalen. Het moet dan wel duidelijk zijn welke procesaspecten en uitkomstmaten van belang zijn. Voorbeelden hiervan zijn wachttijden, duur tussen aanmelding en intake, doorlooptijd maar ook continuïteit in medewerkers, tevredenheid van medewerkers en cliënten, vordering in doelrealisatie, samenwerkingsaspecten en attitude van medewerkers ten opzichte van samenwerking.

3.3 Waardecreatie vanuit verschillende perspectieven

3.3.1 waardecreatie in de zorg

Porter heeft een model ontwikkeld waarmee systematisch onderzocht kan worden hoe waarde wordt gecreëerd in een organisatie (Porter, 1985). De zwakke kant van dit model is echter dat het moeilijk toepasbaar is op zorgorganisaties. Om de keten in de zorg beter te begrijpen, beschrijven Leenaart en Pater (2014) het model van Stabell's and Fjeldstad's (1998), die een toegepaste versie voor de dienstensector hebben ontworpen van Porter's model.

Figuur 9
value shop
(Stabell en
Fjeldstad, 1998)



Volgens Leenaars en Pater (2014) zien Stabell en Fjeldstad (1998) een professionele serviceorganisatie, zoals in de zorg, als een 'value shop' (Figuur 9) waarbinnen hulpbronnen worden ingezet om specifieke problemen op te lossen. Dit vraagt om een iteratief proces waarin een set van activiteiten wordt herhaald, totdat een bevredigende oplossing is gevonden. De ondersteunende processen zijn dezelfde als van de originele waardeketen van Porter.

De activiteiten in het primaire proces zijn echter anders beschreven:

- *Problem Finding*: diagnostiek.
- *Problem Solving*: inroepen hulpbronnen en in kaart brengen van deze mogelijkheden.
- *Choice of problem solution and project management*: advisering/indicatiestelling.
- *Implementation*: uitvoer van besluit en behandeling.
- *Follow up and control*: evaluatie en bijstelling.

Waarde wordt gecreëerd door het probleem van de klant (in ons geval de jeugdige en diens gezin) beter of sneller op te lossen dan de klant (in ons geval het wijkteam) dat zelf zou kunnen.

Er zijn verschillende mechanismen die daarbij een rol spelen. Leenaars en Pater (2014) sommen deze als volgt op:

- De organisatie heeft meer informatie over het probleem dan de klant.
- De organisatie is gespecialiseerd in het omgaan met onderhavige problemen doordat zij specifieke methoden heeft om deze te analyseren.
- Sterke expertise is beschikbaar met gespecialiseerde professionals.

Als we deze mechanismen vertalen naar de situatie binnen Regio Rijnmond dan dient het CDT zo georganiseerd te zijn dat:

- het CDT meer informatie heeft over het probleem dan de wijkteams
- het CDT gespecialiseerd is in het omgaan met de onderhavige problemen doordat zij specifieke methoden heeft (namelijk het handelingsgerichte model) om deze te analyseren.
- binnen het CDT (zowel in vaste kernteam als in de flexibele schil) sterke expertise beschikbaar is met gespecialiseerde (themagerichte) professionals

Ook beschrijven Leenaars en Pater (2014) dat in een dergelijke organisatie de volgende zaken van belang zijn in het primaire proces:

- Verschillende disciplines en specialismen zijn nodig in het hele proces.
- In het proces worden oplossingen gevonden voor unieke casussen (waarbij wel gestandaardiseerde oplossingen kunnen worden gevonden).
- Gespecialiseerde kennis is nodig van verschillende kennisgebieden.
- Het vraagt om een hoge mate van coördinatie van verschillende activiteiten op de verschillende kennisgebieden.
- De oplossing ontstaat in een cyclisch proces met iteratieve activiteiten waarin specialisten hypothesen maken, en veel werk verrichten deze te bevestigen of te verwerpen.
- Partijen verdienen hun instroom/opdrachten/verwijzingen op basis van reputatie en relaties in het veld.

3.3.2 Waarde creatie in samenwerking in de zorg

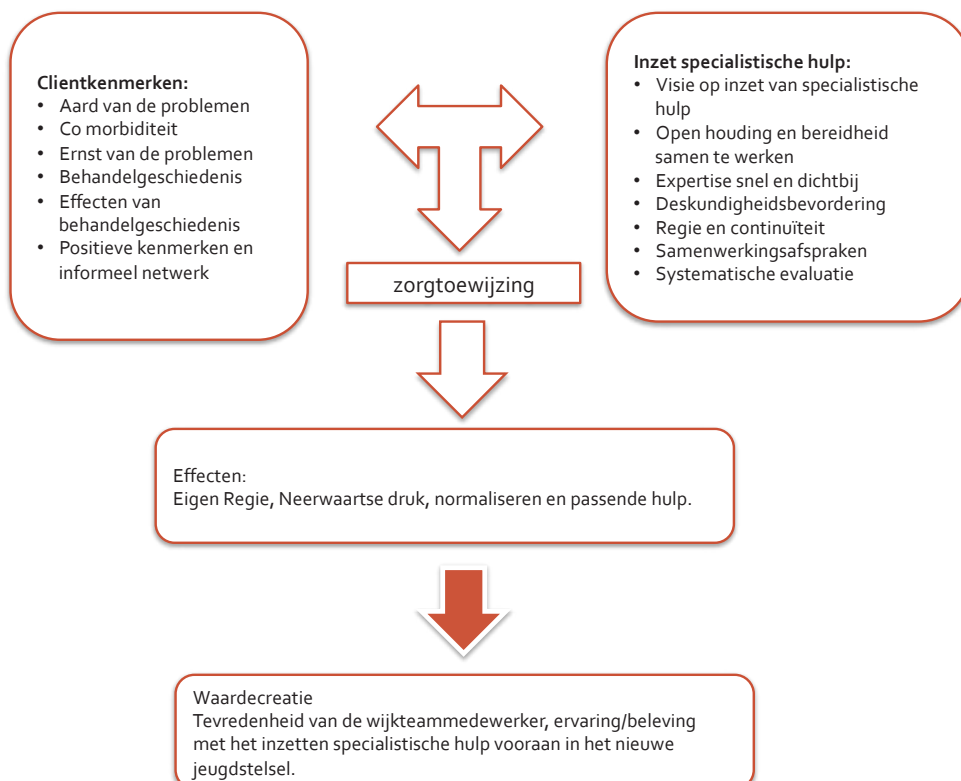
Door de koppelingen tussen de verschillende activiteiten bestaat er een afhankelijkheid tussen de deelactiviteiten (Stabell en Fjeldstad, 1998). Vraagverheldering en diagnostiek zijn bijvoorbeeld noodzakelijk voordat passende behandelopties in kaart kunnen worden gebracht. De kwaliteit van de volgende activiteit is afhankelijk van de kwaliteit van de voorgaande activiteit. Er is daarmee sprake van een hoge mate van afhankelijkheid van professionals onderling, in geval dat meerdere professionals sequentieel of simultaan worden ingezet of geconsulteerd voor opeenvolgende activiteiten. Wat nodig is, is vertrouwen in elkaars expertise, goede communicatie en informatiedeling om voort te kunnen bouwen op het werk van een ander. Bij gebrek aan dit alles zullen professionals de neiging hebben het voorafgaande werk van voorgaand betrokken professionals opnieuw te doen. Om doelmatig en kwalitatief hoogstaand samen te kunnen werken binnen een casus, moet deze

gezamenlijke verantwoordelijkheid over koppelpunten heen goed worden georganiseerd. Niet alleen in het primaire proces wordt waarde gecreëerd voor de patiënt, ook in de ondersteunende processen. Bijvoorbeeld: patiënt wil immers niet bij iedere processtap zijn verhaal opnieuw vertellen, dus een goed informatiesysteem dat in alle processtappen gebruikt kan worden, creëert waarde. Zeker op koppelingen, waar verschillende professionals betrokken raken, voegt een goed en gedeeld informatiesysteem veel waarde toe.

3.4 Conceptueel model

Op basis van hoofdstuk 2 en 3 kan het volgende conceptueel model worden opgesteld (figuur 10). Uit de zorgtoewijzingsmodellen komt naar voren dat de effecten die met hulpverlening behaald kunnen worden samenhangen met de wisselwerking tussen cliëntkenmerken en de specifieke afspraken over de wijze waarop de specialistische hulp wordt ingezet. Een cliënt met een lange behandelvoorgeschiedenis met veel bijkomende problemen heeft mogelijk meer baat bij snellere intensieve hulp dan een cliënt zonder deze kenmerken. Het bereiken van de gewenste effecten als eigen regie, normaliseren, neerwaartse druk en passende hulp hangen samen met de wijze waarop de inzet van specialistische hulp afgestemd is op de cliënt kenmerken. Uit verschillende bronnen (zorgtoewijzingsmodellen en evaluatie van samenwerkingsmodellen door Vilans) komen steeds weer dezelfde factoren naar voren die van belang zijn bij de zorgtoewijzing, nl de visie op de wijze en de inzet van specialistische hulp, een open houding en bereidheid om van elkaar te leren, expertise snel toegankelijk en dichtbij, deskundigheidsbevordering, regie en continuïteit, duidelijke samenwerkingsafspraken en een systematische evaluatie van behandelresultaten. De effecten van deze wisselwerking tussen cliëntkenmerken en inzet van specialistische hulp hangen ook samen met de specifieke visie die al dan niet sturend is in het handelen van medewerkers en waarmee vorm gegeven aan de specialistische hulp. De effecten en de inzet van specialistische hulp leiden samen tot waardecreatie bij de klant van het Consultatie en Diagnose team, namelijk de wijkteammedewerker en uiteindelijk de jeugdige en het gezin. De waardecreatie zit niet alleen in klachtreductie maar ook op versterken van vaardigheden zoals de al aanwezige sterke kanten van cliënten, en ook op het vergroten van de maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld deelname aan clubjes, buurtnetwerken, school).

Figuur 10
Conceptueel
model





Hoofdstuk 4

Opzet en verantwoording
van het onderzoek

Hoofdstuk 4

Opzet en verantwoording van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet en de verantwoording van het onderzoek beschreven. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de effectiviteit van het inzetten van specialistische jeugdhulp vooraan in het jeugdstelsel. Ook wordt gekeken in hoeverre het inzetten van laagdrempelige specialistische expertise bijdraagt aan waarde creatie voor de cliënt en het gezin.

4.1. Onderzoeksdesign

Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan de doorontwikkeling van een regionaal samenwerkingsverband tussen generalistische en specialistische kennis binnen het jeugdhulpdomein.

Een traditioneel gecontroleerd onderzoeksdesign op basis van kwantitatieve data was in dit onderzoek niet haalbaar. Overwegingen daarbij waren:

- Het is niet mogelijk om op basis van de registratiegegevens een controlegroep samen te stellen
- Wijkteammedewerkers hebben alternatieven voor consultatie en diagnostiek, die niet gelijk over de wijkteams verdeeld zijn. Hierdoor is de controlesituatie diffuus.
- Tussen het advies van het Consultatie en Diagnose team en de uitvoering van hulp zijn teveel interveniërende variabelen-kortom de 'causale keten' tussen het CDT-advies en de feitelijke uitvoering is lang.
- Operationaliseringsvraagstuk van de uitkomstmaten. Er zijn geen eenduidige definities beschikbaar over 'Eigen Regie', 'Normaliseren', 'Neerwaartse Druk' en 'Passende Hulp'.

Om deze reden is gekozen voor een 'mixed methods design' waarbij zowel kwantitatieve (vragenlijsten) als kwalitatieve methoden (documentanalyse) zijn ingezet om de meerwaarde van het CDT in kaart te brengen. Met behulp van kwantitatieve methoden (vragenlijstonderzoek), werd inzicht verkregen in de samenwerkingsaspecten, transformatiedoelstellingen en tevredenheid van cliënten van het CDT. Cliënten van het CDT zijn zowel de wijkteammedewerkers als ook de jeugdigen en diens gezin. De jeugdigen en diens gezin zijn in dit onderzoek niet geïnccludeerd in verband met de afbakening van dit onderzoek in tijd en omvang. Wel worden zij in een vervolgonderzoek meegenomen waarbij bij hen alsook bij de CDT- en wijkteammedewerkers interviews worden afgenomen waarmee meer verdieping in de beleving van de inzet van het CDT kan worden aangebracht.

4.2. Onderzoeksvragen

4.2.1 uitwerking van de onderzoeksvragen

In hoofdstuk 1 werden de twee centrale vraagstellingen geformuleerd:

1. Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel en wordt hiermee waarde gecreëerd?
2. Welke aanbevelingen voor de inzet van specialistische hulp kunnen worden gedaan om de effectiviteit en waardecreatie voor de cliënt te optimaliseren?

Deze werden uitgewerkt in vijf onderzoeksvragen:

1. Wat is de huidige context van het nieuwe jeugdstelsel?
2. Welke verschillende zorgtoewijzingsmodellen worden in de literatuur beschreven voor het inzetten van specialistische hulp? Welke factoren zijn hieruit te lichten die voor de cliënt binnen het jeugdhulpdomein van belang zijn?
3. Hoe wordt waarde gecreëerd in de zorg in samenhangende zorgwaardeketens volgens Porter en Stabell & Fjellstad? Wat zijn factoren die waarde creëren voor de cliënt?
4. Welke informatie is beschikbaar binnen de databestanden van Regio Rijnmond en kan hiermee de effectiviteit van het inzetten van specialistische hulp en de waardecreatie voor de cliënt worden geëvalueerd?
5. Hoe wordt binnen Regio Rijnmond vormgegeven aan de factoren waarvan uit literatuuronderzoek naar voren komt dat die van belang zijn bij het effectief inzetten van specialistische hulp.

Onderzoeksvragen 1, 2 en 3 werden beantwoord met literatuuronderzoek in respectievelijk hoofdstuk 1 (onderzoeksvraag 1) en hoofdstuk 2 (onderzoeksvragen 2 en 3). Onderzoeksvraag 4 wordt beantwoord aan de hand van een vooronderzoek (paragraaf 4.3.1) waarbij het datasysteem van het CDT werd bekeken. Op deze manier is zicht gekregen over het aantal casussen dat bij het CDT werd aangemeld en ook de informatie die per casus beschikbaar was. Onderzoeksvraag 5 wordt in dit hoofdstuk verder uitgewerkt in deelvragen (paragraaf 4.2.2) en de resultaten op deze deelvragen worden in hoofdstuk 5 beschreven. De centrale onderzoeksvragen (onderzoeksvraag 6) worden beantwoord in hoofdstuk 6. In dat hoofdstuk worden conclusies, discussie en aanbevelingen voor doorontwikkeling van het inzetten van specialistische expertise in het nieuwe jeugdstelsel gegeven.

4.2.2 Onderzoeksvraag 5

De meerwaarde van het CDT zou moeten zitten in het (sneller) behalen van de transformatiedoelen: Eigen Regie, Normaliseren, Neerwaartse druk en Passende hulp'. Op basis van deze uitgangspunten en het conceptueel model, gepresenteerd aan het einde van hoofdstuk drie, kunnen de volgende vier deelvragen worden geformuleerd:

- 5.1 Wat zijn de kenmerken van cliënten en cliënt systemen die aangemeld werden bij het CDT?
- 5.2 Hoe wordt de inzet van specialistische hulp vormgegeven in de geselecteerde casuïstiek en hoe wordt deze beleefd?
- 5.3 Hoe wordt in de geselecteerde casussen tegemoet gekomen aan de transformatiedoelstellingen?
- 5.4 Is er sprake van waardecreatie voor de klant van het CDT, namelijk de wijkteammedewerker?

Deze vragen worden in hoofdstuk 5 beantwoord.

4.3 Dataverzameling

Voordat data kon worden verzameld heeft eerst een vooronderzoek plaatsgevonden. Op basis van dit vooronderzoek zijn uiteindelijk 10 casussen geselecteerd die bij het CDT waren aangemeld. Op basis van een topiclijst (bijlage 1) vond een analyse plaats op de aanwezige documenten. Bij iedere casus zijn de wijkteam-medewerker en de CDT-medewerker gevraagd een vragenlijst (bijlage 2 en 3) in te vullen. Met deze vragenlijst konden aspecten van de samenwerking, informatie over de transformatiedoelstellingen en tevredenheid over de geboden hulp geïnventariseerd worden. In dit onderzoek werden geen cliënten geïnterviewd vanwege het tijdsbestek waarin dit onderzoek moest plaatsvinden. Waardecreatie werd geïnventariseerd via de wijkteam-medewerker die kon invullen of hij tevreden was met de geboden hulp, of deze hulp aansloot bij de hulpvragen, positieve kanten en eigen verklaringen en oplossingen van de cliënt. Ook werd aan de wijkteammedewerker gevraagd of de ingezette hulp van het CDT bijdroeg aan het bereiken van de transformatiedoelstellingen. Aan de CDT-medewerker werden deels dezelfde vragen gesteld zodat de antwoorden van de CDT- medewerker en de wijkteammedewerker gespiegeld konden worden.

4.3.1 Vooronderzoek

Er waren 217 Rotterdamse casussen in de periode van begin 2015 tot en met februari 2016 aangemeld bij de CDT's (tabel 1).

Tabel 1:
resultaten uit
vooronderzoek

Reden voor afsluiten casus			
	Frequentie (n)	Percentage (%)	Cumulatieve Percentage
Nog lopende casuïstiek	74	34,1	34,1
Advies afgerond	115	53	87,1
Niet voor CDT	10	4,6	91,7
Crisis, niet voor CDT, retour WT	3	1,4	93,1
Client is verhuisd	6	2,8	95,9
Client heeft zich teruggetrokken	9	4,1	100
Totaal	217	100	100

Ruim de helft van de aangemelde casussen werd afgerond met een advies. Bij een derde van de casussen liep het adviestraject nog en 13% hoorde niet bij het CDT thuis of was voortijdig afgebroken.

Er waren 115 casussen waarvan het advies was afgerond. De gemiddelde doorlooptijd van deze adviescasussen was 62 kalenderdagen (incl. weekenden). De spreiding was enorm (standaarddeviatie = 62 dagen). 50% van de adviescasussen was binnen ongeveer een maand (om precies te zijn 34 dagen) afgehandeld. De andere helft heeft (ruim) langer geduurd.

Bij 15 casussen was sprake van diagnostisch onderzoek, waarvan er 6 waren afgesloten en 9 nog in onderzoek waren. Waar richtten de adviezen zich op? Dat was bij 46% van de casussen niet ingevuld. Voor de overige casussen gold: 14% op nulde lijn, 14% op basishulp en 26% op specialistische hulp. Echter, er kon slechts één adviesvorm ingevuld worden, terwijl in de adviezen vaak combinaties van ondersteuningsvormen worden geadviseerd.

Omdat bij CDT- en wijkteammedewerkers vragenlijsten en in vervolgonderzoek ook interviews over het gevolgde traject afgenomen worden, is ervoor gekozen casussen te selecteren die in de maanden januari en februari 2016 werden afgerond. Uit het bestand blijkt dat 21 casussen waren afgerond in deze periode. Deze casussen lagen nog vers in het geheugen van betrokkenen zodat zij hierop bevroegd konden worden.

4.3.2 Selectie van casussen

Van de 21 afgeronde casussen in de maanden januari en februari vielen nog 11 casussen af en bleven er uiteindelijk 10 over. De redenen voor exclusie waren:

- 3 casussen waren anoniem
- 1 casus was niet aangemeld via wijkteam maar via jeugdbescherming
- bij 2 casussen waren geen documenten beschikbaar
- bij 3 casussen had een intelligentie-onderzoek bij moeder plaatsgevonden en waren geen verdere gegevens van het kind beschikbaar, alleen over het hele gezin.
- Bij 2 casussen wenste de wijkteammedewerker niet mee te werken aan het onderzoek of werkten deze medewerkers niet meer bij het wijkteam.

De hierboven beschreven wijze van selectie van de CDT casussen is een vorm van convenience sampling waarbij gekeken is welke casussen uiteindelijk overbleven op grond van de beschikbare gegevens.

4.4 Documentanalyse

Op basis van de het conceptueel model, dat gebaseerd is op de contextschets en de literatuur in hoofdstuk twee en drie, is een topiclijst samengesteld. Met deze topiclijst werden aanwezige documenten per casus geanalyseerd. De documentanalyse vond plaats op alle documenten die in het digitale cliëntdossier van het CDT zaten.

Tabel 2:
Wijze van
data-analyse

Tabel 2: Wijze van data-analyse				
	STEP*	Vragenlijst WT**	Vragenlijst CDT***	Documentanalyse
Clientkenmerken	x			x
Inzet van specialistische hulp		x	x	
Transformatiedoelstellingen		x	x	x
Waarde creatie		x	x	
* Standaard Taxatie Ernst Problematiek				
** Wijkteam				
*** Consultatie en Diagnose Team				

Documenten waren aanmeldformulieren, onderzoeksverslagen, adviesbrieven, werkaantekeningen, notulen van multidisciplinaire besprekingen en mailverkeer tussen CDT-medewerker, wijkteammedewerker, ouders en specialisten (bijvoorbeeld van de flexibele schil of externe specialisten). In tabel 2 staat weergegeven op welke wijze data werd verzameld. De uitkomsten van de STEP, vragenlijsten en documentanalyse zijn per case en per aspect van het conceptueel model samengebracht in verschillende overzichtstabellen. Vanuit deze tabellen is de resultaatbeschrijving in hoofdstuk vijf gedaan.

4.5 Beschrijving van de casussen

De aard en ernst van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg werd beschreven met de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP) (Van Yperen, Eijgenraam, Van den Berg, De Graaf & Chenevert, 2010). De STEP maakt de inschatting van de aard en ernst transparant en minder subjectief en helpt bij het expliciteren van het oordeel. Binnen het handelingsgerichte model wordt aangeraden gebruik te maken van dit taxatie-instrument (Pameijer en Draaisma, 2011). Van de STEP werden drie schalen gebruikt: (a) de aard van de problemen, (b) Functioneren Jeugdige en (c) Kwaliteit Omgeving. De laatste twee schalen kennen respectievelijk 6 items en 5 items. Aan ieder item werd een score toegekend en deze worden per schaal opgeteld tot een schaalscore waarmee een ernstscore kan worden gegeven (van Yperen et al, 2010). Met de schaal Functioneren Jeugdige wordt een beoordeling gegeven van de mate waarin de jeugdige problemen heeft, in welke mate daardoor beperkingen in het functioneren optreden en hoe zwaar de lijdensdruk van de jeugdige en zijn omgeving is.

4.6 Vragenlijsten

Aanvullend op de documentanalyse werden de wijkteammedewerkers en de CDT –casemanagers die aan de 10 casussen hebben gewerkt, benaderd voor medewerking aan het onderzoek. Tien CDT- medewerkers en 9 wijkteammedewerkers zegden hun medewerking toe om hun ervaringen en tevredenheid over het proces van hulpverlening aan cliënt te inventariseren. Aan de hand van de topiclijst werd een vragenlijst ontwikkeld. De vragen zijn gesloten. Medewerkers hebben wel de mogelijkheid om bij iedere vraag een toelichting te geven. De vragenlijst geeft een beeld van de factoren die een rol spelen bij de inzet van specialistische hulp, de effecten en de tevredenheid met de effecten door CDT en wijkteammedewerkers.

De vragenlijsten staan in bijlage 2 en 3 weergegeven.



