



Wat werkt in multiprobleemgezinnen?

Mariska Zoon
Tijne Berg - le Clercq

Nederlands Jeugdinstituut
Infolijn t (030) 230 65 64
e infojeugd@nji.nl
i www.nji.nl

November 2014

Om multiprobleemgezinnen te helpen, is het van belang om op meerdere terreinen tegelijkertijd hulp te bieden aan zowel ouders als de kinderen. Daarnaast is het belangrijk dat hulp (wisselend) intensief en langdurig is, dat de hulpverlener de hulpverlening coördineert en zowel therapeutische als praktische hulp biedt, en dat deze hulp in de leefomgeving van het gezin zelf wordt aangeboden. Daarnaast zijn de algemeen werkzame factoren van goed hulpverleners extra van belang. Hoe de hulpverlener zich opstelt is bij multiprobleemgezinnen nog belangrijker dan bij andere gezinnen. In de meeste gevallen hebben deze gezinnen namelijk een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening, waardoor ze erg wantrouwend zijn tegenover hulpverleners. Er zijn in binnen- en buitenland nog weinig goed opgezette effectstudies verricht naar specifieke interventies voor multiprobleemgezinnen. Recent en beschikbaar Nederlands onderzoek naar multiprobleemgezinnen bestaat vooral uit praktijkgericht evaluatieonderzoek. Interventies of methodieken die veel werkzame factoren voor multiprobleemgezinnen bevatten zijn vormen van Intensieve Pedagogische Thuishulp en het wraparound care-model. Deze lijken dan ook geschikt om in te zetten in multiprobleemgezinnen.

In dit document wordt een overzicht gegeven van werkzame factoren bij hulp aan multiprobleemgezinnen. Daarnaast bevat dit document een beschrijving van interventies voor deze gezinnen. Een uitgebreide zoektocht leverde weinig (bruikbare) buitenlandse bronnen op. Dit document is daarom grotendeels gebaseerd op Nederlandse literatuur.

Dit document maakt onderdeel uit van het themadossier 'Multiprobleemgezinnen'. Het gehele dossier is in te zien op www.nji.nl/multiprobleemgezinnen.

1. Werkzame factoren

Wanneer het gaat over de vraag welke aanpak werkt voor een bepaalde doelgroep, is het van belang onderscheid te maken tussen algemeen werkzame factoren van interventies en specifieke factoren die van belang zijn voor de aanpak van deze groep. Algemeen werkzame factoren zijn factoren die altijd betere resultaten opleveren, ongeacht de problemen van de cliënt. Naast deze algemeen werkzame factoren zijn specifiek werkzame factoren nodig, elementen die werkzaam zijn voor bepaalde typen interventies in de context van de interventiedoelen en de beoogde doelgroep (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010).

Uit een overzicht van Van Yperen en collega's (2010) blijkt dat onder andere de volgende algemeen werkzame factoren van belang zijn in de uitvoering van interventies:

- een goede kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de behandelaar;



- het zorg dragen voor een goede motivatie van de cliënt;
- een aanpak die past bij het probleem en aansluit bij de hulpvraag;
- een goede structurering van de interventie - heldere doelstelling, planning en fasering;
- een uitvoering van de interventie zoals het hoort. Dat wil zeggen: uitvoeren zoals de interventie eerder is onderzocht, dan wel is vastgelegd in een protocol of draaiboek.

Hulpverleners die deze factoren in huis hebben, hebben over het algemeen een grote kans van slagen in de hulpverlening aan gezinnen. Andere belangrijke algemeen werkzame factoren liggen op organisatieniveau. Ze bepalen vooral de werkomstandigheden van de hulpverlener. Voorbeelden hiervan zijn:

- goede monitoring;
- supervisie/coaching;
- draaglijke caseload;
- oog voor de veiligheid van de hulpverlener (Van Yperen et al., 2010).

Steketee en Vandenbroucke (2010) geven aan dat ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners die dagelijks met multiprobleemgezinnen te maken hebben, van belang is. Dit sluit aan bij bevindingen uit andere publicaties, waarin wordt gesteld dat de hulpverlener zelf ook voldoende steun en supervisie moet krijgen. Het werken met deze gezinnen kan namelijk moeilijk en zwaar zijn en er moeten soms ingrijpende keuzes gemaakt worden door de hulpverlener. Het is dan belangrijk dat de hulpverlener kan reflecteren en zich gesteund voelt. Vanuit de aanbiedende organisatie uit zich dit bijvoorbeeld in het beschikbaar stellen van voldoende financiering, een lage caseload (minder dan tien cliënten per hulpverlener) en het goed trainen van de hulpverleners (Dawe, Harnett & Frye, 2008; White, Warrenner, Reeves & La Valle, 2008).

Een aantal van deze algemeen werkzame factoren spelen een bijzonder grote rol in de hulp aan multiprobleemgezinnen en zijn juist voor deze gezinnen van belang. Er is dan ook een grote overlap tussen algemeen en specifiek werkzame factoren wanneer het om multiprobleemgezinnen gaat. De algemeen werkzame factoren gaan vooral over de bejegening van de cliënt. In de meeste gevallen hebben deze gezinnen een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening, waardoor ze zich erg wantrouwend opstellen tegenover hulpverleners (Rots-De Vries, Van de Goor, Stronks & Garretsen, 2011). Hulpverleners dienen in de omgang met deze gezinnen dan ook nog zorgvuldiger te werk te gaan dan anders. In de volgende paragrafen worden de algemeen werkzame factoren verder uitgewerkt naar de doelgroep en aangevuld met specifiek werkzame factoren.

