

**Beslissen over hulp
door ouders, jeugdige
én de jeugd- en
gezinsgeneralist**



© 2014 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur(s)

Cora Bartelink
Klaas Kooijman

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Telefoon (030) 230 63 44
Website www.nji.nl
E-mail info@nji.nl

Inhoud

Inleiding.....	4
1 Beslissen over hulp: wat werkt?.....	5
2 Taak van de jeugd- en gezinsgeneralist.....	6
2.1 Kennis van de jeugd- en gezinsgeneralist.....	7
2.2 Vaardigheden van de jeugd- en gezinsgeneralist.....	7
2.3 Welke instrumenten zijn geschikt?.....	8
2.4 Beslissen over hulp: eigen mogelijkheden ouders, jeugdige en sociaal netwerk.....	10
3 Taakverdeling tussen jeugd- en gezinsgeneralist en specialist.....	12
4 Beslissen in dialoog.....	13
4.1 Werkwijze voor beslissen in dialoog.....	15
4.2 Gesprekstechnieken voor de professional en rol van ouders en jeugdigen.....	16
5 Referenties.....	20
Bijlage 1. Deelnemers kenniskring Generalistisch werken en beslissen in dialoog.....	22
Bijlage 2 Vijf praktijkvoorbeelden.....	23

Inleiding

De huidige verantwoordelijkheid voor het beslissen over passende hulp ligt bij de bureaus jeugdzorg, in de vorm van een formele indicatiestelling. Met de transitie en transformatie van de jeugdzorg gaat dit veranderen.

Op veel plaatsen in het land wordt geëxperimenteerd met werkwijzen voor het beslissen over passende hulp door generalisten en specialisten. In het toekomstige jeugdstelsel zouden generalistische jeugd- en gezinswerkers het merendeel van de vragen en problemen rond opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen – in dialoog met de klant - moeten kunnen oppakken. Jeugd- en gezinsgeneralisten zijn domeinspecifieke generalisten die beschikken over specifieke kennis en vaardigheden voor het werken met ouders en jeugdigen (Berger, Van Leeuwen & Blaauw, 2013). Sommige jeugd- en gezinsgeneralisten werken met jeugdigen en gezinnen met relatief eenvoudige of lichte opvoed- en opgroei problemen; anderen met meervoudige en/of complexe opvoed- en opgroei problemen.

Vragen die hierover in het veld bestaan, zijn:

- Hoe kan een generalist in dialoog met ouders en jeugdigen beslissen in plaats van over hen?
- Welke kennis en vaardigheden heeft een jeugd- en gezinsgeneralist nodig om te kunnen beslissen over passende hulp bij vragen en problemen rond opvoeding en ontwikkeling?
- Welke taakverdeling werkt hierbij het best tussen generalisten en specialisten en tussen hbo-opgeleide en wo-opgeleide professionals?
- Welke besluiten neemt de jeugd- en gezinsgeneralist zelf? Wanneer kan een generalist het beste specialistische diagnostiek en behandeling inschakelen?
- Hoe kan dit in het team georganiseerd worden?
- Wat is eventueel de rol van een diagnostisch team?
- Welke hulpmiddelen (instrumenten, checklists e.d.) kunnen hierbij worden gebruikt?

In het najaar van 2013 organiseerde het Nederlands Jeugdinstituut een Kenniskring¹ 'Generalistisch werken en beslissen over hulp in dialoog'. Deelnemers waren professionals uit diverse organisaties en gemeenten, allen direct betrokken bij de uitvoeringspraktijk en/of beleidsvorming rond bovenstaande vragen in CJG's, wijkteams of andere vormen van lokale zorg voor jeugd (bijlage 1).

De kenniskring ging in twee bijeenkomsten in op de vraag wat een jeugd- en gezinsgeneralist zelf kan doen in het proces van beslissen over hulp (en wanneer hij gespecialiseerde hulp 'erbij haalt'), en welke kennis, vaardigheden en eventueel hulpmiddelen hij daarvoor nodig heeft. Ook kwam uitvoerig aan de orde hoe besluitvorming in dialoog met ouders en jeugdige kan plaatsvinden.

Het doel van de kenniskring was om, aan de hand uitwisseling van kennis en ervaring, te komen tot:

1. handelingsadviezen voor generalisten met betrekking tot het beslissen over passende hulp (do's en don'ts);

¹ In een Kenniskring vindt een samenwerking tussen professionals uit praktijk, beleid en wetenschap plaats. Het doel van de KPN's is het uitwisselen van kennis en ervaring vanuit praktijk-, beleid- en wetenschapsperspectief en het ontwikkelen van gezamenlijke producten (bijvoorbeeld handleidingen of factsheets) die professionals kunnen gebruiken.

2. good practices met betrekking tot de taakverdeling tussen generalisten en specialisten in het beslissen over passende hulp bij vragen en problemen in opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen (hoe beslissen wanneer te verwijzen naar of hulp in te schakelen van een specialist);
3. good practices voor het beslissen in dialoog met ouders en jeugdigen (met name gezamenlijk doelen stellen en gezamenlijk beslissen over de best passende hulp).

De opbrengsten worden ook meegenomen in de ontwikkeling van de richtlijn Beslissen over passende hulp.

De bevindingen in dit rapport zijn deels gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek naar theorievorming over besluitvormingsprocessen en deels op praktijkkennis van de professionals die deelnamen aan de kenniskring. Deelnemers hebben actief kennis ingebracht tijdens de bijeenkomsten en feedback gegeven op een conceptversie van dit rapport.

In bijlage 2 is bovendien een beknopte analyse opgenomen van vijf praktijkbeschrijvingen van Generalistisch werken in de lokale zorg voor jeugd. Deze analyse is met name gericht op de vraag hoe het thema 'Beslissen over hulp' is vormgegeven. Het gaat hier om de gemeenten: Amsterdam, Capelle aan den IJssel, Haarlem, Rotterdam en Utrecht.

1 Beslissen over hulp: wat werkt?

Bartelink, Ten Berge en Van Yperen (2013) constateren op basis van een uitgebreide literatuurstudie dat de kans op succesvolle hulp groter is wanneer beslissingen genomen zijn:

1. in dialoog met ouders en jeugdigen;
2. in een doelgericht, gestructureerd en inzichtelijk (transparant) besluitvormingsproces;
3. in een cyclisch proces, als onderdeel van de hulpverlening;
4. vanuit een integrale blik (kindfactoren, gezinsfactoren, omgevingsfactoren) en een integrale aanpak (1 gezin, 1 plan);
5. met goed toegeruste professionals.

In dialoog beslissen draagt bij aan de samenwerkingsrelatie tussen enerzijds de hulpverlener en anderzijds ouders en jeugdige. Wanneer ouders en jeugdigen een actieve rol in de besluitvorming hebben, voelen zij zich gehoord en serieus genomen en het vergroot de kans op acceptatie van het hulpaanbod. Daarmee is de kans op positieve resultaten uiteindelijk groter.

Dit uitgangspunt betekent: praten met ouders en kinderen in plaats van over hen. Hen laten meedenken over wat de kern van hun problemen is, wat zij het belangrijkste vinden om aan te werken, welke mogelijkheden/oplossingen zij zelf hebben of kunnen bedenken en laten meebeslissen over welke hulp het beste aansluit bij hun vraag en mogelijkheden.

Een doelgericht en gestructureerd besluitvormingsproces zorgt ervoor dat hulpverleners die informatie verzamelen die zij nodig hebben om samen met ouders en jeugdige een zorgvuldige inschatting van de situatie te maken. Het voorkomt dat zij belangrijke aandachtspunten over het hoofd zien, maar ook dat zij onnodig gedetailleerde informatie verzamelen. Daarmee zijn ook transparantie en verantwoording mogelijk.

Beslissen over de inzet van hulp is geen eenmalige beslissing, maar een cyclisch proces dat onderdeel is van het hulpverleningsproces. Kinderen zijn immers volop in ontwikkeling, gezinnen volop in beweging. Dit

vraagt monitoring en evaluatie van de opbrengsten van de hulp. Op basis hiervan kunnen beslissingen heroverwogen worden en waar nodig het hulpverleningsplan bijgesteld en aangescherpt.

Een integrale blik is vooral nodig om zorgvuldige beoordeling te maken van de factoren die een probleem in een gezin veroorzaken of in stand houden, dan wel een compenserende of beschermende werking hebben. Als moeder depressief is, de schulden torenhoog en vader werkeloos dan is er weinig ruimte om nieuwe opvoedingsvaardigheden te leren. In dergelijke situaties is een afgestemde aanpak voorwaarde voor succes. Deze aanpak zorgt ervoor dat gezin en hulpverleners een helder overzicht houden van de hulp die in een gezin is ingezet. Het kan mogelijk een gezin helpen om zelf de regie te houden.

Goed toegeruste professionals die beslissen over hulp, dienen kennis te hebben over:

- a. ontwikkelings- en opvoedingsvragen, -risico's en -problemen (voortkomend uit gezinsomstandigheden en kenmerken van het kind, inclusief psychiatrische aandoeningen, verstandelijke of lichamelijke beperkingen);
- b. het inschatten van de veiligheid van de jeugdige;
- c. afwegen van wat het gezin nog op eigen kracht en met steun uit de directe omgeving kan en waarvoor professionele hulp nodig is;
- d. effectieve interventies: wat is werkzaam gegeven de aard en ernst van de problematiek en de mogelijkheden/beperkingen van dit gezin.