Hoofdstuk 5

Resultaten

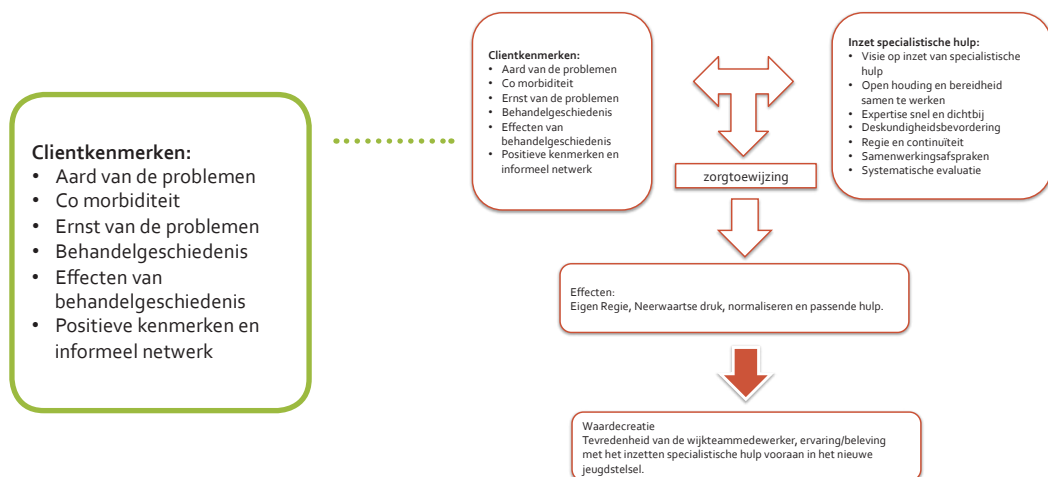
Hoofdstuk 5

Resultaten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten gegeven voor de tien casussen die door het Consultatie en Diagnose team in de maanden Januari en Februari zijn afgerond. De resultaten worden in dit hoofdstuk casusoverstijgend gepresenteerd aan de hand van de vier onderdelen van het conceptueel model: cliëntkenmerken (paragraaf 5.2), succesfactoren voor inzet specialistische hulp (paragraaf 5.3), effecten (paragraaf 5.4) en waardecreatie (paragraaf 5.5). De wijkteammedewerker wordt in dit onderzoek als klant van het CDT gezien waarvoor waarde wordt gecreëerd. Iedere paragraaf wordt afgesloten met de beantwoording van één van de deelvragen van onderzoeksvraag 5 (paragraaf 4.2.2). De tien casussen zijn ook afzonderlijk beschreven en staan in bijlage 4.

5.2. Cliëntkenmerken

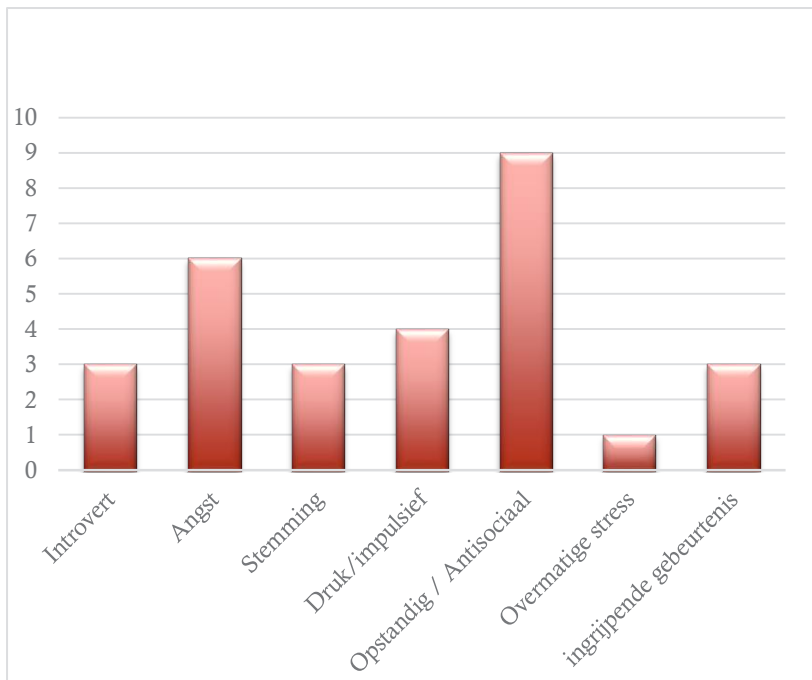


5.2.1 Aard van de problemen bij de 10 aangemelde casussen.

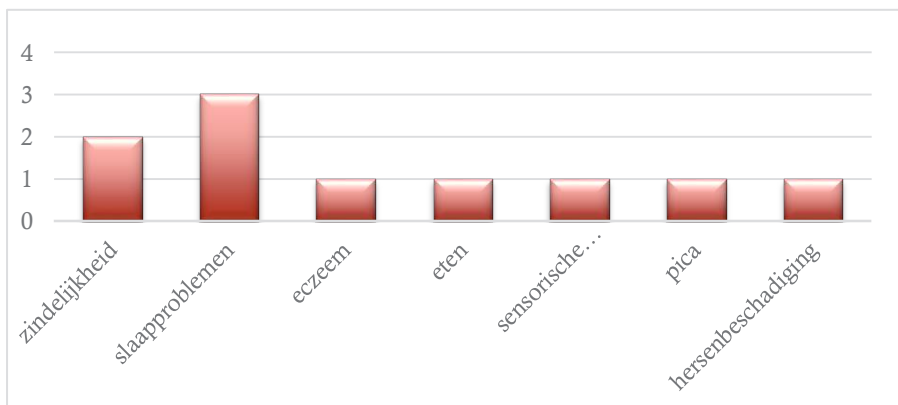
Problemen bij jeugdigen

Van de tien kinderen waren zeven jongens en drie meisjes. De leeftijdsrange was van 3 jaar tot en met 15 jaar. Bij alle kinderen kwamen psychosociale problemen voor. Dit konden emotionele problemen zijn zoals introvert gedrag (niet praten of niet praten over emoties), angst (nachtmerrie, separatie-angst, sociale angst) of stemmingsproblemen (depressie). Gedragsproblemen konden bestaan uit druk en impulsief (ADHD, autisme) of opstandig en/of antisociaal gedrag (gedragsstoornis of opstandige oppositionele stoornis of seksueel overschrijdend gedrag). Ten slotte kon sprake zijn van overige psychosociale problemen (zoals overmatige stress of problemen bij verwerking van ingrijpende gebeurtenissen). Hoe vaak deze problemen voorkwamen wordt in figuur 12 weergegeven.

Figuur 12
Psychosociale
problemen
bij de
10 geselecteerde
CDT-casussen

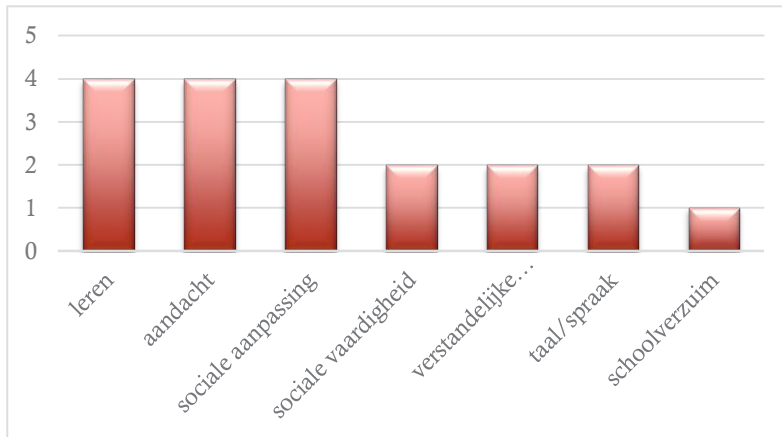


Figuur 13
Lichamelijke
problemen bij de
10 geselecteerde
CDT-casussen .

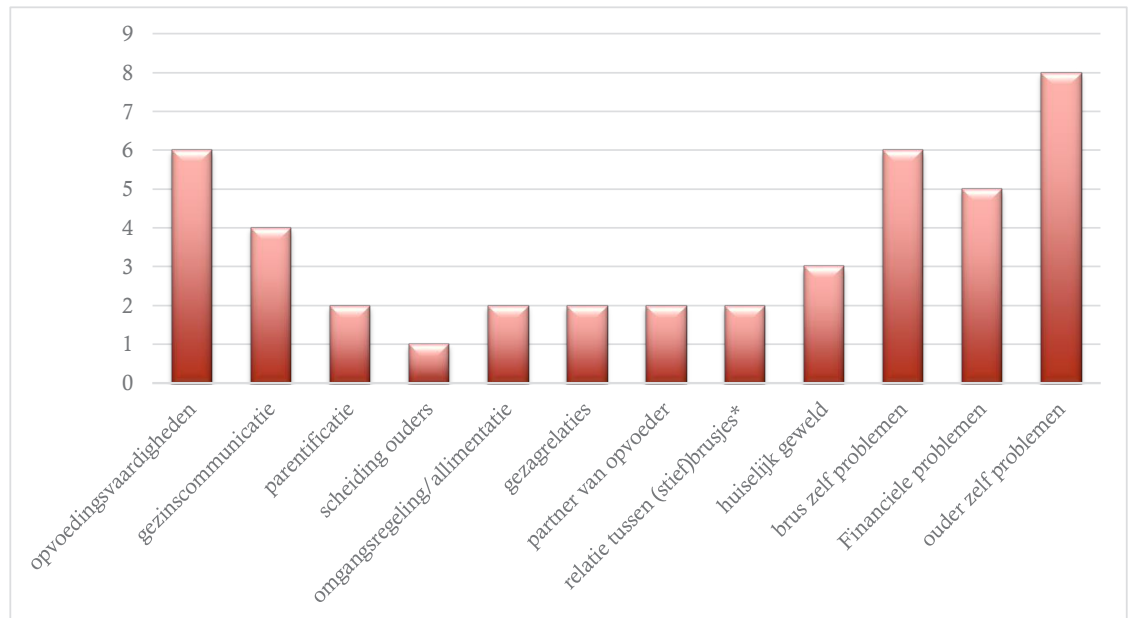


In Figuur 13 worden de lichamelijke problemen weergegeven die voorkomen binnen de groep kinderen. De kinderen hebben naast de psychosociale en lichamelijke problemen, ook problemen in de cognitieve ontwikkeling of problemen in het aanleren van vaardigheden (figuur 14). Er zijn twee kinderen met een verstandelijke beperking en drie kinderen waarbij een vermoeden bestaat dat ze verstandelijk beperkt of moeilijk lerend zijn.

Figuur 14
 Problemen in de cognitie of aanleren van vaardigheden bij de 10 geselecteerde CDT-casussen



Figuur 15.
 Problemen in het gezin en/of opvoeding bij de 10 geselecteerde CDT-casussen

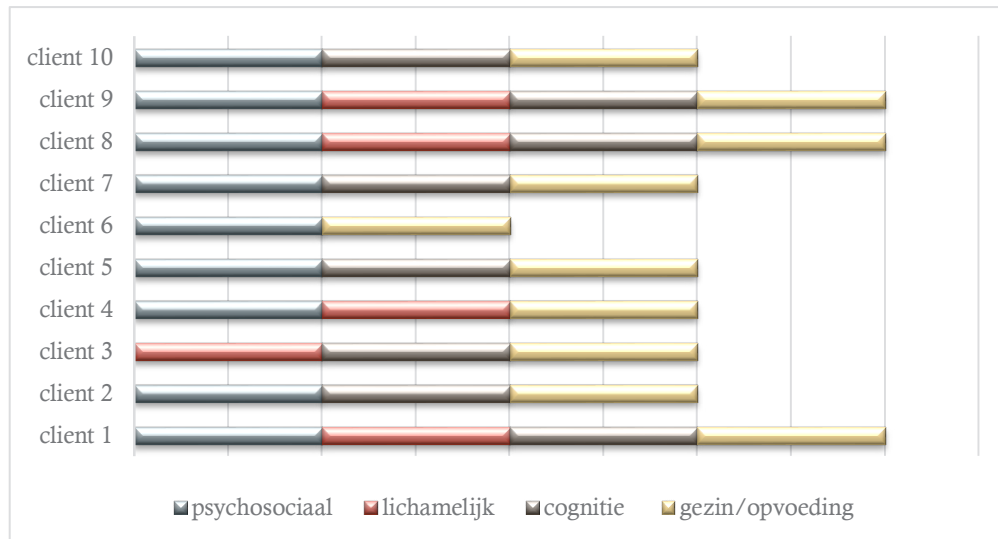


Problemen in de kwaliteit van de opvoedingsomgeving

Alle kinderen kenden ook problemen in het gezin en in de opvoeding. In figuur 15 staan deze weergegeven. De problemen die bij broertjes/zusjes (brusjes) voorkwamen waren: verstandelijke beperking (3), emotionele problemen door echtscheiding (1), suïcide (1), uithuisplaatsing (1) en autisme en opstandige oppositionele stoornis (1). De problemen van de ouder zelf waren: verstandelijke beperking (2), chronisch ziek (2) en psychische/psychiatrische problemen (4). Financiële problemen komen bij vijf gezinnen voor.

5.2.2 De co morbiditeit

Figuur 16.
Co morbiditeit
bij de
10 geselecteerde
CDT-casussen



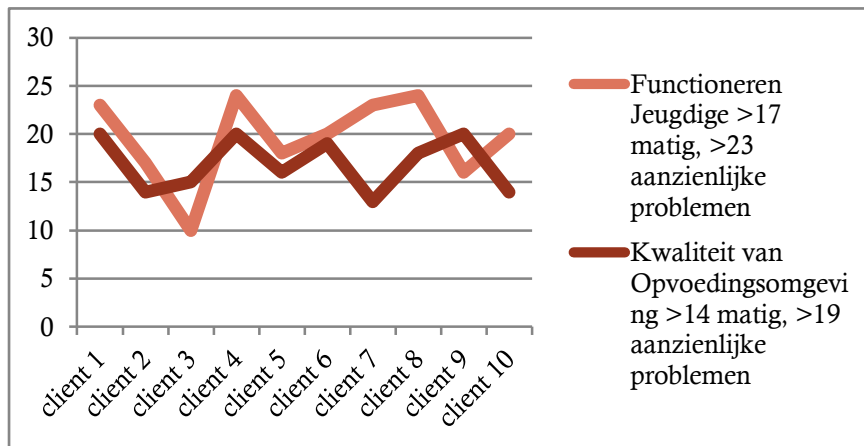
In figuur 16 is te zien dat het om complexe problematiek gaat. Drie van de tien kinderen laten problemen op alle vier de domeinen zien, zes kinderen op drie domeinen en één kind op twee domeinen.

5.2.3 Ernst van de problemen

De ernst van de problemen is met behulp van de STEP (Van Yperen, Eijgenraam, Van den Berg, De Graaf & Chenevert, 2010) geoperationaliseerd aan de hand van twee schalen: één voor het functioneren van de jeugdige en één voor de kwaliteit van de opvoedingsomgeving. In figuur 17 is te zien dat acht kinderen matige dan wel aanzienlijke problemen ervaren. Dat houdt in dat er opvallende of sterke gedrags-emotionele problemen zijn waarbij er sprake is van zindelijkheids- of slaapproblemen en problemen met eten, zelfverzorging, taal en spraak of moeilijk lerend dan wel verstandelijk beperkt. Het vermogen om met anderen op te schieten is duidelijk beperkt. De jeugdige ervaart dat hij weinig invloed op de problemen heeft, het probleemoplossend vermogen is (zeer) beperkt. De problemen bestaan vaak al meer dan 6 maanden waarbij hij door deze problemen belemmerd wordt in het dagelijks functioneren zowel thuis, in betekenisvolle relaties, op school of in andere omgevingen. Het gedrag van de jeugdige vormt een belasting voor overige leden van de thussituatie of hierbuiten.

De schaal Kwaliteit Omgeving geeft een globale beoordeling van hoe goed of slecht de fysieke en pedagogische kwaliteit van de omgeving van de jeugdige is. In figuur 17 is te zien dat 9 kinderen matige tot aanzienlijke problemen in de kwaliteit van de opvoedingsomgeving ervaren. Dit betekent dat er matige tot zware problemen zijn met betrekking tot verzorging, steun, aandacht of bescherming. Ook biedt de opvoeder bijvoorbeeld te weinig genegenheid en aandacht, dreigt met (ernstig) geweld of stelt excessieve eisen. Ook kan het zijn dat de jeugdige doorgaans negatief en vijandig benaderd wordt en spijbelen wordt toegestaan. De situatie vertoont gebrek aan warmte of juist sterke overbetrokkenheid waarbij de jeugdige (ernstig) lijdt onder de stress uit de omgeving.

Figuur 17.
Taxatie van de ernst van de problematiek aan de hand van STEP-instrument



5.2.4 Effecten van de behandelgeschiedenis

De documentanalyse laat zien dat er bij de meeste casussen al veel hulpverlening plaats had gevonden (tabel 2). Veel van deze hulpverlening werd ook ten tijde van de aanmelding bij het CDT gecontinueerd. Vanuit de documentanalyse kan achterhaald worden van welk type hulp gebruik is gemaakt. De duur van de hulpverlening is echter nauwelijks gedocumenteerd en ook het aantal keer dat gebruik is gemaakt van het type hulpverlening is niet beschreven. Zo maakt een gezin al 2 jaar lang gebruik van intensieve gezinsbegeleiding van specialistische jeugdhulp en was een ouder al meerdere keren klinisch opgenomen in de GGZ. Ook werden 2 ouders regelmatig in het ziekenhuis opgenomen in verband met een chronische ziekte. Er werd vermeld dat gebruik is gemaakt van de praktijkondersteuner van de huisarts voor psychische klachten maar uit de documenten is niet op te maken wie dit binnen het gezin was. Daarnaast is het effect van reeds eerder gestarte behandeling onvoldoende gedocumenteerd waardoor nauwelijks te achterhalen is wat de doelen, interventies en effecten van interventies op de ervaren problematiek waren.

Tabel 2.
Type hulpverlening
dat voorafgaand
of tijdens
aanmelding bij
CDT werd
ingezet bij de
10 geselecteerde
CDT-casussen

Type hulp waarvan gebruik is gemaakt voorafgaand/tijdens aanmelding bij CDT:	
Basiszorg	
Logopedie	2
Thuishulp	1
Schoolmaatschappelijk werk	1
Wijkteam-opvoedondersteuning	3
School	
Primair passend onderwijs/koers vo	4
Schoolmaatschappelijk werk	1
Ambulante begeleiding vanuit cluster 3	1
Cluster 4	3
Jeugdbescherming en Veilig Thuis	
Jeugdbeschermingsplein	2
Veilig thuis	1
Uithuisplaatsing in voorziening brusjes	3
Ondertoezichtstelling	1
Opvang na huiselijk geweld	1
Specialistische Hulp	
Pedagogische gezinsbegeleiding voor kind vanuit voorziening voor verstandelijke	1
Pedagogische gezinsbegeleiding voor ouder vanuit instelling voor verstandelijke	1
Klinische opname GGZ ouder	1
GGZ ambulante begeleiding ouder	3
Intensieve gezinsbegeleiding vanuit jeugdhulp	3
GGZ ambulant kind	5
GGZ poliklinisch	1
FACT	1
PGB 5 dagen	1
Schuldhulpverlening	4
Totaal: 45	

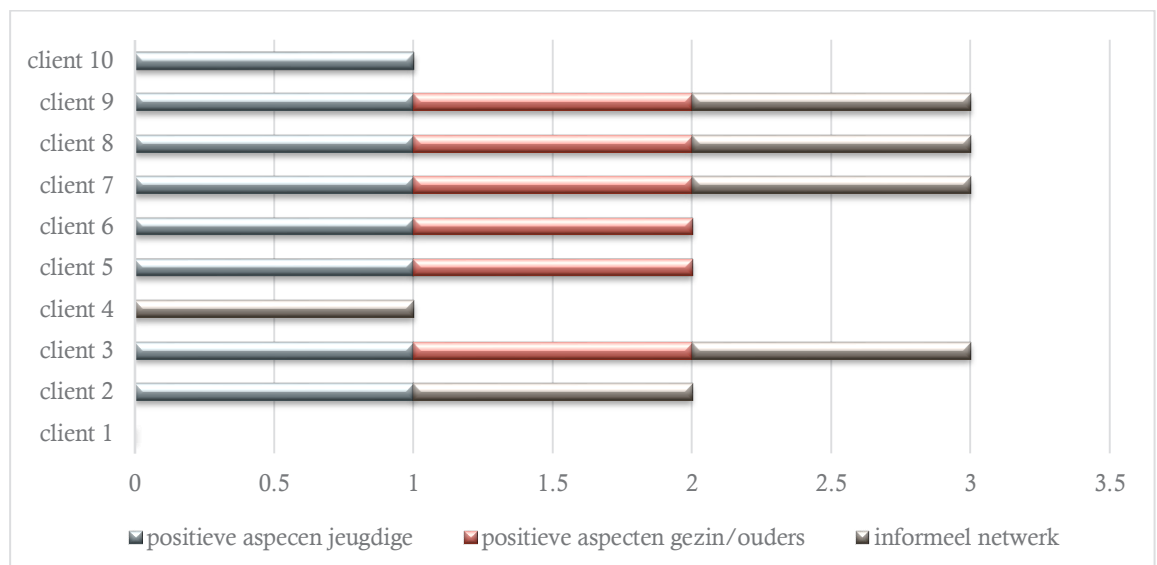
5.2.5 Positieve kenmerken en steun van informeel netwerk

Binnen het handelingsgerichte werken is nadrukkelijk aandacht voor positieve en veranderbare kenmerken zodat de ondersteuning zo normaal (en licht) mogelijk kan worden ingezet. Uit de documentanalyse komt naar voren dat bij zes kinderen positieve aspecten genoemd worden (figuur 18). Dit zijn beschrijvingen als 'lief', 'open', 'helpt graag', 'gemotiveerd om weer naar school te gaan', 'sportief', 'heeft bijbaantje', 'goede cijfers', 'betrouwbaar in het nakomen van afspraken'. Bij drie kinderen worden geen positieve aspecten genoemd. Ook worden positieve aspecten benoemd bij zes gezinnen. Dit zijn bijvoorbeeld 'betrokkenheid van (één van de) ouder(s)', 'warme affectieve relatie', 'open communicatie', 'goed contact met school' en 'staat open voor hulp'. In totaal worden bij acht jeugdigen of gezinnen positieve aspecten genoemd als de genoemde positieve aspecten van kind of gezin worden gecombineerd.

Ook bij zes jeugdigen wordt de steun van het informele netwerk expliciet beschreven (figuur 18).

Bij twee gezinnen bestaat het informeel netwerk uit de grootouders, bij een gezin bestaat het uit de ex-partner die vader is van de jeugdige. Bij een ander gezin bestaat het uit vader en oma en bij twee gezinnen zijn naast de grootouders ook vrienden en kennissen betrokken. Bij de vier gezinnen waarbij geen netwerk is beschreven, had één gezin steun van een grootouder maar die was recentelijk overleden. Bij het andere gezin vormde de ex-partner het netwerk maar deze was niet betrouwbaar in het nakomen van afspraken. Opvallend is de afwezigheid van informele netwerken als burens, vrijwilligers of welzijnsorganisaties.

Figuur 18
Positieve kenmerken en steun van het informeel netwerk van de 10 geselecteerde casussen.



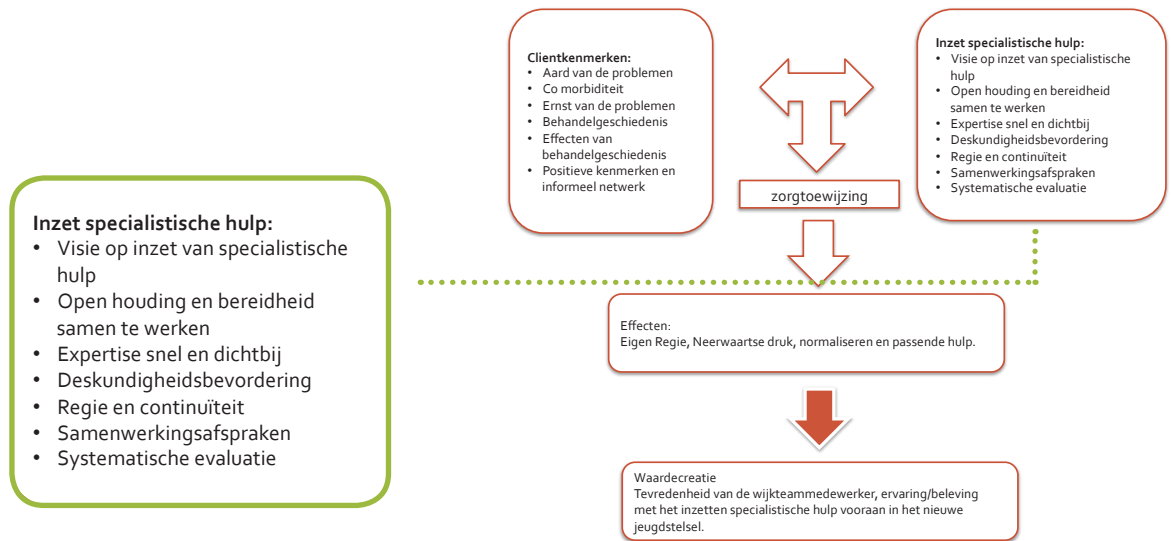
5.2.6 Conclusie onderzoeksvraag 5.1

Wat zijn de kenmerken van cliënten en cliënt systemen die aangemeld worden bij het CDT?

