

Handelingsgerichte diagnostiek en empowerment: de kracht van samenwerken en beschermende factoren

Nina Draaisma, kinder/ jeugdpsycholoog, werkzaam bij Altra Jeugdzorg te Amsterdam, Nederland.

Noëlle Pameijer, GZ-, kinder/jeugd- en schoolpsycholoog, werkzaam bij het samenwerkingsverband Annie M.G. Schmidt te Hilversum, Nederland.

Verwijzing: Draaisma, A.K. & Pameijer, N. (2013). Handelingsgerichte diagnostiek en empowerment: de kracht van samenwerken en beschermende factoren. In: K. De Corte, S. Bal, J. Antrop, E. van den Haute (red), Empowerment van de context: een net van steun en stimulatie voor kwetsbare en gekwetste kinderen (p. 75 - 91).

Woorden index: Diagnostiek, Praktijkwetenschapper, Besluitvormingsproces, Empowerment, Metacommunicatie, Transactioneel, Protectieve factoren, Samenwerken, Evidence-based werken

Samenvatting

Diagnostiek is een belangrijk onderdeel van hulpverlening. Het heeft tot doel systematisch informatie te verzamelen om passende hulp in te zetten. Diagnostiek kan daarnaast therapeutische waarde hebben en bijdrage aan empowerment van kind en ouders. De vraag die in deze bijdrage centraal staat, is: hoe kunnen we diagnostiek zodanig vormgeven dat deze zowel informatie voor behandeling oplevert als bijdraagt aan empowerment? We beantwoorden deze vraag met Handelingsgerichte diagnostiek (HGD). Dit model biedt diagnostici die het versterken van cliënten voor ogen hebben namelijk praktische handvatten.

1. Inleiding

Diagnostiek wordt al jaren beschouwd als een essentieel onderdeel van goede hulpverlening aan kinderen en hun gezinnen. Het systematisch verzamelen van informatie is nodig om beslissingen te nemen over de inzet van interventies en om de resultaten daarvan te monitoren (Actieplan Professionalisering Jeugdzorg, 2009). Relatief nieuw is de aandacht voor de therapeutische waarde van diagnostiek (Finn, 2007; Hamilton et al. 2009; Haydel, Mercer, Rosenblatt, 2011; Kamphuis, 2011). Verschillende onderzoeken hebben inmiddels aangetoond dat diagnostiek en de terugrapportage daarvan het zelfvertrouwen van cliënten kan vergroten, hun demoralisatie kan verminderen en hoopgevend kan werken (Van der Heijden, Derksen & Egger, 2008). Wanneer diagnostiek niet alleen tot doel heeft informatie te verzamelen voor behandeling, maar ook streeft naar het bevorderen van inzicht en zelfbewustzijn van cliënten en hun motiveert voor behandeling, dan levert het ook een belangrijke bijdrage aan *empowerment*. Empowerment is een proces van versterking, waarbij ouders en kinderen greep krijgen op hun eigen situatie en hun omgeving (www.gripvzw.be). Het leidt tot het (her)vinden van de eigen kracht van kind en ouders. Dit gebeurt door aan te sluiten bij ouders en kinderen, door hen te horen, prettig te bejegenen en door onbevooroordeeld en respectvol te luisteren naar hun verhaal, zodat hun eigen deskundigheid en veranderingsideeën naar boven komen (Eliëns, 2005). Het betekent dat een diagnosticus vraaggericht werkt, op zoek gaat naar de aanwezige krachten en deze benut in de hulpverlening (Van der Steege, 2009). De vraag is: *welke diagnostische werkwijze draagt bij aan empowerment?* Hoe kunnen we, met andere woorden, zowel doelgericht en op wetenschappelijk verantwoorde wijze informatie verzamelen als cliënten versterken? Deze bijdrage bespreekt bovenstaande vragen met handelingsgerichte diagnostiek (HGD, Pameijer & Draaisma, 2011) als kader.

2. HGD en empowerment

Wil diagnostiek naast informatie ook therapeutische effecten opleveren, dan dient een diagnosticus twee verschillende rollen te combineren. Enerzijds heeft hij de rol van expert. Hij formuleert en toetst hypothesen, past valide en betrouwbare instrumenten toe en heeft kennis van diagnoses en effectieve interventies. Anderzijds heeft hij de rol van samenwerkingspartner. Hij werkt nauw samen met het cliëntsysteem van kind, gezin en school. Samen formuleren ze onderzoeksvragen en zoeken ze naar antwoorden op die vragen. In dialoog met ouders, kind en school komt de diagnosticus tot een diagnose en een advies waar hij èn zijn cliënten achter staan.

Het gaat dus om het combineren van wetenschappelijke kennis over valide diagnostiek en effectieve interventies met gespreksvaardigheden en motivatietechnieken. De diagnosticus is met andere woorden een '*scientist-practitioner*', oftewel een praktijkwetenschapper. In HGD zijn deze rollen geconcretiseerd. Het model biedt diagnostici die hechten aan empowerment van cliënten praktische handvatten.

HGD is een besluitvormingsproces waarbij de diagnosticus systematisch en cliëntgericht te werk gaat. Deze werkwijze is gebaseerd op de Diagnostische Cyclus (De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer & Van Aarle, 2003). HGD is een pragmatische uitwerking van die cyclus. Het beschrijft hoe de diagnostiek er *idealiter* uit zou kunnen zien en hoe een hulpverlener hierbij stap voor stap te werk kan gaan. De diagnosticus onderkent en analyseert de problematische en positieve aspecten met als doel het geven van een advies dat gericht is op het oplossen (of verminderen) van problemen. Het begin is de hulpvraag van de cliënt, het eindproduct een verantwoord en bruikbaar advies, waarmee de cliënt direct aan de slag wil. Het diagnostisch proces richt zich op relevante risico- en beschermende factoren van kind, opvoed- en onderwijssituatie. De diagnosticus draagt bij aan empowerment door gedurende het hele proces te zoeken naar de mogelijkheden, competenties, krachten en talenten van het kind en diens ouders en leraren. Op deze manier versterkt hij het cliëntsysteem en verbetert hij de samenwerking. HGD is gebaseerd op zes uitgangspunten en bestaat uit een cyclus met vijf fasen. Hieronder lichten we deze toe en relateren ze aan het begrip empowerment.

3. De uitgangspunten van HGD

HGD is (1) doelgericht, (2) richt zich op de behoeften van kind en opvoeders, (3) hanteert een transactioneel referentiekader, (4) besteedt aandacht aan positieve en beschermende factoren, (5) acht samenwerken met de cliënt en direct betrokkenen cruciaal en (6) verloopt systematisch en transparant. Deze zes uitgangspunten zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, theoretische inzichten en praktijkervaringen. HGD beoogt beschikbare wetenschappelijke kennis te vertalen naar de praktijk door deze om te zetten in praktische aanbevelingen.