2 Taak van de jeugd- en gezinsgeneralist

De taak van de jeugd- en gezinsgeneralist is om (Berger, Van Leeuwen & Blaauw, 2013):

- aan te sluiten bij de vraag van jeugdige en ouders en maatwerk leveren;
- gezinsplan te helpen opstellen;
- eigen kracht te versterken (eigen mogelijkheden van het gezin en netwerk);
- de opvoeding te versterken (advies en tips voor omgaan met lichte problemen);
- gespecialiseerde hulp 'erbij te halen';
- hulp op elkaar af te stemmen.

In het beslissen over hulp betekent het dat de generalist:

- een globale analyse kan maken van de vraag of het probleem van ouders en jeugdige (met inzet van brede screeningsinstrumenten);
- bewerkstelligt dat ouders en jeugdige zich 'eigenaar' voelen van het gekozen traject;
- de eigen mogelijkheden van ouders en jeugdige en de mogelijke hulpbronnen in het sociale netwerk kan verkennen;
- veelvoorkomende, enkelvoudige vragen en problemen zelf beantwoordt en samen met ouders en jeugdige aanpakt;
- lichte opvoedingssteun (in een of enkele gesprekken) kan bieden, bijvoorbeeld volgens de principes van Triple P of een ander bewezen effectief oudertrainingsprogramma;
- snel zorg inschakelt bij meer complexe problemen.

Om de uniformiteit in de zorg voor ouders en jeugdige te vergroten, is het nodig dat de generalist eenduidige criteria heeft om te beslissen of hij een vraag zelf oppakt dan wel een hulpverlener voor gespecialiseerde hulp raadpleegt of daarnaar verwijst.

2.1 Kennis van de jeugd- en gezinsgeneralist

Besluitvorming over de inzet van hulp met gezinnen vraagt specifieke kennis van professionals. De jeugd- en gezinsgeneralist heeft kennis nodig over:

- normale ontwikkeling en opvoeding (wat is normale ontwikkeling gezien de leeftijd en/of het ontwikkelingsniveau van de jeugdige en wat vraagt dit aan opvoedingscapaciteiten van de ouders);
- veel voorkomende ontwikkelings- en opvoedingsvragen, -risico's en -problemen;
- risico- en beschermende factoren die de normale ontwikkeling en opvoeding beïnvloeden (invloed op draaglast en draagkracht);
- mogelijke gevolgen van risico's en problemen voor latere ontwikkeling van de jeugdige;
- inschatten en vergroten van de veiligheid van de jeugdige ;
- inschatten van, en inspelen op, mogelijkheden en beperkingen van eigen kracht van gezinnen;
- inschatten van mogelijkheden en noodzaak van de inzet van specialistische hulp;
- effectieve interventies: wat werkt gezien de aard en ernst van de problemen en mogelijkheden/beperkingen van het gezin.

Ook heeft hij kennis over sectoren waar ouders en jeugdige regelmatig te maken mee hebben:

- preventieve jeugdgezondheidszorg
- opvoed- en opgroeiondersteuning
- onderwijs en onderwijsaanbod bij ontwikkelingsproblemen
- geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ)
- zorg- en dienstverlening aan (licht) verstandelijk beperkten
- ondersteuning bij sociaal-maatschappelijke problematiek

Hoge eisen aan kennis

De deelnemers aan de kenniskring constateren dat er met het beslissen over de inzet van hulp hoge eisen aan de kennis van jeugd- en gezinsgeneralisten worden gesteld. Gedragswetenschappers (orthopedagogen en ontwikkelingspsychologen) zijn op dit moment gemiddeld genomen beter opgeleid om deze ingewikkelde analyses te maken. Nauwe betrokkenheid van een gedragswetenschapper bij de analyse van de situatie in een gezin is dan ook nodig.

Daarnaast is het nodig dat jeugd- en gezinsgeneralisten goede training ontvangen om te kunnen beslissen over in te zetten hulp.

2.2 Vaardigheden van de jeugd- en gezinsgeneralist

Om te kunnen beslissen over hulp hebben jeugd- en gezinsgeneralisten de volgende vaardigheden nodig:

- Analytische en inschattingsvaardigheden:
 - o een integraal beeld van de situatie kunnen maken;

- bepalen welke vragen of problemen met voorrang aangepakt moeten worden (prioritering van doelen van ouders en jeugdige);
- nagaan hoe het op dit moment en voor de nabije toekomst staat met de veiligheid van de jeugdige en de mogelijkheden om de veiligheid te waarborgen.
- Handelingsvaardigheden:
 - om de kansen en eigen kracht van ouders en jeugdige te versterken;
 - om samen te werken met ouders en jeugdigen als ‘trajecteigenaars’ én met andere professionals;
 - om de juiste hulpinzet te mobiliseren, ook als die niet direct voorhanden is maar ‘gearrangeerd’ moet worden;
 - om de veiligheid van de jeugdige te waarborgen.
- Gespreksvaardigheden:
 - Algemeen: luisteren, doorvragen, uitleg geven etc., vanuit een open, reflecterende en niet-veroordelende houding.

Daarnaast specifieke gespreksvaardigheden:

- om in alledaags taalgebruik met ouders en jeugdige te bespreken wat hun vraag of probleem is, en hierover met hen overeenstemming te bereiken (gezamenlijke situatiedefinitie);
- om samen met ouders en jeugdige oorzaken, verklaringen en eventueel dieperliggende gedragspatronen te bespreken. Bijvoorbeeld wanneer ouders door eigen problemen onvoldoende in staat zijn om de jeugdige veiligheid en geborgenheid te bieden;
- om samen met ouders en jeugdige te bespreken welke hulp in deze situatie nodig/effectief kan zijn;
- om ouders en jeugdige eventueel een andere kijk op hun vraag of probleem te helpen krijgen. *Reframen* of herdefiniëren is een techniek waarmee de hulpverlener een andere kijk op de negatieve interpretatie van ouders/jeugdige geeft en er een positieve wending aan geeft. Bijvoorbeeld een situatie definiëren als een goede eerste poging in plaats van als falen.

2.3 Welke instrumenten zijn geschikt?

Instrumenten leveren een betrouwbaarder beeld van de aard en ernst van problemen dan het klinisch oordeel van een professional. De inzet van een vragenlijst of ander instrument kan ook de dialoog met ouders en jeugdige vergemakkelijken, doordat er meer objectieve gegevens op tafel liggen. Daarom gaan we hier kort in op instrumenten die geschikt zijn voor de jeugd- en gezinsgeneralist.

De Databank Instrumenten en Richtlijnen van het Nederlands Jeugdinstituut noemt een aantal instrumenten die bedoeld zijn om opvoed- en opgroei problemen te meten én geschikt zijn voor medewerkers in de jeugdgezondheidszorg of voor maatschappelijk werkers, namelijk:

- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
- Kort Instrument voor de Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie (KIPPI)
- Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA)
- Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)
- Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF) / Vragenlijst Gezinsfunctioneren voor Ouders (VGFO)

Deze instrumenten vereisen geen gedragswetenschapper voor de interpretatie van de uitkomsten.

In de praktijk gebruikte hulpmiddelen

Aanvullend vanuit de praktijk zijn ook nog andere hulpmiddelen mogelijk bruikbaar, namelijk:

- Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij (opvoeden en ontwikkeling van) Kinderen (SPARK). Zie <http://portal.juliuscentrum.nl/research/nl-NL/cohortsandprojects/cohortsprojects/spark.aspx>
- DMO-protocol. Zie www.dmo-protocol.nl
- Ernst Taxatie Model, gericht op het taxeren van de ernst van opvoedingsvragen en problemen op het gebied van functioneren kind, verzorging kind, ouderschap en omgeving en de daarop in te zetten begeleiding of hulp. Door GGD Hollands Midden is dit instrument omgezet naar een op de dialoog met ouder of jongere gericht instrument: de 'Gezonde Ontwikkelings Matrix' (Bontje, 2013)
- Zelfredzaamheids Matrix (ZRM). Van dit instrument is er een specifiek 'Supplement Ouderschap' dat zich richt op de taxatie van zelfredzaamheid bij ouders met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor hun kinderen (www.zelfredzaamheidsmatrix.nl).
- Genogram (gezinsrelaties) en sociogram (sociaal netwerk).
- 1gezin1plan. Zie www.1gezin1plan.nl/
- Tijdlijnen.

Tijdlijnen helpen bij het in kaart brengen van de gezinsgeschiedenis. Welke hulp heeft er tot nu toe al in het gezin gezeten? Is een trend in de hulpverleningsgeschiedenis te zien wat wel of niet heeft gewerkt? Er kunnen belangrijke levensgebeurtenissen in weergegeven worden. Tijdlijnen van verschillende gezinsleden kunnen met elkaar in verband gebracht worden. Bijvoorbeeld: wat betekent de levenslijn van oudere zussen voor het jongste zusje? Of die van de ouders voor hun kinderen?