Uit de resultaten in paragraaf 5.2 kan worden geconcludeerd dat bij negen van de tien aangemelde kinderen sprake is van matig tot aanzienlijke ernstige problematiek waarbij de kinderen door de combinatie van opvoedings- en gezinsproblematiek ernstig bedreigd worden in hun ontwikkeling. Er is sprake van complexe problematiek die zich in de loop van de tijd heeft opgebouwd, met diverse oorzakelijke factoren in een soms ingewikkeld samenspel en een negatieve invloed hebben op meer dan één ontwikkelings- of levensdomein. Alle kinderen en diens gezin kennen een uitgebreide behandelgeschiedenis. De doelen van eerdere behandelingen en de effecten van deze behandelingen zijn onvoldoende bekend. Er is bij een meerderheid van de kinderen aandacht voor de positieve aspecten van het kind en diens gezin. Door zowel CDT- als wijkteam-medewerker worden positieve kenmerken genoemd (gedragingen of situaties waarvan cliënt aangeeft deze te waarderen) en ook positieve factoren (gedragingen of situaties waarvan een gedragswetenschapper of jeugd-zorgmedewerker van mening is dat ze bijdragen aan een positieve ontwikkeling). Beschermende factoren worden nauwelijks expliciet beschreven terwijl juist van deze factoren is aangetoond dat ze een kind bescherming bieden tegen de negatieve invloeden van risicofactoren. Beschermende factoren zoals hoge intelligentie of makkelijk temperament worden niet genoemd. Wel wordt bij een krappe meerderheid van de casuïstiek een beschrijving van het informele netwerk gegeven. Dit informele netwerk bestaat veel uit een ex-partner of grootouder(s). Slechts in twee casussen was ook sprake van tante, kennissen of vrienden. Welzijnsorganisaties, burens, vrijwilligers en dergelijke worden niet beschreven.

5.3 Inzet specialistische hulp

In het hiernavolgende wordt een samenvatting gegeven van de antwoorden op de vragen waarmee de inzet van specialistische hulp op de zeven succesfactoren werd geoperationaliseerd (volgens het conceptueel model in hoofdstuk 3). Aan het einde van deze paragraaf wordt een overstijgend antwoord gegeven op de vraag hoe de inzet van specialistische hulp wordt vormgegeven aan de hand van de succesfactoren binnen de Regio Rotterdam (paragraaf 5.3.8).



5.3.1 Visie op inzet van specialistische hulp

Eigen regie

Is rekening gehouden met de positieve en beschermende aspecten van het kind en het gezin?

Alle tien medewerkers van het CDT vinden dat er rekening is gehouden met deze aspecten. Zeven van de negen WT-medewerkers geven aan dat dit het geval was. Eén vindt het niet van toepassing en één twijfelt.

Eén wijkteammedewerker zegt:

'Door de licht verstandelijke beperking en psychische problemen bij ouder is hier maar zeer beperkt rekening mee gehouden. Wel over gesproken en duidelijk belicht wat goed gaat.'

Is met het advies voldoende tegemoet gekomen aan de hulpvraag van de cliënt?

Acht van de negen wijkteammedewerkers (WT-medewerkers) zeggen dat dit het geval was.

Eén WT-medewerker zegt dat dit niet zo was:

'moeder had een uitgebreider advies voor haarzelf verwacht.'

Acht van de tien CDT-medewerkers vinden ook dat ze met het advies voldoende tegemoet komen aan de hulpvraag van de cliënt. Bij twee casussen konden ze dit niet aangeven omdat het hulpvragen van de WT-medewerker waren en niet van het kind of gezin zelf.

Is met het advies expliciet gekeken naar het inzetten van het informele netwerk?

Maar twee WT-medewerkers geven aan dat er in het advies expliciet gekeken is naar het informele netwerk. Zes zeggen dat dit niet het geval was en één vindt het niet van toepassing. Acht CDT- medewerkers zeggen van wel en twee zeggen van niet.

Een CDT-medewerker zegt:

'is bij het onderzoek wel ter sprake gekomen maar gezin bleek geïsoleerd te zijn. Als buurtaanbod ook als informeel netwerk wordt gezien, dan is het antwoord ja.'

Opvallend is dat bij zes van de tien casussen er verschillen bestaan tussen de wijkteam- en CDT- medewerkers in de beleving of dit informeel netwerk is meegenomen. Alle wijkteammedewerkers zeggen in deze zes casussen dat dit niet het geval is of dat het niet van toepassing is terwijl de CDT- medewerkers in deze zes casussen aangeven dat dit wel het geval is:

'ja, biologische vader is ook meegenomen in het advies.'

'nee, gezin geïsoleerd, buurtaanbod wel bekeken.'

Bij één casus gaven de betrokken CDT en WT-medewerkers expliciet aan dat ze wel naar het informele netwerk hebben gekeken in het advies maar er bewust voor hebben gekozen dit niet te gebruiken:

'daar is naar gekeken en bewust gekozen voor een professionelere setting met een zakelijkere benadering omdat de inschatting was dat dit beter aansluit.'

Normaliseren en Neerwaartse druk**Kon door het advies sneller de juiste hulp ingeschakeld worden?**

In totaal gaven 16 (van de 19) medewerkers aan dat ze sneller de juiste hulp konden inschakelen. In één casus zeggen WT- en CDT-medewerker hierover:

'ik wist sneller welke kant ik op moest gaan en uitvragen, maar het gaf niet direct antwoord op een hele specifieke vraag.'(WT)

'deels wel omdat het advies eigenlijk al duidelijk was. CDT was meer bevestiging en aanvulling. Het heeft geholpen om meer uiteen te zetten waarom, hoe en wat helpend is geweest.'(CDT)

In andere casussen zeggen CDT -medewerkers:

'ja, het eerder opgestelde plan kon hierdoor sneller opgepakt worden'

'Ja, voornamelijk dat er andere dingen in gang gezet konden worden zoals de inzet van hulp vanuit spraaktaalonderwijs en er op papier staat wat al vermoed werd, waardoor er meer duidelijkheid naar ouders toe gegeven kan worden.'

Eén wijkteammedewerker vond het niet van toepassing. Twee wijkteammedewerker hebben nee geantwoord:

'nee, het is niet sneller gegaan maar wel de juiste hulp.'

Is in het advies aangegeven wat maximaal wenselijk en minimaal noodzakelijk is?

Vijf van de negen WT-medewerkers zeggen dat dit niet het geval was. Vier geven aan van wel.

Zeven CDT medewerkers zeggen dat dit in het advies stond en drie zeggen van niet.

Op de vraag of CDT-medewerkers eerst naar de meest simpele verklaringen en interventies hebben gekeken, antwoordden alle CDT-medewerkers bevestigend.

Heeft het advies geholpen om minder intensieve hulp in te zetten?

Zes van de negen WT-medewerkers zeggen dat dit niet het geval was. Van deze zes gaven twee medewerkers aan dat er juist meer hulp is ingezet maar dat dit ook nodig was. Twee WT- medewerkers weten het niet en één medewerker geeft aan dat dit wel het geval was. Opvallend is hier dat 8 CDT-medewerkers vonden dat het advies juist wel heeft geholpen om minder intensieve hulp in te zetten:

'door dit advies wordt verwacht dat uithuisplaatsing wordt voorkomen.'

Passende hulp

Is door het advies sneller duidelijk geworden wat het kind en gezin nodig had?

Eén vindt van niet, één weet het niet en zeven van de negen WT-medewerkers zeggen dat dit het geval was:

'ja, maar door nader overleg met de psychiater van de vervolgvoorziening is dit beeld weer deels gewijzigd.'

'ja, hierdoor kon een kind sneller naar school toe terug.'

'ja, voornamelijk doordat er andere dingen in gang gezet konden worden.'

Negen van de tien CDT medewerkers vonden dat door het advies sneller duidelijk is geworden wat het kind en gezin nodig had:

'Het advies was een bevestiging van wat de wijkteammedewerker dacht, dit maakte dat ze weer stappen ging zetten.'

'Dankzij de bemoeienis van het wijkteam wilde moeder dit kind laten onderzoeken. School had hier ook al op aangedrongen, maar door conflict met school kwam het hier niet van. Moeder zou denk ik uit zichzelf geen hulp zijn gaan zoeken bij bv. GGZ'

Is het advies van het CDT uitgevoerd?

Zes WT-medewerkers schreven dat het advies is uitgevoerd:

'ja, door het advies kon de jongere naar een school voor autisme, anders had de jongere naar Horizon (...school voor gedragsmoeilijken) gegaan en dat was niet goed/passend geweest.'

'ja naar aanleiding van het onderzoek dat gedaan is door het CDT, kon met de school waarop het kind zat, in gesprek gegaan worden.'

'ja, plan van aanpak is uitgevoerd'

Twee WT-medewerkers schreven dat het advies deels is uitgevoerd:

'In eerste instantie heb ik het advies van het CDT opgevolgd, maar kon ik deze uiteindelijk niet helemaal ten uitvoer brengen in deze casus. Door inspraak van andere specialisme heb ik deels van de adviezen moeten afwijken'

'Er waren in totaal 6 aanbevelingen, allemaal waren ze of al gestart of werden automatisch meegenomen in het traject van gezinscoach, waren zeer herkenbaar. Belangrijk dat ze op papier staan, omdat niet alle aanbevelingen meteen voor ouders haalbaar waren en aan een nog gewerkt dient te worden.'

'Ja/nee, andere hulp is ingezet '(situatie veranderde)'

Eén van de WT-medewerkers zegt dat het advies niet is uitgevoerd:

'het kind is deels bij vader en bij moeder gaan wonen' (waardoor het advies niet haalbaar was)

Eén CDT-medewerker schreef dat het advies is uitgevoerd. Eén zegt van niet:

'nee, toen het adviesgesprek plaatsvond, stond het wijkteam op het punt zich terug te trekken. Men was wel van plan een aantal zaken over te nemen. Of dit gebeurd is, is onduidelijk.'

Acht CDT-medewerkers weten het niet of zeggen dat het advies deels is uitgevoerd.

'niet gecheckt of nagebeld' (drie CDT-medewerkers)

'wijkteam zou primair passend onderwijs inschakelen, maar deze contacten verliepen moeizaam.'

'het wijkteam is met het advies aan de slag gegaan en heeft het advies met ouders besproken, maar onbekend is nu of het gezin zich ook daadwerkelijk heeft aangemeld. Na de evaluatie was het nog onduidelijk of het gezin daadwerkelijk het advies ging opvolgen (ze stonden wel op de wachtlijst voor behandeling maar dat stonden ze voor de aanmelding bij het CDT ook al. Het gezin wilde er nog even over nadenken. Hierna heeft geen evaluatie meer plaatsgevonden.'

'ik heb niets gedaan met betrekking tot het uitvoeren van het advies. Dat ligt bij het wijkteam.'

'Dit is voor zover ik weet uitgevoerd zoals geadviseerd.'

Heeft het advies effect gehad op de problematiek van het kind/gezin?

Acht van de negen WT-medewerkers vonden dat het advies een positief effect had op de problematiek. Ze vonden dat de problemen gelijk waren gebleven en niet verergerd waren. Een medewerker zei dat de problemen waren verminderd door het advies. Volgens haar had een ouder aangegeven dat de problemen afnamen alleen al door het advies te horen. En een andere wijkteammedewerker zei dat door de duidelijk over wat het gezin nodig had, de problemen niet meer toenamen.

'door de duidelijkheid kon een gerichtere aanpak in gang gezet worden.'

Maar drie van de tien CDT-medewerkers gaven aan dat ze vonden dat het advies een positief effect had op de problematiek van het gezin. Zij hadden tijdens de evaluatie na 2 maanden gehoord dat de problemen in ieder geval gelijk waren gebleven. Twee CDT-medewerkers vonden van niet en vijf CDT-medewerkers wisten het niet. Alle zeven gaven ze aan dat door het ontbreken van een evaluatie of omdat het kind/gezin naar een vervolgvoorziening was gegaan, zij geen informatie hadden over het effect van het advies.

5.3.2 Open houding en bereidheid om samen te werken

Vanuit de evaluatie van Vilans (zie hoofdstuk 2) komt naar voren dat zowel specialisten als generalisten bereid moeten zijn om met elkaar in overleg te treden, kennis te delen, van elkaar willen leren en samen naar oplossingen te zoeken. Overnemen door de specialist werkt contraproductief en de generalist dient regie te behouden. Uit de resultaten op de vragenlijsten die ingevuld zijn door tien CDT medewerkers en negen wijkteammedewerker komt naar voren dat iedereen vond dat ze serieus werden genomen in de vragen, zorgen en wensen die ze naar elkaar toe hadden en dat ze voldoende gelegenheid kregen om vragen aan elkaar te stellen. Bijna iedere WT-medewerker (acht van de negen) had het idee dat ze voldoende steun kregen van CDT-medewerkers en ook dat het CDT bereid was om kennis te delen. Een uitzondering hierop was één wijkteammedewerkster die zei:

'ik heb voldoende steun gekregen ten aanzien van de specifieke vraag maar ik voelde geen ruimte om het hele gezin te bespreken. Daarnaast wilde CDT niet de kennis met mij delen voordat ze eerst ouders hadden gesproken'

Op één na gaven de medewerkers aan dat zij bereid waren om samen naar oplossingen te zoeken. Bij een ouder die ambivalent stond tegenover hulpverlening en een aantal keer uit het hulpverleningsproces dreigde te stappen schreven zowel wijkteammedewerker als de betrokken CDT-medewerker:

'We hebben goed samen kunnen werken in mijn beleving en samen ervoor proberen te zorgen dat moeder gemotiveerd bleef voor het onderzoek.'

Eén wijkteammedewerkster vond dat er geen bereidheid was om samen naar oplossingen te zoeken.

'ze gaan zelf in overleg en komen erop terug in een adviesgesprek'

5.3.3 Expertise snel en dichtbij

Uit hoofdstuk 2 en 3 komt naar voren dat vooral bij complexe casuïstiek de noodzaak wordt gevoeld expertise snel en dichtbij te hebben om snel in te kunnen schatten wat er aan de hand is en welke ondersteuning nodig is en het meest passend is. Van belang hierbij is dat de generalist en specialist samen casuïstiekbespreking doen met de cliënt, of juist vooraf of achteraf gezamenlijk een casus bespreken.

Wachttijd

Uit de resultaten op de vragenlijst komt het volgende naar voren dat acht WT-medewerkers van mening zijn dat de wachttijd tot de intake snel was en dat ze niet lang hoefden te wachten. Eén medewerker vond wel dat het wel lang duurde:

'Het duurde te lang omdat de aanvraag zoek was geraakt'

Tijd tussen het 1-ste en laatste gesprek

Zes WT-medewerkers gaven aan dat dit volgens afspraak verliep.

Volgens drie WT-medewerkers duurde dit heel lang:

'Door ziekte en dergelijke duurde het delen van de onderzoeksresultaten best lang (7 weken).'

'het advies duurde heel lang. Dit had achteraf met de bereidheid van moeder te maken of ze informatie wel of niet wilde delen.'

'toen de onderzoeken eenmaal liepen, ging het snel'

Bereikbaarheid

Alle CDT medewerkers vonden dat ze voldoende tot snel bereikbaar waren voor het wijkteam.

Zeven WT-medewerkers vonden dit ook. Twee wijkteammedewerkers vonden dat de bereikbaarheid matig was.

'Ik was zelf vergeten om in het gesprek de namen (en dus email/nummers) uit te wisselen. Het wordt dan wel lastig om op zoek te gaan met wie ik nu had gesproken in de intake en hoe ik deze medewerker kon bereiken. Dit is iets dat ikzelf de volgende keer kan ondervangen door dit op te schrijven, maar mis iets van een officiële uitnodiging met naam en contactgegevens van het CDT. Dat zou de bereikbaarheid vergroten.'

Casuïstiek bespreking

In drie casussen heeft een gezamenlijke casuïstiek bespreking tussen WT- en CDT-medewerkers plaatsgevonden.

In zes casussen is dit niet het geval geweest. CDT kreeg via het wijkteam informatie, vergadert daarover en koppelt dat vervolgens terug aan de WT-medewerker.

Ten aanzien van casuïstiekbespreking tussen CDT, wijkteam en jeugdige en diens gezin wordt het volgende gezien:

- Met jeugdige/gezin en CDT: 2
- Jeugdige/gezin, CDT en wijkteam: 3
- Geen gezamenlijke casuïstiekbespreking: 5

5.3.4 Deskundigheidsbevordering

Leren van elkaars expertise is van belang omdat de teams divers zijn in hun samenstelling. Hiermee wisselt de beschikbaarheid over specifieke kennis en vaardigheden per team.

Acht van de negen WT-medewerkers zijn van mening dat er voldoende expertise in hun team zit.

Eén WT-medewerker zegt:

'ik zou graag volwassen GGZ en jeugd-GGZ in mijn wijkteam willen hebben.'

Negen van de tien CDT-medewerkers zijn van mening dat ze voldoende expertise in hun wijkteam hebben zitten.

Eén CDT-medewerker geeft aan

'in deze casus had een PGB-expert moeten zitten zodat we hadden kunnen aangeven hoeveel en hoelang nodig was geweest'

Een andere CDT medewerker zegt:

'...ons team heeft behoefte aan een gedragswetenschapper met kennis van gedragsproblematiek.'

Wat doen wijkteam- en CDT-medewerkers als ze een vraag hebben voor een specialist die niet in hun team zit? Bij deze vraag waren meerder antwoordopties mogelijk.

WT-medewerkers gaven het volgende aan:

- CDT inschakelen: 3x
- Specialist van de eigen voorziening inschakelen: 4x
- Rondbellen: 2x
- Collega's van andere wijkteams: 1
- Gezondheidszorgpsycholoog uit eigen wijkteam 1x
- Zorgbemiddelingsteam: 1x
- Internet zoeken: 1x

CDT-medewerkers geven het volgende aan:

- CDT flexibel schil inschakelen: 10x
- Rondbellen: 6x
- Specialist uit de eigen voorziening inschakelen: 5x
- Literatuur zoeken: 1x

Alle CDT-medewerkers gaven aan dat wijkteammedewerkers bereid waren om van hen te leren.

Daarentegen gaven maar 2 wijkteammedewerkers aan dat zij vonden dat CDT-medewerkers ook van hen wilden leren. Zes medewerkers gaven aan dat ze eigenlijk niet wisten of het CDT ook bereid was om van hen te leren en één wijkteammedewerker zei dat de CDT-medewerker niet bereid was om van haar te leren.

5.3.5 Regie en continuïteit

Uit hoofdstuk 2 en 3 komt naar voren dat het van belang is dat duidelijk moet zijn wie de regierol heeft en deze de ingezette zorg en ondersteuning kan monitoren en evalueren. Deze vraag is aan WT-medewerkers gesteld over hun ervaring met het CDT. Voor het CDT is deze vraag over hun samenwerking met de flexibele schil gesteld.

Echter, in de tien casussen is de flexibele schil niet ingezet.

- Alle WT-medewerkers gaven aan dat het CDT de regie bij de wijkteammedewerker liet.
- Zes WT-medewerkers hadden het idee dat ze de mogelijkheid hadden om de afspraken te controleren, 2 medewerkers wisten het niet en 1 medewerker vond dat hij deze mogelijkheid niet had.

- Zeven WT-medewerkers gaven aan dat de afspraken niet gecontroleerd hoefden te worden omdat ze werden uitgevoerd zoals afgesproken. Twee WT-medewerker gaf aan dat de afspraken wel gecontroleerd moesten worden.
- Wat betreft de mogelijkheid om het verloop van de casus bij het CDT te monitoren, gaven de WT-medewerkers het volgende aan:
 - Niet van toepassing: 1x
 - Niet nodig: 1x
 - Nee: 3
 - Ja: 3 (bijvoorbeeld door zelf na te bellen).

5.3.6 Samenwerkingsafspraken

Communicatie

Van de 19 medewerkers gaven 12 medewerkers aan dat er duidelijke afspraken gemaakt waren over wie en waarover wordt gecommuniceerd. In vier casussen was dit niet het geval. Vooral omdat zowel CDT als ook WT-medewerker vonden dat dit niet afgesproken hoefde te worden omdat dit als vanzelf liep. In andere casussen vonden de drie CDT-medewerkers dat hierover wel duidelijke afspraken bestonden maar vonden de wijkteammedewerkers dit niet.

Terugkoppeling

Wat betreft de wijze van terugkoppeling wordt gezien dat 3 keer wordt gezegd dat hierover geen afspraken zijn gemaakt en 16 keer wel. CDT medewerkers geven aan dat ze niet kunnen terugkoppelen aan ouders bij een consultatie omdat dit de taak is van het wijkteam.

Informatie

Volgens 16 medewerkers zijn duidelijke afspraken gemaakt over hoe de informatie moet worden aangeleverd. Twee medewerkers zeggen dat ze het niet weten en één medewerker zegt dat het niet van toepassing was vanwege de consultatievraag.

Duur van een traject

Wat betreft de afspraken omtrent de duur van een traject, worden de volgende antwoorden gezien:

- Weet niet: 2x
- Ja : 10 x *'bij benadering' en 'afspraken zijn op verzoek van ouders veel later gehouden'*
- Nee: 7x

Verbeterpunten

Op de vraag of er verbeterpunten ten aanzien van de samenwerking tussen CDT en wijkteam zijn, worden maar een paar punten genoemd:

'had graag het CDT concreet willen inzetten om zaken uit te zoeken, bijvoorbeeld ten aanzien van het PGB'
'CDT moet meer Jip-en-Janneke' taal beheersen, concreter zijn in hun advies. Dit verschilt per CDT-medewerker.'

5.3.7 Systematische evaluatie

De samenwerkingsprocessen continu willen monitoren, evalueren en willen verbeteren is een belangrijke succesfactor. Binnen dit onderzoek wordt het volgende gezien:

- Op de vraag of de inzet van het CDT in de tien casussen is geëvalueerd, zegt het wijkteam in zes casussen 'nee' en in twee casussen 'ja' en één casus deels. Uit de CDT-documentanalyse komt naar voren dat voor iedere casus een evaluatiedatum was gepland en dat vier casussen een evaluatie is uitgevoerd door telefonisch na te vragen of het advies is uitgevoerd en of het passend was. Drie keer heeft is met het wijkteam gebeld en één keer met ouders.

- De effecten van het advies op de klachten worden nauwelijks gemonitord. Zeven wijkteammedewerkers geven aan dat dit niet is gebeurd en twee wijkteammedewerkers weten het niet.

5.3.8 conclusie onderzoeksvraag 5.2

Hoe wordt de inzet van specialistische hulp vormgegeven in de geselecteerde casussen en hoe wordt deze beleefd?

Globaal genomen kan worden geconcludeerd dat medewerkers van het wijkteam en CDT van mening zijn dat zij de visie op de zorg (vertaald in de transformatiedoelstellingen zoals 'Eigen Regie', 'Passende Hulp', 'Normaliseren' en 'Neerwaartse Druk') voldoende meenemen in hun dagelijkse klinisch handelen. Ten aanzien van de 'Eigen Regie' wordt gezien dat WT- en CDT- medewerkers vinden dat ze bewust rekening houden met de positieve en beschermende aspecten van het kind en het gezin. Ook vinden ze dat ze voldoende tegemoet komen aan de hulpvraag van de cliënt. Opvallend is dat onvoldoende gebruik wordt gemaakt van het informele netwerk én dat de CDT- en WT-medewerkers hierover van mening verschillen: het CDT geeft in een meerderheid van de casussen aan dat ze hierover hebben nagedacht bij het advies terwijl de meerderheid van de wijkteammedewerkers van mening is dat ze dit niet terugzien in het advies.