1. HGD is doelgericht

HGD kent een doelgerichte werkwijze. De diagnosticus onderzoekt alleen die factoren van kind en ouders die relevant zijn in het licht van hun hulpvraag of die van invloed zijn op de besluitvorming rondom hulpverlening. Bij HGD passen dus geen uitvoerige

standaardonderzoeken waarbij bij ieder kind dezelfde instrumenten worden afgenomen, ongeacht de hulpvraag van ouders en kind. De diagnosticus onderzoekt ook niet alle denkbare hypothesen, maar maakt - voorafgaand aan het onderzoek - een selectie op basis van relevantie. Bij iedere onderzoeksvraag vragen diagnosticus en cliënt zich af: ‘*Waarom willen we dit weten?*’ en ‘*Voor welke beslissing is deze vraag relevant?*’. Het “als – dan principe” biedt hierbij steun: *als* het antwoord is, *dan* betekent dit voor de advisering dat ..., maar *als* het antwoord ... is, *dan* impliceert dit dat Pas als de onderzoeksvraag ertoe doet - dat wil zeggen een beslissing beïnvloedt - dan pas wordt die vraag onderzocht.

Op deze manier verantwoordt de diagnosticus naar zichzelf, naar collega’s en – niet in de laatste plaats – naar cliënten, waarom hij iets wel of niet onderzoekt. Deze informatie geeft cliënten grip op het diagnostische proces, zij kunnen actief meedenken en begrijpen waarom één en ander al dan niet onderzocht wordt en wat de implicaties ervan kunnen zijn. Het valt ons op hoe vaak ouders noch kinderen precies weten wat er onderzocht gaat worden en waarom. Bij navraag antwoorden ze in de trant van “dat weet ik niet, dat hebben ze er niet bij verteld”. Zo’n situatie bevordert hun empowerment niet, het maakt cliënten niet sterk. In tegendeel, door hen deze informatie te onthouden, kunnen zij niet participeren in het proces van vraag naar antwoord.

2. *HGD richt zich op de behoeften van kind en opvoeders*

HGD richt zich niet zozeer op wat er mis is met het kind en welk probleem het heeft, maar meer op wat het kind nodig heeft om een bepaald doel te bereiken en welke aanpak een positief effect heeft. We redeneren dus bewust van ‘wat een kind *heeft of is*’ naar ‘wat een kind *nodig heeft*’. Het formuleren van opvoedings- en ondersteuningsbehoeften kan hierbij ondersteunend zijn. *Opvoedingsbehoeften* geven aan wat een kind nodig heeft om bepaalde doelen op een ontwikkelingsgebied te bereiken. De centrale vraag is: over welke vaardigheden (competenties) beschikt het kind al en welke moet het kind nog leren? En welke benadering, instructie en feedback heeft het daarvoor nodig? Bijvoorbeeld: om sociale vaardigheden aan te leren, heeft Daan (6 jaar) behoefte dit gedrag uit te proberen in een rollenspel met andere kinderen met directe feedback van een begeleider. *Ondersteuningsbehoeften* geven aan wat ouders nodig hebben om hun kind de opvoeding (of aanpak) te bieden die het nodig heeft. Ouders geven dit zelf aan, het gaat om hun deskundigheid. Zij beantwoorden hiertoe vragen als: ‘Wat biedt ik mijn kind al?’, ‘Wat moet ik nog meer kunnen en hoe leer ik dat?’. De diagnosticus neemt de vragen, wensen en behoeften van de opvoeders serieus. Hiermee motiveert hij hen tot hulp die zich op hun rol als

opvoeder richt. Hij sluit ook aan bij hun competenties, mogelijkheden en krachten en bouwt deze samen verder uit.

3. HGD hanteert een transactioneel referentiekader

HGD richt zich zowel op risico- en beschermende factoren bij het kind en in de omgeving als op de wisselwerking hiertussen. Volgens het transactioneel kader is de kinderlijke ontwikkeling het resultaat van steeds complexere interacties tussen het kind en zijn sociale omgevingen, zoals gezin, school, buurt en vrienden (Prins & Braet, 2008). Dit kader biedt een realistische kijk op de ontwikkeling van kinderen. Psychopathologie is immers nooit te relateren aan één oorzaak. Het heeft daarom weinig zin om gefixeerd te blijven op slechte ervaringen in de vroege jeugd. Het gaat om de veranderingsmogelijkheden in het hier en nu. Met deze benadering voorkomen we de schuld bij het kind te leggen of juist bij diens opvoeders. We gaan samen met de cliënt op zoek naar oplossingen.

Vanuit het transactionele kader komt men vaak uit op interventiedoelen voor kind, ouders en school. Dit leidt vervolgens tot een gecombineerde behandeling die zich richt op kind, gezin en school. Zulke integrale behandelingen zijn doorgaans effectiever dan behandelingen die zich alleen op kind, ouders of school richten (Carr, 2006). Het heeft immers weinig zin een kind sterker te maken in een omgeving die niet verandert.

4. HGD besteedt aandacht aan positieve en beschermende factoren

Gedurende het hele diagnostische proces is er aandacht voor positieve en beschermende factoren. Aandacht voor het positieve beschermt ons tegen een te pessimistisch beeld van kind en omgeving. Ieder kind, iedere ouder en iedere leerkracht – hoe ernstig de problemen ook zijn – heeft competenties en talenten. Er zijn altijd situaties waarin het wél goed gaat (de uitzonderingen). Een handelingsgerichte diagnosticus zoekt hier gericht naar, benoemt ze expliciet en neemt ze altijd op in zijn diagnostische verslag. Een kind met hardnekkige leesproblemen kan bijvoorbeeld prachtig tekenen, een overbelaste moeder heeft veel steun aan haar schoonmoeder of een leraar met een chaotisch klassenmanagement geeft zijn leerlingen veel affectieve ondersteuning. De diagnosticus maakt cliënten bewust van hun krachten en mogelijkheden, zodat ze deze gaan benutten bij het bedenken van oplossingen. Zo kunnen cliënten eigen keuzen maken en krijgen kinderen en ouders meer grip op hun leven.