- Familieberaad drieluik (Rubicon Jeugdzorg).

Drieluik is een hulpmiddel om samen met het gezin een plan van aanpak te maken. Daarbij worden eerst de zorgen en wensen geïnventariseerd aan de hand van de volgende drie vragen:

- Hoe is jullie situatie als gezin over 6 maanden als er niets verandert? Hoe gaat het dan met jezelf en met de anderen?
- Hoe zouden jullie de situatie van jullie gezin willen zien over 6 maanden? Wat gun je jezelf en de anderen?
- Vervolgens wordt de verbinding gemaakt naar een plan voor de toekomst.

Zie Handboek Prima Pleegzorg (<http://www.rubicon-jeugdzorg.nl/zoeken?q=pleegzorg&Submit=>)

- Framework vanuit *Signs of Safety*. Hierbij wordt samen met ouders en zo mogelijk de jeugdige(n) een inventarisatie gemaakt: waar maakt ieder persoonlijk (zowel ouders, kinderen, sociale netwerk en professionals) zich zorgen over, wat vindt eenieder dat er goed gaat en wat wil eenieder zien om de zorgen te doen afnemen en de veiligheid te vergroten? (Turnell & Edwards, 2009)

2.4 **Beslissen over hulp: eigen mogelijkheden ouders, jeugdige en sociaal netwerk²**

Ook als er problemen in het gezin zijn, is het niet altijd nodig om intensieve hulp in te schakelen. Voordat overwogen wordt of deze hulp nodig is, moet eerst gekeken worden naar de mogelijkheden die ouders en jeugdige zelf hebben. Hierbij valt te denken aan hun eigen vaardigheden, maar ook aan mogelijkheden binnen hun sociale netwerk om ondersteuning te bieden.

Een dergelijke empowerende benadering heeft niet alleen als voordeel dat wellicht minder (dure) professionele hulp nodig is, maar ook dat ouders en jeugdigen hoop krijgen dat zij de situatie kunnen veranderen (Barnhoorn et al., 2013). Hoop op verandering draagt eraan bij dat mensen besluiten om een probleem zelf aan te willen pakken (Bartelink, 2013).

Verkennen eigen mogelijkheden van het gezin

Het versterken van de eigen kracht van ouders, kinderen, gezinnen en hun sociale omgeving is een belangrijk uitgangspunt in de jeugdzorg. Jeugd- en gezinsgeneralisten kunnen deze eigen kracht versterken door (Nederlands Jeugdinstituut, 2010):

- Uit te gaan van de vragen en behoeften van de gezinsleden.
- De mogelijkheden van gezinsleden centraal te stellen en niet hun tekorten.
- Gezinsleden zeggenschap te geven over steun en hulp.
- Het sociale netwerk te activeren en te betrekken bij planvorming en oplossingen.
- Positieve krachten van gezinsleden en hun omgeving te benutten.
- Vaardigheden van ouders, kinderen en hun omgeving te versterken.

Inventariseren wat het gezin zelf en met hulp en steun van het netwerk kan, kan aan de hand van een paar eenvoudige vragen aan ouders en kinderen:

- Wat heb je al geprobeerd om dit probleem te verminderen of voorkomen?
- Wat kun je al of wat heb je al, dat jou kan helpen bij jouw doel/doelen?
- Wat kan jou tegenwerken bij het behalen van jouw doel/doelen?
- Wat heb je nodig om jouw doelen te bereiken?
- Wie kan of kunnen je helpen om jouw doelen te bereiken?
- Wanneer wil je jouw doelen bereikt hebben?

Deze vragen helpen om ouders en kinderen aan het denken te zetten, te activeren en met eigen oplossingen te experimenteren.

Voor algemene informatie over Eigen Kracht (achtergrond, praktijk, beleid en onderzoek) zie het digitale kennisdossier over dit onderwerp van het NJi, <http://www.nji.nl/Eigen-kracht>.

Vanuit het oplossingsgericht werken zijn concrete vraagtechnieken bekend die helpen om te zoeken naar de eigen oplossingsmogelijkheden van gezinnen.

Een van deze technieken is het visualiseren hoe de nieuwe situatie, waarin het probleem is opgelost, eruit ziet. De professional stelt daarvoor *de wondervraag*: ‘Stel dat er vannacht, terwijl u slaapt, een wonder gebeurt. Het wonder is dat de problemen, waarvoor u hier zit, zijn opgelost. U weet het zelf niet, want u slaapt immers. Wat zou morgenochtend het eerste zijn waaraan u merkt dat het wonder gebeurd is?’

² Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op: Berge, I.J. ten, Addink, A., Baat, M. de, Bartelink, C., Rossum, J. van, & Vinke, A. (2012). *Stoppen en helpen. Een adequaat antwoord op kindermishandeling*. Utrecht: SWP.

Daarnaast kunnen professional en gezin kijken welke vaardigheden en oplossingen ingezet kunnen worden om het probleem aan te pakken. Daarvoor stelt de professional verschillende typen vragen:

- *Uitzonderingen:*

Vrijwel altijd doen zich uitzonderingen op het optreden van het probleem voor. Dat zijn situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel verwacht wordt. Cliënten zien deze situaties vaak over het hoofd of menen dat ze niet ter zake doen. De professional benadrukt uitzonderingen, omdat die aanknopingspunten voor de oplossing bieden.

Vragen naar uitzonderingen zijn: ‘Wanneer zijn er momenten waarop het probleem er niet of minder is, en wat doet u op die momenten anders dan anders?’ De professional vraagt door naar details, waarbij hij het aandeel van de ouders of het kind daarin benadrukt en complimenten geeft voor wat er goed gaat.

- *Schaalvragen en competentievragen:*

De cliënt wordt gevraagd in hoeverre hij meent dat het doel al bereikt is op een schaal van 1 tot 10.

Als hij een 10 geeft, is zijn doel bereikt. Een 0 geeft het ergste moment aan dat hij kent. De hulpverlener kan hierop doorvragen met vragen als: ‘Hoe lukt het u om (al) op dat cijfer te zitten?’ of ‘Hoe zou één cijfer hoger eruit zien? Wat zou u dan anders doen?’ (Bakker & Bannink, 2008; Cauffman, 2007).

Verkennen van mogelijkheden in het sociale netwerk

Het sociale netwerk is een belangrijke bron van praktische en emotionele steun voor ouders en kinderen.

Wanneer ouders een beroep kunnen doen op mensen in hun omgeving, loopt stress in het gezin minder hoog op. Het sociale netwerk kan ook een rol spelen in het waarborgen van de veiligheid van kinderen.

In sommige situaties kan de aanwezigheid van een goed sociaal netwerk professionele hulp (deels) vervangen, doordat het netwerk een deel van het plan kan uitvoeren. Bovendien kan het sociale netwerk helpen de bereikte resultaten vast te houden. Het informele sociale netwerk van een gezin blijft, waar ondersteuning van professionals ophoudt. Voor blijvend succes is het dan ook nodig dat gezinnen een beroep kunnen doen op een sociaal netwerk van familie en vrienden.

Vragen die een jeugd- en gezinsgeneralist kan stellen om samen met ouders en jeugdige te verkennen welke mogelijkheden zij in hun netwerk zien (bijvoorbeeld met behulp van een sociogram of genogram):

- Welke mensen om jullie heen vinden het belangrijk dat het goed gaat met jullie kind?
- Welke mensen wil de jeugdige erbij betrekken, of wie denken ouders dat hun kind erbij zouden willen betrekken?
- Bij wie kun je terecht voor praktische hulp, informatie en advies, troost en steun?
- Wie kan je helpen om ... (concreet in te vullen afhankelijk van de doelen)?
- Hoe kan je deze persoon/personen vragen om je hierbij te helpen?

Om te beoordelen wat personen uit het netwerk kunnen betekenen, inventariseren de jeugd- en gezinsgeneralist en gezin:

- Welke mensen reageren op verzoeken om hulp of ondersteuning;
- Welke mensen daadwerkelijke en effectieve hulp en ondersteuning bieden;
- Welke mensen toegankelijk zijn;
- Welke mensen betrouwbaar zijn.

Een methode waarmee hulpverleners samen met gezinnen en hun netwerk kunnen beslissen welke hulp het beste ingezet kan worden is de Eigen Kracht Conferentie (Nederlands Jeugdinstituut, 2010; Van Pagée, 2003). Bij een Eigen Kracht conferentie stellen familieleden, vrienden, burens en hulpverleners samen een plan op. Hierdoor krijgt dat plan draagvlak en wordt de band tussen het gezin en het sociale netwerk versterkt. Het gezin wordt aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen. Een onafhankelijke coördinator begeleidt de bijeenkomst. Hij maakt geen deel uit van het gezin of het sociale netwerk en is geen hulpverlener maar een betrokken, belangstellende burger. Het kan wel zijn dat de hulpverlener de plannen dient goed te keuren, bijvoorbeeld omdat de veiligheid van het kind in het geding is.

Waar de veiligheid van het kind in het geding is kan de *Signs of Safety* benaderingswijze effectief zijn om in dialoog met alle betrokkenen een plan voor de toekomst te maken en de weg ernaartoe uit te stippelen.