Wat betreft 'Passende Hulp' wordt gezien dat zowel WT- en CDT-medewerkers vonden dat door het advies van het CDT sneller duidelijk werd wat het kind en gezin nodig had. Een meerderheid van de WT-medewerkers schreef dat het advies geheel of deels is uitgevoerd. Als het advies niet werd uitgevoerd had dat te maken met veranderingen binnen het gezin of vervolgvoorzieningen die andere hulp adviseerden. WT-medewerkers vonden dat het advies een positief effect had op de problematiek, vooral omdat de problematiek niet toenam. De meerderheid van de CDT- medewerkers wist niet of hun advies effect had omdat een evaluatie van het advies uitbleef. Wat betreft het 'Normaliseren' en 'Neerwaartse druk' vond een meerderheid van de WT- en CDT medewerkers dat door het advies sneller de juiste hulp ingeschakeld kon worden. Een krappe meerderheid van zowel het WT- als CDT-medewerkers vond dat in het advies stond aangegeven wat minimaal noodzakelijk was en maximaal wenselijk. Ook maar een krappe meerderheid van beide partijen vond dat het advies heeft geholpen om minder intensieve hulp in te zetten. Het was veelal gelijkblijvend om intensievere hulp te voorkomen.

Er kan worden geconcludeerd dat zowel WT- als ook de CDT-medewerkers van elkaar vinden dat er een voldoende open houding en bereidheid is om samen te werken. Ze voelden zich door de ander serieus genomen in de vragen, zorgen en wensen die ze hadden. Ze kregen voldoende gelegenheid om vragen aan elkaar te stellen, kennis met elkaar te delen en samen naar oplossingen te zoeken. De WT-medewerker voelde zich ook voldoende gesteund door het CDT.

Wat betreft de expertise snel en dichtbij wordt gezien dat de meerderheid van de WT-medewerkers vond dat de wachttijd tot de intake kort was. Een krappe meerderheid van de WT-medewerkers vond dat de tijd tussen het eerste en het laatste gesprek was zoals was afgesproken. Bij drie casussen vonden de WT-medewerkers dat het erg lang duurde. Dit lag volgens hen aan ziekte van CDT- medewerkers, schoolvakanties en de wisselende bereidheid van ouders om mee te werken. Over het algemeen vonden zowel WT- en CDT-medewerkers van elkaar dat ze voldoende tot snel bereikbaar waren, hoewel nog wel duidelijker mag worden wie wanneer en op welke wijze bereikbaar is. Opvallend is dat er maar heel beperkt gezamenlijke casuïstiekbesprekingen tussen WT en CDT plaatsvonden. Een WT-medewerker zegt daarover: 'ze vergaderen zelf en komen dan met een advies'. Ook vindt er maar zeer beperkt gezamenlijke casuïstiekbesprekingen plaats tussen CDT, WT en jeugdige en ouders.

Ten aanzien van de deskundigheidsbevordering vond een meerderheid van zowel de WT- als CDT- medewerkers dat er voldoende expertise in hun team zit. Als er vragen zijn waarvoor ze andere expertise in moeten zetten, gaan zowel de WT- als ook de CDT-medewerker nog steeds het meest te rade bij de specialist van de eigen voorziening. Vervolgens schakelt de WT-medewerker het CDT in, gaat rondbellen of zoekt op internet, bevaart collega's van andere wijkteams, belt met het zorgbemiddelingsteam of vraagt de gezondheidszorgpsycholoog van het eigen

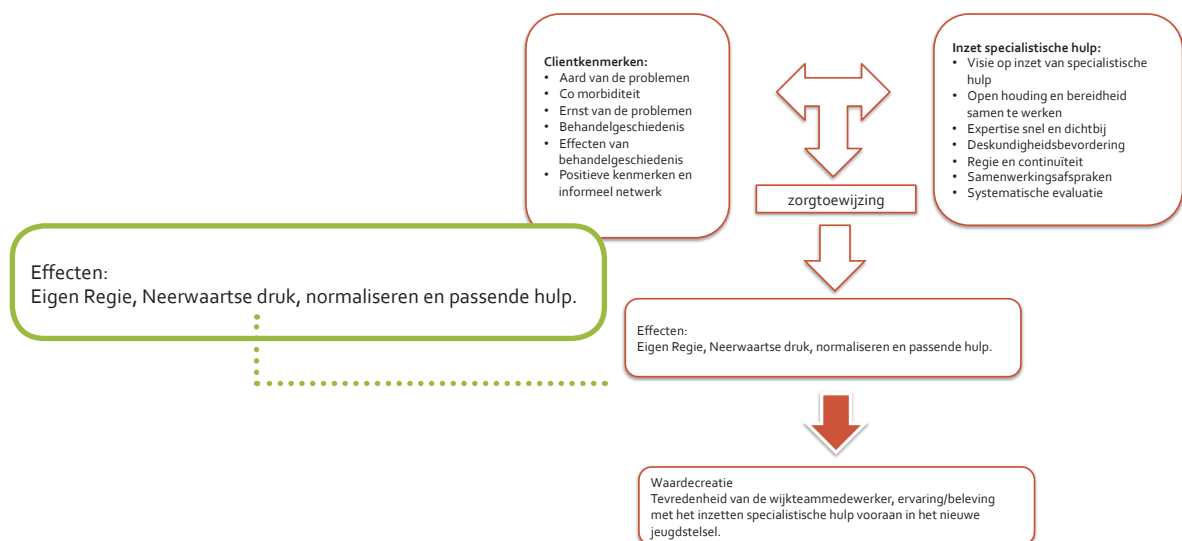
wijkteam of consulteert de specialist van de eigen moederorganisatie. De CDT-medewerker schakelt in de meeste gevallen de flexibele schil van het CDT in, gaat rondbellen of consulteert een specialist van de eigen moederorganisatie. Opvallend is dat CDT-medewerkers wel vonden dat alle WT-medewerkers bereid waren om van hen te leren maar andersom wisten WT-medewerkers niet of het CDT wel van hen wilden leren. Twee WT-medewerkers vonden dat dit helemaal niet het geval was.

De WT- en CDT-medewerkers vinden dat er duidelijke werkafspraken zijn ten aanzien van de regie en de continuïteit. Er zijn duidelijke afspraken wie regie heeft (de WT-medewerker). Deze had ook voldoende mogelijkheden om afspraken te controleren en vonden dat ze hierdoor het proces niet perse hoefden te monitoren. Drie WT-medewerkers vonden dat zij het proces niet konden monitoren.

Wat betreft de samenwerkingsafspraken zijn zowel WT als ook CDT medewerkers van mening dat er duidelijke werkafspraken bestaan over met wie, waarover en wanneer gecommuniceerd wordt en op welke wijze informatie moet worden aangeleverd. Over de wijze van terugkoppeling aan ouders en jeugdige werden niet echt afspraken gemaakt. CDT-medewerkers gaven aan dat bij consultaties zij niet kunnen terugkoppelen aan het gezin of jeugdige omdat de WT-medewerker dit over het algemeen doet. Over de duur van een traject werden nauwelijks afspraken gemaakt. CDT gaf aan dat zij niet goed weten hoe het traject zal verlopen doordat zij met verschillende mensen afspraken moet maken en onduidelijk is hoe snel ouders of jeugdige willen of kunnen reageren. Dit werd opgevangen door regelmatige terugkoppeling te geven over het proces. Er werden een aantal verbeterpunten voor de samenwerking genoemd namelijk expertise uitbreiden met PGB-expert, CDT moet het advies meer in concrete taal opstellen en bespreekbaar maken met ouders en jeugdige.

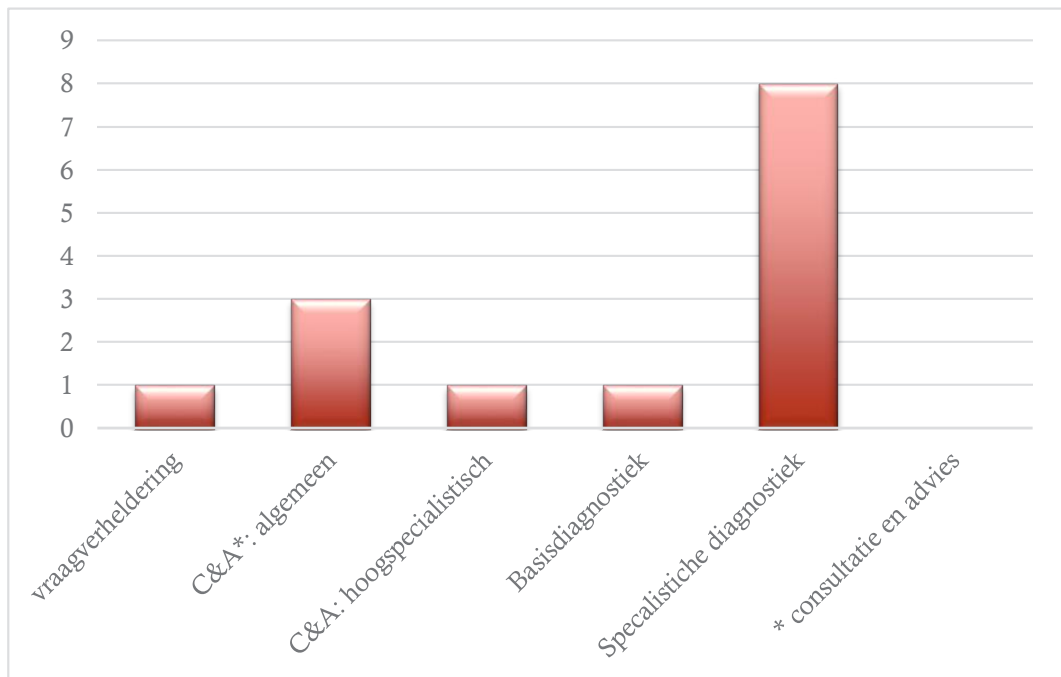
De systematische evaluatie was zeer beperkt. In de meerderheid van de casussen werd het advies niet geëvalueerd hoewel er wel een evaluatie-datum na twee maanden stond ingepland in het elektronisch cliëntendossier van het CDT. Ook vond er geen systematische monitoring van de klachten of functioneren van het gezin en jeugdige plaats zodat het effect van de inzet van (specialistische) hulp niet duidelijk was.

5.4 Effecten van de inzet van specialistische hulp ten aanzien van de transformatie doelstellingen vanuit de documentanalyse



De reden voor aanmelding bij het CDT in deze tien casussen worden in figuur 19 weergegeven. Te zien is dat het CDT vooral ingezet wordt bij deze casussen voor gespecialiseerde complexe diagnostiek (acht keer) en vier keer voor consultatie en advies. Vanuit de documentanalyse komt naar voren dat van de acht keer maar vijf keer hoog specialistische diagnostiek is ingezet omdat het CDT van mening was dat er al voldoende informatie was of omdat het onderzoek op het moment van aanvragen niet mogelijk was bijvoorbeeld door instabiele opvoedingsituatie.

Figuur 19:
Aanmeldings-
redenen bij het
CDT van de
10 geselecteerde
casussen



In het hiernavolgende wordt op basis van de documentanalyse beschreven op welke wijze is tegemoet gekomen aan de transformatiedoelstellingen met de inzet van het CDT.

5.4.1 Eigen Regie

Eigen Regie staat in hoofdstuk 2 omschreven als de mogelijkheid van een jeugdige en gezin om zelf te bepalen op welke wijze zij hun eigen leven inrichten en hoe de zorg of begeleiding bij eventuele problemen daarbij wordt ingevuld. Dit betekent dat gezinnen zoveel mogelijk zelf de regie houden wanneer zij kampen met problemen. Vanuit de zorgtoewijzingmodellen en het handelingsgericht werken dienen daarbij hun hulpvragen, wensen, behoeften, verklaringen, oplossingen, positieve aspecten en netwerk verkend te worden en in het advies dan wel behandeling geïntegreerd te worden.

Uit de documentanalyse komt naar voren dat de meerderheid van de cliënten (zeven van de tien) aanwezig was tijdens de intakegesprekken. Dat waren de jeugdigen en (één van de) ouder(s). Bij één gezin was ook één van de grootouders aanwezig. Van de drie gezinnen die niet tijdens de intake aanwezig waren, werd één gezin telefonisch benaderd. Van deze drie gezinnen waren de aanmeldingsredenen twee keer specialistisch onderzoek en één keer een consultvraag.

Uit de documenten is bij vijf cliënten niet te achterhalen of zij ook bij het advies uitgenodigd waren. Bij drie waren de cliënten er wel en bij twee cliënten is het telefonisch of schriftelijk teruggekoppeld. Van zeven cliënten zijn duidelijk de wensen, behoeften en verwachtingen verkend. Bij de andere drie kon dit of niet achterhaald worden in de documenten of was dit niet het geval. Bij zes casussen zijn de hulpvragen in eigen termen van ouders of kind geformuleerd. Bij vier niet en waren de formuleringen afkomstig van de wijkteammedewerker. Bij deze vier kon dan ook niet achterhaald worden of de vraagstellingen van het CDT aansloten bij de hulpvragen van de cliënt. Bij de zes casussen waar wel een hulpvraag was geformuleerd door de cliënt/-systeem, werden in twee casussen de vraag rondom het hele gezin niet meegenomen. De onderzoeksvragen in deze twee casussen waren specifiek op het psychosociaal functioneren gericht. Bij de overige vier casussen is met de onderzoeksvraag van het CDT goed aangesloten bij de hulpvragen van de cliënt/-systeem.

Van zes gezinnen waren de concrete problemen en zorgen beschreven, bij drie casussen was dit niet het geval en bij één casus alleen van de ouder en niet van de jeugdige zelf. Bij vijf gezinnen zijn de verklaringen en oplossingen van de cliënt/-systeem gedocumenteerd, bij vijf gezinnen was dit niet het geval. Opvallend was dat er veel verschillende verklaringen door de verschillende gezinsleden worden gegeven. Dit maakt het zeer relevant om alle verklaringen en oplossingen te inventariseren om de hulp goed bij de beleving van alle betrokkenen te laten aansluiten. Bij zes casussen staan de doelen van het cliënt/-systeem beschreven. Deze staan geformuleerd als 'rust krijgen thuis en vermindering van gedragsproblemen', handvatten en tips voor opvoeding thuis, 'beter leren spreken', 'voortgang maken op school', 'thuis gezelliger' en 'communicatie verbeteren'. Bij vijf casussen komen de wensen en behoeften terug in het advies, bij één casussen komt het deels terug en bij vier staat het niet beschreven in het advies.

Bij zes casussen is iedere hulpvraag beantwoord, bij vier was dit niet het geval en bleven vragen liggen.

Bijvoorbeeld alleen advies op ontwikkeling van jeugdige en niet specifiek advies over wat moeder in opvoeding nodig had. Of een integraal advies aan wijkteam zoals bijvoorbeeld voortzetten gezinsbegeleiding maar niet welke vragen van wie daarmee werden beantwoord. Bij vier casussen kon het cliënt/-systeem keuzes maken uit de aanbevelingen en werden die stap voor stap met cliënt doorgenomen en het besluit van cliënt stond beschreven. Bij vier werd het advies 'gewoon' gegeven en bij twee casussen stond niet beschreven of er een keuze mogelijkheid was.

5.4.2 Normaliseren en neerwaartse druk

Wat betreft het tijdig signaleren van de problemen om zwaardere zorgproblemen te voorkomen, komt naar voren dat van de tien casussen minimaal zeven gezinnen al een zeer uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis kenden. Hierdoor konden zware problemen in deze gezinnen niet voorkomen worden. Het CDT had vooral een de-escalerende functie gericht op het voorkomen van intensivering van de problemen binnen de gezinnen en hiermee inzet van zwaardere gespecialiseerde zorg (zie ook bijlage 4).

Wat betreft een tijdige begeleiding komt uit de documentanalyse naar voren dat de doorlooptijden (tabel 3) zeer wisselend waren. Reden voor lange doorlooptijden waren: onvoorziene omstandigheden bij het gezin zoals overlijden van een grootouder waardoor hulp werd uitgesteld (casus 6), kerstvakantie, ziekte CDT-medewerker en de moeite met plannen van multidisciplinaire besprekingen (casus 7), ouder trekt zich een aantal keer terug uit onderzoekstraject, schoolvakantie, verschillende onderzoeksmomenten en moeite met plannen van gesprek tussen CDT en WT en wisseling in CDT-casemanagers (casus 8, 9 en 10). Opvallend is dat bij de laatste drie casussen het onderzoek zeer uitgebreid is met veel hypothesen die tegelijkertijd worden getoetst en uitgewerkt in adviezen.

Tabel 3
Doorlooptijden
tot vraag-
verheldering en
advies en
het type
geregistreeerde
inzet na advies
in de
10 geselecteerde
CDT-casussen.

	Doorlooptijd tot vraagverheldering (dagen)	Doorlooptijd tot advies (dagen)	Geregistreeerde inzet na advies:
casus 1	17	19	Specialistische hulp
casus 2	17	19	Basishulp
casus 3	36	50	Basishulp
casus 4	2	2	Specialistische hulp
casus 5	48	119	Nuldelijns hulp
casus 6	41	110	Basishulp
casus 7	8	86	Nuldelijns hulp
casus 8	76	225	Basishulp
casus 9	102	193	Specialistische hulp
casus 10	43	125	Specialistische hulp

Begeleiding van gezinnen in hun sociale omgeving.

Uit de documentanalyse komt naar voren dat bij zeker acht casussen positieve aspecten van het systeem zijn beschreven. Bij zeven van de acht gezinnen zijn de positieve aspecten ook meegenomen in het advies. Hierdoor kon goed gebruik gemaakt worden van de mogelijkheid om hulp in de eigen sociale omgeving te organiseren:

- In casus 8 was de jeugdige al aangemeld bij specialistisch onderwijs. Door de wachttijd van 8 maanden heeft CDT besloten het onderzoek zelf te doen. Naar aanleiding van dit onderzoek kon worden geadviseerd het kind op regulier basisonderwijs te begeleiden en primair passend onderwijs te betrekken. Door het onderzoek te laten plaatsvinden bij het CDT is voorkomen dat het kind meteen richting speciaal onderwijs zou gaan.
- In zes gezinnen wordt gebruikt gemaakt van de positieve opvoedingskwaliteiten van ouder(s) zodat het kind in de eigen omgeving kon blijven. Hiertoe dienden ouder(s) ontlast te worden door inzetten of vergroten van eigen netwerk (casus 2, 3 en 4), sportclubjes (casus 3 en 10) en logeeropvang (casus 4 en 9).
- Bij vier jeugdigen wordt geadviseerd op regulier (basis)onderwijs te blijven al dan niet met ondersteuning van ambulante begeleiding vanuit speciaal onderwijs.
- In casus 3 en 5 is de problematiek van de jeugdige teruggebracht naar 'gewone' opvoedingsconflicten die versterkt werden door de bijzondere gezinsomstandigheden en aanleg van kind. Opmerkelijk is dat in casus 5 geen hulp werd geadviseerd terwijl dit gegeven de problematische gezinsomstandigheden wel verwacht zou worden.
- In geen enkele casus wordt expliciet aangegeven wat minimaal noodzakelijk en maximaal wenselijk is. Wel worden bij vier casussen aanwijzingen gevonden voor de volgorde waarin de aanbevelingen uitgevoerd kunnen worden. In deze casussen worden temen als 'eventueel', 'in de toekomst', 'aanbevolen wordt te beginnen met', 'primaire focus', 'indien na overleg blijkt...', 'mocht er na een half geen verbetering optreden...'

Wat betreft neerwaartse druk komt uit de analyse naar voren dat:

- In totaal zijn 8 diagnostische onderzoeken aangevraagd waarvan er 5 zijn uitgevoerd. In de gevallen waar geen onderzoek werd uitgevoerd, konden de wijkteammedewerkers en gezinnen zich hierin vinden. Hiermee is onnodig onderzoek voorkomen.
- In 4 casussen was er sprake van specialistische hulp voorafgaand aan de aanmelding bij het CDT en werd na het advies basishulp geadviseerd (casus 2,3,6 en 7). Casus 2 illustreert normalisering waarin door inzet van het eigen netwerk voorkomen wordt dat een nog intensievere hulp wordt ingezet. In deze casus 2 werd al 2 jaar intensieve opvoedingsondersteuning ingezet dat volgens hulpverleners weinig effectief was. Door mogelijkheden te verkennen om bij andere ouder te wonen en opvoedingsondersteuning vanuit het wijkteam te adviseren voor moeder en overige gezinsleden werd een nog intensievere hulp voorkomen.
- Bij casus 3 en 7 is het opvallend dat basishulp staat geregistreerd maar dat voortzetting van specialistische hulp wordt geadviseerd. Omdat deze vorm van gezinsbegeleiding al aangevraagd was, wordt dit mogelijk niet als 'eigen' advies gezien vanuit het CDT en om deze reden niet op die manier geregistreerd.
- In 5 casussen kon de advisering in de buurt, thuis of op de eigen school plaatsvinden zonder dat specialistische hulp (meteen) werd ingezet. Bij 4 van deze 5 casussen werd geadviseerd eerst lichte (eerste lijns/basis zorg) in te zetten voordat eventueel specialistische hulp wordt ingezet (casus 1, 2, 6 en 10). Dit was afhankelijk van hoe de klachten zich zouden ontwikkelen. Bij casus 1 adviseerde het CDT meteen aan te melden bij specialistische voorziening (Vroeghulp) maar door de wachttijd daar werd in tussentijd het wijkteam en PPO ingezet. Afhankelijk van het verloop van de klachten in deze casus zou dan alsnog specialistische hulp ingeschakeld kunnen worden. Bij casus 2 kon door het inzetten van het eigen netwerk (vader) de intensieve gezinsbegeleiding opgeheven worden voor de problematische interactie tussen jeugdige en moeder en kon eerstelijns opvoedingsondersteuning ingezet worden voor moeder en de overige kinderen. In casus 6 was behoefte aan procesdiagnostiek maar de gezinssituatie moest eerst gestabiliseerd te worden. In casus 10 werd Pedagogische Gezinsbegeleiding geadviseerd in te schakelen als gezin daar klaar voor was en dit nog nodig bleek te zijn.
- Bij 3 casussen waarin door het CDT specialistische hulp werd geadviseerd, was de verwachting dat hiermee uithuisplaatsing voorkomen kon worden (casus 4,7 en 9).

5.4.3 Passende hulp

Passende hulp wordt in hoofdstuk 2 geschetst als het tijdig inschakelen van benodigde ondersteuning, die passend is gezien (a) de aard en ernst van de problematiek én (b) de aanwezige protectieve factoren in het gezin en haar omgeving. In tabel 4 wordt per casus een beschrijving van passende hulp gegeven op basis van de aard en ernst van de problematiek, protectieve aspecten, hulpverleningsgeschiedenis, hulpvragen van wijkteam en cliënt en het advies van het CDT. Waar mogelijk is tevens bekeken of dit advies ten uitvoer is gebracht.

Tabel 4

Beschrijving van 'Passende Hulp' per casus

Casus 1

Het gezin en jeugdige kenden aanzienlijke problemen waarbij er nauwelijks positieve aspecten of het eigen netwerk zijn beschreven. Gezin was niet aanwezig bij gesprekken. Onduidelijk wat wensen, behoeften en verwachtingen van hen zijn. CDT ingezet voor consultatie en diagnostiek. CDT heeft geen onderzoek uitgevoerd wel consultatie. Het CDT adviseerde als voorkeur Vroeghulp in te schakelen maar door een lange wachttijd werd geadviseerd primair passend onderwijs (PPO) voor school in te schakelen, financiële hulp en opvoedondersteuning vanuit het wijkteam te continueren. De vraag is of alleen ondersteuning vanuit het wijkteam bij een dergelijke complexe casussen met een uitgebreide behandelgeschiedenis voldoende is. School was het niet eens met het inzetten van PPO en heeft deze niet ingezet waardoor er tot het evaluatiemoment (2 maanden later) niets voor cliënt is ingezet. In het advies is niets terug te lezen over hulp bij het voorkomen van huiselijk geweld, hoewel dit wel een hulpvraag van ouder was. Het CDT advies was mogelijk passend echter door het gebrek aan continuïteit over de samenwerkingsschakels heen (vroeghulp en PPO) werd het advies niet gerealiseerd en was hiermee de hulp niet passend.