Praktijkervaringen laten zien dat dit uitgangspunt een belangrijke rol speelt in de wijze waarop diagnostiek bijdraagt aan empowerment. Het benoemen van de kansen en krachten van ouders, kind en school voorkomt ‘probleem-maximalisatie’: men blijft de problemen in proportie zien. Daarnaast verhoogt het expliciet aandacht besteden aan wat ouders, kind en school goed kunnen en goed doen, hun gevoel van competentie. Het geven van concrete complimenten doet hun eigenwaarde toenemen. Het maakt ouders ook bewust van de vaardigheden, talenten en krachten van hun kind. Het is bemoedigend voor hen om te realiseren dat er ook dingen zijn die goed gaan en sterk zijn. Dit geeft hoop en perspectief. Het verhoogt de motivatie om de problemen op te lossen. Het kan voor een ouder of leraar ook een stimulans zijn om een verstoorde interactie met het kind te doorbreken.

5. *HGD acht samenwerken met de cliënt en direct betrokkenen cruciaal*

Diagnosticus, ouders, kind en school gaan samen aan de slag, ergens naartoe: een advies waar zowel cliënten als diagnosticus achter staan. Een handelingsgerichte diagnosticus neemt de wensen, verwachtingen en behoeften van de cliënt als uitgangspunt van zijn werk. Hierdoor ontstaat een goede samenwerkingsrelatie, hetgeen de motivatie voor en de acceptatie van het advies bevordert. De diagnosticus maakt cliënten sterk door hen goed te informeren, met een taal die zij begrijpen en die aansluit bij hun eigen theorie. Doordat hij bij hun aansluit, is het voor cliënten makkelijker om mee te groeien in het diagnostisch proces. Gedurende dat proces krijgen zij meer inzicht in hun situatie en neemt hun bereidheid om te veranderen toe.

HGD ziet ouders als *ervaringsdeskundigen*: zij kennen hun kind het beste en het langste, zij zien het kind in uiteenlopende situaties in het gezin en daarbuiten. Ouders zijn in principe zorgzaam en competent, zij hebben het beste met hun kind voor en zijn zich bewust van hun verantwoordelijkheden (Van der Pas, 2003). Ze zijn doorgaans in staat om moeilijkheden in de opvoeding op te lossen. Ouders hebben formeel het eerste en het laatste woord: zij besluiten of ze het kind (of zichzelf) aanmelden voor diagnostiek en bepalen of zij de diagnose en het advies bruikbaar vinden. De diagnosticus ondersteunt ouders bij het nemen van beslissingen door heldere informatie te verschaffen. Door ouders als ‘bondgenoten’ en partners te zien (in plaats van als ‘lastige tegenpartij’), kan hij hun krachten en kansen goed benutten (Terpstra & Paternotte, 2002).

Een handelingsgerichte diagnosticus werkt vanaf het begin ook nauw samen met kinderen. Kinderen kunnen waardevolle informatie geven over hun gedrag, informatie die aanvullend is

op die van ouders en leerkrachten (Van Aken, 2006). Hoe jong ze ook zijn, kinderen hebben gevoelens en opvattingen over zaken die hen bezighouden (Delfos, 2010a; 2010b). Ze kunnen deze verwoorden, mits zij daartoe cognitief, sociaal en verbaal in staat zijn. Zij kunnen aangeven hoe zij denken over zichzelf, hun ouders, de school en de toekomst. Zij kunnen hun mening geven, een standpunt innemen en reflecteren op situaties thuis of op school. Zeker in problematische situaties is het belangrijk rekening te houden met de beleavingswereld van kinderen zelf (De Winter, 2000). De wijze waarop zij de situatie en zichzelf waarnemen en interpreteren, bepaalt in hoge mate hun gedrag en hun motieven voor gedragsverandering. Ook wanneer het gaat om problemen waarin het kind zelf centraal staat, zoals bij opvoedings- en onderwijsleerproblemen. De diagnosticus kan dus pas een zinvol oordeel vormen over de aard en ernst van de problemen wanneer hij weet wat deze voor het kind betekenen. Deze informatie wordt benut bij het formuleren van onderzoeksvragen, het opstellen van het diagnostisch beeld en bij het kiezen, uitvoeren en evalueren van de interventie.

Samenwerken vereist een open en heldere communicatie. De diagnosticus praat zoveel mogelijk met cliënten en zo min mogelijk over hen (in uitgebreide teambesprekingen) of tegen hen (“jij moet ...”). In deze gesprekken zijn transparantie en metacommunicatie onontbeerlijk: de diagnosticus geeft cliënten op begrijpelijke wijze heldere informatie over het doel van de diagnostiek en waarom hij hen een bepaalde vraag stelt of iets vertelt. Vanuit deze metacommunicatieve instelling benoemen diagnostici zaken die voor hen vanzelfsprekend zijn, maar dat voor een cliënt vaak niet zijn (Van Nijnatten & Elbers, 2006). Hiermee zijn veel misverstanden te voorkomen en kunnen cliënten daadwerkelijk participeren en meebeslissen. Samenwerken vereist daarnaast ook een attitude van warmte, empathie, oprechtheid, begrip en respect.

Kortom, een nauwe samenwerking met ouders, kinderen en andere betrokkenen tijdens het diagnostisch proces speelt een belangrijke rol bij empowerment van cliënten. De diagnosticus ziet ouders en kinderen als ervaringsdeskundigen en samenwerkingspartners. Hij motiveert en activeert hen zodanig dat zij hun verantwoordelijkheid kunnen nemen. Gezamenlijk zoeken ze naar oplossingen waarbij het kind centraal staat.