1.1 De houding van de hulpverlener

Door het wantrouwen tegenover de hulpverlening - omdat eerdere hulp het gezin niet vooruitgeholpen heeft - kan het multiprobleemgezin op twee manieren reageren. Het is mogelijk dat het gezin extreem vaak bij allerlei instanties voor hulp aanklopt maar waar het zich elke keer niet voldoende gehoord en begrepen voelt, verder “shopt”. Het kan ook gebeuren dat het gezin zich afsluit voor hulp en alle contact met hulpverleners weigert. Ghesquière (1993) duidt de interactie tussen het gezin en de hulpverlener aan als de kern van het probleem in het werken met multiprobleemgezinnen. Door het aanbrengen van veranderingen aan de positie van de hulpverlener wordt verandering teweeg gebracht in de problematische interactie met het gezin, zo stelt Kagan (1991, zoals beschreven in Broos, 1996). Hulpverleners dienen extra aandacht te besteden aan het opbouwen van een goede relatie met de gezinsleden en hen zoveel mogelijk te motiveren om de

aangeboden hulp te aanvaarden om problemen op te lossen (De Graaf, 2010). Drost (2010) geeft aan dat motivatie bij het gezin door de hulpverlener bereikt kan worden door:

- het gezin te tonen dat het de moeite waard is;
- echte betrokkenheid te tonen met de situatie;
- respect te tonen voor het perspectief van het gezin;
- kennis en informatie te geven;
- vertrouwen te bieden en hoopvol te zijn in de veranderbaarheid van de situatie;
- in te spelen op de krachten van het gezin en
- eventuele terugval te zien als een noodzakelijke heroriëntatie op doelen en werkwijze.

Vanuit het perspectief van de individuele hulpverlener zijn de werkzame factoren als volgt:

- *Betrokkenheid* is belangrijk. Veel multiprobleemgezinnen hebben slechte ervaringen met autoriteiten wat leidt tot een wantrouwen in hulpverleners. Hulpverleners moeten een vertrouwensband creëren en het gesprek aangaan met het gezin (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012). Hulpverleners dienen de gezinnen te betrekken bij het hulpverleningsproces (Dawe et al., 2008; Orobio de Castro, Veerman, Bons & De Beer, 2002; Rots-De Vries et al., 2011).
- De hulpverlener dient zich hierbij *respectvol* op te stellen. Dit betekent dat de hulpverlener de ouders serieus neemt en niet alleen aandacht besteedt aan de problemen, maar ook aan wat er wel goed gaat binnen het gezin. Daarbij erkent de hulpverlener wat de ouders goed doen voor hun kinderen, ondanks alle problemen waarmee zij worstelen (Dawe et al., 2008; Hermanns, 2002; Van der Steege, 2009).
- De Vries (2010) geeft daarbij aan dat *transparantie* en *duidelijkheid* van belang is. Multiprobleemgezinnen hebben geleerd om niemand snel te vertrouwen en dat de maatschappij niet te vertrouwen is. Zij vertrouwen maar op één ding, dat is hun persoonlijke ervaring met mensen. Daarom moet een hulpverlener altijd transparant zijn over waar hij staat, wat hij wil, wat hij van plan is, waarom hij dingen doet zoals hij ze doet.
- Het is van belang dat de hulpverlener zich *empowerend* opstelt. *Empowerment* houdt in dat de hulpverlener de ouders als gelijkwaardig ziet en aansluit bij de krachten in het gezin en deze activeert. De vragen van de ouders staan centraal en de ouders en de hulpverlener werken samen aan het vinden van oplossingen die werken voor dat gezin. Het uitgangspunt daarbij is dat alle ouders het beste willen voor hun kind, maar dat deze groep ouders meer hulp nodig heeft dan andere ouders om de opvoedingsvaardigheden te ontwikkelen die ze nodig hebben. Empowerment betekent ook dat de hulpverlener uitgaat van wat gezinsleden wel kunnen en wat goed gaat, en zorgt dat dit wordt versterkt en uitgebreid. De hulpverleners laten de gezinnen ervaren dat ze met een klein beetje hulp van anderen in staat zijn zaken in hun leven te veranderen. Door het sociale netwerk van het gezin te activeren en op die manier voor ondersteuning om hen heen te zorgen kunnen de gezinsleden zelf weer grip op hun leven krijgen. Dit kan het beste gerealiseerd worden door te werken aan concrete doelen, waarover overeenstemming bestaat tussen het gezin en de hulpverlener (Dawe et al., 2008; Hermanns, 2002; Holwerda, Reijneveld & Jansen, 2014; Orobio de Castro et al., 2002; Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012; Rots-De Vries et al., 2011; Van der Steege, 2009; Verhallen, 2013).
- De behoeften en omstandigheden zijn erg veranderlijk. De hulpverlener moet daarom uitgaan van een *individuele, flexibele benadering* en niet van een vooraf vastgestelde volgorde van

interventiestrategieën (Dawe et al., 2008). Hulpverleners moeten hiervoor ook de ruimte krijgen om creatief en flexibel om te kunnen gaan met hun hulpmiddelen (White et al., 2008).

- Tot slot is het van belang dat de hulpverlener zich *outreaching* opstelt. Dit betekent dat de hulpverlener naar het gezin toe gaat, zich actief opstelt bij het onderhouden van contact met het gezin en flexibel kan omgaan met de tijdstippen waarop er contact is met het gezin (Hermanns, 2002; Rots-De Vries et al., 2011; Rots-De Vries, Kroesbergen & Mathijssen, 2013; Van der Steege, 2009).