Casus 2

Het gezin kende aanzienlijke problemen waarbij het functioneren van jeugdige nog redelijk was. Gezin kende een forse hulpverleningsgeschiedenis van 2 jaar intensieve gezinsbegeleiding (IG). IG was te weinig effectief omdat klachten verergerden. Gezin en wijkteam waren niet aanwezig bij CDT-gesprekken. Hulpvragen en ook zorgen, wensen en behoeften niet geïnventariseerd en niet geïntegreerd in advies. Een paar positieve aspecten beschreven maar niet geïntegreerd in advies. CDT werd ingezet voor consultatie en diagnostiek. Alleen gewerkt aan de consultatievraag omdat stemmingsproblemen van jeugdigen inherent leken aan gezinssituatie en hiermee werd geen onnodige diagnostiek ingezet. CDT adviseerde te onderzoeken of jeugdige ook bij andere ouder kon wonen. Dit droeg bij aan passende hulp omdat hiermee de intensieve gezinsbegeleiding afgeschaald kon worden naar alleen opvoedondersteuning voor moeder en twee andere kinderen. Jeugdige kon bij andere ouder wonen en dit stabiliseerde de situatie. CDT adviseerde daarnaast eventueel gesprekken bij jeugdcoach voor cliënt. Dit bleek achteraf onvoldoende te zijn en wijkteammedewerker heeft dit zelf opgeschaald naar GGZ omdat de stemmingsproblemen niet verminderden. Het advies was hiermee deels passend.

Casus 3

Het functioneren van jeugdige was redelijk en kwaliteit van opvoedingsomgeving was matig. Het gezin was aanwezig bij intakegesprek. Hulpvragen en ook zorgen, wensen en behoeften waren geformuleerd en werden geïntegreerd in advies. Veel positieve aspecten beschreven en geïntegreerd in advies. Wijkteam niet aanwezig bij gesprekken met CDT. CDT ingezet voor consultatie. Hierdoor kon cliënt meteen naar goede instanties verwezen worden waardoor er vroegtijdige signalering van problematiek plaatsvond. Consultatie was gericht op neerwaartse druk (eerste kortdurende behandeling) binnen GGZ en inzetten op PPO. De hulp was deels passend. Wel voor aangemelde cliënt maar niet voor het gezin in totaal. Door in te zetten op de positieve aspecten van het gezin was onvoldoende zicht op de overbelasting van ouders die samenhang met de forse problemen van de twee oudere broers. Doordat school PPO niet voor aangemelde cliënt inzette, verminderde de draagkracht van ouders sterk. Ouders willen zwaardere hulp en vroegen alsnog intensieve gezinsbegeleiding of logeeropvang voor oudere broers aan. CDT had inzetten sportclubjes en verkennen van eigen netwerk geadviseerd. Uiteindelijk is het eigen netwerk ingeschakeld voor tijdelijke opvang oudste zoon.

Casus 4

Het functioneren van cliënt kende aanzienlijke problemen en de kwaliteit van de omgeving was matig. Gezin was niet aanwezig bij CDT-overleg en hun hulpvragen waren niet geïnventariseerd, ook de positieve aspecten niet. CDT werd ingezet voor consultatie, namelijk second opinion omdat de behandelgeschiedenis zeer uitgebreid was en de wijkteammedewerker tegenstrijdige adviezen had gekregen. WT wilde graag weten welke vorm en intensiteit van behandeling nodig was. Het normaliseren was gericht op het kind niet uit huis te plaatsen en juist niet teveel informeel netwerk inschakelen om intensivering van problematiek te voorkomen. Consultatie gericht op neerwaartse druk: intensieve systeemtherapie, naschoolse opvang en PGB inzet om ouders te ontlasten. De hulp was voor ouders niet passend, voor wijkteam wel. Hiermee was de hulp deels passend. De hulpvraag van ouders was te impliciet gebleven: waarschijnlijk alleen gericht op voortgang en aantal uur PGB. Ze stonden niet open, waarschijnlijk vanwege overbelasting, voor intensieve systeemtherapie en ook niet voor naschoolse opvang. De hulpverlener van vervolgoopvang vond dit ook niet passend. WT wilde CDT inzetten het helpen bij het maken van en stappenplan voor concrete acties (aanmelden bij GGZ, PGB indicatie). WT was tevreden met het verkregen overzicht en het stappenplan dat daaruit voortvloeide.

Casus 5

Het functioneren van cliënt en de kwaliteit van omgeving waren matig. Het gezin kende een beperkte hulpverleningsgeschiedenis (alleen voor ouder). Gezin was aanwezig bij het CDT-gesprek en hun hulpvragen, behoeften, wensen waren geïnventariseerd. CDT werd ingezet voor specialistische complexe diagnostiek. Door alleen onderzoek in te zetten is duidelijkheid gekregen over de cognitieve mogelijkheden van cliënte en wat zij in opvoeding nodig heeft. De hulp was deels passend. Door onderzoek duidelijk wat cliënte nodig heeft maar er staat niet beschreven wat moeder nodig heeft in de opvoeding van cliënte. De hulpvraag van moeder is beantwoord maar onduidelijk is of moeder, zeker gegeven haar beperkte cognitieve vaardigheden en psychische problemen en de conflicten die ze ook met haar andere kinderen heeft, aan de opvoedingsvraag van dit meisje kan voldoen. Er wordt geen ondersteuning voor moeder vanuit wijkteam of VG-specialisatie geadviseerd om opvoedingsvaardigheden te monitoren. Lijkt van belang vanwege de ontsporing van haar zoon op dit moment en eerdere problemen in het gezin. Teveel op cliënte gefocust, te weinig vanuit systeeminstek en dus onvoldoende vanuit 1 gezin, 1 plan visie.

Casus 6

Het functioneren van cliënt kende matige problemen en de kwaliteit van de omgeving kende aanzienlijke problemen. Het gezin had een beperkte hulpverleningsgeschiedenis, namelijk een jaar praktische pedagogische opvoedhulp maar onduidelijk waarom effecten uitbleven. Gezin was aanwezig tijdens CDT-overleg en hun hulpvragen, behoeften, wensen waren geïnventariseerd. Ook hun verklaringen en oplossingen. In advies gebruik gemaakt van positieve kenmerken van gezin en hiermee kracht van gezin versterkt. Hulpvraag was gericht op onderzoek bij cliënt maar dit werd niet uitgevoerd omdat eerst werd ingezet op meest logische verklaring, namelijk versterken van opvoedingsvaardigheden. Advies was gericht op neerwaartse druk: eerst emotionele verwaarlozing, opvoedingscapaciteiten en communicatie in gezin versterken. Adviezen op het hele gezin waren niet beschreven, zoals wat het systeem nodig heeft om cliënt goed te kunnen ondersteunen (bv waarom heeft eerdere hulp weinig opgeleverd, mogelijke vrijetijdsbesteding voor jeugdige, ontlasting voor ouder nu netwerk is gekrompen door overlijden oma en zieke ouder, is er nog hulp nodig voor financiën?). Advies hierdoor beperkt en onduidelijk of ruimte is voor ouder om met opvoeding aan de slag te gaan. Het advies is hiermee deels passend.

Casus 7

Het functioneren van cliënt kende aanzienlijke problemen en de kwaliteit van de omgeving was matig. Het gezin kende een forse hulpverleningsgeschiedenis. Het gezin was aanwezig en hun hulpvragen, behoeften, wensen waren geïnventariseerd. Ook hun verklaringen en oplossingen. Het CDT was ingezet voor specialistische complexe diagnostiek. Diagnostiek is uitgevoerd en aan de hand hiervan ontwikkelingsstoornis uitgesloten. De gedragsproblemen waren niet meer aanwezig. Geadviseerd opbouw van school in normale omgeving. Bevestigd dat multisysteemtherapie (MST) van belang is om cliënt weer naar school te krijgen en gezagsrelaties te herstellen. Advies hierdoor gericht op neerwaartse druk: alleen multisysteemtherapie in te zetten om naar geschikte school te kijken om hiermee uithuisplaatsing te voorkomen. Onderzoek van CDT bevestigde eerder beeld dat MST nodig is om opvoedingscapaciteiten te versterken, netwerk hierin mee te nemen en jongen psychosociale hulp te bieden. Door deze bevestiging werd het advies wel opgevolgd. Met advies kon na 14 maanden schoolverzuim weer een school gevonden worden, cliënt was gemotiveerd en ouders wilden nu wel MST oppakken. In deze casus lijkt hiermee sprake van passende hulp.

Casus 8

Het functioneren van cliënt kende aanzienlijke problemen, evenals de kwaliteit van de omgeving. Het gezin had een beperkte hulpverleningsgeschiedenis. CDT werd ingezet voor diagnostiek. Dit waren de hulpvragen van zowel WT als ouders. Ouder was bij casusbespreking CDT, hulpvragen in eigen woorden geïnventariseerd, net als wensen en verwachtingen. Ook eigen verklaringen en oplossingen meegenomen en keuze uit adviezen mogelijk. Er werd geen speciaal onderwijs geadviseerd maar regulier onderwijs met ambulante begeleiding vanuit speciaal onderwijs. Opvoedondersteuning door wijkteam en geen specialistische hulp met daarnaast logopedie blijven inschakelen. Ouders blij met onderwijs op de eigen school. Hiermee leek zowel voor wijkteam als voor ouder passende hulp gecreëerd hoewel het adviestraject lang had geduurd. CDT is blijven insteken op motiveren van ouder om adviestraject af te kunnen ronden.

Casus 9

Het functioneren van cliënt kende matige problemen en de kwaliteit van de omgeving kende aanzienlijke problemen. Het gezin had een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis. CDT ingezet voor vraagverheldering en onderzoek. Dit waren de hulpvragen van zowel WT als moeder. Moeder en cliënt bij casusbespreking, hulpvragen, wensen, doelen en verklaringen geïnventariseerd en terug laten komen in advies. Moeder en cliënt konden keuze maken uit aanbevelingen. Het CDT trachtte met het advies cliënt proberen zoveel mogelijk bij moeder te laten wonen door versterken draagkracht moeder door structureel logeeropvang (professioneel en via informeel netwerk) te adviseren. Ook gaf het CDT een overzicht en vond het nodig om het (grote) aantal hulpverleners dat in het gezin (tegelijktijd) zat te beperken en een regievoerder aan te stellen. Er werd OTS en uithuisplaatsing voorkomen door vooral het risico op psychische overbelasting bij ouder te reduceren. Opvallend dat gericht wordt op diade moeder en cliënt, terwijl hulpverlening andere kinderen wel benoemd maar niet integraal meegenomen worden in advies. Wel goede passende hulp omdat hulpvragen en adviezen van zowel wijkteam, ouder als jeugdige mooi op elkaar aansloten en zij tevreden waren over de hulp.

Casus 10

Het functioneren van cliënt kende matige problemen, evenals de kwaliteit van de omgeving. Het gezin kende een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis. CDT ingezet voor consultatie voor schoolkeuze, opvoedingsondersteuning en herhalingsonderzoek naar cognitief functioneren. Dit waren de hulpvragen van zowel WT als ouders. Ouders waren bij casusbespreking CDT, hulpvragen in eigen woorden geïnventariseerd, net als wensen en verwachtingen. Niet eigen verklaringen en oplossingen, wel keuze uit adviezen. Jeugdige kon op RBO blijven doordat sterke kanten van jeugdige en gezin zijn meegenomen. Ook opvoedondersteuning vanuit wijkteam en te zijner tijd Pedagogische Gezinsbegeleiding vanuit instelling voor verstandelijk beperkten. Door eerst wijkteam en pas later specialistische hulp te adviseren is neerwaartse druk gerealiseerd. Ouders blij met onderwijs op de eigen school. Hiermee leek passende hulp te zijn gecreëerd.

Op basis van de informatie van tabel 4 kan geconcludeerd worden dat in één casus de hulp die na het advies van het CDT werd ingezet, onvoldoende passend was omdat er geen hulp voor de jeugdige tot stand kwam. In vijf casussen was de hulp die werd geadviseerd door het CDT deels passend en in vier casussen was de hulp passend.

Uit de beschrijvingen kunnen een aantal succesindicatoren voor passende hulp gehaald worden.

Het concreet maken van de eigen regie van de jeugdige en gezin.

Bij casussen waar de hulp passend is, wordt gezien dat de gezinnen bij het begin van het traject aanwezig zijn waardoor direct een gezamenlijke afstemming plaats kan vinden over hun hulpvragen, wensen, behoeften, verklaringen en oplossingen. Mogelijk dat hierdoor het advies veel beter aansluit en de kans dat het advies opgevolgd wordt, groter is.

Het creëren van overzicht en hiermee inzicht in hetgeen de jeugdige en gezin nodig hadden.

Het CDT is twee keer voor een 'second opinion' gevraagd omdat de wijkteammedewerker door de complexiteit het overzicht niet meer had of tegenstrijdige adviezen kreeg van de (vele) verschillende hulpverleners die tegelijkertijd in het gezin aan de slag waren. Door van de aanbevelingen een stappenplan te maken op basis van prioriteit, kon de wijkteammedewerker tot actie overgaan en voelde zij zich gesteund door het verkregen advies.

Normaliseren van de problematiek jeugdigen.

Het CDT kon in 2 casussen de problemen van jeugdigen beschrijven als normale ontwikkelingsproblemen die versterkt werden door de negatieve omgevingsinvloeden. Dit maakte dat de benodigde hulp dichterbij de eigen omgeving plaats kon vinden (regulier onderwijs en ondersteuning vanuit wijkteam). Dit kwam overeen met de wensen van ouders en verminderde de (over-)belasting bij de toch al belaste ouders.

Adviezen niet alleen richten op klachtreductie.

Door het advies vooral ook op vergroten van vaardigheden (sociale vaardigheden om sociale contacten te kunnen aangaan en in stand te houden) en vergroten van participatierollen (weer naar school, lid worden van sportclubjes, versterken van netwerk) zorgde voor verlichting bij ouders en versterkte het vertrouwen van de jeugdigen waardoor de hulp meer passend was.

Uit de beschrijvingen zijn ook een aantal redenen voor niet passende hulp te halen:

- Gebrek aan continuïteit over de keten. In twee casus ging PPO niet met het advies aan de slag. Ook door de wachtlijsten van vervolgvorzieningen kon advies niet opgevolgd worden en moesten cliënten lang wachten

waardoor aanbevelingen alweer achterhaald waren.

- Gebrek aan gedeelde visie op het probleem. Het CDT kon een passend advies geven maar de visie op het probleem of oplossing werd niet gedeeld door vervolginstanties of –voorziening. In 2 casussen werd ondersteuning op regulier basisonderwijs geadviseerd vanuit primair passend onderwijs. De scholen waren het oneens over het inzetten van PPO waardoor geen ondersteuning tot stand kon komen. Ook een professional van een vervolgvoorziening en ouders konden zich niet vinden in een deel van het advies in casus 4.
- Gefragmenteerde focus op alleen de aangemelde jeugdige en ouders, niet op het hele gezin. Het blijkt in de praktijk nog moeilijk te zijn om vanuit 1 gezin, 1 plan te werken. In een aantal casussen werden goede adviezen gegeven voor de aangemelde jeugdige en diens ouders maar werd de problematiek van het gehele gezin te weinig in samenhang bekeken. In casus 1 wordt bijvoorbeeld niet het huiselijk geweld meegenomen. In casus 3 wordt de overbelasting van ouders door de problematiek van twee oudere broers van de aangemelde jeugdige onvoldoende meegenomen. In casus 5 worden de problemen geduid worden als normale ontwikkelingsproblemen die horen bij een verstandelijke beperking. Er wordt geen verdere hulpverlening geadviseerd terwijl ouder zelf een aantal beperkingen kent die samenhangen met de in stand houding van de problemen binnen het gezin.
- De redenen van het uitblijven van effecten van eerdere hulpverlening zijn niet verkend. In casus 6 wordt het effect van de risicofactoren op toekomstige hulpverlening onvoldoende meegenomen waardoor de kans op het (weer) falen van nieuwe hulpverlening groot is.
- CDT te veel op afstand. Door het onvoldoende betrekken van de jeugdige, gezinnen en wijkteammedewerkers bij aanvang van het traject leidt tot weinige gedeelde visie op het probleem en hiermee ook op de meest passende verklaringen en oplossingen. In casus 2 leek hierdoor onvoldoende zicht op problematiek jeugdige en is een te licht advies voor de jeugdige gegeven. Bij casus 4 bestond onvoldoende zicht op de onderliggende vraag van ouders waardoor het advies onvoldoende bij hen aansloot. Ook de dynamiek van de complexe problematiek kan door beperkte inzet van het CDT onvoldoende meegenomen worden. Er werd een te grote scheiding ervaren tussen de consultatie en diagnostiek vanuit het CDT enerzijds en het uitvoeren van de behandeling door het wijkteam anderzijds. In casussen 2, 3, 4 en 6 was het advies in de tijd tussen aanmelding, advies en uitvoering van advies alweer (gedeeltelijk) achterhaald. Doordat het wijkteam en CDT aparte gremia zijn, kon onvoldoende in gezamenlijkheid en flexibel op de casussen worden ingespeeld.

5.4.4 Conclusie onderzoeksvraag 5.3

Hoe wordt in de geselecteerde casussen tegemoet gekomen aan de transformatiedoelstellingen?

Eigen Regie

Uit de documentanalyse kan worden geconcludeerd dat in de samenwerking tussen CDT, WT en ouders over het algemeen voldoende vorm wordt gegeven aan de Eigen Regie. In het merendeel van de casussen (zeven) zijn de cliënten tijdens de intake aanwezig. In een krappe meerderheid van de casussen (zes) worden hulpvragen, behoeften, wensen, zorgen, verklaringen en doelen voor de inzet van het CDT verkend. Bij de helft (vijf) wordt in het advies teruggekomen op verklaringen, oplossingen, wensen en behoeften van het gezin zelf. Bij vier casussen kunnen cliënten keuzen maken uit de aanbevelingen.

Normaliseren en Neerwaartse druk

Door inzet van het CDT kon door de zwaarte van de aangemelde problematiek nauwelijks tijdige signalering plaatsvinden omdat de meeste gezinnen al een zware behandelvoorgeschiedenis kenden. De doorlooptijden waren zeer wisselend (spreiding van 2-225 dagen) en hingen samen met zowel gezinsfactoren (terugtrekken uit hulpverlenings-

proces, overlijden binnen familie of netwerk, vakanties) als ook organisatorische factoren (afstemmingsproblemen tussen professionals, verschillende onderzoeksmomenten te ver gespreid over de tijd, ziekte CDT medewerker en wisseling in CDT-casemanagers). Opvallend is dat bij de laatste drie casussen het onderzoek zeer uitgebreid is met veel hypothesen die tegelijkertijd worden getoetst en uitgewerkt worden in meerdere adviezen. Spaarzaamheid ten aanzien van mogelijke hypothesen of verklaringen wordt weinig toegepast in deze drie casussen. Mogelijk dat getrapte diagnostiek hier voor een snellere doorlooptijd had kunnen zorgen.

Van de tien casussen werden in zes casussen basishulp of eerstelijns hulp geadviseerd. Vier van deze casussen maakte voorafgaand aan de aanmelding bij het CDT gebruik van specialistische voorzieningen. Na het advies kon dit afgeschaald worden naar basiszorg of eerstelijns hulp. Door de positieve aspecten van een gezin te combineren met een ondersteuningsmix van opvoedingsondersteuning of individuele begeleiding van het wijkteam, eerstelijns begeleiding, extra ondersteuning op school, logeeropvang, inschakelen sportclubjes en inschakelen van eigen netwerk kon in vijf casussen de inzet van zware specialistische hulp uitgesteld dan wel voorkomen worden. Hiertoe werd aanbevolen de klachten goed te monitoren. Er zijn 5 onderzoeken uitgevoerd terwijl er acht werden aangevraagd, hiermee werd voorkomen dat onnodig onderzoek werd gedaan. Bij drie casussen werd aangegeven dat uithuisplaatsing voorkomen kon worden door ambulante specialistische zorg in de nabijheid van het gezin in te zetten. Vier jeugdigen hoefden niet naar speciaal onderwijs en konden gebruik blijven maken van regulier basisonderwijs al dan niet met begeleiding van primair passend onderwijs en ambulante begeleiding van uit speciaal onderwijs. In geen enkele casus wordt expliciet aangegeven wat minimaal noodzakelijk en maximaal wenselijk is.

Passende hulp

In vier casussen leek de hulp passend, in vijf casussen leek de hulp deels passend en in één casus leek de hulp onvoldoende passend.

Er konden verschillende succesindicatoren voor passende hulp uit de beschrijvingen gedestilleerd worden:

- het concreet gestalte geven en hiermee versterken van de eigen regie van cliënt en gezin;
- Het creëren van overzicht en hiermee inzicht in hetgeen de jeugdige en gezin nodig hadden
- normaliseren van de problematiek jeugdigen, en
- de adviezen niet alleen richten op klachtreductie.

Uit de beschrijvingen waren ook een aantal redenen voor niet passende hulp te halen:

- gebrek aan continuïteit over de keten.
- gebrek aan gedeelde visie op het probleem
- gefragmenteerde focus op alleen de aangemelde jeugdige en ouders, niet op het hele gezin.
- de redenen van het uitblijven van effecten van eerdere hulpverlening zijn niet verkend.
- CDT te veel op afstand.

5.5 Waardecreatie voor de cliënt

Uit hoofdstuk drie komt naar voren dat waardecreatie ontstaat in de uitwerking van verschillende aspecten. De beschrijving van deze aspecten op basis van de antwoorden van de WT-en CDT- medewerkers worden in het hiernavolgende beschreven:



5.5.1 Beleving van de expertise van het CDT door de klant (het wijkteam)

Acht van de negen wijkteammedewerkers vonden dat ze voldoende informatie van het CDT kreeg over verklaringen, diagnose en mogelijke behandelingen. Eén wijkteammedewerker vond dat het onvoldoende was en schreef:

'nee, ik heb onvoldoende verklaringen gekregen. Alleen dat het hoort bij (verlaagd) IQ en levensfase.

En verder is er niets geadviseerd'

Bij vijf wijkteammedewerkers heeft de informatie vanuit het wijkteam tot nieuwe inzichten geleid:

'het advies heeft zeker tot nieuwe inzichten geleid maar niet alles kon worden uitgevoerd.'

'ja, persoonlijkheidsonderzoek heeft geen zin als het erg onrustig is thuis.'

'Ja, door de diagnose= ander zicht op de casus= ander plan in perspectief.'

Bij vier wijkteammedewerkers heeft de info over verklaringen, diagnose en behandelingen niet tot nieuwe inzichten geleid maar vooral een bevestiging gegeven dat ze op het goede spoor zaten.

5.5.2 Concrete oplossingen voor unieke (complexe) casussen.

Vijf wijkteammedewerkers vonden dat de informatie voldoende concreet was en dat ze hiermee meteen aan de slag konden.

'doordat in de adviesbrief alles netjes op een rij stond, kon ik alles gaan onderzoeken.'

Vier wijkteammedewerkers vonden de informatie onvoldoende concreet om mee aan de slag te gaan.

'Doordat er een lange tijd tussen de start en het einde van het onderzoek lag waren de meeste adviezen al in de loop van de tijd gedaan.'

5.5.3 Informatievoorziening

Zeven wijkteammedewerkers hebben het onderzoeksverslag of een schriftelijke rapportage gekregen en vonden het fijn dat ze deze rapportage kregen. Twee wijkteammedewerkers hadden geen rapportage gehad.

En wijkteammedewerker had het alsnog via de ouders gekregen

Van de negentien medewerkers zijn er drie (twee wijkteammedewerkers en één CDT medewerker) die vonden dat activiteiten dubbel hebben plaatsgevonden.

'in de vraagverheldering (intake) probeer je zoveel mogelijk aan te sluiten bij de aangeleverde informatie, maar je vraagt ook altijd na of deze nog klopt, hoe het er nu voor staat en daarmee zal iemand zeker vragen krijgen die de wijkteammedewerker al eerder heeft gesteld.'

5.5.4 Beleving van de samenwerking

Alle WT- en CDT-medewerkers zijn tevreden over de manier van samenwerken en afspraken maken. Zeven van de negen WT-medewerkers zijn tevreden over de inhoud van het advies van het CDT in hun casus.

Twee WT-medewerker schreven:

'ja, ik ben tevreden met het advies, maar volgens de gemeente kunnen wij het CDT ook vragen voor concrete uren om in te zetten voor een gezin. Het CDT geeft aan dat zij dat niet kunnen.' 'ja, maar mag concreter.'