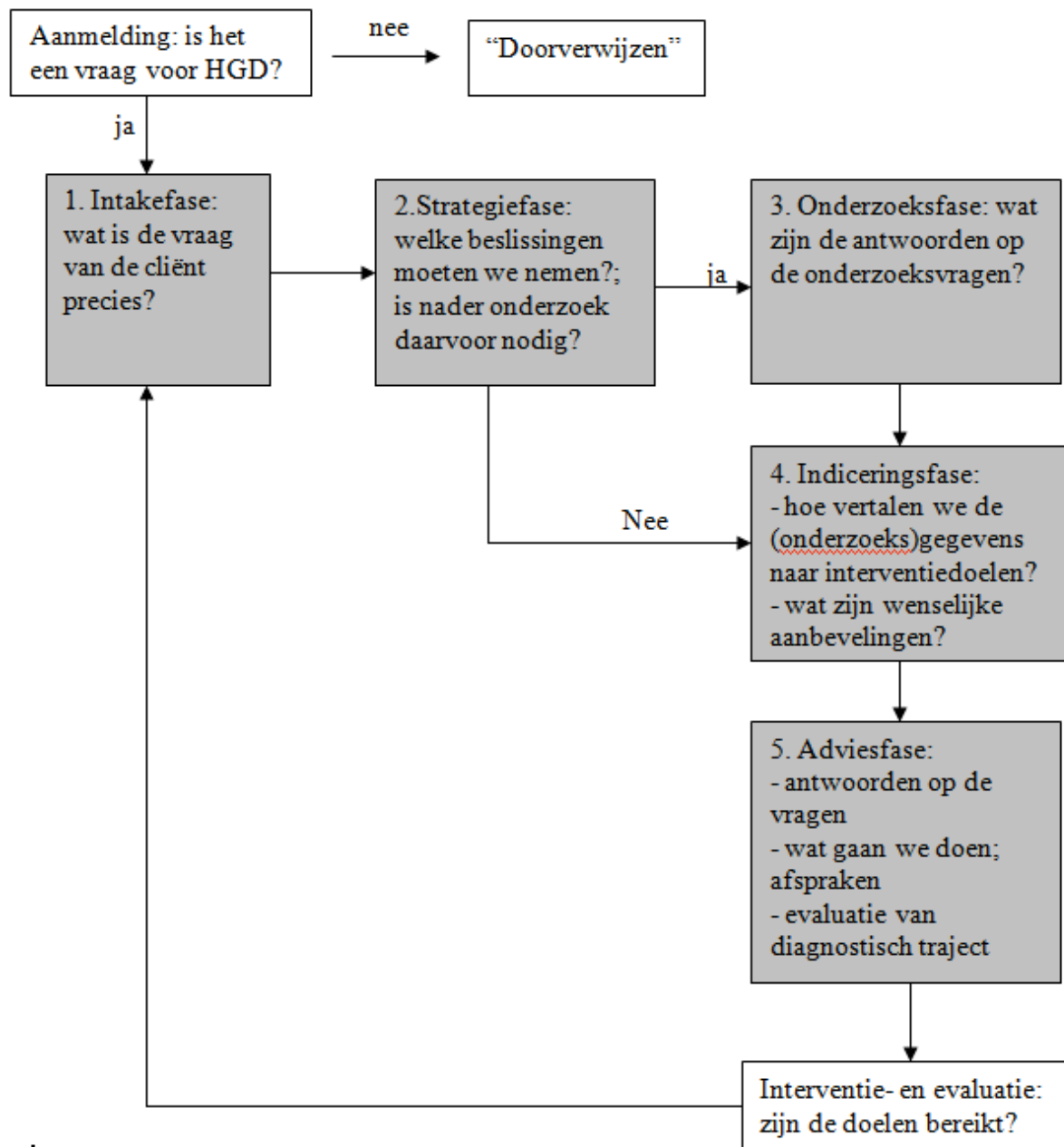
6. HGD verloopt systematisch en transparant

Diagnostiek is een complex besluitvormingsproces dat een grote impact op het leven van cliënten kan hebben. Daarom streeft de diagnosticus een zorgvuldige besluitvorming na die

inzichtelijk en controleerbaar is voor diagnosticus, behandelaar en cliënten. Hij beoogt doelgericht en op wetenschappelijk verantwoorde wijze informatie te verzamelen om de vragen van betrokkenen te beantwoorden. HGD bevat verschillende fasen en stappen, die een consistent en transparant verloop van diagnostiek bevorderen. Deze systematiek beschermt diagnostici tegen bekende valkuilen, zoals het niet overwegen van alternatieve diagnoses en alternatieve interventies en het hebben van te weinig aandacht voor de ontwikkelingsfase en de context van het kind. Hieronder beschrijven we de vijf fasen van HGD en illustreren deze met praktijkvoorbeelden. Hulpmiddelen om HGD toe te passen in de praktijk, zoals formulieren, checklists, zijn gratis te downloaden op www.HGDindejeugdzorg.nl.

4. De vijf fasen van de HGD-cyclus

In deze paragraaf beschrijven we de vijf fasen zeer beknopt. We belichten met name de aspecten die relevant zijn in het kader van empowerment. We beschrijven daartoe steeds hoe de samenwerking met de cliënt en het versterken en benutten van diens krachten tot hun recht komen in deze fase. Voor een uitgebreide beschrijving van de fasen, met voorbeelden uit de jeugdzorg, verwijzen we naar Pameijer en Draaisma (2011).



HGD bevat vijf fasen: Aanmelding/Intake, Strategie, Onderzoek, Integratie/Aanbeveling en Advies. Bij een adviserende vraag komt daarna nog een fase: de interventiefase. In deze fase wordt de interventie uitgevoerd en geëvalueerd. Als de interventie succes heeft, de doelen zijn behaald, rondt men de cyclus af. Als er onvoldoende effect is, keert men terug naar een eerdere fase van HGD. Het volgen van de fasen leidt tot een expliciete en controleerbare relatie tussen de hulpvragen van het cliëntsysteem enerzijds en het diagnostische traject anderzijds. Zo is HGD altijd op maat, passend bij de unieke situatie van een specifiek kind.

Niet voor ieder aangemeld kind zijn alle fasen van toepassing: kortere trajecten zijn goed mogelijk. In zo'n 'verkort traject' zijn één of meer fasen of stappen over te slaan, omdat die niet van toepassing zijn of omdat we al over de informatie beschikken die nodig is om de vraag te beantwoorden of beslissing te nemen. Zo is het mogelijk om de onderzoeksfase over te slaan, omdat er al genoeg informatie is om de hulpvragen van de cliënt en onderzoeksvragen van de diagnosticus te beantwoorden. Als er vanuit de intake een gerichte vraag is voor een specifieke interventie, en het is reeds bekend dat de cliënt daarvoor in aanmerking komt, dan kan de casus meteen door naar de interventiefase. De beslissing is immers al te nemen met de beschikbare informatie; diagnostiek is niet nodig.

1. Aanmelding en Intakefase

De aanmelding bevat de reden van aanmelding en de hulpvraag; het is de start. De diagnosticus bepaalt of de casus op de juiste plaats is en of deze door kan naar de intake. Belangrijke voorwaarde is onder andere dat diagnostiek nodig is om de hulpvraag te beantwoorden. HGD is van toepassing bij de volgende vraagstellingen: wat is er aan de hand? (onderkenning); welke factoren houden de problematische situatie in stand? (verklaring); wat kan er gedaan worden om de problemen op te lossen? (advisering) en/of zijn de interventiedoelen bereikt? (evaluatie). Het gaat meestal om een onderkenning en/of verklaring met het oog op advisering en daarop volgend een evaluatie. En er is additionele informatie nodig om de vragen te beantwoorden, bijvoorbeeld vanwege onvoldoende of tegenstrijdige informatie. In deze gevallen zijn één of meer *fasen van HGD* van toepassing en kan de casus door naar de intakefase.