3 Taakverdeling tussen jeugd- en gezinsgeneralist en specialist

Over de samenwerking tussen generalist en specialist zeggen Berger e.a (2013):

‘Generalisten en specialisten werken samen volgens allerlei samenwerkingsmodellen: 1gezin, 1 plan, wraparound care, e.d. Het uitgangspunt hierbij is het principe van stepped care: licht als het kan, intensiever als het moet. De specialist wordt hierbij ingezet door de generalist, bijvoorbeeld op het gebied van consultatie, advisering, behandeling etc. Hierbij blijft de generalist betrokken bij het gezin. De cliënt en zijn systeem staan centraal. Het gaat om het samenwerken over de grenzen van de organisaties heen. Zo bestaan sociale wijkteams doorgaans uit verschillende typen generalistische professionals, waarbij domein- en doelgroepgebonden generalisten en specialisten op afroep beschikbaar zijn. Afhankelijk van het doel van het samenwerkingsverband wordt gezocht naar een optimale combinatie van generalisten en specialisten.’

Concluderend kan gesteld worden dat de generalist, in goed overleg met het gezin:

- een specialist met diagnostische kennis/vaardigheden of diagnostisch team (mogelijk bestaand uit een jeugdarts en gedragswetenschapper) vraagt om specialistisch onderzoek of nadere vraaganalyse uit te voeren als de door generalist en gezin samen geformuleerde vragen of problemen daar aanleiding toe geven. Deze vraaganalyse kan bestaan uit het uiteenrafelen van de problemen, (vroeg)diagnostiek, wegen van de ernst, beoordelen van de medische en sociale context, bepalen van de beschermende en risicofactoren (Advies beroepsverenigingen, 2011).
- beslissingen over ‘zware zorg’ tezamen met het gezin neemt, op advies van de specialist/diagnosticus of diagnostisch team.

De specialist staat dus ten dienste van de generalist en het gezin. Hij heeft een adviserende rol bij het nemen van besluiten en kan het gezin en de generalist daarin van kennis voorzien.

4 Beslissen in dialoog³

Zoals al in hoofdstuk 1 gezegd, is het belangrijk dat de professionals ouders en jeugdige actief betrekken bij het beslissen over passende hulp en later tijdens het behandelproces genomen beslissingen. De uitkomsten van een behandeling zijn beter als cliënten actief bij de besluitvorming betrokken zijn en de behandeling van hun voorkeur krijgen (Swift & Callahan, 2009). Uit een meta-analyse van Swift en Callahan (2009) blijkt dat cliënten die de behandeling van hun voorkeur ontvangen, een kans van 58% hebben om betere resultaten te behalen dan cliënten die geen inspraak hadden in de keuze van de behandeling en niet de behandeling van hun voorkeur kregen. Cliënten die niet de behandeling van hun voorkeur krijgen, lopen een groter risico om voortijdig de behandeling te beëindigen.

Wanneer ouders en jeugdige zich gehoord voelen, krijgen zij vertrouwen in de professional, wat zijn weerslag heeft op de uitkomsten van de behandeling. Een slechte werkrelatie of onenigheid over wat de problemen zijn of wat de beste oplossing is kan veroorzaken dat cliënten vaak ontevreden over de behandeling zijn of zelfs voortijdig stoppen. Tegelijkertijd blijken cliënten die een goede werkrelatie met de professional heeft, meer betrokken te zijn en zich actiever inzetten tijdens de behandeling, waardoor de behandeling betere resultaten heeft (Van Yperen et al., 2003; Van Yperen & Veerman, 2008).

Daarom is het belangrijk dat een professional als uitgangspunt heeft dat de wensen en verwachtingen van de ouders en jeugdige voorop staan.

De participatieladder maakt inzichtelijk op welk niveau ouders en kinderen invloed hebben op de besluitvorming. Er zijn verschillende participatieladders in omloop. Een veel gebruikt model is het onderstaande, dat bestaat uit vijf niveaus van participatie:

1. Informeren: de hulpverlener informeert ouders en kinderen wat zijn beslissing is.
2. Raadplegen: de hulpverlener praat met ouders en kinderen als informatiebron, maar houdt er geen of weinig rekening mee in de besluitvorming.
3. Adviseren: de hulpverlener vraagt ouders en kinderen welke hulp zij menen dat nodig is, maar neemt vervolgens zelf een beslissing over welke hulp daadwerkelijk ingezet wordt.
4. Meebeslissen: de hulpverlener en het gezin bepalen samen welke doelen zij willen stellen en zoeken vervolgens samen naar oplossingen. Hulpverlener en gezin zijn samenwerkingspartners.
5. Samen beslissen: de hulpverlener en het gezin bepalen ook hier samen welke doelen zij willen stellen en welke mogelijke oplossingen er zijn, maar de hulpverlener neemt een meer adviserende en uitvoerende rol in de oplossingsmogelijkheden in. Het gezin heeft de regie. De hulpverlener neemt de beslissingen over na toetsing aan vooraf gestelde randvoorwaarden.

Bij de eerste 'twee niveaus is eigenlijk meer sprake van een 'monoloog' van de hulpverlener, bij het 3^e niveau ontstaat meer een dialoog. Wij gaan ervan uit dat het de voorkeur verdient dat ouders en jeugdige samen met de professional beslissen welke hulp het best ingezet kan worden (niveau 4 en 5). Er is dan sprake van een gelijkwaardige relatie. Ouders en jeugdige hebben en houden zelf de regie over hun eigen leven. Waar nodig schakelen zij professionals in bij het aanpakken van hun problemen.

Beslissen in dialoog betekent tweerichtingsverkeer tussen ouders en jeugdige enerzijds en de professional anderzijds. Uitgangspunt moet zijn: 'het gezin heeft de regie, tenzij...' (bijvoorbeeld in situaties dat er zorgen bestaan over de veiligheid van de jeugdige). De professional geeft ouders en jeugdige alle informatie die zij

³ Gebaseerd op een literatuurstudie van [Bartelink, Ten Berge & Van Yperen \(2013\)](#).

nodig hebben om gezamenlijk een beslissing te nemen. Dat wil zeggen dat hij hen informeert over verschillende behandelmogelijkheden of interventies, de voor- en nadelen die hieraan kleven en de verwachte resultaten hiervan.

Ouders en jeugdige geven de professional informatie over hun ervaringen, waarden, voorkeuren, levensstijl, leerstijl, overtuigingen en kennis over de problemen en mogelijke behandeling. Dit laatste helpt zowel de professional als ouders en jeugdige om zorgvuldig af te wegen welke behandelmogelijkheid het beste bij hen past gezien hun specifieke situatie. Zo kan er een balans in de besluitvorming ontstaan.

Dit sluit aan bij de definitie van evidence based beslissen. Evidence based beslissen betekent dat de beslissing over hulp gebaseerd is op (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg & Haynes, 2000):

- wetenschappelijke kennis over wat werkt,
- systematische praktijkkennis van de hulpverlener
- en de voorkeur van ouders en/of jeugdige.

Dit vraagt van de professional:

- Wat betreft attitude: nieuwsgierig zijn en open staan voor wat ouders en jeugdigen te zeggen hebben en dat op waarde schatten.
- Wat betreft vaardigheden: vraagtechnieken die helpen een dialoog aan te gaan. Nagaan welke mogelijkheden van hulp er zijn, maar ook uitleggen waarom bepaalde mogelijkheden wel of niet werken. Zo stimuleert de hulpverlener dat ouders zelf nadenken en eigen afwegingen maken.
- Specifiek waar de veiligheid of het welzijn van kinderen binnen het gezin in het geding is of daarover zorgen zijn, biedt de werkwijze *Signs of Safety* principes, mogelijkheden en hulpmiddelen om hieraan te werken in een goede samenwerkingsrelatie met de ouders.

Dilemma's in de praktijk

Er zijn verschillende redenen om te kiezen voor een model waarin professional en gezin samen beslissen en de beslissing niet volledig bij het gezin te leggen:

1. De professional heeft deskundigheid over 'wat werkt' en over beschikbaarheid van hulpaanbod in de omgeving (sociale kaart). Hij kan daardoor meer doen dan een betrokken familielid, vriend of buurvrouw die vanuit betrokkenheid of eigen ervaring kan adviseren. Gezinnen verwachten ook dat een professional deskundig is en hen een goed advies kan geven hoe zij een situatie kunnen aanpakken.
2. We hebben te maken met schaarse middelen: zorg voor jeugd is niet onbeperkt beschikbaar. De professional kijkt daarom of de hulp ingezet wordt voor de gezinnen die dat het meest nodig hebben.