Twee WT-medewerkers weten niet of ze tevreden zijn met het advies:

'ik had eigenlijk een uitgebreider advies verwacht.'

Alle CDT-medewerkers antwoordden dat ze tevreden waren over hun advies in de casus.

Acht van de negen WT-medewerkers vond ook dat er met het advies voldoende aan hun hulpvraag is tegemoet gekomen:

'ja, prettig maar duurde wel lang.'

Eén WT medewerkers wist niet goed of dat met het advies haar hulpvraag voldoende beantwoord was. Negen van de tien CDT-medewerkers vonden dat voldoende aan de hulpvraag van het wijkteam waren tegemoet gekomen met het advies'

'ja, de wijkteammedewerker heft aan het einde van het traject (toen het advies rond was) nog gevraagd om nog een onderzoeksvraag toe te voegen: is in de aanbevelingen meegegeven aan de organisatie die gespecialiseerde zorg ging leveren.'

Eén CDT-medewerker wist het niet:

'hopelijk wel, maar omdat ouder een paar keer tijdens het traject overwoog te stoppen met het onderzoek, heeft het traject langer geduurd dan wat mij betreft wenselijk was. Een aantal adviezen leken daardoor mosterd na de maaltijd te zijn.'

Alle 9 WT-medewerkers antwoordden dat ze over het algemeen tevreden waren over de samenwerking met het CDT in hun casus. Twee WK-teammedewerkers vulden aan dat de lange wachttijd wel vervelend was.

5.5.5 Conclusie onderzoeksvraag 5.4

Waardecreatie ontstaat door de wijze waarop de specialistische hulp wordt ingezet en de beleving van de samenwerking en van de hulp die wordt ingezet. De waarde creërende activiteiten zitten ook al in de wijze waarop specialistische hulp wordt ingezet (paragraaf 5.3). Daarnaast is het ook van belang dat het CDT meer informatie heeft over het probleem dan de wijkteams. In het proces worden concrete oplossingen gevonden voor unieke casussen. Daarnaast zijn een goede communicatie, een goede informatievoorziening zodat geen dingen dubbel worden gedaan en continuïteit in het zorgproces van belang, als ook de beleving van de samenwerking.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de meeste WT-medewerkers van mening zijn dat ze van het CDT voldoende informatie kregen over verklaringen, diagnose en mogelijke behandelingen. Bij een kleine meerderheid heeft het advies tot nieuwe inzichten geleid en bij de overige WT-medewerkers was het advies vooral een bevestiging dat ze op het goede spoor zaten. Ook vond een krappe meerderheid dat de adviezen voldoende concreet waren om mee aan de slag te gaan. Als dit niet het geval was, kwam dat vooral omdat het CDT-traject te lang had geduurd waardoor sommige adviezen al in gang waren gezet. Bijna alle WT-medewerkers schreven dat ze een onderzoeksverslag kregen of een schriftelijke rapportage. Dit was volgens hen prettig omdat doordat het op papier stond, ze de adviezen systematisch konden afwerken, het nog eens met gezin en jeugdige konden overleggen of het bewaard bleef voor de toekomst als adviezen niet meteen uitgevoerd werden. Volgens de meerderheid van zowel WT- als CDT medewerkers zijn geen activiteiten dubbel gedaan. Alle WT- en CDT-medewerkers zijn tevreden over de manier van samenwerken en de wijze waarop afspraken met elkaar werden gemaakt. Het merendeel van de WT-medewerkers zijn tevreden over de inhoud van het advies (ondanks de lange duur van sommige trajecten) en vonden ze dat er voldoende aan hun hulpvraag is tegemoet gekomen.



Hoofdstuk 6

Conclusie en beschouwingen

Hoofdstuk 6

Conclusie en beschouwingen

6.1 Onderzoekskader

In hoofdstuk één werd de doelstelling van het onderzoek geformuleerd, namelijk inzicht verkrijgen in de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp middels het Consultatie en Diagnose Team (CDT). Het doel was te weten te komen of deze werkwijze bijdraagt aan de transformatiedoelstellingen binnen het nieuwe jeugdstelsel en waarde creëert voor de klant van het CDT, het wijkteam. Het inzetten van specialistische hulp werd binnen dit onderzoek beschreven vanuit theorieën over verschillende zorgtoewijzingsmodellen en vanuit waardecreatie voor de cliënt. Er werden 10 casussen geselecteerd die in de periode januari – februari 2016 waren afgerond bij het CDT. Er is een documentanalyse uitgevoerd en vragenlijsten zijn voorgelegd aan de betrokken wijkteam- en CDT medewerkers. Er werden twee centrale vraagstellingen geformuleerd:

- Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp binnen het nieuwe jeugdstelsel en wordt hiermee waarde gecreëerd?
- Welke aanbevelingen voor de inzet van specialistische hulp kunnen worden gedaan om de effectiviteit en waardecreatie voor de cliënt te optimaliseren?

Deze vraagstellingen werden in vijf onderzoeksvragen geoperationaliseerd. Onderzoeksvragen 1, 2 en 3 werden beantwoord met literatuuronderzoek in respectievelijk hoofdstuk 1 (onderzoeksvraag 1) en hoofdstuk 2 (onderzoeksvragen 2 en 3). Onderzoeksvraag 4 werd beantwoord aan de hand van een vooronderzoek (paragraaf 4.3.1) Onderzoeksvraag 5, opgedeeld in vier deelvragen, werd in hoofdstuk vijf beantwoord.

Op grond van de theoretische verkenning en de bevindingen uit de empirische data wordt in dit hoofdstuk een antwoord geformuleerd op de twee algemene vraagstellingen. In paragraaf 6.2 wordt antwoord gegeven op de effectiviteits- en waarde creatie vraag. In paragraaf 6.3 volgt een kritische reflectie op dit onderzoek en worden mogelijke thema's en onderwerpen voor vervolgonderzoek gegeven. In paragraaf 6.4 volgt een discussie waarin de resultaten worden geïnterpreteerd en teruggebracht naar de theoretische verkenning. Hieruit volgen een aantal aanbevelingen waarmee een antwoord wordt geformuleerd op de tweede centrale vraagstelling.

6.2 Wat is de effectiviteit van het inzetten van laagdrempelige specialistische hulp en wordt hiermee waarde gecreëerd?

6.2.1 Evaluatie van de effectiviteit

Uit de documentanalyse en de vragenlijsten komt naar voren dat met de inzet van het CDT een bijdrage werd geleverd aan de vier transformatiedoelstellingen, namelijk (1) het versterken van de eigen regie van de cliënt, (2) passende jeugdhulp, (3) het normaliseren van problematiek, (4) het zorgvuldig realiseren van de neerwaartse druk. De transformatievisie van het nieuwe jeugdstelsel werd door zowel wijkteam- en CDT medewerkers voldoende teruggezien in de behandeladviezen van het CDT en dit kleurde het klinisch handelen van de wijkteammedewerker.

Per transformatiedoelstelling werd het volgende gezien:

Het CDT is gericht op het vorm geven aan de eigen regie van de gezinnen. De hulpvragen, de positieve en beschermende aspecten van het kind en het gezin werden in zeven casussen verkend. Dit werd bevestigd in de documentanalyse waarin gezien werd dat bij een krappe meerderheid hulpvragen, positieve aspecten, behoeften, wensen, zorgen eigen verklaringen werden beschreven. Bij de helft van de casussen werden deze aspecten in het advies geïntegreerd. De meeste gezinnen en jeugdigen waren aanwezig tijdens de intake of advies. Op basis van de resultaten zijn ook een aantal aandachtspunten te formuleren. De wijkteammedewerkers waren vaak niet aanwezig tijdens de casuïstiekbesprekingen van het CDT waardoor zij vonden dat het CDT op afstand zat. Ze voelde zich onvoldoende deelgenoot van de visie op het probleem en oplossing. Het (in-)formele netwerk van de jeugdige en het gezin werd te weinig verkend en ingezet. CDT- en WT-medewerkers verschilden hierover van mening: het CDT gaf in een meerderheid van de casussen aan dat ze hierover hadden nagedacht bij het advies terwijl de meerderheid van de wijkteammedewerkers van mening was dat ze dit niet terug zien in het advies. Ten slotte werd de hulpverleningsgeschiedenis wel beschreven maar niet de duur en de effectiviteit. Hierdoor kon niet achterhaald worden wat werkzame factoren of valkuilen waren in het arrangeren van vervolghulp.

Ook was er voldoende gerichtheid op 'Passende Hulp'. Het advies van het CDT had een meerwaarde voor de wijkteammedewerker doordat meer inzicht werd verkregen in wat het kind en gezin nodig had. Dit gaf de wijkteammedewerker meer zekerheid om de behandelplanning in te gaan en zij voelden zich gesteund. Hoewel het advies niet in alle gevallen was uitgevoerd, vonden wijkteammedewerkers dat het advies een positief effect had op de problematiek omdat de problematiek in de meeste casussen niet toenam. De effectiviteit van het CDT zat vooral in het voorkomen van intensivering van de problematiek. Uit de documentanalyse kwam naar voren dat in vier casussen de hulp passend leek, in vijf casussen leek de hulp deels passend en in één casus leek de hulp onvoldoende passend. De hulp was maar deels passend omdat de documentanalyse liet zien dat de hulpvraag door het CDT in vijf casussen te beperkt werd opgepakt. Het advies gericht op stimulering, ondersteuning en hulp was in deze casussen onvoldoende gericht op het hele systeem van het gezin. Sommige hulpvragen werden niet beantwoord, risicofactoren werden te weinig in het advies betrokken of adviezen waren slechts op de diade tussen cliënt en ouder(s) gericht. Er werd beperkt verbinding gemaakt met de al bestaande hulp voor overige gezinsleden. Ook werd gezien dat de afstemming over de keten heen onvoldoende was door wachttijden bij de specialistische vervolgvoorzieningen of omdat een vervolgvoorziening het advies niet kon onderschrijven. Vanuit de documentanalyse konden verschillende succesindicatoren voor passende hulp worden achterhaald, zoals concreet gestalte geven aan de eigen regie van cliënt en gezin; het creëren van overzicht en hiermee inzicht in hetgeen de jeugdige en gezin nodig hadden; normaliseren van de problematiek jeugdigen, en; de adviezen niet alleen richten op klachtreductie maar ook op versterken van vaardigheden en burgerrollen. Ook konden een aantal redenen voor niet passende hulp achterhaald worden: gebrek aan continuïteit over de keten; gebrek aan gedeelde visie op het probleem; gefragmenteerde focus op alleen de aangemelde jeugdige en ouders, niet op het hele gezin; de redenen van het uitblijven van effecten van eerdere hulpverlening werden niet achterhaald, en; het CDT was te veel op afstand zowel fysiek als in de gezamenlijke werkwijze.

Wat betreft 'Normaliseren' en 'Neerwaartse druk' kwam uit de vragenlijsten naar voren dat een meerderheid van de WT- en CDT medewerkers vond dat door het advies sneller de juiste hulp ingeschakeld kon worden. Dit is opmerkelijk omdat uit de documentanalyse bij een aantal casussen lange doorlooptijden (2-225 dagen) werden gezien. Doordat er steeds terugkoppeling vanuit het CDT naar het wijkteam en gezin plaatsvond, werd deze lange doorlooptijd niet altijd als hinderlijk ervaren. Daarnaast bleken de redenen voor de lange doorlooptijden niet alleen bij de professionals te liggen (ziekte of vakantie medewerker, moeite om een gezamenlijke bijeenkomst te plannen, wisseling van CDT-medewerker) maar ook bij de gezinnen zelf (overlijden van familielid, vakanties, stoppen met hulpverlening). Uit de vragenlijsten kwam naar voren dat in zes casussen stond aangegeven wat minimaal noodzakelijk was en maximaal wenselijk was volgens de medewerkers. Dit kon met de documentanalyse

niet worden bevestigd. Uit de vragenlijsten kwam ook naar voren dat een krappe meerderheid van alle medewerkers vond dat het advies heeft geholpen om minder intensieve hulp in te zetten. Zij gaven aan dat het bij deze complexe casussen vooral ging om intensievere hulp te voorkomen. Dit werd bevestigd met de documentanalyse. In vijf casussen kon de inzet van zware specialistische hulp uitgesteld dan wel voorkomen worden door de positieve aspecten van een gezin te combineren met een ondersteuningsmix van opvoedingsondersteuning vanuit het wijkteam, eerstelijns begeleiding, extra ondersteuning op school, logeeropvang, inschakelen sportclubjes en inschakelen van eigen netwerk. Hiertoe werd aanbevolen de klachten goed te monitoren. Uit de vragenlijsten kwam echter naar voren dat er geen monitoring plaatsvond. Door het advies van het CDT werd voorkomen dat bij drie casussen onnodig onderzoek werd gedaan en bij drie casussen werd aangegeven dat uithuisplaatsing voorkomen kon worden door ambulante specialistische zorg in de nabijheid van het gezin in te zetten. Vier jeugdigen hoefden geen gebruik te maken van speciaal onderwijs en onderwijs kon plaats blijven vinden op regulier basisonderwijs, al dan niet met begeleiding.

Op grond van de resultaten kan worden geconcludeerd dat het functioneren van het CDT in de 10 geselecteerde casussen effectief is gebleken. Hoewel met de gehanteerde werkwijze nog een verdiepingsslag gemaakt kan worden, droeg de inzet van het CDT volgens de mening van medewerkers voldoende bij aan het bereiken van de vier transformatiedoelstellingen. Ook in de documentanalyse werden hiertoe voldoende aanwijzingen gevonden. Tevens werd gezien dat er ook aandachtspunten te formuleren waren. In een aantal casussen was de hulp onvoldoende gericht op het hele systeem van het gezin, het (in-)formele netwerk werd onvoldoende benut, eerdere hulpverlening werd onvoldoende geëvalueerd, positieve aspecten werden wel uitgevraagd maar niet altijd in het advies geïntegreerd, niet in alle gevallen bestond een gezamenlijke visie op probleem, verklaringen en oplossing, geen monitoring, nauwelijks evaluatie vanuit het CDT, lange doorlooptijden en wijkteammedewerkers ervoeren het CDT op afstand.

6.2.2 Evaluatie van de waardecreatie

Waardecreatie ontstaat door de wijze waarop de specialistische hulp wordt ingezet en de beleving van deze hulp. De wijkteammedewerker werd in dit onderzoek als klant van het CDT gezien. Door de afbakening in tijd van het onderzoek werden de jeugdigen en hun gezin in dit onderzoek niet meegenomen.

De wijkteammedewerkers waren in het algemeen tevreden over de manier van samenwerken. Ze waren tevreden over de inhoud van het advies (ondanks de lange duur van sommige trajecten) en ze vonden dat er voldoende aan hun hulpvraag tegemoet was gekomen. De meerwaarde zat vooral in de bevestiging van de eigen ideeën over behandeling waardoor wijkteammedewerkers zich gesteund voelden in het richting geven aan de behandeling bij de complexe hulpvragen. Hiermee werd de autonomie van de wijkteamprofessionals versterkt. Bij een kleine meerderheid heeft het advies tot nieuwe inzichten geleid. Een krappe meerderheid vond dat de adviezen voldoende concreet waren om mee aan de slag te gaan. Bij een drietal casussen had het traject te lang geduurd waardoor sommige adviezen al in gang waren gezet. Bijna alle WT-medewerkers kregen een schriftelijke rapportage en dit had een meerwaarde omdat ze hiermee de adviezen systematisch konden afwerken. Ook konden ze met het verslag de adviezen nog eens met het gezin en jeugdige overleggen of het bewaren voor de toekomst als adviezen niet meteen uitgevoerd werden. Volgens de meerderheid van zowel WT- als CDT medewerkers zijn geen activiteiten dubbel gedaan.

De waarde-creërende activiteiten zaten in hun beleving vooral in:

- Open houding en bereidheid is om samen te werken. Ze voelden zich gesteund doordat ze het idee hadden dat ze door de CDT-medewerkers serieus werden genomen in de vragen, zorgen en wensen die ze hadden en ze kregen voldoende gelegenheid om vragen aan elkaar te stellen. Er was één wijkteammedewerker die schreef dat ze geen ruimte voelde om ook vragen over de andere gezinsleden te stellen. De documentanalyse bevestigd dit beeld waarin er vooral vragen en adviezen zijn die gaan over de aangemelde jeugdige en ouder(s), niet zozeer over het gezin als systeem.

- De expertise kon snel ingezet worden, hoewel de doorlooptijd tot vraagverheldering en afronding van het advies lang kon duren. Ook vonden wijkteammedewerkers dat het CDT snel bereikbaar was voor tussendoor overleg, hoewel nog duidelijker mag worden wie wanneer en op welke wijze bereikbaar is. Opvallend is dat er maar heel beperkt gezamenlijke casusbesprekingen tussen WT, CDT en jeugdige en ouders plaatsvonden. Een gedeelde visie op het probleem, verklaringen en oplossingen kon hierdoor onvoldoende tot stand komen.
- Er was sprake van voldoende deskundigheid in het CDT. Wel zouden een aantal CDT- medewerkers het CDT graag aangevuld willen zien met experts op het gebied van verstandelijke beperkingen, gedragsproblemen en PGB-inzet. Een aantal wijkteammedewerkers zou het eigen wijkteam graag aangevuld willen zien met jeugd- en volwassen GGZ-psychologen. Opvallend is dat als er vragen zijn waarvoor ze andere expertise in moeten zetten, het CDT of de flexibele schil wordt ingeschakeld. Echter, zowel de wijkteammedewerker als ook de CDT-medewerker gaan nog steeds te rade bij de specialist van de eigen voorziening omdat de informele communicatiestructuur nog steeds sneller is en minder voorbereiding vergt dan het CDT inschakelen. Wat betreft de deskundigheidsbevordering is het opvallend dat CDT-medewerkers wel vonden dat alle wijkteammedewerkers bereid waren om van hen te leren maar andersom wisten WT-medewerkers niet of het CDT wel van hen wilden leren. Er werden een aantal verbeterpunten voor het CDT genoemd door de wijkteammedewerker namelijk dat het CDT het advies meer in concrete taal moest opstellen en bespreken met ouders en jeugdige.
- De eenduidige afspraken over de regie maakte dat het voor iedereen duidelijk was dat de wijkteammedewerker in alle casussen de regie had. Er werd niets overgenomen door het CDT en wijkteammedewerkers voelden zich hierdoor bevestigd in hun autonomie. Tegelijkertijd werd in een aantal casussen gezien dat de verantwoordelijkheid tot uitvoeren van een aantal behandel- of overdrachtsactiviteiten te eenzijdig bij het wijkteam kwamen te liggen. Een wijkteammedewerker had bijvoorbeeld graag hulp gehad bij het overbrengen van het advies naar een specialist van een vervolgvoorziening. Een aantal CDT -medewerkers vonden dat ze het advies niet achteraf nog eens met ouders konden evalueren omdat zij dit een taak achten van het wijkteam vanwege hun regierol. In bijna alle gevallen was sprake van continuïteit van CDT- medewerkers met uitzondering van één casus.
- De samenwerkingsafspraken waren eenduidig en helder voor zowel WT als ook CDT medewerkers. CDT medewerkers gaven aan dat bij consultaties niet kunnen terugkoppelen aan het gezin of jeugdige omdat de wijkteammedewerker dit over het algemeen doet. Dit kon CDT- medewerkers frustreren en zij wilden graag bij dit advies met ouders zitten zodat het vaak complexe advies niet te gefragmenteerd en meer integraal gegeven zou kunnen worden.

Omdat er nauwelijks sprake was van systematische evaluatie kon hiermee geen waarde worden gecreëerd. In de meerderheid van de casussen werd het advies niet geëvalueerd hoewel er wel een evaluatie-datum na twee maanden stond ingepland. Ook vond er geen systematische monitoring van de klachten of functioneren van het gezin en jeugdige plaats zodat het effect van de inzet van (specialistische) hulp niet expliciet kon worden gemaakt en op- of afschaling intuïtief plaatsvindt in plaats van op helder uitkomstmaten.

Concluderend kan worden gesteld dat er sprake was van voldoende waarde creatie. Medewerkers waren tevreden over het advies en de wijze waarop dit advies in de samenwerking tot stand kwam. De waardecreatie zat vooral in de open houding en bereidheid om samen te werken. De expertise kon snel worden ingezet, er was sprake van voldoende deskundigheid in het CDT, er waren eenduidige afspraken over de regie en over de samenwerking. In bijna alle gevallen was sprake van continuïteit van CDT-medewerkers. Er waren ook aandachtspunten zoals dat de behandeladviezen onvoldoende gericht waren op 1 gezin-1 plan; beperkte gezamenlijke casusbesprekingen waardoor een gedeelde visie op het probleem, verklaringen en oplossingen onvoldoende tot stand kon komen; houding van CDT ten aanzien van wederzijdse deskundigheidsbevordering; en door strakke casusregie werden taken onvoldoende flexibel gedeeld. Tot slot is de beperkte evaluatie en afwezigheid van monitoring een hinderpaal om verantwoord te kunnen op- of afschalen.

6.3 Beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Ondanks de zorgvuldigheid waarmee keuzes voor de opzet en de uitvoering voor dit onderzoek zijn gemaakt, zijn enkele beperkingen en kanttekeningen op zijn plaats. Hoewel in alle beleidsstukken van het nieuwe jeugd-stelsel de transformatiedoelstellingen staan beschreven, is over het algemeen (nog) niet duidelijk wat onder deze concepten wordt verstaan. Er bestaat geen algemeen geaccepteerde consensus over de inhoud waardoor het niet duidelijk is hoe de concepten kunnen worden geoperationaliseerd. De concepten worden werkende in de praktijk van betekenis voorzien. De wijze waarop de concepten in dit onderzoek zijn geoperationaliseerd, is een eerste stap maar kunnen nog van de nodige kanttekeningen worden voorzien. Vervolgonderzoek kan bijdragen aan het inhoud geven aan deze transformatiedoelstellingen.

Aan de start van het onderzoek was de intentie dat een kwantitatieve analyse (vragenlijsten) gecombineerd zou worden met een kwalitatief onderzoek (documentanalyse en diepte-interviews). De keuze voor een iteratief-seriële onderzoeksopzet biedt de mogelijkheid om verzameld onderzoeksmateriaal uit de vragenlijst verder uit te diepen met interviews. Vanwege pragmatische redenen en gezien de tijdsdruk is uiteindelijk gekozen om het diepte-interview in een vervolgonderzoek te laten plaatsvinden. Hierdoor was er in dit onderzoek geen mogelijkheid om in de interviews te focussen op voorwaarden die vanuit de enquêtes meer verdieping vereisten. Hier zou het vervolgonderzoek zich op kunnen richten.

De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op 10 casussen die in een bepaalde tijdsperiode (januari- februari 2016) zijn geselecteerd. De tijdsperiode was een beperking en de vraag is in hoeverre deze casussen representatief zijn voor de overige CDT-casussen. Om hier een indruk van te krijgen, is in het telefonisch contact met CDT en wijkteammedewerker gevraagd in hoeverre de geselecteerde casussen overeenkomen met de andere casussen die zij zien. Medewerkers waren van mening dat deze casussen een goed beeld gaven en gaven geen bijzonderheden aan.

De casussen zijn in kaart gebracht met een risicotaxatie-instrument. Het gedachtegoed achter dit instrument is passend bij het handelingsgericht werken maar minder bij het gedachtegoed van het nieuwe jeugd-stelsel waar meer op mogelijkheden dan op risico's wordt gestuurd. In de regio Rotterdam werd ten tijde van het onderzoek een nieuw instrument ontwikkeld maar met dit instrument kon geen quickscan plaatsvinden om de casuïstiek mee te beschrijven. Mogelijk kan in vervolgonderzoek dit instrument voor screening worden meegenomen. Temeer omdat screening in een stepped care model een essentieel onderdeel is om te weten op welke interventiestap wordt ingestoken.

In dit onderzoek is waardecreatie in kaart gebracht vanuit de optiek van de wijkteammedewerker. De jeugdige en het gezin zijn in dit onderzoek niet meegenomen vanwege de afbakening in tijd en in hoeveelheid. Dit zou voor vervolgonderzoek een belangrijke meerwaarde zijn.