Voorbeelden van vragen

HGD is toe te passen bij uiteenlopende vragen. Het kan gaan om onderkennende vragen als: Lijdt Dirk aan een depressie of is er sprake van een angststoornis? Is er bij Karla een suïcide dreiging? Heeft Joakim naast kenmerken van ADHD ook kenmerken van ODD? Ook kan het gaan om verklarende vragen. Men wil dan meer zicht op de wisselwerking tussen kenmerken van het kind, de opvoedings- en onderwijssituatie. Een vraag kan bijvoorbeeld zijn in hoeverre de gedragsproblemen thuis samenhangen met overvraging op school. Bij adviserende vragen is het belangrijk zicht te krijgen op de interventiedoelen en hoe we deze willen en kunnen bereiken. Bijvoorbeeld: Heeft Lotte baat bij EMDR om de aanranding te verwerken of heeft zij meer baat bij een groepsbehandeling waarbij ook aandacht is voor

lotgenoten contact en het versterken van haar weerbaarheid? Na de keuze van een interventie is het belangrijk de effecten te monitoren. Diagnostiek dient dan om vragen te beantwoorden als: zijn de dwangklachten na 6 sessies cognitieve gedragstherapie voldoende afgenomen om de behandeling af te kunnen sluiten?

De intakefase is het fundament van HGD. Deze fase kent twee doelen. *Eén doel* is het systematisch verzamelen van informatie waarmee de diagnostiek de strategie kan bepalen om de hulpvraag te beantwoorden: wat gaan we doen, waarom en hoe? *Een tweede doel* van de intakefase is een zodanige afstemming tussen de betrokkenen te bereiken dat de samenwerking met het cliëntsysteem constructief zal verlopen. Hiertoe is het van belang dat men het eens wordt over het doel en de zin van de diagnostiek en de mogelijke consequenties van bepaalde uitkomsten (als ..., dan ...). Een ieder is in de intakefase al gericht op adviseren: waar willen we naartoe? Wat willen we bereiken en waarom? Wat is het perspectief? Dit gezamenlijke vooruitkijken vergroot de kans op het accepteren van de diagnose en het uiteindelijke advies.

De diagnosticus zit in deze fase vooral in de rol van samenwerkingspartner. Hij probeert zicht te krijgen op het referentiekader en de hulpbehoefte van de cliënt. Hij investeert in het maken van contact en winnen van vertrouwen. Hij is duidelijk en transparant over het doel van deze fase en het waarom van wat hij doet. Hij is ook helder over de beslissingen die in deze fase aan de orde komen. Ook bij het stellen van vragen past hij metacommunicatie toe: “Ik stel je deze vraag, want als we weten ..., dan kunnen we ...”). We illustreren dit in de onderstaande box. Hiermee ontstaan transparante gesprekken, zonder verborgen agenda. Cliënten waarderen deze openheid zeer, is onze ervaring. Het doet mogelijke onzekerheid afnemen, geeft hun grip op het diagnostisch traject en vergroot hun betrokkenheid erbij.

Ervaring: het inkaderen van een moeilijke vraag

Als een hulpverlener een moeilijke vraag, zoals naar fysiek straffen, inkadert in de trant van *“Ik ga nu vragen hoe jullie straffen, of jullie bijvoorbeeld wel eens slaan. Ik ga dit vragen omdat het nodig is voor het inschatten van de ernst van de opvoedproblemen en ook voor de hulp die we gaan zoeken. Als we open met elkaar kunnen praten over de problemen die spelen en jullie meewerken aan opvoedhulp thuis om de problemen op te lossen, dan hoeven jullie niet bang te*

zijn voor een uithuisplaatsing”, dan rapporteren ouders vaak eerlijk en openhartig. Dat zullen ze niet doen als ze vermoeden dat de hulpverlener ‘slechte bedoelingen’ heeft, zoals een ondertoezichtstelling (OTS) aanvragen. Dan zullen diezelfde ouders waarschijnlijk ontkennen dat ze fysiek straffen. Hun motief is immers aan te geven dat het allemaal reuze meevalt en dat een OTS dus niet nodig is.

Om voldoende zicht te hebben op de ‘theorie van de cliënt’ en voldoende informatie te hebben om de strategie te bepalen, stelt de diagnosticus verschillende vragen zoals: Wat zijn de hulpvragen van de cliënt?; Wat wensen en verwachten zij van de diagnostiek en het advies?; Wat willen ze perse wel of niet en waarom?; Wat zou voor hen ‘goed nieuws’ zijn en wat ‘slecht nieuws’?; Wanneer zouden ze tevreden zijn?; Welke problemen en zorgen ervaren zij?; Hoe verklaren zij deze?; Aan welke oplossingen denken zij zelf?

De diagnosticus kan het diagnostisch traject alleen goed afstemmen op de cliënt, als hij op de hoogte is van diens eigen verklaringen, oftewel attributies. Verklaringen van ouders kunnen intern (het ligt aan mijn/onze aanpak; wij zijn te streng; vader is te toegeeflijk) en/of extern zijn (het kind is in aanleg druk; zijn vrienden brengen hem op het slechte pad). Als ouders alleen extern attribueren, dan stelt de diagnosticus ook hun mogelijke eigen rol aan de orde, vooral gericht op de oplossing. Hij buigt externe attributies om naar interne: wat heeft hun kind nodig en in hoeverre lukt dit ouders? Hierdoor komt de focus meer op ouders als opvoeders te liggen en kunnen zij hun verklaringen wijzigen. Het op deze manier herformuleren van attributies zet vaak al een verandering in probleembesef in gang (Van Vlierberghe & Hamers, 2008). Hierdoor krijgt diagnostiek therapeutische waarde. Daarnaast wordt het voor ouders duidelijk dat het onderzoek - en mogelijk ook de adviezen - niet alleen op hun kind, maar ook op hun opvoeding gericht kunnen zijn. De kans dat zij zich straks gaan inzetten voor het advies neemt daarmee toe. In de tijd tussen intake- en adviesfase, zo is onze ervaring, denken ouders na over hun eigen bijdrage aan de oplossing. Ze komen in de adviesfase vervolgens zelf met concrete ideeën. Ook dit draagt bij aan hun empowerment.