Toch spelen hier enkele dilemma's en vragen:

1. De deelnemers in de kenniskring vroegen zich af of de beslissing niet volledig bij ouders en jeugdige zou moeten komen te liggen. De professional volgt het gezin in zijn beslissing - het gezin zit in de *drivers seat* - en heeft vooral een faciliterende en een uitvoerende taak. Als mogelijk bezwaar werd genoemd dat de hulpverlener dan te veel belandt in een situatie van 'u vraagt en wij draaien' en daarbij de eigen professionaliteit te veel moet 'uitschakelen'. Hiertegen werd aangevoerd dat belangrijk is dat het gezin een eigen agenda kan hebben en eigen keuzes kan maken, ook als die wellicht minder goed blijken uit te pakken dan de hulpverlener zou willen. Ouders moeten ook

hiervan kunnen leren. Dit uiteraard wel binnen marges van veiligheid voor het kind en beperkte middelen (schaarsheden van jeugdzorg). De professional kan hierin actief begeleiden, kennis verschaffen, het gezin ondersteunen in hun proces van zelf antwoorden vinden, in kaart brengen welke oplossingen voor het gezin al eerder wel of niet gewerkt hebben, nagaan wat zij nu aan oplossingen zien, bij mogelijk 'riskante keuzes hierover het gesprek aangaan en bij onveiligheid van het kind ingrijpen. Kortom: het gaat om het onderzoeken wat er nodig is voor het gezin om verandering te bewerkstelligen en pas daarna te zoeken naar gepast aanbod. Een direct aanbod kan namelijk de creativiteit van oplossingen bedenken vanuit gezin of netwerk volledig lam slaan.

2. Overigens is hierbij de vraag hoe gehandeld en beslist moet worden als ouders/jeugdigen en professional het niet met elkaar eens kunnen worden. Wie neemt dan de eindbeslissing en wat is dan een passend hulpaanbod?
3. Ook ligt er de vraag: is het werken in dialoog voor alle ouders en jeugdigen toepasbaar of vergt dit toch dat ouders/jeugdigen hierin kunnen meedenken en hiervoor openstaan? Er zijn ook ouders/jeugdigen die dat niet vanzelfsprekend doen, bij wie soms het denkvermogen ontbreekt, of die vanuit negatieve ervaringen met eerdere hulp erg kritisch zijn naar nieuw aangeboden hulp. Dat levert een spanningsveld op tussen professional en gezin.

Ervaringen met *shared decision-making* in de medische wereld laten zien dat met patiënten besproken kan worden welke verantwoordelijkheid zij in de besluitvorming willen hebben. Er zijn patiënten die de uiteindelijke beslissing liever aan de specialist overlaten dan die zelf te nemen (Van Staveren, 2011). Ook dit is een vorm van *shared decision-making*.

4.1 Werkwijze voor beslissen in dialoog

Joosten et al. (2008) hebben de diverse stappen voor het beslissen in dialoog (*shared decision-making*) beschreven. Deze stappen zijn beschreven vanuit het perspectief van de professional, met name gericht op gesprekstechnieken. Toch biedt dit stappenplan ook een goede kapstok om hieraan het perspectief van (de inbreng van) ouders en jeugdigen te koppelen. In deze paragraaf noemen we eerst de stappen gezien vanuit de professional. In paragraaf 4.2 koppelen we hieraan het perspectief van de ouders en jeugdigen. Idealiter zal hier sprake zijn van een daadwerkelijke wisselwerking en dialoog.

1. De professional vraagt welke vragen of problemen ouders en jeugdige ervaren.
2. Eventueel brengt de professional samen met ouders en jeugdige met behulp van observatie of vragenlijsten de situatie verder in kaart.
3. De professional bespreekt met ouders en jeugdige de vragen of problemen (bijvoorbeeld over wat deze zijn, hoe ze ontstaan, wat ze in het in stand houdt, wat de mogelijke gevolgen ervan zijn en wat dit betekent voor verwachtingen naar de toekomst).
4. De professional gaat na of zij de informatie begrijpen en welke vragen zij hebben.
5. De professional vraagt ouders en jeugdige wat zij willen bereiken of veranderen.
6. De professional bespreekt welke oplossingen of behandelmogelijkheden er zijn, wat de voor- en nadelen en verwachte resultaten hiervan zijn.
7. De professional vraagt aan ouders en jeugdige hoe zij tegen de verschillende mogelijkheden aankijken, welke voorkeur zij hebben.
8. Gezamenlijk beslissen zij welke mogelijkheid het beste aansluit bij de vraag of het probleem en hun voorkeuren.

4.2 *Gesprekstechnieken voor de professional en rol van ouders en jeugdigen*

Stap in beslissen in dialoog	Aandachtspunten en gesprekstechnieken voor de professional	Wat kunnen ouders en jeugdige zelf doen in het beslisproces?
Welkom	<ul style="list-style-type: none"> - De professional heet de ouder of jeugdige welkom zorgt dat het ijs gebroken is, bijvoorbeeld door een compliment te geven. - De professional legt de ouder of jeugdige uit dat hij op basis van gelijkwaardigheid wil werken. - De professional legt duidelijk uit wat de bedoeling van het gesprek is en hij vraagt ouders en jeugdige of ze zich daarin kunnen vinden. - De professional stelt samen met de ouder de agenda voor het gesprek vast. 	Ouders en jeugdige geven hun visie op het doel van het gesprek, zijn bereid op basis van gelijkwaardigheid met de professional te werken en zijn actief bij het bepalen van de gespreksagenda.
1. De professional vraagt welke vragen of problemen ouders en jeugdige ervaren.	<ul style="list-style-type: none"> - De professional legt aan ouders en jeugdige het proces uit dat zij samen zullen doorlopen om een beslissing over de best passende hulp te nemen duidelijk. Hij geeft ouders en jeugdige de gelegenheid hier vragen over te stellen en/of op basis van hun ideeën dit proces aan te passen. - De professional legt uit waarom hij bepaalde vragen stelt, zodat zij de relevantie van bepaalde gegevens beter begrijpen en daardoor ook een betere bijdrage aan het gesprek kunnen leveren. - De professional vraagt ouders en jeugdige welke problemen zij ervaren. Om een indruk te krijgen hoeveel last zij van deze problemen hebben kan de professional een schaalvraag stellen. Ouders en jeugdige geven op een schaal van 1 tot 10 aan hoeveel last zij ervan hebben. Dit 	<ul style="list-style-type: none"> - Zij blijven zelf verantwoordelijk voor hun eigen leven en – in het geval van ouders – voor de opvoeding en ontwikkeling van hun kind. Ze gaan na hoe zij dat willen vorm geven en vragen ondersteuning wanneer zij vragen of problemen hebben. - Zij kunnen uitleggen waar ze moeite mee hebben, welke problemen zij ervaren. - Door de vragen van de professional krijgen zij meer zicht op hun vraag of probleem en ook op wat er goed gaat in het gezin.

	<p>biedt ook een mogelijkheid om door te vragen hoe de situatie eruit zou zien als het 1 punt hoger is, wat zij dan anders zouden doen. Hiermee kunnen ouders en jeugdige haalbare doelen stellen en nagaan hoe zij steeds meer grip op de situatie kunnen krijgen.</p> <p>- De professional heeft oog voor wat er goed gaat in het gezin en benoemt dit voor ouders en jeugdige. Door te vragen naar uitzonderingen op de problemen kunnen de professional, ouders en jeugdige hier inzicht in krijgen. Uitzonderingen zijn situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel verwacht wordt. Een vraag die de hulpverlener kan stellen, is: ‘Wanneer zijn er momenten waarop het probleem er niet of minder is, en wat doet u op die momenten anders dan anders?’ De hulpverlener vraagt hierop tot in detail door, kan hierin het aandeel van de ouder of jeugdige (zijn vaardigheden, doorzettingsvermogen etc.) benadrukken en hen complimenteren. Ouders en jeugdigen zien deze situaties vaak over het hoofd of menen dat ze niet ter zake doen.</p>	
<p>2. Eventueel brengt de professional samen met ouders en jeugdige met behulp van observatie of vragenlijsten de problemen verder in kaart.</p>		
<p>3. De professional bespreekt met ouders en jeugdige de problemen (bijvoorbeeld over wat het is, hoe het ontstaat, wat het in stand houdt, wat de mogelijke gevolgen ervan zijn en wat het betekent ten aanzien van</p>	<p>- De professional gebruikt geen vaktermen of legt ze in eenvoudige woorden aan ouders en jeugdige uit.</p> <p>- De professional bespreekt met ouders en jeugdige de zorgen en problemen ten aanzien van de opvoeding en ontwikkeling (zorgsignalen).</p>	<p>- Zij kunnen om verduidelijking vragen wanneer zij de professional niet goed begrijpen.</p>