Ten slotte is in dit onderzoek gefocust op CDT-casuïstiek. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op wijkteam-casuïstiek die net zo complex is maar waar geen laagdrempelige specialistische hulp op ingezet is. Interessant is om te kijken hoe in die casuïstiek gewerkt wordt aan de transformatiedoelstellingen, hoe de samenwerking met de specialistische voorzieningen wordt vormgegeven en of dit tot waardecreatie leidt bij de jeugdige en diens gezin.

6.4 Discussie en aanbevelingen

Doelstellingen van het nieuwe jeugd-stelsel waren het dichterbij de jeugd organiseren van hulp, het bevorderen van betere samenwerking tussen alle partijen, het verminderen van de druk op specialistische hulp, normaliseren van zorgen en problemen en onder-/overbehandeling voorkomen (Ministerie van VWS, 2014). De resultaten van dit onderzoek illustreren dat het organiseren van laagdrempelige specialistische hulp aan de voorkant van het jeugd-stelsel een bijdrage levert aan het behalen van deze doelstellingen. Naar aanleiding van de conclusie zijn tien aanbevelingen opgesteld, waarbij iedere aanbeveling op grond van de literatuur uit de eerste hoofdstukken en de onderzoeksresultaten worden bediscussieerd.

Aanbeveling 1 'Exnoveer': bouw voort op hetgeen in de praktijk van alledag al succesvol is gebleken.

De eerste aanbeveling gaat over het borgen en laten rijping van de nieuwe kennis en vaardigheden. Het jeugdzorgstelsel verkeert momenteel in een hectische periode waarin een cultuuromslag gemaakt moet worden. Dit vergt een lange adem. Staar je als gemeente niet blind op continue innovatie; dit leidt tot onzekerheid en weerstand bij de mensen die de verandering tot stand moeten brengen. 'Exnoveer'; bouw voort op hetgeen dat in de praktijk van alledag al succesvol is gebleken. Dit zal leiden tot een grotere veranderingsbereidheid, meer draagvlak en daar 'pluk je uiteindelijk de vruchten van'. Dit betekent concreet voor het CDT dat een verdiepingsslag met de gekozen handelingsgerichte werkwijze behaald kan worden als de werkwijze tijd krijgt om te 'rijpen'. Dit vraagt om continue coaching en bijscholing op de werkwijze. Ten eerste kan een verbeteringslag worden behaald door meer rekenschap te geven van de positieve kanten van het cliëntstelsel en deze meer in het advies te integreren (zie ook aanbeveling 4). Ten tweede dient de behandelgeschiedenis beter gedocumenteerd te worden in termen van effecten en verklaringen waarom effecten niet zijn behaald zodat geen herhaling van inefficiënte hulp plaatsvindt. Het gevaar is dat nieuwe hulp 'oude wijn in nieuwe zakken' wordt en toekomstige specialistische hulp een herhaling is van eerdere zetten. Ten derde dient het uitgangspunt 1 gezin-1 plan meer prominent vorm te krijgen. Met dit onderzoek werd duidelijk dat het gezin als hele systeem nog te weinig in het advies gestalte kreeg waardoor het advies niet altijd even goed bij het cliëntstelsel aansloot.

Aanbeveling 2 Het organiseren van laagdrempelige specialistische hulp is een noodzakelijke voorwaarde in het nieuwe jeugdstelsel

In hoofdstuk 2 worden problemen in de samenwerking tussen specialistische en generalistische beschreven (Transitie Autoriteit jeugd, 2015; De Kinderombudsman, 2015a, 2015b, 2016). Deze problemen worden ook in dit onderzoek gezien en zijn blijkbaar hardnekkig. In dit onderzoek was specialistische hulp actief betrokken bij de casussen. De vraag is echter of ook in deze casussen specialistische hulp niet al eerder ingezet had moeten worden. De casuïstiek werd gekenmerkt door een uitgebreide behandelgeschiedenis, beperkte positieve aspecten en een beperkt netwerk. Bij deze casussen is de inzet van laagdrempelige specialistische hulp onmisbaar (Hutschemaekers e.a., 2012). Niet alleen vanwege de complexiteit en uitblijven van effecten maar ook om te voorkomen dat wijkteammedewerkers ontevreden opbranden. Het risico hierop is groot. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat medewerkers zich bij deze complexe casussen gesteund willen voelen omdat ze moeite hadden met verkrijgen van overzicht en zich onmachtig voelen ten aanzien van het maken van adequate behandelkeuze. De wijkteammedewerker had behoefte aan het snel kunnen inzetten van specialistische hulp om zich gesteund te voelen, als ruggespraak voor de behandelplanning en ook om de veiligheid goed in te schatten. Het niet laagdrempelig organiseren van specialistische hulp vooraan in het stelsel is dan ook eigenlijk geen optie omdat het zowel de wijkteammedewerkers als ook de cliënten ernstig tekort doet. Zeker als er (nog steeds) sprake is van lange wachttijden voor specialistische hulp. Informele steun van een specialist van de eigen moederorganisatie is te weinig en ongewenst omdat het nog maar de vraag is of dit leidt tot de juiste hulp op de juiste plaats (Kinderombudsman, 2015).

Aanbeveling 3 Bij het organiseren van laagdrempelige specialistische hulp is de visie op hulp leidend en niet de organisatievorm.

De vraag is vervolgens hoe laagdrempelige specialistische hulp vooraan in het stelsel het beste georganiseerd kan worden. Vilans (2016) beschreef drie modellen die veel voorkomen in Nederland en alle drie de modellen hebben voor- en nadelen. Op basis van zowel de literatuurstudie als de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de expertise rondom complexe casuïstiek goed georganiseerd is als de gewenste inhoud sturend is, namelijk werken vanuit dezelfde visie samen met cliënt en alle betrokkenen in regelmatig terugkerende casuïstiek-besprekingen. Dit sluit aan bij model 2 van Vilans (2016) waarbij de specialist aan tafel schuift bij het wijkteam en ook de mogelijkheid heeft om dit meerdere keren te doen afhankelijk van cliëntkenmerken. Model 2 zou dan

dienen ter ondersteuning van de specialisten onderling waarbij het expertise team onderling in digitale vorm aanwezig kan zijn en de leden afzonderlijk fysiek bij of in de wijkteam zitten.

Aanbeveling 4 **Unieke complexe casussen kunnen worden bediend met standaardoplossingen mits binnen de handelingsgerichte diagnostiek de empowerment van cliënt nog meer wordt vergroot.**

Het versterken van de cliënt is richtinggevend. Er is nadrukkelijk aandacht voor positieve en veranderbare kenmerken zodat de ondersteuning zo normaal (en licht) mogelijk kan worden ingezet. Ook wordt expliciet rekening gehouden met vragen, voorkeuren en mogelijkheden van de jeugdige en het gezin. De waardecreatie zit niet alleen in klachtreductie maar ook op het versterken van vaardigheden zoals de al aanwezige sterke kanten van cliënten. In het advies terugkomen op positieve aspecten, wensen en behoeften vergroot de motivatie voor eventuele behandeling. In dit onderzoek kwam naar voren dat dit globaal genomen wel al bij een (krappe) meerderheid van de casussen werd gedaan maar dat hier zeker nog winst te behalen valt. De elementen van een gezamenlijke besluitvormingsproces (zoals bijvoorbeeld in het dialoogmodel) dienen hierbij nadrukkelijker aanbod te komen. Een kanttekening is echter wel op zijn plaats bij het te ongenueanceerd focussen op positieve aspecten van een gezin. Zeker bij gezinnen die veel mogelijkheden hebben bestaat het risico dat de jeugdige of gezin te weinig hulp krijgt en daardoor het risico op onderbehandeling aanwezig is (zoals in casus drie het geval was). Ook komt uit dit onderzoek nadrukkelijk naar voren dat het informele netwerk meer verkend dient te worden en meer vorm dient te krijgen bijvoorbeeld door het inzetten van buurtnetwerken of professionele hulp bij het ontwikkelen van deze netwerken. Welzijnsorganisaties, burens, vrijwilligers etc komen in dit onderzoek nauwelijks voor terwijl het hebben van een ondersteunend netwerk en maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld deelname aan clubjes, buurtnetwerken, school) zijn sterke beschermende factoren in de aanwezigheid van meerdere risicofactoren. Het verhoogt de draagkracht van ouders en behoedt hen voor riskant opvoedgedrag.

Aanbeveling 5 **Maak gebruik van duidelijke op- en afschalingscriteria.**

Momenteel is het inzetten van de expertise afhankelijk van de expertise in een wijkteam, de zogenaamde lokale inkleuring (Transitie Autoriteit jeugd, 2015; De Kinderombudsman, 2015a). Dit maakt de keuze voor het inzetten van specialistische hulp intuïtief en weinig transparant. Een goed screeningsinstrument is noodzakelijk om op de goede stap in te steken. Daarnaast ontbreken duidelijke criteria wanneer en op basis van welke argumenten op- dan wel afgeschaald kan worden. Het behandelmodel van stepped care kan dit hiaat deels vullen. Het stepped care model gaat uit van vijf onderscheidende fasen waarin de behandelfocus verplaatst wordt van minimale (oplossingsgerichte) interventies gericht op de psychosociale context (stap 1) tot een gerichtheid op zeer gespecialiseerde behandelsettings (stap 5). Binnen de stepped care wordt gestart met de minst kostbare, minst intensieve en minst restrictieve behandeling. De kritiek die geleverd wordt op de stepped care modellen is dat de cliënten soms te lang moeten wachten op passende hulp. De problemen zouden door onderbehandeling intensiveren waardoor therapieresistentie optreedt. Om deze reden wil de overheid graag inzetten op matched care: de voorgestelde behandeling wordt toegesneden op maat van cliënt en gezin. De effectiviteit van matched care is onvoldoende aangetoond. Er wordt vaak van uitgebreide (langdurige, dure) diagnostiek gebruik gemaakt om zo'n goed mogelijk beeld van de cliëntkenmerken te hebben. Deze zouden prognostisch zijn voor het behandelresultaat. Deze relatie blijkt echter zeer mager. Ook bestaat er vaak een te grote afstand tussen de diagnostiek en behandeling waardoor de diagnostiek onvoldoende effectief is. Ook in dit onderzoek kwam naar voren dat de afstand tot het CDT als (te) groot werd ervaren. Zoals een wijkteammedewerker aangeeft: 'het CDT gaat aan de slag en het wijkteam moet afwachten'. Dit levert dan veel adviezen op waarbij het de vraag is of deze ook echt van waarde zijn voor degene die de behandeling uitvoert. Dit risico werd ook gezien bij de laatste drie casussen. Hierbij werd uitgebreid onderzoek gedaan die veel aanbevelingen opleverden zonder dat een expliciete volgorde van noodzakelijkheid werd aangegeven. Tegenover matched care staat stepped care dat bestaat een interventieprogramma met vijf globale stappen. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling alle stappen achter elkaar af

te lopen maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken. De keuze voor een stap is afhankelijk van cliëntkenmerken en het aanwezige netwerk en de respons van de cliënt op de behandeling. Door de nadruk die gelegd wordt op het starten met de minst intensieve en minst restrictieve behandelstap waarvan verwacht wordt dat die het meeste effect gaat opleveren, kan ook een cliënt met complexe problematiek hier baat bij hebben. Deze hoeft niet meteen ingeschaald te worden in stap 5 maar mogelijk kan stap 1 ook al veel teweeg brengen (zoals in casus 2 het geval was). Ook kan meteen ingestoken worden op bijvoorbeeld stap 3 vanwege cliëntkenmerken.

Aanbeveling 6 De meerwaarde van handelingsgerichte diagnostiek kan worden verzilverd als de stepped care elementen in deze methodiek meer worden benut.

De handelingsgerichte diagnostiek die binnen de regio Rijnmond wordt gebruikt is een vorm van stepped care (Pameijer e.a., 2011). Er wordt uitgegaan van een ordening van aantal en type verklaringen. Alle betrokkenen kijken samen met de cliënt naar deze verklaringen en kiezen op basis van gezamenlijke besluitvorming welke het minst restrictief en minst invasief zijn. Ook wordt gezamenlijk bekeken welke verklaringen beter aansluiten bij de sterke kanten van het cliëntensysteem om de eigen regie te bevorderen. Een positief neveneffect van deze manier van werken is dat de uitkomsten van behandeling verbeteren. Momenteel zijn medewerkers zich onvoldoende bewust van de stappen die binnen stepped care gezet kunnen worden zodat beargumenteerd op- dan wel afgeschaald kan worden. Dat betekent dat het interactieve, procesmatige karakter van handelingsgerichte diagnostiek veel meer tot ontplooiing gebracht dient te worden. De huidige organisatie van het CDT is te star en te weinig flexibel georganiseerd. Er wordt veelal eenmalig geconsulteerd of diagnostiek uitgevoerd waardoor er een te grote scheiding tussen diagnostiek en behandeling ontstaat. Het CDT wordt 'op afstand' ervaren, zeker als de CDT- en wijkteammedewerkes niet bij elkaar aan tafel zitten. Het procesmatige en het 'gezamenlijke' van het handelingsgerichte karakter krijgt hiermee onvoldoende ruimte. Bij de complexe casuïstiek dient het CDT vaker en dichterbij met het wijkteam, cliënt en overige betrokkenen te opereren om de meerwaarde van het handelingsgerichte werken te verzilveren. Door procesmatig te werken wordt inhoudelijk steeds transparanter hoe de eigen regie, passende hulp, normaliseren wordt vormgegeven (Pameijer e.a., 2011). Dit betekent samen aan tafel, vaak meerdere keren en dichtbij de cliënt. In gezamenlijke besluitvorming dient de keuze voor behandeling gemaakt te worden op grond van een gedeelde visie op het probleem, verklaring en oplossing. Gezamenlijke besluitvorming leidt tot een hogere tevredenheid met het advies, meer therapietrouw en hiermee betere effecten.

Aanbeveling 7 Monitoren en evalueren is de kracht van het handelingsgericht werken en dient in het klinisch handelen meer gestimuleerd te worden.

Handelingsgerichte diagnostiek is een vorm van procesdiagnostiek waarbij herhaaldelijk de bereikte resultaten dienen te worden geëvalueerd zodat dit kan leiden tot een efficiëntere individuele zorg. Evaluatie en monitoring zijn hierbij essentiële componenten die de effecten van de hulp op het functioneren van de jeugdige en diens omgeving zichtbaar maakt. De monitoring dient kort en makkelijk in te zetten te zijn en moet niet alleen op de klachten maar ook op het aanleren van vaardigheden en participatie gericht te zijn zoals bijvoorbeeld vrijetijdsbesteding, functioneren op school en sociale contacten. Uit dit onderzoek komt naar voren dat het CDT nu nog nauwelijks het advies evalueert en de effecten van hulpverlening niet worden gemonitord, niet in het wijkteam en niet in de CDT's. Het op- of afschalen vindt nu dan ook nauwelijks beargumenteerd plaats. Door vanaf het begin van de behandeling de respons op de behandeling te meten en daarna regelmatig opnieuw, wordt het beloop van de klachten of problemen nauwkeurig en specifiek gevolgd en daarmee leidend gemaakt voor het verloop van de behandeling. Hutschemakerks e.a. (2012) vermelden dat een positief bij-effect van monitoring is dat de uitkomsten van de behandeling verbeteren.

Aanbeveling 8 Specialistische hulp in netwerken organiseren waarbij het handelingsgericht werken een cementfunctie heeft in de samenwerking tussen generalist en specialist.

Gezamenlijke besluitvorming vergt een open houding en bereidheid om van elkaar te leren. Dus ook de specialist dient een horizontaal georiënteerde houding op samenwerking te ontwikkelen i.p.v. een hiërarchische verticale georiënteerde houding. Het integreren van de uitgangspunten van een netwerkorganisatie zouden hierin ondersteunend kunnen zijn zoals minder regels en meer vrijheid voor de professional. Dit staat ook beschreven in de Jeugdagenda 2015-2018. In een netwerkorganisatie vindt de communicatie meer vanuit relaties dan vanuit routines plaats. De methoden van problemen oplossen is meer wederkerig in plaats van superviserend waardoor de sfeer meer wederzijds winstgevend is dan bureaucratisch. Dit bevordert een wederzijdse afhankelijkheid in de professionele relatie. Het handelingsgericht werken kan dan als cement dienen binnen deze samenwerking. Hierdoor kan communicatie over de activiteiten heen plaatsvinden en het werken vanuit hetzelfde handelingsgerichte kader bevordert dat de verschillende activiteiten binnen het hulpverleningsproces goed op elkaar aansluiten. Er ontstaat een gedeelde visie, taal en werkwijze waarbij verschillen tussen de disciplines mogen bestaan. Dat geeft juist synergie binnen hetzelfde model. Ook zitten ze in elkaars nabijheid waardoor de informele communicatiestructuur wordt gebruikt en de 'olifantenpaadjes' naar de eigen moederorganisatie uitdoven omdat generalist en specialist elkaar veelvuldig zien rondom verschillende casussen zowel formeel (overleg) als in de wandelgangen. Om het risico op 'inzuigen' van de specialist in het team te voorkomen is adherentie aan het behandelmodel van stepped care belangrijk evenals het monitoren van de behandelresultaten zodat tijdig af- of opgeschaald kan worden. Hiermee kan fragmentatie binnen de zorg worden verminderd. Fragmentatie is geïdentificeerd als de grootste financiële verspiller in de zorg (Snipes, Maragakis en O'Donohue, 2015). Meer samenwerking kan ook gestimuleerd worden met andere ketenpartners zoals Jeugdbeschermingsplein, Veilig Thuis, Vroeghulp. Het is dan wel belangrijk dat zij kennis hebben van de methodiek.

Aanbeveling 9 Integreer de werkzame elementen van collaborative stepped care en teambased stepped care in het handelingsgericht werken

De huidige werkwijze kan meer geoptimaliseerd worden gemaakt door de werkzame elementen van het collaborative en team-based stepped care modellen te integreren. De waardeverhogende activiteiten zijn dat de specialisten tijdens de wijkteamvergaderingen, waar ook de cliënt bij aanwezig is, erbij worden gehaald. Zowel tijdens de intake als ook tijdens het adviesgesprek zodat een gedeelde visie op probleem, verklaringen, oplossingen tot stand komt. Hiermee wordt voorkomen dat de experts zich als motor van het netwerk zien, teveel op afstand komen te staan en onvoldoende open staan om te leren van de wijkteammedewerkers of het cliënt-systeem. Fungeren als motor kan mogelijk tijdelijk effectief zijn, maar verdraagt zich niet met een meer duurzaam verband op basis van gelijkwaardigheid. Je doet het samen of je doet het niet. De wijkteammedewerker en CDT medewerker leren van elkaars consultatievaardigheden. Door het advies van het CDT op schrift te stellen en zowel aan de wijkteammedewerker en aan het gezinssysteem te overhandigen ontstaat een gezamenlijk praatpapier. Daarnaast is het waardeverhogend als het CDT-lid een paar weken na het gezamenlijk adviesgesprek met het wijkteamlid belt om te inventariseren welke hulp/training de wijkteammedewerker nog nodig heeft van het CDT om het advies te kunnen uitvoeren. Deze nazorg blijkt specialistische consumptie sterk te reduceren (Muntingh e.a., 2014). Wijkteammedewerkers hebben zich door de consultatie en advies meer inzicht in de problematiek van de cliënt. Door de telefonische consultatie wordt de wijkteammedewerker getraind en gestimuleerd de behandeling zelf uit te voeren. De regie blijft bij de wijkteammedewerker en de specialist blijft op voldoende en neemt niet over. Tegelijkertijd wordt een hoog aantal verbindingen tussen de netwerkpartners gestimuleerd (fysiek, telefonisch, per mail, digitale consultatie) dat een voorwaarde is voor effectieve netwerksamenwerking. Daarnaast wordt de (in)formele communicatie versterkt waardoor de sterke looplijntjes met de specialisten van de eigen voorzieningen mogelijk verzwakken.

Aanbeveling 10 Sturen op vertrouwen vanuit de gemeente waarbij voorzieningen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen.

Flexibiliteit is een belangrijk kenmerk van handelingsgericht werken. Om deze te stimuleren zijn in de jeugdzorg goede afspraken over financiën en verantwoording essentieel vanwege de (snel veranderende) politieke omgeving. Betrouwbare (meerjarige) afspraken zijn nodig voor het creëren van de basis voor vertrouwen. Voorzieningen hoeven dan minder intern gericht te zijn op hun eigen organisatie en kan er ruimte komen voor een actieve houding en externe gerichtheid om maatschappelijke problematiek te minimaliseren. Een medewerker die werkzaam is in het CDT of wijkteam moet gezien worden als iemand die bezig is met de primaire focus van de organisatie, niet als iemand die op dat moment onvoldoende waarde heeft voor de eigen organisatie. Dit vraagt ook om een attitudeverandering bij het (hoger) management van jeugdzorginstellingen. Ook bestaat er dan meer mogelijkheid om bottom-up te organiseren vanuit de inhoud in plaats vanuit de financiële randvoorwaarden.

Referenties

Centraal Plan Bureau (2013). Decentralisaties in het sociaal domein Uitgevoerd op verzoek van de ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Financiën en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2013/09/04/cpb-rapportage-decentralisaties-sociaal-domein> file://localhost/C:/Users/Harry%20Finkenflugel/Downloads/cpb-notitie-4september2013-decentralisaties-het-sociale-domein.pdf (laatst geraadpleegd 15 april 2016).

Curtis-Breslin F, Sobell MB, Sobell LC, Buchan, G, Cunningham JA (1997) . Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings.
In: Addiction Volume 92, Issue 11, pages 1479–1489.

Van der Feltz-Cornelis, C.M., van Oppen, P., Adèr, H.J., van Dyck, R. (2006). Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice.
Psychotherapy and psychosomatics 75 (5), 282-289

Feltz-Cornelis van der CM, Andrea H, Kessels E, Duivenvoorden HJ., Bieman, H, Metz M. (2014). Shared decision making in combinatie met ROM bij patiënten met gecombineerde lichamelijke en psychische klachten; een klinisch-empirische verkenning.
Tijdschrift voor Psychiatrie, 56(6), 375-384.

Gemeente Rotterdam (2014). Voor de jeugd. Het nieuw Rotterdams Jeugdstelsel.
<http://www.rotterdam.nl/Clusters/Maatschappelijke%20ontwikkeling/Document%202013/Jeugd%20en%20Onderwijs/Nieuw%20Rotterdams%20JeugdStelsel/Nieuw%20Rotterdams%20JeugdStelsel.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)

Gemeente Rotterdam (2015) (auteur T Wentink, Onderzoek in Business Intelligence).
Evaluatie proefopstelling Consultatie- en Diagnosteam.
<http://www.rotterdam.nl/Clusters/RSO/Document2015/OBI/Publicaties/4161%20Evaluatie%20proefopstelling%20Consultatie-%20en%20Diagnosteam.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2015)

GGZ Nederland Rapportage monitor voortgang jeugdwet: eerste monitor 2015: evaluatie in- en verkoop 2015
<http://www.ggz nederland.nl/zoeken?q=Nederland+Rapportage+monitor+voortgang+jeugdwet%3A+eerste+monitor+2015%3A+evaluatie+in-+en+verkoop+2015> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)

Helmus K, Bezemer M, Pijnenborg M, & Slooff C (2011). Shared decision making binnen de zorg voor mensen met psychose
Psychopraktijk, 3(6), 30-34

Hutschemaekers G., Scholte W, Tiemens B. (2012). Zorgtoewijzing bij persoonlijkheidsstoornissen: naar een model voor getrapte diagnostiek? *In: Reitsma-van Rooijen M, Damman M, Sixma OC, Spreuwenberg HJ, Rademakers J(2009).*

Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht: Nivel.