De diagnosticus besteedt in de intake ook veel aandacht aan de eigen doelen en oplossingen van cliënten: wat willen zij bereiken en hoe? Zij hebben hierover als ervaringsdeskundigen doorgaans goede ideeën. In de onderstaande box illustreren we dit met een voorbeeld. Een diagnosticus kan zijn voordeel doen met deze kennis door deze te benutten bij het formuleren van doelen en aanbevelingen in de vierde fase. Adviezen die aansluiten bij de eigen doelen en

oplossingen van kind of ouders, worden uiteraard beter opgepakt dan opgelegde adviezen en zijn derhalve effectiever.

Waardevolle informatie van kinderen zelf: een voorbeeld

Isaiah (9 jaar) is op de crisisgroep geplaatst, omdat zijn moeder zijn boze buien niet langer kan hanteren. Ook op de crisisgroep uit hij zijn boosheid door met spullen te gooien en om zich heen te slaan. Op een rustig moment gaat de jeugdzorgwerker met hem hierover in gesprek: “Isaiah kun je mij vertellen wanneer het jou lukt om rustiger om te gaan met je boosheid?” en “wat kunnen wij doen om jou te helpen?”. Isaiah antwoordt: “Oh... mag ik zeggen wat jullie moeten doen? Leuk!”. Isaiah denkt hard na, maar kan in eerste instantie niets verzinnen. Als de groepsleiding tegen hem praat als hij boos is, wordt hij nog bozer, ze moeten hem dan gewoon met rust laten, zo vertelt hij. De jeugdzorgwerker antwoordt: “Ik weet het ook niet, denk eens heel diep na, wat zou je anders kunnen doen dan slaan en met spullen gooien?”. Isaiah komt met een oplossing die de jeugdzorgwerker beslist niet had kunnen bedenken: “Michael Jackson!”. Isaiah vertelt dat hij merkt dat hij heel boos aan het worden is wanneer zijn handen en schouders gespannen worden. Het zou hem helpen als de groepsleiding dit opmerkt en als hij dan naar zijn kamer mag om naar Michael Jackson te luisteren en te dansen, want dan gaat die spanning uit zijn handen en schouders weg. Daarna, als hij niet meer boos is, wil hij hen wel vertellen wat hem boos maakte. Muziek van Michael Jackson bleek Isaiah inderdaad te helpen om zijn boosheid kwijt te raken.

De diagnosticus besteedt in de intakefase daarnaast veel aandacht aan positieve kenmerken en beschermende factoren van kind, gezin, school en vrije tijd. We benoemen welke positieve factoren er in de aanmeldingspapieren genoemd worden en we vragen ze systematisch na. Waar liggen de interesses, belangstellingen en talenten van betrokkenen? Welke situaties gaan goed; wanneer lukt het gewenste doelgedrag wel? Hoe groot een probleem ook is, het probleemgedrag is er nooit altijd. Er zijn altijd uitzonderingen waarin het zich niet, of minder, voordoet. Wat vinden ouders en andere betrokkenen leuk of sterk aan het kind? Tevens is er aandacht voor die beschermende factoren waarvan we uit onderzoek weten dat ze kind en gezin beschermen tegen risicofactoren.

In het kader van empowerment benutten we ook de krachten uit het sociale netwerk. Een sociaal netwerk is een natuurlijke hulpbron en vervult belangrijke behoeften van cliënten, zoals aan steun en begrip of aan advies en informatie (Krol e.a., 2010). De ervaring is dat

familieleden en andere betrokkenen uit het sociale netwerk tijdens de intake vaak goede ideeën hebben over wat er aan de hand is en wat kind en ouders nodig hebben. Zij kennen het kind vaak al jaren en hebben de gebeurtenissen in het gezin gevolgd, zowel in goede als in slechte tijden. Daardoor zijn zij goed in staat te helpen bij het analyseren van problemen en zoeken naar oplossingen. Krachten in het netwerk zijn te inventariseren met vragen als: *Met wie bespreekt u vertrouwelijke zaken?*; *Bij wie zoekt u troost in moeilijke situaties?*; *Aan wie vraagt u raad bij het nemen van een moeilijke beslissing?* Vervolgens besluiten ze samen of en hoe (in welke fase) ze deze persoon bij het diagnostisch traject betrekken.

Samengevat, tijdens de *intakefase* analyseren we gezamenlijk de reden van aanmelding, problemen, zorgen en positieve aspecten die cliënten ervaren. Hoe zou het kunnen komen (welke verklaringen hebben ze zoal?), wat willen ze bereiken (welke doelen willen ze nastreven?) en hoe (welke oplossingen hebben ze?) en wat willen ze niet? Verwachtingen over en weer zijn glashelder en de wensen van betrokkenen zijn reëel. Een gevolg van het samen nadenken over dergelijke vragen is dat cliënten meer te weten komen over de situatie waarin zij zich bevinden, wat ze willen veranderen en welke krachten zij hebben om deze veranderingen door te voeren. Hiermee krijgt diagnostiek therapeutische waarde en draagt het bij aan empowerment.

2. *Strategiefase*

De strategiefase is een fase van professionele reflectie. De diagnosticus analyseert de informatie uit de intakefase met als doel te komen tot een diagnostisch traject dat past bij zowel de hulpvragen en wensen van cliënten als bij zijn eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden. De diagnosticus doorloopt systematisch vier stappen in deze fase. Eerst gaat hij na welke informatie hij op dit moment al heeft. Hij clustert de problematische en positieve factoren van kind, opvoeding, onderwijs en bredere sociale omgeving en schat de mate van ernst in. Vervolgens bepaalt hij of nog meer informatie nodig is of dat hij al genoeg weet om de vraagstelling verantwoord te beantwoorden. Als hij besluit dat onderzoek nodig is, dan formuleert hij hypothesen en zet deze om in onderzoeksvragen. Hij selecteert deze op relevantie, communiceert hierover met de cliënt, vraagt om diens toestemming en maakt afspraken: wie gaat wat doen, hoe, wanneer en waarom? Zo blijven cliënten betrokken bij het traject, begrijpen ze wat er gaat gebeuren en waarom.