verwachtingen naar de toekomst).		
4. De professional gaat na of zij de informatie begrijpen en welke vragen zij hebben.	- De professional vraagt ouders en jeugdige of zij zich kunnen vinden in het beeld dat hij van de problemen schetst. Daardoor ontstaat overeenstemming	- Zij kunnen aanvullende informatie geven dat het beeld van de professional over wat er aan de hand is aanscherpt.
5. De professional vraagt ouders en jeugdige wat zij willen bereiken of veranderen.	- De professional helpt ouders en jeugdige om een of meerdere doelen te stellen. De <i>wondervraag</i> kan hierbij een hulpmiddel zijn. De <i>wondervraag</i> luidt: 'Stel dat er vannacht, terwijl u slaapt, een wonder gebeurt. Het wonder is dat de problemen, waarvoor u hier zit, zijn opgelost. U weet het zelf niet, want u slaapt immers. Wat zou morgenochtend het eerste zijn waaraan u merkt dat het wonder gebeurd is?' Deze vraag helpt ouders en jeugdige om te bedenken wat er in de plaats van het probleem moet komen.	Ouders en jeugdige kunnen bijvoorbeeld de vragen vanuit Drieluik (zie 2.3) of de 'wondervraag' bij voorkeur zo concreet mogelijk beantwoorden, in positieve en haalbare gedragingen, of actief meewerken in het beantwoorden van vragen genoemd in 2.4.
6. De professional bespreekt welke oplossingen of behandelmogelijkheden er zijn, wat de voor- en nadelen en verwachte resultaten hiervan zijn.	- De professional informeert ouders en jeugdige in eenvoudige woorden welke mogelijke hulpvormen geschikt (effectief) kunnen zijn bij hun vragen of problemen.	- Zij dragen zelf mogelijkheden aan waarvan zij denken dat die mogelijk geschikt voor hen zijn.
7. De professional vraagt aan ouders en jeugdige hoe zij tegen de verschillende mogelijkheden aankijken, welke voorkeur zij hebben.	- De professional vraagt ouders en jeugdige wat zij denken dat hen kan helpen om te gaan met de problemen. - De professional staat open voor de wensen en voorkeuren van ouders en jeugdige. - De professional neemt de verantwoordelijkheid voor de opvoeding en de problemen niet van ouders over, maar helpt hen zelf beslissingen te nemen door vragen te stellen waarmee ouders zicht krijgen op hun wensen en voorkeuren.	- Zij geven hun mening over de mogelijkheden die de professional aandraagt. - Zij brengen hun eigen oplossingen en ideeën naar voren. - Ze vertellen aan de professional wanneer een oplossing niet werkt of als zij die al (zonder succes) hebben geprobeerd.
8. Gezamenlijk beslissen zij welke	- De professional vat samen (of vraagt ouders en jeugdige	- Ouders en/of jeugdige vatten zelf samen

<p>mogelijkheid het beste aansluit bij de vraag of het probleem en hun voorkeuren.</p>	<p>om samen te vatten) wat er in het gesprek gezegd is, welke argumenten naar voren zijn gekomen voor en tegen bepaalde behandelmogelijkheden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De professional vraagt aan de ouder of hij dit correct heeft samengevat. - Hij vraagt ouders en jeugdige wat hun conclusie op basis hiervan is of, met andere woorden, welk besluit zij nu samen nemen. Dit verwoordt hij in zo concreet mogelijke en voor ouder/jeugdige begrijpelijke woorden. - Ter afsluiting kan het gesprek geëvalueerd worden: hoe kijken de gesprekspartners terug op het verloop van het gesprek? Zijn er nog vragen of onderwerpen die nog aandacht verdienen? 	<p>wat er tot nu toe is besproken en geven een conclusie over de voors en tegens van bepaalde hulpmogelijkheden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zij geven commentaar op de samenvatting van de professional. - Zij dragen actief bij aan de evaluatie en benoemen eventueel nog openstaande vragen.
--	---	---

5 Referenties

- Advies van de gezamenlijke beroepsverenigingen over Toegang tot de Zorg in het kader van de stelselherziening Zorg voor jeugd* (2011). AJN, BMJ, NVMW, NIP, NVO, V&VN.
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., Greef, M. de, Grieken, A. van, Jansen, W., ..., Raat, H. (2013). *Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd: Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector*. Den Haag: ZonMw.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, & Yperen, T. van (2013). *Beslissen over effectieve hulp: wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Berger, M., Leeuwen, M. van & Blaauw, E. (2013). *De jeugd- en gezinsgeneralist als spil in het nieuwe jeugdstelsel. Generalistisch werken rondom jeugd en gezin*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften. Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen. *TSG*, 91, 374-376.
- Nederlands Jeugdinstituut (2010). *Het versterken van de eigen kracht en het sociale netwerk van jeugdigen, ouders en gezinnen: 38 interventies uit de databank Effectieve Jeugdinterventies*.
- Joosten, E. A. G., DeFuentesMerillas, L., Weert, G. H. de, Sensky, T., Staak, C. P. F. van der, & Jong, C. A. J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 219-226.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed.* Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000.
- Staveren, R., van. (2011). Stand van zaken. Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 155, 1-5.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 368-381.
- Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Yperen, T. van, Booy, Y., & Veldt, M. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. van, & Veerman, J. W. (2008). *Zicht op effectiviteit. handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Zijden, Q. van & Kooijman, K. (2012). *Effectieve besluitvorming in jeugdhulp: wat werkt bij besluitvorming? Wat betekent dit voor de inrichting van de toegang door gemeenten?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage 1. Deelnemers kenniskring Generalistisch werken en beslissen in dialoog

Angela van Noort: consultatiebureauarts De Zellingen, Capelle a/d IJssel

Ida Ouweneel: beleidsadviseur CJG Rijnmond, Rotterdam

Ingrid Steltenpool: gedragswetenschapper BJZ Noord-Holland, Gemeente Hoorn

Jeannet Buurman: verandermanager, CJG Haarlem

Johanna Hommenga: medewerker Bureau Jeugdzorg/AMK Drenthe

Kim Terbeke: uitvoerend medewerker, buurtteam jeugd & gezin Utrecht

Mariëlle Hornstra: projectleider Proeftuin 'One-stop shop', CJG Breda

Marlies Kraaijeveld: stafverpleegkundige De Zellingen, Capelle a/d IJssel),

Meral Ertana: uitvoerend medewerker, buurtteam jeugd & gezin, Utrecht

Rob Oling: gedragsdeskundige Toegang BJZ Noord-Holland en ondersteuner CJG coaches, Haarlem

Tina Travlos: procescoördinator proeftuin 'Jeugd- en opvoedhulp om de hoek', CJG Capelle a/d IJssel

Bijlage 2 Vijf praktijkvoorbeelden

Gekoppeld aan de kenniskring zijn vijf praktijkvoorbeelden van Generalistisch werken in de lokale zorg voor jeugd nader uitgediept op de vraag hoe hier het thema ‘Beslissen over hulp’ is vormgegeven. Een uitgebreide beschrijving van de werkwijze in de vijf gemeenten Amsterdam, Capelle aan den IJssel, Haarlem, Rotterdam en Utrecht is te vinden op www.nji.nl/Praktijkvoorbeelden-transitie-jeugdzorg.

In deze bijlage wordt alleen ingegaan op aspecten van Beslissen over hulp. Leidende vraag daarbij is: wie beslist op welke momenten en op basis van welke criteria (en eventueel met behulp van welke instrumenten) welke hulp aan een gezin moet worden verleend?

De opgenomen informatie is gedeeltelijk ontleend aan de bovengenoemde praktijkbeschrijvingen en aangevuld met andere literatuur en met mondelinge en/of schriftelijk informatie van contactpersonen bij de vijf pilots of proeftuinen. Deze personen⁴ hebben de onderstaande informatie gecontroleerd en waar nodig aangevuld.

Amsterdam

In Amsterdam wordt sinds 2012 in de lokale zorg voor jeugd in proeftuinen gewerkt met Ouder- en Kind teams en Samen DOEN teams. Ouder- en kindadviseurs hebben onder meer als taken: informeren en adviseren van ouders, kinderen en professionals over opgroei- en opvoedonderwerpen, ondersteunen bij vragen en problemen rond opvoeden en opgroeien, beoordelen van de veiligheid en zelfredzaamheid van ouder en kind. De ouder- en kindadviseur probeert hierbij zoveel mogelijk de vragen of problemen te normaliseren door informatie, advies en ondersteuning, waarbij het zelforganiserend vermogen van het gezin en de directe omgeving wordt gestimuleerd (DMO, 2013). Hierbij is sprake van gezinnen met enkelvoudige problemen, die zelfredzaam zijn.

Zo nodig zal de ouder- en kindadviseur opschalen naar een Samen DOEN team, dat zich richt op zorg bij meervoudige (domeinoverschrijdende) problematiek en onvoldoende redzaamheid van bewoners. Voor dit laatste wordt bij intake o.a. de Zelfredzaamheid-Matrix afgenomen (zie www.zelfredzaamheidmatrix.nl). Huishoudens kunnen overigens ook rechtstreeks bij Samen DOEN worden aangemeld, dit gebeurt via zelfmelders, partners, vrijwilligers etc.

Overigens is er een grijs vlak in de scheiding en samenhang tussen OK-teams en SD-teams. Bijvoorbeeld in gevallen waarin er weinig sprake is van zelfredzaamheid, maar er verder ‘maar’ een of twee problemen zijn op verschillende domeinen. Hiermee wordt in de proeftuinen nog geëxperimenteerd, door op casusniveau te kijken bij welke aanpak een huishouden het meest gebaat is. Het streven is om te werken volgens een systeem van ‘niet overdragen maar samenwerken’. Bijvoorbeeld wordt een Samen DOEN teamlid erbij gehaald als er sprake is van meervoudige problematiek. Voor een verwijzing naar of het ‘erbij halen’ van het SD-team is geen formele indicatie nodig.

Bij zowel OK-teams als SD-teams gaat het om gezinnen waar de veiligheid van kinderen gewaarborgd is, of waar veiligheid mogelijk wel in het geding is maar ouders bereid zijn vrijwillig hulp te accepteren.