1.2 Het hulpaanbod

Vanuit de literatuur komen de volgende werkzame factoren naar voren die van belang zijn voor het hulpaanbod voor multiprobleemgezinnen:

- De hulp is *intensief en langdurend*. Dit komt overeen met de aard en de ernst van de problematiek (De Graaf, 2010). Ook onderzoek van Barnhoorn en collega's (2013) naar de invloed van cliëntfactoren op het hulpverleningseffect laat zien dat multiprobleemgezinnen een gering effect ervaren van een preventief hulpaanbod, en juist meer profiteert van intensief ambulante hulp. Ook Holwerda en collega's (2014) concluderen in hun review dat de ondersteuning langdurig moet zijn, maar de intensiteit hiervan juist wisselend. Wanneer problemen onder controle zijn moet de ondersteuning langzaam worden afgebouwd naar bijvoorbeeld één contact per maand.
- De omgang met het gezin dient *praktisch* van aard te zijn. Tot nu toe heeft het gezin niet veel gehad aan hulpverleners die niet meer doen dan met hen praten. Zij voelen zich meer geholpen met iemand die hen ook helpt met het regelen van praktische zaken en dit geleidelijk aan hen overdraagt zodra zij dat zelf weer aan kunnen. Zien dat de hulp praktisch effect heeft, draagt er in belangrijke mate aan bij dat de vertrouwensrelatie met de hulpverlener kan groeien en zorgt voor motivatie bij het gezin (Hermanns, 2002; Holwerda et al., 2014; Rots-De Vries et al., 2011; Rots-De Vries et al., 2013; Van der Steege, 2009). Problemen in de basis, zoals schulden of huisvestingsproblemen, dienen eerst opgelost te worden voordat men aan andere problemen, zoals opvoedingsproblemen, kan gaan werken. Hulpverlening aan multiprobleemgezinnen kost daarom tijd en de hulpverlener dient dan ook zo lang als nodig betrokken te zijn bij het gezin (White et al., 2008).
- De hulp wordt in de *leefomgeving* van het gezin aangeboden. Hierdoor kunnen gezinsleden het geleerde thuis direct in de praktijk brengen en bij de uitvoering in de praktijk ondersteund worden (Holwerda et al., 2014; Van der Steege, 2009).
- Effectieve hulp aan multiprobleemgezinnen heeft baat bij aandacht voor de *brede sociale omgeving* van deze gezinnen. Dit betekent dat er niet alleen aandacht moet zijn voor de risicofactoren binnen het gezin zelf, maar ook voor achterliggende oorzaken van ongelijkheid, marginalisering en intergenerationele problemen. Dit heeft tot gevolg dat de ongelijke toegang van deze gezinnen tot vormen van ondersteuning en voorzieningen, zoals de gezondheidszorg, huisvesting of kinderopvang, moet worden opgeheven. Aandacht voor de bredere sociale omgeving betekent ook dat de gezinsleden worden gestimuleerd om gebruik te maken van hulpbronnen in hun directe sociale omgeving. Het is van belang dat er gekeken wordt naar de hele sociale context van het gezin en hoe die context behulpzaam kan zijn bij het oplossen van de problemen (Holwerda et al., 2014; Stomp, 2013). Door het sociale netwerk van het gezin te activeren en op die manier voor ondersteuning om hen heen te zorgen, kunnen de gezinsleden zelf weer grip op hun leven krijgen. Dit kan het beste gerealiseerd worden door te werken aan concrete doelen, waarover overeenstemming bestaat tussen het gezin en de hulpverlener. Hulp

uit de eigen omgeving is meer duurzaam dan hulp van instanties en draagt bij aan het voorkomen van terugval na afronding van de hulp (Van der Zeijden & Diephuis, 2011).

- *Alle gezinsleden* krijgen hulp. Het hele gezin moet betrokken zijn bij de veranderingen die plaatsvinden door de interventie. Bovendien helpt het om duidelijker te kunnen bepalen waar nu de oorzaken van de problemen binnen het gezin liggen (Holwerda et al., 2014; White et al., 2008).
- Een goede *samenwerking* (ketenaanpak) tussen alle betrokken instellingen (Rots-De Vries et al., 2011; White et al., 2008). Een goede samenwerking tussen instellingen betekent dat gezinnen alle hulp krijgen die ze nodig hebben, maakt hen duidelijk dat er van hen verandering verwacht wordt, maakt het veel moeilijker voor gezinnen om instanties tegen elkaar uit te spelen en maakt het mogelijk om tot de wortel van de problemen van het gezin te komen (White et al., 2008). In de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is sprake van ketenaanpak wanneer hulpverleners signaleren, oppakken of doorgeleiden en terugkoppelen. Een voorwaarde voor deze ketenaanpak is volgens Steketee en Vandenbroucke (2010) het gezamenlijk opstellen van de probleemanalyse en plan van aanpak. Het gaat hierbij om een brede blik van de ketenprobleemanalyse (dus niet vanuit perspectief van de instelling zelf) en een inzet op de verschillende domeinen, zoals werk, inkomen en schuld; onderwijs/kinderen; sociaal psychologische vraagstukken, verslaving, huiselijk geweld; criminaliteit. Hierbij is sprake van individuele regie: *één hulpverlener is verantwoordelijk* voor het gezin en *één plan per gezin* (Konijn, 2006; Orobio de Castro et al., 2002; Steketee & Vandenbroucke, 2010). Deze contactpersoon dient enthousiast en betrokken te zijn en onder meer goede sociale en communicatieve vaardigheden en doorzettingsvermogen te hebben. Wanneer gezinnen niet steeds met dezelfde contactpersoon te maken hebben, schaadt dit hun vertrouwen (White et al., 2008).