3. *Onderzoeksfase*

De onderzoeksfase volgt op de strategiefase als er onvoldoende informatie is om een vraagstelling te beantwoorden. Het doel van deze fase is het toetsen van de hypothesen en beantwoorden van de onderzoeksvragen. Hiertoe zit de diagnosticus in de rol van expert die hypothesen toetst met valide en betrouwbare onderzoeksmiddelen en onderzoeksvragen beantwoordt. Om de therapeutische waarde van het onderzoek te vergroten, werkt hij in deze fase daarnaast nauw samen met kind, ouders, begeleiders en/of leerkrachten. Hij bespreekt de onderzoeksprocedure met hun: de onderzoeksvragen, hoe deze onderzocht worden en waarom (als ..., dan ...). Hij legt de relatie met de intakefase, zodat cliënten hun eigen hulpvragen en wensen herkennen. Zo voelen zij zich serieus genomen; hun informatie doet ertoe. Als cliënten het nut van het onderzoeksplan inzien, is de kans groot dat zij er ook een actieve bijdrage aan zullen leveren. Daarnaast kan het kind, de ouder of de leerkracht medeonderzoeker zijn. Bijvoorbeeld door hun eigen gedrag te observeren en registreren met een logboek of video-opname. Jongeren kunnen in een dagboek specifieke gebeurtenissen bijhouden of een vragenlijst invullen waaruit blijkt hoe zij reageren in bepaalde situaties en welk effect dit heeft. Ouders, begeleiders en leerkrachten kunnen met behulp van een vragenlijst reflecteren op hun pedagogische aanpak: wat is al afgestemd op de behoeften van dit kind en wat willen ze meer afstemmen?

In de onderzoeksfase is expliciet aandacht voor beschermende factoren met als doel problematiseren te voorkomen en cliënten te versterken. Bij een thuisobservatie is de diagnosticus niet alleen geïnteresseerd in situaties waarin het probleemgedrag zich voordoet, maar gaat hij ook gericht op zoek naar situaties waarin het *juist goed gaat (de uitzonderingen)*, zoals: wat doet de vader dat zijn zoon nu wel naar hem luistert? Hetzelfde geldt voor een schoolobservatie: wanneer ervaart de leerkracht problemen en in welke situaties gaat het goed? Bij het nabespreken van een observatie bespreken betrokkenen of deze succesvolle aanpak ook toe te passen is in die situaties waarin het moeilijk gaat. Daarnaast is er oog voor de krachten van ouders, zoals dat ze hun kind de ruimte geven voor leeftijdsadequate activiteiten, betrokken zijn bij school of dat ze hun kind aanmoedigen en positief bejegenen. Ook tijdens individueel kindonderzoek is de diagnosticus voortdurend op zoek naar beschermende factoren. Hij let bijvoorbeeld op een optimistische attributiestijl, functionele copingsstrategie of een sterk gevoel van competentie. Hij vraagt het kind gericht naar situaties waarin het tevreden is met zijn gedrag: wat maakt dat het dan lukt en wie helpt daarbij?

4. Integratie – en aanbevelingsfase

In deze fase integreert de diagnosticus de informatie en beantwoordt hij de onderkende en verklarende vragen. Vervolgens formuleert hij aanbevelingen, gericht op het oplossen van de problemen. Met andere woorden: deze stap vertaalt de diagnose naar een advies. Weten *wat er aan de hand is* en *wat er moet veranderen* impliceert nog niet *hoe* dit het beste kan gebeuren. Dit gebeurt door algemene kennis over effectieve interventies te relateren aan ervaringskennis en aan de unieke situatie en voorkeuren van een specifiek cliëntsysteem. De diagnosticus formuleert eerst reële doelen, gezien het diagnostisch beeld en de wensen van het cliëntsysteem. Vervolgens kijkt hij met welke interventies deze doelen te bereiken zijn en welke argumenten voor en tegen deze interventies pleiten. Deze aanbevelingen worden geordend van “meest wenselijk” tot “minimaal noodzakelijk”. In de volgende fase worden deze voorgelegd aan het cliëntsysteem, zodat deze een keuze kan maken.

Deze fase is, net als de strategiefase, een fase van reflectie. De diagnosticus werkt hierbij niet direct samen met de cliënt. Hij houdt echter wel rekening met de voorkeuren van de cliënt en met hun veranderingswensen: wat willen kind, ouders of andere opvoeders veranderen? Bij het formuleren van aanbevelingen houdt hij continue in de gaten of deze passen bij de wensen van dit kind en deze opvoeders. Zo ontstaat een passende aanbeveling die hij straks in de adviesfase met cliënten bespreekt: wat willen en kunnen jullie hiervan doen?

De diagnosticus neemt altijd positieve en beschermende factoren van kind en omgeving op in het diagnostisch beeld. Ook betreft hij deze factoren bij het formuleren van doelen, want het is vaak beter haalbaar om beschermende factoren te versterken dan om risicofactoren te verminderen. Het is bijvoorbeeld eenvoudiger om een betrokken competente opvoeder te laten inzien dat diens verwachtingen van het kind te hoog zijn, dan om de verstandelijke beperking (of het moeilijke temperament) van het kind te verminderen (of veranderen). We formuleren bovendien hogere interventiedoelen als we rekening houden met aanwezige mogelijkheden, krachten en kansen, zoals het doorzettingsvermogen van het kind. Door de interventiedoelen zo veel mogelijk op het versterken van de autonomie te richten, kan de cliënt straks zonder jeugdzorg weer verder, zo is het streven. Positieve kenmerken beïnvloeden ook de keuze voor een interventie. Zo kan een kind dat dol is op muziek baat hebben bij muziektherapie om tot verwerking van een schokkende gebeurtenis te komen. Dit lijkt vanzelfsprekend en eenvoudig, maar door gerichtheid op het problematische ziet men zulke mogelijkheden soms over het hoofd.

5. *Adviesfase*

De vorige fasen hebben de basis gecreëerd voor een goed adviesgesprek. Allereerst is er inmiddels een goede samenwerking tussen de diagnosticus en de cliënt. Daarnaast zijn de hulpvragen, wensen, verwachtingen, mogelijkheden en behoeften van het kind en zijn opvoeders bekend. Irreële verwachtingen zijn bijgesteld en waarschijnlijke diagnosen en mogelijke adviezen zijn al in de week gelegd. Er is zicht op de aard en/of verklaring van de problematiek en er zijn één of meer aanbevelingen geformuleerd. Het doel van deze fase is de antwoorden op de vragen van de cliënt te bespreken en de cliënt een aanbeveling te laten kiezen, die vervolgens het advies wordt. Het streven is een advies waar zowel cliënten als diagnosticus achter kunnen staan.