Bij zwaardere meervoudige problematiek, waarbij bovendien sprake is van onveiligheid voor het kind en ouders in eerste instantie niet bereid zijn hulp te accepteren, kan de methodiek Generiek Gezinsgericht Werken (GGW) worden ingezet. Zie www.nji.nl/Praktijkvoorbeelden-transitie-jeugdzorg. Deze inzet vindt

⁴ Deze informanten zijn respectievelijk: Judith Suurmond, Cees Appeldoorn en Lisette Vernooij (DMO Amsterdam), Erica Korenstra (Gemeente Capelle aan den IJssel), Jeannet Buurman (CJG Haarlem), Ida Ouweneel (CJG Rijnmond - Rotterdam) en Matthijs Riemens (Gemeente Utrecht).

plaats op verzoek van de lokale teams. GGW wordt uitgevoerd vanuit Bureau Jeugdzorg Amsterdam Agglomeratie (BJAA) en bevat de effectieve elementen van onder andere Delta, Eigen Kracht Conferenties, aanpak multiprobleemgezinnen en de effectieve gesprekstechnieken van FFPS. Deze hulp wordt ingezet zolang de veiligheid van de kinderen dit vereist. Als de inzet van GGW voldoende verbetering in de gezinssituatie heeft opgeleverd, rondt BJAA af met een borgingsplan. Deze gezinnen kunnen weer worden 'afgeschaald' van BJAA naar Samen DOEN wanneer sprake is van complexe problematiek en waarin een regisseur nodig is. Er vindt dan een warme overdracht plaats (BJAA/DMO, 2013). Ook kunnen gezinnen worden afgeschaald naar het Ouder- en Kind team in gevallen dat BJAA geen actieve rol meer vervult.

Capelle aan den IJssel

In Proeftuin 'Jeugd- en opvoedhulp om de hoek' wordt binnen het CJG geëxperimenteerd met een werkwijze voor laagdrempelige, snelle en vrijwillige hulp voor kind en gezin. Het gaat hier om (voorheen geïndiceerde) ambulante jeugdhulp door een gezinscoach (Intensieve Pedagogische Thuishulp) of jeugd-ggz, die in dit experiment zonder indicatie van het Bureau Jeugdzorg kunnen worden gerealiseerd. De doelgroep bestaat uit gezinnen met problemen op meerdere levensgebieden (bijvoorbeeld rond werk, inkomen, schulden, psychische, relationele en opvoedproblemen). Bij deze gezinnen is sprake van verhoogde opvoedingsspanning of opvoedingsnood, vastgesteld met het Ernst Taxatie Model (zie ook bij de beschrijvingen van Amsterdam en Rotterdam).

Contra-indicaties voor deze hulp zijn:

- de veiligheid van het kind is in het geding
- de ouders en/of jongere wil geen ambulante hulp accepteren

Aanmeldingen worden besproken door de zogenaamde 'aanmeldtafel', waar diverse disciplines vanuit het CJG de inzet van gewenste hulp beoordelen (CJG-pedagoog, voorpostfunctionaris BJZ, jeugdarts en twee procescoördinatoren). De proeftuin werkt volgens het principe van 'erbij halen' van de nodige gespecialiseerde hulp (IPT, jeugd-ggz), waarbij er een warme overdracht is naar de IPT-gezinscoach of de GGZ-medewerker.

Daarnaast is er de 'toetstafel', die alle zaken procesmatig bespreekt nadat het gezin via de proeftuin hulp heeft gekregen. De toetstafel bestaat uit dezelfde personen als de aanmeldtafel en heeft als taak de inzet van de ingezette hulp te evalueren (van der Kolk e.a., 2013).

Haarlem

In een pilot in Haarlem werken CJG-coaches vanuit scholen voor primair en voortgezet onderwijs. Zij bieden ambulante hulp, zo snel, integraal en licht als mogelijk, volgens de principes van *wraparound care*, 'niet overnemen maar ondersteunen' en 'minder schakels, minder gezichten'. Na aanmelding - bijvoorbeeld vanuit de school (via 'warme' overdracht), een sportschool of sociaal wijkteam - heeft de coach eerst een gesprek met het gezin, waarin wordt onderzocht welke vragen gezinsleden hebben, aan welke hulp zij eventueel behoefte hebben, wat zij zelf en hun omgeving daarin kunnen doen, wat de coach kan doen en welke specialistische hulp eventueel nodig is. De coach maakt daarbij de inschatting wat hij zelf kan doen en of eventueel specialistische hulp c.q. consult of diagnostiek ingeschakeld moet worden, en zo ja welke. De coach heeft hiertoe kennis en vaardigheden op het gebied van hulp bij diverse (ook complexere) opvoed- en opgroei problemen, lichte diagnostiek en toepassing van interventies. Bij de start van een traject gaat de coach ook na of een opvoedingssituatie veilig is voor het kind. Hierbij kan de CFRA worden ingevuld, deze wordt vervolgens beoordeeld door een gedragsdeskundige.

Het team van coaches heeft een overlegstructuur waarin onder andere casuïstiek aan de orde komt. Dit overleg is ondersteunend bij beslissingen over in te zetten hulp. Daarnaast krijgen de coaches intervisie en individuele werkbegeleiding. Daarbij is een belangrijk sturend principe het stimuleren en mobiliseren van eigen kracht.

Beslissingen over hulp over de inzet van hulp (in dialoog met het gezin) vinden momenteel nog plaats in overleg met de gedragsdeskundige van Bureau Jeugdzorg, die inhoudelijk toetst en de rol vervult van formele indicatiesteller naar de provincie. Op basis van zijn handtekening kan direct jeugd- en opvoedhulp worden ingeroepen. Daarmee is hij als het ware de schakel tussen het 'oude' en 'nieuwe' werken. Deze werkwijze vormt de basis van een toekomstig gewenst kader voor beslissen over hulp in Zuid-Kennemerland (5 gemeenten), zonder formele indicatiestelling.

Uitdaging in de vormgeving van de toekomstige 'toegang' is om het denken in specifieke modules en interventies te vervangen door de vraag: 'Welke hulp (op maat) werkt voor deze cliënt?' Dit kunnen ook vrij toegankelijke vormen van hulp zijn, het tijdelijk 'toevoegen' van de CJG-coach aan het gezin of bijvoorbeeld het inschakelen van het eigen netwerk van de cliënt.

Rotterdam

In Rotterdam wordt op dit moment geëxperimenteerd met een structuur van Wijknetwerken en Wijkteams Jeugd en Gezin. De gedachte is dat de Wijknetwerken een nulde- en eerstelijns (deels preventieve) zorg uitvoeren voor de opvoed- en opgroevragen van 80% van alle jeugdigen en hun ouders. Hierbij gaat het om vragen op niveaus 1, 2 en soms 3 van het Ernst Taxatie Model (ETM), dus in principe enkelvoudige problematiek waar kan worden volstaan met advies, bevestiging van ouder of kind en toeleiding naar de juiste hulp in het lokale veld. De Wijkteams Jeugd en Gezin zijn, dichtbij en snel inzetbaar, voor basishulp aan de circa 20% van de jeugdigen en hun opvoeders met zwaardere en/of meervoudige problemen (ETM niveaus 3 en 4). Hier is intensievere hulp en begeleiding nodig.

Naast de wijkteams Jeugd en Gezin zijn er ook wijkteams voor maatschappelijke ondersteuning voor volwassenen. De concrete samenhang en samenwerking tussen de verschillende onderdelen zijn nog in ontwikkeling, beoogd is om in 2018 met integrale wijkteams te werken.

De in het wijkteam Jeugd en Gezin werkzame generalisten (jeugd- en gezinscoaches) kunnen in principe een breed takenpakket uitvoeren van opvoedhulp en gezinsondersteuning, waarmee zij 80% van alle nodige zorg en hulp zelf kunnen uitvoeren. Zij worden functioneel aangestuurd door een meewerkend voorman. In de 20% situaties waarin sprake is van problematiek die meer gespecialiseerde hulp vraagt, kan de jeugd- en gezinscoach een beschikking voor zwaardere hulp voorbereiden en is de meewerkend voorman degene die regie voert over proces en budget.

Het consultatie- en diagnosteteam (CDT) adviseert inhoudelijk over de problematiek die speelt en de mogelijke oplossingsrichting. Dit advies is zwaarwegend en draagt bij aan de beslissing van de generalisten (jeugd- en gezinscoaches) en het gezin over de inzet van specialistische jeugdhulp, zoals specialistische Jeugd-GGZ/Jeugd-LVB, residentiële of gesloten zorg, pleegzorg etc. In dit team zitten onder andere een jeugdarts, gedragswetenschappers, GZ psycholoog en wordt flexibel expertise van een kinderpsychiater, forensisch psycholoog, systeemtherapeut e.d. ingezet.

Het wijkteam heeft verschillende mogelijkheden om een cliënt de juiste hulp te bieden. Zo kan zij het CDT inschakelen voor consultatie en diagnostiek, het wijknetwerk betrekken en/of inzetten, of rechtstreeks toeleiden naar specialistische zorg.