Er is de laatste jaren een duidelijke beweging waar te nemen in de richting van dwang, drang en bemoeizorg waarbij hulpverleners niet meer wachten op een hulpvraag van een cliënt, maar ongevraagd hulp aanbieden (Van Ooyen-Houben, Roeg, De Kogel & Koeter, 2008). Evaluatieonderzoeken laten goede resultaten zien met betrekking tot de inzet van dwang en drang bij multiprobleemgezinnen. Zo blijkt uit een evaluatieonderzoek naar de pilot Aanpak Multiprobleemgezinnen in Groningen onder vijftien multiprobleemgezinnen dat hulpverleners dwang en drang ervaren als een belangrijk hulpmiddel om een doorbraak in de gezinnen te forceren. Zonder gebruik van dwang en drang zouden zij niet bij alle gezinnen zijn binnengekomen en zouden zij niet de huidige resultaten hebben bereikt (Bieleman, Boendermaker, Nijkamp & Snippe, 2012). Ook in Rotterdam en Amsterdam blijkt dat het toepassen van dwang en drang succesvol kan zijn. Ouders zijn, ondanks aanvankelijke weerstand, overwegend tevreden over de resultaten van de geboden hulp en waarderen de aanwezigheid, de inzet en de vasthoudendheid van de gezinscoaches (Van Gerwen & De Beer, 2009). Dit zijn echter allen studies zonder controlegroep en met een kleine steekproef. Veenbaas en Reubsat (2010) halen een Britse studie aan waarin 53 projecten voor overlastgevende multiprobleemgezinnen werden geëvalueerd. Daarbij werd geconcludeerd dat er bij goede interventies sprake moet zijn van de mogelijkheid om dwang of drang in te zetten; hulpverleners waren van mening dat het opleggen van sancties door de gezinswerker de gezinnen dwong om de ernst van hun antisociale gedrag onder ogen te zien.

1.3 De beste aanpak voor verschillende soorten multiprobleemgezinnen

In multiprobleemgezinnen komt verschillende problematiek voor. Het werken met deze gezinnen vraagt dan ook om maatwerk. Wat de beste aanpak is, lijkt samen te hangen met de mate waarin

bepaalde problematiek zich voordoet. Steketee en Vandenbroucke (2010) hebben op basis van een literatuurstudie en interviews een indeling gemaakt van type strategieën hoe te handelen bij multiprobleemgezinnen. Deze typologie dient ter verduidelijking van de aanpak van problemen van multiprobleemgezinnen die aan de volgende criteria voldoen:

- tot het gezin behoren één of meer minderjarige kinderen;
- het gezin kampt met meervoudige, complexe en chronische problemen;
- er is bezorgdheid over de ontwikkeling en de veiligheid van de kinderen in het gezin;
- het huidige hulpaanbod is niet adequaat genoeg.

Steketee en Vandenbroucke (2010) onderscheiden vijf verschillende strategieën van aanpak voor vijf verschillende soorten multiprobleemgezinnen:

1. *Orde op zaken model*: Kwetsbare gezinnen met één of meerdere risicofactoren die buitengesloten kunnen raken en in problemen dreigen te komen, hebben vooral een aanpak nodig waarbij hen geleerd wordt om toegang te krijgen tot voorzieningen. Hierbij moet coördinatie van de voorzieningen en instellingen voorhanden zijn.
2. *Vinger aan de pols model*: Bij gezinnen die geen expliciete hulpvraag hebben en daardoor geen actieve bemoeienis van de hulpverlening willen, kan worden gekozen voor een casemanager die regelmatig langskomt om te kijken of een 'latent' probleem zich inmiddels heeft ontwikkeld tot een reëel probleem waarop hulp aangeboden kan worden. De aard van de problematiek bepaalt vervolgens welke organisatie een gezinscoach levert.
3. *Stut en steun model*: Gezinnen waarin sprake is van een chronische, hardnekkige en problematische situatie, waardoor men moeite heeft met het organiseren van het dagelijks leven, hebben langdurige en intensieve begeleiding nodig.
4. *Direct (gedwongen) hulpaanbod*: Voor gezinnen met een duidelijke, urgente problematiek is een hulpverleningsaanbod op al dan niet vrijwillige basis noodzakelijk. De keuze voor het hulpverleningskader vraagt om een selectie van benodigde ketenpartners. Keuzes moeten worden gemaakt over de methodische interventie, de omvang van benodigde zorg moet worden ingeschat en er moeten afspraken worden gemaakt over zorgcoördinatie en casemanagement. De urgentie van het probleem bepaalt waar deze zorgcoördinatie komt te liggen.
5. *Refresh model*: Er zijn ook gezinnen waarbij de bestaande hulpverlening afgesloten is, maar waarbij het nuttig en noodzakelijk is om gedurende een bepaalde periode regelmatig langs te gaan om te zien of alles nog op orde is en goed gaat. Deze nazorg zou in principe geboden moeten worden door de hulpverlener die verantwoordelijk was gedurende het hulpverleningstraject.

2. Specifieke interventies

Interventies die veelal worden ingezet bij multiprobleemgezinnen zijn Intensieve Pedagogische Thuishulp het wraparound care-model waarbij gezinscoaches worden ingezet. In deze paragraaf worden deze specifieke varianten van hulp aan multiprobleemgezinnen besproken.

2.1 Intensieve Pedagogische Thuishulp

Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) is een verzamelnaam van interventies die intensieve, langdurige hulp bij het gezin thuis bieden, veelal gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van de ouders. IPT is gebaseerd op factoren die werkzaam zijn gebleken in de behandeling van multiprobleemgezinnen; intensieve hulp die in het gezin geboden wordt en gebaseerd is op de systeemtheorie en sociale leertheorie, waarin empowerment centraal staat (Van

der Steege, 2007). Daarom wordt IPT gezien als een veelbelovende manier van behandelen van multiprobleemgezinnen. Voorbeelden van IPT gericht op multiprobleemgezinnen zijn de interventies *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)*, *IOG-Erger Voorkomen*, *ReSet* en *Jeugdhulp Thuis*. Deze interventies zijn door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies beoordeeld als ‘goed onderbouwd’.