Jeugdwet, STb. 2014, 105.
<http://njb.nl/wetgeving/staatsbladen/jeugdwet.6370.lynkx> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)

Kinderombudsman (2015a).De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdzorg na decentralisatie. Deelrapport 1 van 3.
<http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2015.KOM008%20Dezorgwaarrechtophebben-deelrapport1-17april2015.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2015)

Kinderombudsman (2015b).De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdzorg na decentralisatie. Deelrapport 2 van 3.
<http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2015.KOM017Dezorgwaarrechtophebben-deelrapport2.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)

Kinderombudsman (2016). De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie. Deelrapport 3 van 3.
<http://www.dekinderombudsman.nl/ul/cms/fck-uploaded/2016.KOM009%20Dezorgwaarrechtophebben%20deelrapport3.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)

- Leenaart en Pater (2014). Samenwerking tussen huisarts en GGZ. Na de stelselwijziging anno 2014.
http://www.erasmuscentrumzorgbestuur.nl/_erasmuscentrumzorgbestuur/docs/publicaties/191/ja_sme_leenaars_en_karel_pater-samenwerking_tussen_huisarts_en_ggzov.pdf (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Ministerie van VWS, Ministerie van VenJ en VNG, Factsheet Jeugdwet. Naar goede jeugdhulp die bij ons past, juni 2014.
<https://www.voordejeugd.nl/actueel/nieuwsberichten/1427-factsheet-jeugdwet-nu-beschikbaar> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Ministerie van VWS (2015) Jeugdagenda 2015 – 2018
<https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2015/04/14/jeugdagenda-2015-2018/jeugdagenda-2015-2018.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Muntingh A.DT, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HWJ, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal MW, Adèr HJ, van Balkom AJ. (2014) Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: A pragmatic cluster randomised controlled trial *In: Psychotherapy and Psychosomatics*. 83, 1, p. 37-44
- Nederlands Jeugd Instituut (2016) (auteurs: Marjan de Lange, Elle Verheijden en Cecile Chênevert) Integrale specialistische jeugdhulp. <http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Integrale-specialistische-jeugdhulp.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Pameijer N, Draaisma N (2011) Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg, een kader voor besluitvorming. *Acco*
- Porter ME (1985). *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. NY: Free Press, 1985. (Republished with a new introduction, 1998.)
- RMO (nu RVS) (2012) (auteur: I Doorten) : *Deelstudie 1: Eerstelijnszorg voor de jeugd. Achtergrondstudie bij het RVZ-advies Regie aan de poort*.
- Snipes C, Maragaki A, O'Donohue W (2015). Team-based stepped care in integrated delivery settings. *Family Medicine and Community Health*, 3 (1); 39-46.
- Stabell CB, Fjeldstad ØD (1998). Configuring value for competitive advantage: on chains shops, and networks. *Strategic Management Journal*, Vol. 19, 413–437 (1998).
http://www.peopleandprocess.com/resources/Stabell_chain_shop_net.pdf (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Timko, C., & Sempel, J. M. (2004). Short-term outcomes of matching dual diagnosis patients' symptom severity to treatment intensity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 209-218.
- Twijnstra & Gudde (2015). (Auteurs: J. Steijns, M. de Caluwé, L. Sluimers). Advies doorontwikkeling consultatie- en diagnoseteams Rotterdam Rijnmond
<http://www.jeugdhulprijnmond.nl/wp-content/uploads/2015/04/11-bijlage-Advies-Doorontwikkeling-CDT-Twynstra-Gudde.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Tazelaar N, van der Steege N, Peeters C (2015). Bijlage en aanvullende informatie bij Zorglandschap Jeugdhulp. Status en ontwikkelingen binnen de verschillende jeugdhulpfuncties.
http://www.gezinshuis.com/wp-content/uploads/2015/08/150409_bijlagezorglandschap.pdf (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Transitie Autoriteit Jeugd (2015) Eerste jaarrapportage
<https://www.voordejeugd.nl/attachments/article/1659/Jaarrapportage%20TAJ%202015%20Definitief%20Lage%20Resolutie.pdf> (laatst geraadpleegd 15 april 2016)
- Vilans (2016). Infographic-Samenwerking specialisten en sociale wijkteams.
<http://www.vilans.nl/publicatie-infographic-specialisten-sociale-wijkteams.html>

Bijlage 1:

Topiclijst voor documentanalyse

De topiclijst is gebaseerd op

- Transformatiedoelstellingen (hoofdstuk 2)
- belangrijke elementen van de zorgtoewijzingsmodellen (hoofdstuk 3)
- handelingsgerichte manier van werken (hoofdstuk 2)
- waardecreatiefactoren (hoofdstuk 3)

A. Kenmerken van de casus

- Aard en ernst van het functioneren van de jongeren en de kwaliteit van opvoedingsomgeving
- Behandelgeschiedenis:
 - eerdere behandelingen? (Hoe vaak, hoe lang, bij wie, effect)
 - positieve kenmerken, positieve factoren en beschermende factoren beschreven
 - wordt de informele steun/steun in het netwerk beschreven?

B. Toewijzing en inzet van specialistische hulp

- worden aanwijzingen gevonden dat gewerkt wordt vanuit de visie 'licht waar mogelijk, specialistisch indien noodzakelijk'
- wat is de reden voor aanmelding:
 - vraagverheldering
 - consultatie en advies
 - basisconsultatie en -advies bij algemene vraagstukken
 - consultatie en advies gericht op hoogspecialistische thema's
- diagnostiek
 - basisdiagnostiek
 - specialistische complexe diagnostiek

Effecten: transformatiedoelstelling

Eigen regie cliënt.

- is het kind en gezin er tijdens het wijkteamoverleg of CDT overleg er bij
- is het kind en gezin tijdens het adviesgesprek aanwezig.
- Zijn de wensen en verwachtingen van ouders, kind geëxploreerd
- heeft de cliënt en ouders toestemming gegeven voor uitwisseling informatie
- Zijn de hulpvragen van kind en ouders duidelijk en in hun eigen termen geformuleerd?
- Zijn de concrete problemen en zorgen van ouders en kind helder
- Welke verklaringen, oplossingen en doelen hebben kind en ouders zelf?
- zijn de positieve aspecten van kind en ouders beschreven
- Zijn de eigen doelen en oplossingen beschreven
- zijn de vraagstellingen afgestemd op de hulpvragen, wensen, behoeften van ouders.
- Is het kind en gezin geïnformeerd op de aanmelding, dan wel te volgen route?
- Heeft het kind en gezin toestemming gegeven voor de acties die volgen uit de vraagstellingen?
- Worden de hulpvragen afzonderlijk van kind en ouders beantwoord. Is dat zo en begrijpen ze deze, herkennen zij de doelen en aanbevelingen.
- Zijn hun wensen en verwachtingen in het advies verwerkt
- Hebben cliënten een keuze uit de aanbevelingen kunnen maken?

Normalisering: voorkomen dat opvoedingsproblemen zware zorgproblemen worden.

- Is er sprake van tijdige signalering dan wel preventie activiteiten
- begeleiding van gezinnen in hun sociale omgeving,
- gebruik maken van de mogelijkheden binnen het gezin en de sociale omgeving van het gezin
- wordt in het advies rekening gehouden met de positieve kenmerken, positieve factoren en beschermende factoren van het kind en gezin?

Is er sprake van neerwaartse druk: de organisatorische dimensie van 'normalisering'

- Hoeveel en Welk type hulp (basis, specialistische, informeel of combinaties) wordt geadviseerd
- hoe wordt voorkomen dat dure specialistische zorg wordt ingezet na advies van cdt
- worden oplossingen georganiseerd mbv lichte formele basishulp of informele zorgproblemen
- wordt het informele netwerk ingezet en waartoe?

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.

- Wanneer aangemeld bij CDT of andere specialistische hulp
- wanneer in behandeling genomen
- wanneer is het advies gegeven
- wat is de doorlooptijd van de casus
- wat is de aard van de hulpvraag van cliënt
- wat is de aard van de vraagstelling van de wijkteammedewerker
- wat is de aard van het advies van het CDT of specialistische hulp (gericht op kind, opvoedingsomgeving, beide etc.)
- bevat het advies risico en beschermende factoren van het kind en omgeving
- is het advies van CDT passend bij de hulpvraag van de cliënt en gezin:
- Doelgericht: is de voorgestelde hulp echt noodzakelijk om aan de hulpvragen tegemoet te komen

Advies:

- bevat het advies een ordening van maximaal wenselijk-tot minimaal noodzakelijk (wat moet in het belang van het kind en gezin minimaal gebeuren?)
- taat beschreven wat het cliëntsysteem nodig heeft om de doelen te bereiken

Integrale hulp: Rollen, regie en samenwerking

- staan er werkafspraken op papier (wie doet wat wanneer?)
- wordt ingezet advies geëvalueerd?
- Wordt het effect van het advies/hulp gemonitord
- is er terugkoppeling over de casus en hoe vaak
- was er continuïteit in de persoon van het CDT

Bijlage 2:

Vragenlijst voor wijkteammedewerkers die CDT hebben ingeschakeld

gebaseerd op:

- Vilans (2016, 8 succesfactoren)
- checklist handelingsgericht werken (pameijer en draaijer, 2016)
- zorgtoewijzingsmodellen (hoofdstuk 3)
- tevredenheidsvragenlijst gemeente Regio Rotterdam
- waardecreatie (hoofdstuk 3)

Open houding en bereidheid om samen te werken

1. Had u het gevoel dat u door de medewerkers van het CDT serieus genomen werd in de vragen die u had, uw zorgen en uw wensen?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

2. Kreeg u de gelegenheid uw verhaal te vertellen en uw vragen te stellen

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

3. Heeft u het gevoel gekregen dat u bij het CDT steun kon krijgen, dat zij u van dienst konden zijn?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

4. Heeft het het idee dat het CDT bereid was kennis met u te delen zodat u beter wist wat er in de casus moest gebeuren?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

5. Heeft het het idee dat het CDT bereid was om ook van u als wijkteammedewerker te leren in deze casus?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

6. Heeft het het idee dat het CDT bereid was om samen met u naar oplossingen te zoeken in deze casus?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Toelichting:

Expertise snel en dichtbij de generalist in het wijkteam

7. Hoe was de bereikbaarheid van het CDT?

- a. Snel bereikbaarheid
- b. Voldoende bereikbaar
- c. matig bereikbaarheid
- d. onvoldoende bereikbaar

Toelichting:

8. Heeft er twijfel bestaan over of was er een drempel om het CDT in te zetten bij aanvang?

- a. Ja (graag de redenen noemen in de toelichting)
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

9. Bent u tevreden over de manier van uitnodigen en afspraken maken?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

10. Hoe hebt u de wachttijd ervaren voordat u aan de beurt was bij het CDT?

- a. Ik heb te lang moeten wachten, nl..
- b. ik begreep dat er een wachttijd was en accepteerde dat
- c. ik heb niet lang hoeven wachten
- d. ik heb geen mening

Toelichting:

11. Hoe heeft u de tijd tussen het eerste gesprek en het laatste (advies)gesprek ervaren?

- a. Het duurde erg lang voor dat het advies kwam, nl ongeveer weken
- b. toen de onderzoeken startten verliep alles snel
- c. de onderzoeken verliepen in de tijd zoals we hadden afgesproken/verwacht
- d. ik heb geen mening

Toelichting:

12. Heeft er een gezamenlijke casuïstiekbespreking plaatsgevonden met u (wijkteammedewerker) en het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, wanneer tijdens het traject (omcirkel wat van toepassing is):
begin / tijdens/ einde

Toelichting:

Heeft er een gezamenlijke casuïstiekbespreking plaatsgevonden met u (wijkteammedewerker), de jeugdige (en ouders) en het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, wanneer tijdens het traject (omcirkel wat van toepassing is):
begin / tijdens/ einde

Toelichting:

Deskundigheidsbevordering tussen wijkteam en CDT

13. Zit er in uw wijkteam voldoende verschillende expertise?

- a. Ja
- b. Nee (welke discipline zou u graag erbij willen hebben?)
- c. weet niet

Toelichting:

14. Als u een vraag heeft voor een specialist die niet in uw wijkteam zit, hoe komt u dan aan deze kennis?

- a. Rondbellen, nl
- b. specialist binnen eigen moederorganisatie
- c. CDT
- d. anders....

Toelichting:

15. Kreeg je voldoende informatie van het CDT?

A. over wat er aan de hand is, over de diagnose?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

B. Over de mogelijke behandelingen, of verdere vervolg?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

16. Heeft deze informatie voor jou tot nieuwe inzichten/vaardigheden/perspectieven geleid?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

17. Heeft het CDT jou kennis aangereikt waarmee je meteen aan de slag kon?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

18. Heb je een onderzoeksverslag of een vorm van schriftelijke rapportage gekregen?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, bent u hier tevreden over?

Regie en invulling van de regie functie

19. Weet u wanneer u de expertise van CDT kan inzetten?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

20. Is de route en het toeleidingsproces naar het CDT duidelijk?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

21. Zijn er verbeterpunten om het proces met het CDT efficiënter en effectiever te laten verlopen?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

22. Wat is volgen u de belangrijkste reden waarom u bij het CDT hebt aangeklopt in deze casus?

- a. Advies voor mijzelf hoe de begeleiding van mijn cliënt vorm te geven
- b. ik wil dat mijn cliënt hulp krijgt zodat hij/zij beter op school functioneert of weer naar school gaat
- c. ouders en ik zijn van mening dat er psychologisch onderzoek nodig is
- d. advies over begeleiding/behandeling van mijn cliënt
- e. voorlichting over de mogelijkheden tot medicatie
- f. meer inzicht in de problematiek
- g. hulp bij het maken van een behandelplan
- h. advies over veiligheid van mijn cliënt
- i.

Toelichting:

23. Wie heeft in deze casus besloten om het CDT in te zetten?

- a. ikzelf
- b. andere wijkteammedewerker, nl
- c. ouders
- d. anders, nl

Toelichting:

24. Hoe is hiervoor toestemming gekregen van kind en ouders?

- a. Kind en ouders zaten bij het overleg
- b. wijkteammedewerker heeft ouders schriftelijke/telefonisch toestemming gevraagd
- c. anders, nl.....

Toelichting:

25. Is er in deze casus, gelijktijdig met het CDT, ook nog andere specialistische hulp ingezet?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

26. Zijn er werkafspraken gemaakt met het CDT over

A. met wie en waarover wordt gecommuniceerd in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

B. hoe werd gecommuniceerd (mail, telefonisch, schriftelijk)

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

C. hoe de terugkoppeling van het (advies/consult/onderzoeks)traject zou plaatsvinden?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

D. de frequentie van terugkoppeling?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

E. de verwachte duur van het traject?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

F. de datum en tijdstip van terugkoppeling nadat de aanmelding heeft plaatsgevonden?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

G. de informatie die moest worden aangeleverd voor het CDT?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

H. de wijze waarop deze informatie moest worden aangeleverd?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

I. wie verantwoordelijk was voor het aanleveren van de gevraagde informatie?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

J. Had je de indruk dat er dingen dubbel zijn gedaan door CDT of Wijkteam, bv klachten of ontwikkeling uitvragen etc?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Toelichting:

K. Had je de indruk dat het CDT de regie bij jou liet ?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

L. Zijn de afspraken die het CDT met u maakte in deze casus nagekomen?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

M. Had u de mogelijkheid om afspraken te checken?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

N. Moest u de afspraken controleren?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

27. Is de inzet van het CDT in deze casus geëvalueerd?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

28. Kon u het verloop van de casus monitoren of anderszins volgen bij het CDT?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

Beleving ervaring van de (effecten) van de samenwerking

29. Bent u tevreden over het advies van het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

30. Is het CDT met het advies, naar uw mening, voldoende aan uw hulpvraag tegemoet gekomen

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

31. Is er met het advies van het CDT voldoende gehoor gegeven aan de hulpvragen van de cliënt

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

32. Bent u tevreden over het samenwerken met het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

33. Heb je het advies van het CDT in deze casus uitgevoerd?

- a. Ja (geef in de toelichting aan wat je hebt gedaan)
- b. Nee (geef in de toelichting aan waarom niet)
- c. weet niet

Toelichting:

34. Indien je andere hulp moest inschakelen is dat gelukt?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

35. Wist je waar je die andere hulp moest vinden?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

36. Kon u die andere hulp meteen inschakelen of waren er wachtlijsten (zo ja, hoe lang)?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

Bijdrage aan het behalen van de transformatiedoelstellingen

37. Is het door het advies van het CDT (sneller) duidelijker geworden wat het kind en gezin nodig had?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

38. Heeft dit effect gehad op de problematiek van de cliënt

- a. Ja, problemen zijn gelijk gebleven/verminderd/erger geworden (streep aan wat van toepassing is)
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

39. Is in het advies van het CDT rekening gehouden met de positieve en beschermende factoren en eigen kracht van het kind en gezin?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Toelichting:

Bijlage 3:

Vragenlijst voor CDT medewerkers die een aanvraag vanuit het wijkteam CDT hebben behandeld.

Beste

Lees de vragen goed door. Als u het schriftelijk invult, omcirkel dan het antwoord dat van toepassing is. Als u het digitaal invult dan verwijderd u het antwoord of antwoorden die niet van toepassing zijn. Indien u wenst, kunt u eventueel een toelichting geven.

De vragen hebben betrekking op de casus..... Houd bij het beantwoorden deze casus in gedachten.

Mocht u vragen hebben dan kunt u mij bereiken op
r.zijlstra@fortagroep.nl of 06-48351432

Succes!

1.Had u het gevoel dat u door de medewerkers van het wijkteam serieus genomen werd in uw vragen, zorgen en wensen?

- a. ja
- b. nee
- c.weet niet

Eventuele toelichting:

2.Kreeg u de gelegenheid uw vragen te stellen?

- a. ja
- b. nee
- c.weet niet

Eventuele toelichting:

3.Heeft u het idee dat het wijkteam bereid was kennis met u te delen zodat u beter wist wat er in de casus moest gebeuren?

- a. ja
- b. nee
- c.weet niet

Eventuele toelichting:

4.Heeft u het idee dat het Wijkteam bereid was om van u als CDT-medewerker te leren in deze casus?

- a. ja
- b. nee
- c.weet niet

Eventuele toelichting:

5. Heeft u het idee dat het wijkteam bereid was om samen met u naar oplossingen te zoeken in deze casus ?

- a. ja
- b. nee
- c.weet niet

Eventuele toelichting:

6. Hoe was de bereikbaarheid van de wijkteam/wijkteammedewerker?

- a. Snel bereikbaarheid
- b. Voldoende bereikbaar
- c. matig bereikbaarheid
- d. onvoldoende bereikbaar

Eventuele toelichting:

7. bent u van mening dat deze casus een goede aanmelding voor het CDT was?

- a. ja
- b. nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting:

8. Bent u tevreden over de manier van samenwerken en afspraken maken met het wijkteam?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting:

9. Kreeg u voldoende snel eventuele extra informatie van het wijkteam?

- a. Het duurde erg lang voor dat de informatie kwam
 - b. alles verliep snel
 - c. alles verliep in de tijd zoals we hadden afgesproken/verwacht
 - d. ik heb geen mening
- Eventuele toelichting:

10. Heeft er een gezamenlijke casuïstiekbespreking plaatsgevonden met de wijkteammedewerker en het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, wanneer tijdens het traject (omcirkel wat van toepassing is):

begin / tijdens/ einde

Eventuele toelichting

Heeft er een gezamenlijke casuïstiekbespreking plaatsgevonden met u (wijkteammedewerker), de jeugdige (en ouders) en het CDT in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, wanneer tijdens het traject (omcirkel wat van toepassing is):

begin / tijdens/ einde

Eventuele toelichting

11. Zit er in uw CDT voldoende verschillende expertise voor deze casus?

- a. Ja
- b. Nee (welke discipline zou u graag erbij willen hebben?)
- c. weet niet

Eventuele toelichting

12. Als u een vraag heeft voor een specialist die niet in uw CDT zit, hoe komt u dan aan deze kennis?

- a. Rondbellen, nl
- b. specialist binnen eigen instelling
- c. CDT
- d. anders.....

Eventuele toelichting

13. Indien u de flexibele schil moest inschakelen, kreeg u voldoende informatie van deze persoon?

A: over wat er aan de hand is , over de diagnose?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

B: Over de mogelijke behandelingen, of verdere vervolg?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

14. Heeft deze informatie voor u tot nieuwe inzichten/vaardigheden/perspectieven geleid?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

15. Heeft de medewerker van de flexibele schil u kennis aangereikt waarmee u meteen aan de slag kon?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

16. Heeft u een onderzoeksverslag of een vorm van schriftelijke rapportage gekregen van de flexibele schil?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet Indien ja, bent u hier tevreden over?

17. Weet u wanneer u de expertise van de flexibele schil kan inzetten?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

18. Is de route naar de flexibele schil duidelijk?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

19. Zijn er verbeterpunten om het proces met de flexibele schil efficiënter en effectiever te laten verlopen?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

20. Wat is volgen u de belangrijkste reden waarom u bij de flexibele schil hebt aangeklopt in deze casus?

- a. Advies voor mijzelf hoe de begeleiding van mijn cliënt vorm te geven
- b. ik wil dat mijn cliënt hulp krijgt zodat hij/zij beter op school functioneert of weer naar school gaat
- c. ouders en ik zijn van mening dat er psychologisch onderzoek nodig is
- d. advies over begeleiding/behandeling van mijn cliënt
- e. voorlichting over de mogelijkheden tot medicatie
- f. meer inzicht in de problematiek
- g. hulp bij het maken van een behandelplan
- h. advies over veiligheid van mijn cliënt
- i.

Eventuele toelichting

21. Wie heeft in deze casus besloten om de flexibele schil in te zetten?

- a. ikzelf
- b. andere wijkteammedewerker, nl
- c. ouders
- d. anders, nl

Eventuele toelichting

22. Is er in deze casus, gelijktijdig met het CDT, ook nog andere specialistische hulp ingezet?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

23. Zijn er werkafspraken gemaakt met het wijkteam over

A: met wie en waarover wordt gecommuniceerd in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

B: hoe werd gecommuniceerd (mail, telefonisch, schriftelijk)

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

C: hoe de terugkoppeling van het (advies/consult/onderzoeks)traject zou plaatsvinden?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

D: de frequentie van terugkoppeling?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

E: de verwachte duur van het traject?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

F: de datum en tijdstip van terugkoppeling nadat de aanmelding heeft plaatsgevonden?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

G: de wijze waarop deze informatie moest worden aangeleverd?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

H: wie verantwoordelijk was voor het aanleveren van de gevraagde informatie?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

I: Had u de indruk dat er dingen dubbel zijn gedaan door CDT, Wijkteam of flexibele schil, bv klachten of ontwikkeling uitvragen etc?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

J: Zijn de afspraken die in deze casus met het wijkteam zijn gemaakt, nagekomen?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

K: Had u de mogelijkheid om afspraken te checken?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

L: Moest u de afspraken controleren?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

24. Bent u tevreden over het advies van het CDT in deze casus?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

25. Is het CDT met het advies, naar uw mening, voldoende aan de hulpvraag van de wijkteammedewerker tegemoet gekomen

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

26. Is er met het advies van het CDT voldoende gehoor gegeven aan de hulpvragen van de cliënt

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

27. Heeft u eerst naar de meest simpele verklaringen en interventies gekeken binnen deze casus?

- a. Ja
 - b. Nee
 - c. weet niet
- Eventuele toelichting

28. Bent u tevreden over het samenwerken met het wijkteam in deze casus?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

29. Weet u of het advies van het CDT in deze casus is uitgevoerd?

- a. Ja (geef in de toelichting aan wat je hebt gedaan)
- b. Nee (geef in de toelichting aan waarom niet)
- c. weet niet

Eventuele toelichting

30. Moest er naar aanleiding van het CDT advies andere hulp ingeschakeld worden?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

31. Indien er andere hulp ingeschakeld moest worden, was duidelijk waar die andere hulp beschikbaar was?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

32. Bent u van mening dat door het advies van het CDT (sneller) duidelijker geworden wat het kind en gezin nodig had?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

33. Heeft dit effect gehad op de problematiek van de cliënt

- a. Ja, problemen zijn gelijk gebleven/verminderd/erger geworden (streep aan wat van toepassing is)
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

34. Is in het advies van het CDT rekening gehouden met de positieve en beschermende factoren en eigen kracht van het kind en gezin?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

35. Bent u van mening dat door het advies van het CDT sneller de juiste hulp ingeschakeld kon worden?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

36. Heeft het advies van het CDT geholpen om minder intensieve hulp in te zetten ?

- a. Ja
- b. Nee
- c. weet niet

Eventuele toelichting

Bijlage 4:

Vignetten

Vignetten eventueel op te vragen bij de auteur.