Vanuit (een lopende behandeling in) de specialistische zorg kunnen andere vormen van specialistische zorg worden ingezet, zonder tussenkomst van het CDT. Het CDT fungeert niet als toegangspoort, de regisseur uit het wijkteam draagt zorg voor toeleiding naar specialistische zorg. In deze visie vormt het wijkteam een eerste schil rondom de cliënt en het systeem; het team blijft in nauw contact met de cliënt en voert de regie.

Utrecht

In Utrecht wordt geëxperimenteerd met de inzet van Buurteams Jeugd en Gezin om de zorg dichterbij, beter toegankelijk en sneller inzetbaar te maken, en daarbij ook het aantal verwijzingen naar zware en specialistische hulp te verminderen. De teams zijn gepositioneerd tussen lichte opvoedingsondersteuning en de (zeer) specialistische zorg, voor een (groot) deel overlappend met de huidige (ambulante) geïndiceerde jeugdzorg. Bij de helft van de cliënten van het Buurtteam zijn er problemen op drie of meer leefgebieden, een kwart van de gezinnen heeft problemen op twee leefgebieden en nog eens een kwart op maximaal een leefgebied (de Meere, Hamdi en Deuten, 2013). De gezinswerker heeft veel ruimte om naar eigen inzicht begeleiding te bieden, en neemt daarbij het cliëntenperspectief als uitgangspunt. De gezinswerker moet uiteraard goed weten wanneer de eigen kennis en vaardigheden onvoldoende zijn om goede ondersteuning te kunnen bieden en eventueel specialistische hulp moet worden ingeschakeld. Om goede beslissingen hierover te kunnen nemen wordt veel in teamverband besproken en gewerkt. Zo vindt het eerste gesprek met een gezin altijd plaats met twee gezinswerkers, en bespreekt men periodiek alle casussen met een collega en ingewikkelde zaken in een teambrede casusbespreking. In het team is brede expertise op lichtere en zwaardere problematiek aanwezig en is er ook een expert op het gebied van inschatten van de veiligheid van kinderen. Er wordt actief gestuurd op het consulteren van elkaars expertise. Wat betreft de functie diagnostiek wordt er met lichte expertise geëxperimenteerd: het Buurtteam wil bijvoorbeeld wel zelf kunnen nagaan of er sprake is van psychiatrische problematiek in een gezin, maar schakelt een specialist in als het gaat om de vraag welke specifieke problematiek aan de orde is.

Buurteams zijn zonder indicatie toegankelijk. Als aanvullende zorg nodig is, kan dat op verschillende manieren worden ingevuld:

- Het buurtteam vraagt consultatie bij bijvoorbeeld GGZ of MEE, en blijft verder zelf het gezin begeleiden.
- Aanvullende hulpverlening wordt 'ingevlogen' voor één gezinslid. Het Buurtteam blijft in deze situaties het centrale contact houden met het hele gezin. Het buurtteam is zelf toegang tot aanvullende zorg.
- Hulp wordt vooral vanuit specialistische hulp geboden en het Buurtteam gaat meer ondersteunen op de achtergrond.
- Is er sprake van een goed functionerend gezin met bijvoorbeeld een ernstig gedragsgestoord kind dat residentieel wordt geplaatst, dan vindt de begeleiding van het kind door de betreffende instelling plaats.
- Als sprake is van onveiligheid in het gezin wordt het SAVE-team ingeschakeld. Dit wordt getrokken door het Bureau Jeugdzorg, waarin o.a. de functies AMK, jeugdbescherming en jeugdreclassering zijn gepositioneerd. De Raad voor de Kinderbescherming is ook aangesloten op het SAVE-team. De Buurteams werken nauw samen met het SAVE-team. Bij zorgen over de veiligheid gaan Buurtteam en gezin samen naar het SAVE-team, het buurtteam staat dan naast het gezin. Het gezinsleden krijgen de keuze hoe zij aan de bodemeisen van het SAVE-team willen voldoen, het SAVE-team biedt

zelf geen hulp, maar stelt kaders en monitort de afspraken. Het Buurtteam blijft naast het gezin staan en werkt met hen aan het halen van de bodemeisen.

In een evaluatieonderzoek van het Verwey-Jonker instituut (de Meere e.a., 2013) naar de Utrechtse Buurtteams Jeugd en Gezin is onder meer gekeken naar het aspect van het inschakelen van specialistische hulp. Uit een eerdere tussentijdse evaluatie van de buurtteams door de gemeente Utrecht was op dit punt onder meer het volgende geconcludeerd: *'Er zijn in het veld her en der visieverschillen ten aanzien van het inzetten van passende hulp in het gezin. Volgens enkele partijen is niet bij voorbaat gezegd dat het volgen van de hulpvraag van de ouders overeenkomt met wat het beste is voor (alle) kinderen in een gezin. Zij vinden dat vanuit het 'oude' hulpverleningssysteem vaak meer overkoepelende analyses gemaakt werden over wat wel of niet nodig was in het gezin. Naar eigen zeggen van de Buurtteams zijn veiligheid van het kind en borgen van de stabiliteit van de veilige omgeving voor kind echter wel bodemeisen van hun hulpverlening'* (de Meere e.a., 2013, p. 11). Een andere conclusie uit de tussenevaluatie is: *'De Buurtteam medewerkers gaan in op alle vragen van het gezin. Pas wanneer het echt nodig is, betreft het Buurtteam in overleg met het gezin specialisten erbij. Uitgangspunt is ook de veiligheid en ontwikkelingsmogelijkheden van betrokken kinderen. Het blijkt dat de Buurtteams de drempel voor ouders en gezinnen verlagen. Geholpen gezinnen zijn zeer tevreden over de manier van contact en zien dat de hulpverlening anders is door de regie bij het gezin zelf te leggen. De tussenevaluatie van de afdeling onderzoek van de gemeente ziet het als belangrijk dat niet langer alleen naar het 'geïndiceerde' lid van gezinnen gekeken wordt'* (de Meere e.a., 2013, p. 13).

Zelf komen de Meere e.a (2013) tot de conclusie dat de buurtteams betere hulp kunnen leveren voor een lager bedrag dan de huidige jeugdzorg, door onder andere de volgende aspecten van beslissen over hulp anders te organiseren:

- het Buurtteam voorkomt duurdere trajecten van indicatiestelling
- het Buurtteam werkt op korte termijn en dus niet met indicatiestellingen die jaar in jaar uit geld kosten
- het Buurtteam vervangt / voorkomt de inzet van specialisten (met een duurder uurtarief)

Wat betreft het onderwerp Beslissen over hulp maken de Meere e.a. (2013) onder meer de volgende opmerking: *'De vraag is (...) op welke wijze je een betrokken professional laat kiezen voor het leveren van kwaliteit, maar tevens voor het zo snel mogelijk loslaten van de hulp. Het antwoord ligt allereerst in de opdrachtformulering. Het is expliciet de bedoeling zo snel mogelijk hulp los te laten en te vervangen door bijvoorbeeld het informele netwerk van de cliënt. Cliënten moeten dat vanaf het begin goed beseffen. In de communicatie naar buiten behoort dit dan ook een terugkerend element te zijn. Het tweede antwoord ligt bij het Buurtteam zelf. De medewerkers zullen hun tijd zo goed mogelijk moeten indelen. Ze moeten aan de slag met een beperkt budget. Met elkaar moeten ze beoordelen welke cliënten welke ondersteuning verdienen. Dat vereist dat de professionals daar onderling transparant over willen en kunnen zijn. Als een professional weet dat schrijnender gevallen zonder steun blijven, ontstaat een constructief-kritische blik op het huidige cliëntenbestand en hoe collega's daarmee omgaan. De nabijheid en toegankelijkheid van het Buurtteam is hier overigens een vangnet: mocht een cliënt toch te vroeg zijn losgelaten, dan is dat snel in beeld. Dan is op een efficiënte manier vervolgondersteuning alsnog mogelijk. We pleiten in deze situatie voor een combinatie van zelfsturing, collegiale toetsing ('Ben je nu nog steeds met dat gezin bezig...') en de blik van bovenaf door de teamleider'* (de Meere e.a., 2013, p.27).

Literatuur bijlage 2

Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond (2013). *Ernsttaxatiemodel en Stroomdiagram ernsttaxatiemodel en SISA. Versie: 25 juni 2013*. Rotterdam: CJG Rijnmond.

DMO Amsterdam (2013). *Startdocument. Algemeen werkproces Ouder- en Kindadviseur. Concept*. Amsterdam: DMO.

BJAA/DMO (2013). *Instructie Afschalen van BJAA – definitieve versie 21 november 2013*. Amsterdam: Bureau Jeugdzorg Amsterdam Agglomeratie en DMO.

Kolk, Z. van der, Jong, W. de, Leeuwen, M. van (2013). *Jeugd- en opvoedhulp om de hoek. Onderzoeksverslag evaluatie en monitoring van een proeftuin*. Baambrugge: De Jeugdzaak.

Meere F. de, Hamdi, A., Deuten, J. (2013). *Goede hulp is veel waard. Evaluatie na één jaar Utrechtse Buurtteams Jeugd & Gezin*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.