Een meta-analyse van Veerman, Janssens en Delicat (2005), waarbij zeventien vormen van IPT in Nederland zijn onderzocht, laat positieve resultaten zien. Zij vonden dat na afsluiting van de hulp, de externaliserende problemen bij jeugdigen en de door ouders ervaren opvoedingsbelasting waren verminderd. Veerman en collega's (2005) concluderen voorzichtig dat IPT lijkt te werken. De Boer en Verver (2011) hebben in hun masterthesis onderzoek gedaan naar het effect van IPT op opvoedingsvaardigheden van ouders in multiprobleemgezinnen. Uit zelfrapportage van 65 ouders en 39 kinderen voor en na IPT, bleek IPT volgens ouders effectief in het versterken van de vaardigheden consistentie en gedragscontrole en het verminderen van harde discipline en psychologische controle. Kinderen rapporteerden alleen afname van harde discipline. Veerman en collega's (2005) geven wel aan dat er nog veel werk moet worden verricht ten aanzien van de methodieken en de wijze waarop hun werkzaamheid wordt onderzocht voordat met meer zekerheid te zeggen valt dat ze inderdaad werken. Zo zijn geen van de Nederlandse methodieken onderzocht met een zogenaamde randomized controlled trial (RCT). Alleen met RCT's kan duidelijk worden vastgesteld of een afname van problemen inderdaad door de interventie komt. Al, Stams, Bek, Damen, Asscher en Van der Laan (2012) hebben een meta-analyse uitgevoerd naar de effecten van IPT op uithuisplaatsing, het functioneren van het gezin, sociale steun en gedragsproblemen bij het kind. In totaal zijn twintig buitenlandse effectstudies meegenomen in de meta-analyse, alle met een controlegroep. Echter, alle studies hadden als uitkomstmaat uithuisplaatsing, van slechts drie studies was informatie met betrekking tot het functioneren van het gezin bekend. In twaalf van deze studies betrof de doelgroep specifiek multiprobleemgezinnen. De auteurs vonden geen algemeen significant effect van IPT op uithuisplaatsing. Wanneer echter werd gecontroleerd op multiprobleemgezinnen, werd wel een significant effect gevonden. Dit houdt in dat wanneer IPT bij multiprobleemgezinnen wordt ingezet, er sprake is van een vermindering van het aantal keer dat een kind uit huis geplaatst wordt. Uit de meta-analyse werd verder een significant effect gevonden van IPT op het functioneren van het gezin. Dit betekent dat er bij gezinnen waarbij IPT is ingezet sprake is van een verbetering van het functioneren van het gezin.

Orobio de Castro en collega's (2002) bestudeerden de effectiviteit van drie vergelijkbare, intensieve ambulante gezinsbehandelingen, specifiek voor multiprobleemgezinnen in achterstandswijken, waaronder de interventie *Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)* (n=26). WIG is een specifieke vorm van intensieve pedagogische hulp. Niet alleen het gezin is betrokken bij de behandeling, maar ook de buurt en omgeving worden betrokken. WIG is door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies beoordeeld als ‘goed onderbouwd’. In 2008 is dit onderzoek opnieuw uitgevoerd naar uitsluitend WIG onder 49 gezinnen die het WIG-project binnen de onderzoeksperiode afsloten (Orobio de Castro, 2008). Er is gebruik gemaakt van een voor- en nameting, alsmede een follow-up 8 maanden tot 5 jaar na beëindiging van de interventie. In het onderzoek werd nagegaan of er een vermindering in problematiek en risicofactoren bereikt werd en behouden was. Het totale percentage risicofactoren tussen zowel voor- en nameting als voormeting en follow-up is met 50 procent afgenomen. Het gemiddelde aantal politiecontacten per jaar, zowel per kind als per gezin, is significant gedaald, met een klein effect. Uit beide onderzoeken komt naar

voren dat ondanks de sterke afname van risico's voor toekomstig crimineel gedrag, de problematiek van kinderen en gezinnen ook na beëindiging van WIG vrij ernstig blijft (Orobio de Castro et al., 2002; Orobio de Castro, 2008).

2.2 Wraparound care

Zoals eerder beschreven, is een goede samenwerking tussen alle betrokken instellingen, waarbij sprake is van één verantwoordelijke instelling/hulpverlener, van belang in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. In het kader van deze gedachte is het wraparound care-model ontstaan, dat in de Verenigde Staten al lange tijd op grote schaal wordt toegepast (Colijn & Schamhart, 2012). Wraparound care is een model dat bestaat uit een combinatie van gezinsbegeleiding en coördinatie van zorg door één generalist, gericht op empowerment van gezinnen met een opeenstapeling van problemen. De Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling hield in 2012 een krachtig pleidooi voor het inrichten van een eerstelijns jeugd- en gezinszorg waarbij 'eerstelijns gezinscoaches' worden ingezet. Deze eerstelijns gezinscoach is een generalistische zorgverlener die zelf met het gezin aan de slag gaat. Hij betreft het gezin en spreekt het sociale netwerk aan, verleent zelf zorg, begeleidt, adviseert, brengt structuur aan en coördineert eventuele andere hulpverlening. Wanneer zwaardere hulp nodig is, vervult de eerstelijns gezinscoach een brugfunctie en roept gespecialiseerde hulp erbij. De eerstelijns gezinscoach heeft een brede taakopvatting met een ruim mandaat, is ervaren en bekwaam en weet vertrouwen op te bouwen ook bij zorg mijdende gezinnen. Er worden verschillende benamingen voor gezinscoach gehanteerd waaronder probleemmanager, gezinsmanager, gezinscoach, en wijkcoach (Bex, Blank & Bovens, 2010). Hieronder wordt verder de term gezinscoach gebruikt.

Het wraparound care-model benut het oplossend vermogen van het gezin, betreft hun sociale netwerk en streeft hun empowerment na. De inbreng van verschillende betrokkenen wordt door middel van één integraal gezinsplan op elkaar afgestemd. Dit plan bevat concrete doelen van het gezin en wordt uitgevoerd in de eigen leefsituatie. Op deze manier wordt de benodigde steun geïmporteerd in het gezinsleven in plaats van dat problemen worden geëxporteerd naar specialistische hulp daarbuiten (Colijn & Schamhart, 2012). Wraparound care is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie, maar een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald worden in een werkwijze die vervolgens flexibel en op maat kan worden ingevuld, waardoor deze in diverse interventies kan worden geïntegreerd.