In deze fase heeft de diagnosticus vooral de rol van samenwerkingspartner. De hulpvragen van cliënten worden één voor één besproken en samen doorlopen. De diagnosticus relateert de informatie die hij geeft steeds aan de ideeën van de cliënt: “U wilde weten of ..., uit het onderzoek komt naar voren dat ...”. Bijvoorbeeld: “U vroeg zich af of Pim paniekaanvallen heeft in de bus; inderdaad zo noemen we die heftige reacties.” Het antwoord wordt expliciet ter discussie gesteld: is het herkenbaar voor cliënten? Hoe verhoudt het zich tot hun eigen ideeën? Is het goed of juist slecht nieuws voor hen? De uitleg is afgestemd op hun taalgebruik en belevingswereld. Zo ontstaat een gezamenlijk kader en krijgt de informatie betekenis voor cliënten. De diagnosticus legt zijn aanbevelingen pas voor als er voldoende consensus is over het diagnostisch beeld. Hij laat cliënten kiezen uit aanbevelingen. Doordat cliënten keuzes maken, zijn zij gemotiveerd het gekozen advies op te volgen (Lang & Van der Molen, 2008). Zij ervaren het advies als eigen en voelen zich er verantwoordelijk voor. Dit verhoogt de kans van slagen aanzienlijk. Daarnaast ervaren zij meer regie en controle, hetgeen bijdraagt aan hun empowerment. Het streven is dat cliënten kiezen voor de meest wenselijke aanbeveling. Als er barrières zijn, dan vraagt de diagnosticus hiernaar: wat zijn hun argumenten tegen? Zijn deze te veranderen? Wanneer zou de aanbeveling wél acceptabel zijn voor deze ouders en dit kind?

In de adviesfase spelen positieve en beschermende factoren ook weer een belangrijke rol. Ze worden expliciet benoemd bij het bespreken van het diagnostisch beeld. Hiermee doen we de werkelijkheid recht. Het komt de sfeer in het gesprek ten goede en verhoogt bovendien de competentiegevoelens van betrokkenen. Het stil staan bij hun sterke punten (zoals het doorzettingsvermogen van een kind of de flexibiliteit van een ouder) en bij wat wél goed gaat

(zoals de omgang met leeftijdsgenoten of de steun van grootouders), geeft hen kracht en perspectief.

Het diagnostisch traject wordt altijd afgesloten met een evaluatie. Hierbij wordt onder meer stilgestaan bij de samenwerking tussen de cliënt en de diagnosticus. Voelden cliënten zich respectvol bejegend; is er goed naar hen geluisterd, zijn ze serieus genomen? Is hun hulpvraag beantwoord? Voldeed het traject aan hun wensen en verwachtingen? Zijn hun wensen in de aanbevelingen verwerkt? Is er rekening gehouden met hun eigen doelen en oplossingen?

5. Conclusie

Concluderend stellen we dat HGD niet alleen essentiële informatie op kan leveren voor behandeling, maar ook een bijdrage kan leveren aan de empowerment van kinderen en ouders. De diagnosticus dient hiertoe de rol van expert te combineren met die van samenwerkingspartner. In alle fasen van het diagnostisch proces is hij gericht op de samenwerking met de cliënt en het versterken en benutten van diens krachten. Zo'n handelingsgerichte diagnosticus draagt bij aan de empowerment van cliënten door de dialoog met hen aan te gaan. Hij ziet cliënten als 'ervaringsdeskundigen' die als mede-onderzoeker en overlegpartner een waardevolle bijdrage leveren aan de diagnostiek en advisering. De diagnosticus luistert naar hun verhaal, laat hen participeren in het onderzoek en geeft voldoende begrijpelijke informatie, waardoor cliënten makkelijker mee kunnen groeien in het diagnostisch proces. Zij krijgen inzicht in hun situatie en raken bereid om te veranderen. De diagnosticus maakt cliënten bewust van hun krachten en mogelijkheden, zodat ze deze benutten bij het bedenken van oplossingen. Zo kunnen cliënten eigen keuzen maken en krijgen kinderen en ouders meer grip op hun leven. Diagnostiek krijgt er therapeutische waarde door.

Literatuur

Actieplan professionalisering Jeugdzorg (2009). *De positie van de gedragswetenschapper. De inzet van de gedragswetenschapper in de Jeugdzorg*. Utrecht: NIP-NVO.

Aken, M. van (2006). Zelfrapportage van persoonlijkheid en probleemgedrag door jonge kinderen, *Kind en Adolescent*, 27, 1, 71-73.

Delfos, M. (2010a). *Luister je wel naar mij? Gespreksvoering met kinderen tussen 4 en 12 jaar*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Delfos, M. (2010b). *Ik heb ook wat te vertellen! Gespreksvoering met pubers en adolescenten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bruyn, E.E.J. de, Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus: een praktijkleer*. Leuven: Acco.

Carr, A. (2006). *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Routledge.

Eliëns, M. (2005). *Baby's in beeld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Finn, S.E. (2007). *In our clients shoes. Theory and Techniques of Therapeutic Assessment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hamilton, A.M., Fowler, J.L., Hersh, B., Austin, C.A., Finn, S.E., Tharinger, D.J., Parton, V., Stahl, K., Arora, P. (2009). Why won't my parents help me? Therapeutic Assessment of a Child and Her Family. *Journal of Personality Assessment*, 91 (2), 108-120.

Haydel, M.E., Mercer, B.L. & Rosenblatt, E. Training assessors in Therapeutic Assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93 (1), 16-22.

Heijden, P.T. van der, Derksen, J.J.L., Egger, J.I.M. (2008). Psychotherapeutische diagnostiek naar een constructieve alliantie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 4, p. 295-304.

Kamphuis, J.H. (2011). Therapeutische psychodiagnostiek. *De psycholoog*, 46(6), 10-18, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Amsterdam.

Krol, R. van der, en anderen (2010). *Methodiek en instrumenten Integrale Trajectbegeleiding Passend Onderwijs*. Haarlem: Hogeschool InHolland.

Lang, G., & Molen, H.T. van der (2008). *Psychologische gespreksvoering*. Amsterdam: Boom/Nelissen.

Nijnatten, C. van & Elbers, E. (2006). Communicatie in orthopedagogische situaties. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45 (3), 103-115.

Steege, M. van der (2009). *Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht. Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen*. Utrecht: NJI.

Pameijer, N.K. & Draaisma, A.K. (2011). *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg: een kader voor besluitvorming*. Leuven: Acco.

Pas, A. van der (2003). *A serious case of neglect: the parental experience of child rearing*. Delft: Eburon.

Prins, P.J.M & Braet, C. (2008). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Terpstra, J., & Paternotte A. (2002). Het roer moet om : kracht van ouders moet beter benut. *Balans Balang*, 15, 2 - 6.

Vlierberghe, L. van, & Hamers, P. (2008). Handelingsgerichte diagnostiek. In C. Braet & S. Bögels (2008). *Protocollaire behandeling van kinderen met psychische problemen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Winter, M. de (2000). *Beter maatschappelijk opvoeden. Hoofdpijnen van een eigentijdse participatiepedagogiek*. Assen: Van Gorcum.

Websites:

www.gripvzw.be

www.HGDindejeugdzorg.nl