Momenteel vindt ook in een aantal Nederlandse gemeenten (en instellingen) wraparound care plaats en wordt onder meer de methodische aanpak ervan geëvalueerd (Hermanns, in Pijnenburg, Hermanns, Van Yperen, Hutschemaekers & Van Montfoort, 2010). Zo komt uit het eindrapport van het onderzoeksprogramma 'Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg' naar voren dat de principes van wraparound care in Nederland met succes kunnen worden toegepast (Colijn & Schamhart, 2012). De kracht zit volgens de auteurs in de combinatie van gezinsondersteuning en coördinatie van zorg gericht op het vergroten van regie van het gezin over de eigen situatie.

De afgelopen vijftien jaar zijn er in de VS verschillende onderzoeken geweest naar de effectiviteit van wraparound care. Hoewel kwantitatief onderzoek naar wraparound care lastig is, doordat elementen niet geïsoleerd kunnen worden onderzocht, zijn er wel aanwijzingen die een duidelijke afname van problemen op korte termijn laten zien en zijn er vele positieve praktijkbeschrijvingen. Concluderend kan gesteld worden dat wraparound care over het algemeen gezien wordt als een veelbelovende

aanpak, waarbij de relatie tussen het gezin en de gezinswerker vooral in de opstartfase van cruciaal belang is. In het verdere proces staan integraliteit en empowerment centraal (Colijn & Schamhart, 2012).

2.2.1 De gezinscoach

Op dit moment zijn nog weinig wetenschappelijke studies beschikbaar naar de inzet van gezinscoaches. Wel zijn er diverse evaluatieonderzoeken en publicaties verschenen waaruit blijkt dat cliënten en andere betrokkenen grotendeels tevreden zijn met deze interventie. Dit geldt bijvoorbeeld voor het project 'de lokale gezinscoach' in Zuid-Holland, waar sinds 2002 op zes proeflocaties gezinscoaches met multiprobleemgezinnen werken. De eerste resultaten, die betrekking hebben op het werk met 120 gezinnen, zijn voorzichtig positief: de gezinnen en de gezinscoaches zijn in het algemeen tevreden over hoe het gaat (Mehlkopf, 2008). Daarnaast blijkt uit de onderzoeksresultaten van het project 'Gezinscoaching' in de provincie Utrecht over de periode 2007-2009 dat de meerderheid van de geïnterviewde gezinnen bijzonder tevreden was over gezinscoaching en dat twee derde van de ouders na afsluiting weer zelf de regie had. Ook deden de coaches zelf veel positieve ervaringen op met gezinnen en met veel van de professionals rond de gezinnen. Tot slot sprak de aanpak van gezinscoaching de professionals aan en leverde dit hen een bredere betrokkenheid bij de cliënt op. Wel zagen de coaches ook een aantal verbeterpunten, zoals alertheid bij de gezinscoach op terugkoppeling. Ook blijkt uit dit onderzoek dat het een cultuuromslag vergt om in alle openheid met het gezin en met andere professionals één gezamenlijk plan te maken en dit plan als één team uit te voeren (Portengen, 2010). Verder laat de interventie Lokale Intensieve Pedagogische Thuishulp (LIPT) positieve resultaten zien. In deze in Capelle aan den IJssel uitgevoerde interventie, werkt het gezin samen met een gezinscoach. Het gezin zet zelf, met behulp van de gezinscoach - LIPT'er genoemd - de te bereiken doelen op een rijtje. De coach coördineert de verschillende betrokken hulpverleners en voorzieningen om ervoor te zorgen dat er sprake is van één gezin, één plan. Dit zorgt voor een samenhangende, doorlopende en passende ondersteuning van het gezin. Gezinnen blijken na afloop daadwerkelijk geholpen. Voordat risico's zijn uitgegroeid tot onbeheersbare problemen of dat problemen zijn geëscaleerd, wordt ondersteuning geboden. De methodiek heeft ook een meerwaarde ten aanzien van de samenwerking tussen de partners. Vooral de lokale partners weten elkaar nu goed te vinden. Er werd een start gemaakt met het uniformeren van procedures waarmee de ernst van de problematiek in beeld wordt gebracht, zodat voor een adequate doorverwijzing naar verschillende vormen van hulp kan worden gezorgd (Prinsen & Kalthoff, 2009).

Uit diverse publicaties blijkt dat de functie van gezinscoach een aantal succesfactoren kent:

- Mandaat, escalatiemodel & doorzetttingsmacht: de gezinscoach heeft de bevoegdheid om bij het gezin en bij professionals de regie te nemen en af te dwingen en om direct en snel in te grijpen. Er is een escalatiemodel geregeld wanneer geen overeenstemming wordt bereikt over de coördinatie van zorg en de cliënt dringend zorg behoeft (Bex et al., 2010; Hilhorst, Wolswinkel & Schaafsma, 2010; Schaafsma, 2010).
- Acceptatie: het gezin en de hulpverleners accepteren de taken en de bevoegdheden van de gezinscoach (Bex et al., 2010).
- Vertrouwen op kennis, (levens) ervaring en autoriteit van de gezinscoach, waardoor hij de andere hulpverleners kan identificeren en coördineren en het gezin kan ondersteunen door het uitvoeren van taken (Bex et al., 2010).

- Tijd: de gezinscoach beschikt over de kennis en ervaring om de duur en de intensiteit van de tijd te bepalen die nodig is om in én om samen met het gezin te werken (Bex et al., 2010).
- Nazorg: organisatie van het vervolg op de inzet van de gezinscoach (Bex et al., 2010; Hilhorst et al., 2010).
- Er is een goede afstemming over de rollen en verantwoordelijkheden van de gezinscoach en die van de gezinsvoogd (Hilhorst et al., 2010).

2.2.2 Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen

De interventie *Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen* (VIG), een variant van gezinscoaching, is een vorm van gedwongen hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Het doel van de interventie is het creëren van een veilige opvoedingssituatie en hulpverlening in een vrijwillig kader (weer) mogelijk te maken. Dit wordt bereikt door intensieve thuishulp door een gezinscoach, die het gezin gaandeweg leert zelf zijn leven op orde te krijgen. De gezinscoach is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar (Heuves & Bartelink, 2010). VIG is door de Erkeningscommissie Jeugdinterventies beoordeeld als ‘goed onderbouwd’.

Tijdens een eerste pilot met VIG is er een procesevaluatie uitgevoerd. Na begeleiding van 24 gezinnen blijkt 62% van de (in totaal 535) doelen die in de plannen van aanpak van de gezinnen zijn gesteld, behaald. Bij ongeveer 20% van de doelstellingen is een ontwikkeling ingezet, maar is het eindresultaat nog niet behaald. Met betrekking tot het belangrijkste aandachtsveld, de relatie tussen ouder en kind, wordt ongeveer 70% van de doelstellingen gehaald. Goede resultaten zijn er ook op de terreinen administratie (63%), scholing/werk (65%) en gezondheid (69%). Voor het gezin in totaal, de moeder en de kinderen, wordt ook ongeveer 70% van de doelstellingen gehaald; voor de (vaak afwezige) vaders is dat slechts 40%. Samenwerking met en overdracht naar andere hulpverleningsinstanties blijken het moeilijkste haalbaar (20%) (Heuves & Bartelink, 2010). Tot slot geven Van Gerwen en De Beer (2009) aan dat ouders, ondanks aanvankelijke weerstand, overwegend tevreden zijn over de resultaten van de geboden hulp. Ook waarderen ze de aanwezigheid, de inzet en de vasthoudendheid van de gezinscoaches.

3. De beste aanpak voor specifieke soorten multiprobleemgezinnen

Zoals eerder aangegeven, vraagt elk soort multiprobleemgezin om een eigen aanpak, mede omdat hun problematiek verschilt. Wat de beste aanpak is, kan ook samenhangen met de (etnische) achtergrond van het gezin.

Zo wordt in de publicatie ‘Gezinsmanagers in Marokkaans - Nederlandse gezinnen: Wegwijzer voor en door gemeenten’ (Hilhorst et al., 2010) na een bespreking van een aantal kenmerken van Marokkaans-Nederlandse gezinnen, expliciet ingegaan op de wijze van benadering van Marokkaans-Nederlandse multiprobleemgezinnen. Daar worden de volgende punten genoemd:

- Een oprecht betrokken en tegelijkertijd directieve, sturende aanpak.
- De hulpverlener voert niet alleen de regie, maar ondersteunt ouders ook bij het opvoeden en opgroeien van hun kinderen. Om aan te sluiten bij de kenmerken van Marokkaans- Nederlandse gezinnen, wordt hiervoor het model van Patterson aangeraden. Dit model onderscheidt vijf opvoedingsvaardigheden: grenzen stellen, belonen, toezicht houden, problemen en conflicten oplossen en ouderlijke betrokkenheid. Deze vaardigheden bevorderen een goede band tussen ouder en kind en dragen bij aan het voorkomen van risicovol en/of strafbaar gedrag van het kind.

- Hulpverleners moeten onderkennen dat naast de ouders, oudere broers vaak veel invloed op de jongere hebben, maar moeten ouders er wel op aanspreken dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de opvoeding.
- Bij een individueel probleemgeval moet de inzet van de Marokkaanse gemeenschap worden afgewogen. Dit omdat mannen en vrouwen de verantwoordelijkheid voor de eer van de familie op een verschillende manier kunnen beleven.
- Een team van hulpverleners bestaat uit generalisten met voldoende mandaat en is samengesteld uit een mix van achtergronden en uit mannen én vrouwen (Hilhorst et al., 2010).

4. Conclusie

Er zijn in binnen- en buitenland nog weinig goed opgezette effectstudies verricht naar interventies voor multiprobleemgezinnen. Recent Nederlands onderzoek naar multiprobleemgezinnen bestaat grotendeels uit (meer praktijkgericht) evaluatieonderzoek. Interventies en methodieken die veel werkzame factoren voor multiprobleemgezinnen bevatten zijn Intensieve Pedagogische Thuishulp en het wraparound care-model, waarbij gezinscoaches worden ingezet.

Om multiprobleemgezinnen te helpen, is het van belang om op meerdere terreinen tegelijkertijd hulp te bieden aan zowel ouders en kinderen. Daarnaast is het belangrijk dat hulp (wisselend) intensief en langdurig is, dat de hulpverlener de hulpverlening coördineert, zowel therapeutische als praktische hulp biedt en dat deze hulp in de leefomgeving van het gezin zelf wordt aangeboden. Hoe de hulpverlener zich opstelt is nog belangrijker dan bij andere gezinnen. In de meeste gevallen hebben deze gezinnen namelijk een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening, waardoor ze zich erg wantrouwend opstellen tegenover hulpverleners. De hulpverlener dient in de omgang met deze gezinnen dan ook nog zorgvuldiger te werk te gaan dan anders en extra aandacht te besteden aan het opbouwen van een goede relatie met de gezinsleden en hen zoveel mogelijk motiveren de aangeboden hulp te aanvaarden om problemen op te lossen. De hulpverlener zorgt hiervoor door betrokkenheid te tonen en respect vol te zijn, transparant te zijn en duidelijkheid te bieden. Hij heeft hierbij een individuele, flexibele maar ook vasthoudende houding. Daarnaast werkt de hulpverlener outreachend en stelt hij zich empowerend op waarbij hij uitgaat van de krachten van het gezin.

Literatuur

- Al, C. M. W., Stams, G. J. J. M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & Laan, P. H. van der (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1472-1479.
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbronk, M., Greef, M. de, Grieken, A. de, Jansen, ... Raat, H. (2013). *Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd*. Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut.
- Bex, P. M. H. H., Blank, R. E., & Bovens, F. (2010). *De gezinscoach in beeld: De werkzaamheden en knelpunten van gezinscoaches door Sira Consulting*. Nieuwegein: Sira Consulting B.V.
- Bieleman, B., Boendermaker, M., Nijkamp, R., & Snippe, J. (2012). *Dwars door verbanden. Evaluatie pilot aanpak multiprobleemgezinnen stad Groningen*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.

- Boer, L. E., de & Verver, E. L. (2011). *Het effect van IPT (Intensieve Pedagogische Thuishulp) op opvoedgedrag van ouders uit multiprobleemgezinnen en de modererende invloed van SES, ouderlijke competentiebeleving en de sekse van het kind*. Masterthesis, Universiteit Utrecht.
- Broos, D. (1996). Leren loslaten van het traditionele hulpverleningsmodel. Een begeleidingshouding bij multiprobleemgezinnen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie*, 21 (4), 163-172.
- Colijn, J., & Schamhart, R. (2012). *Greep op wraparound care: Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Dawe, S., Harnett, P., & Frye, S. (2008). *Improving outcomes for children living in families with parental substance misuse: What do we know and what should we do*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Drost, J. (2010). *Maatschappelijke participatie door (jonge) mensen met een licht verstandelijke beperking*. Lectorale Rede Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.
- Gerwen, J. van, & Beer, A. de (2009). Intensieve gezinshulp bij FlexusJeugdplein en Spirit: Gezinscoach heeft succes met drang en dwang. *Jeugd en Co Kennis*, 3, 8-18.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problem gezinnen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Graaf, M. de (2010). Effectief werken met multiprobleemgezinnen. In B. P. Uitenbogaard (Red.), *Werken met multiprobleemhuishoudens*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Hermanns, J. (2002). Wat werkt in de gezinsvoogdij? *Justitiële Verkenningen*, 28(9), 50-61.
- Hermanns, J. (2010). Goed geregelde jeugdzorg? In H. Pijnenburg, J. Hermanns, T. Van Yperen, G. Hutschemaekers & A. Van Montfoort (Red.), *Zorgen dat het werkt: Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Heuves, M., & Bartelink, C. (2010). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Beschrijving 'Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Hilhorst, N., Wolswinkel, L., & Schaafsma, K. (2010). *Gezinsmanagers in Marokkaans – Nederlandse Gezinnen: Wegwijzer voor en door gemeenten*. Amsterdam: DSP Groep.
- Holwerda, A., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Konijn, C. (2006). Allemaal een beetje verantwoordelijk: Verwarrend overheidsbeleid rond casemanagement multiprobleemgezinnen. *Sozio*, 11(71), 14-21.
- Mehlkopf, P. (2008). *Een kwestie van goed regelen: Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching. Handreiking bij implementatie*. Gouda: JSO Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding.
- Ooyen-Houben, M. van, Roeg, D., Kogel, C. H. de, & Koeter, M. (2008). Zorg onder dwang en drang: Een verkenning van mogelijkheden en grenzen. *Justitiële Verkenningen: Documentatieblad van het Ministerie van Justitie*, 34(3), 11-41.
- Orobio de Castro, B. (2008). *Onderzoek WIG*. In: A. Kemper, & B. Rutten (Red.) (2008). *Waar een WIG is, is een weg. Over wijkgerichte intensieve gezinsbegeleiding*. SWP Amsterdam.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J. W., Bons, E., & Beer, L. de (2002). *Kansen gekeerd? Criminaliteitspreventie door gezinsondersteuning*. Amsterdam/Utrecht: PI Research BV/ Capaciteitsgroep Ontwikkelingspsychologie Universiteit Utrecht.
- Prinsen, B., & Kalthoff, H. (2009). *Naadloos aangesloten: Veelbelovende aansluiting van maatschappelijk werk en jeugdzorg in de praktijk*. Utrecht: MOgroep.
- Portengen, R. (2010). *Gezinscoaching Utrecht: Verbinden en doorzetten!* Oudekerk aan de Amstel:

TOPIC.

- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling: Den Haag.
- Rots-De Vries, M. C., Goor, I. van de, Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: Intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211–219.
- Rots-De Vries, M. C., Kroesbergen, H. T., & Mathijssen, J. J. P. (2013). Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg: Een studie naar doelgroep, interventie-methoden en doelrealisatie. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(4), 209-216.
- Schaafsma, K. (2010). *Dicht op de huid: Gezinsmanagement bij multiprobleemgezinnen in de stadsregio Amsterdam*. Amsterdam: Drukkerij SSP.
- Steege, M. van der (2007). Intensieve pedagogische thuishulp komt tot wasdom. *Jeugd & Co Kennis*, 1(4), 23-36.
- Steege, M. van der (2009). Multiprobleemgezinnen. In: *Handboek kinderen & adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stekete, M., & Vandenbroucke, M. (2010). *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam: Een studie in het kader van Klein maar Fijn - CEPHIR*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Stomp, O. (2013). 'We moeten af van het systeem met de alwetende professional'. Jo Hermanns over Wraparound Care in de jeugdzorg. *SozioSPH*, 2, 6-9.
- Veenbaas, R., & Reubsat, H. (2010). Voorwaardelijke of gedwongen hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. In B. P. Uitenbogaard (Red.), *Werken met multiprobleemhuishoudens*. Amersfoort: Thieme Meulenhoff.
- Veerman, J. W., Janssens, J., & Delicat, J. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.
- Verhallen, T. (2013). *Gezinsinterventies bij Nederlandse en Nederlands Curaçaose 'multi-probleem' gezinnen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Vries, S. de (2010). *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- White, C., Warrenner, M., Reeves, A., & La Valle, I. (2008). *Family intervention projects: An evaluation of their design, set-up and early outcomes*. London: Department for Children, Schools and Families.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zijden, Q. van der, & Diephuis, K. (2011). *Handleiding gezinsplan. Samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan*. Partners in Jeugdbeleid.