

Meetbare preventie binnen wijkteams?



Meetbare preventie binnen wijkteams?

Een kwalitatief onderzoeksdesign met de vraag of professionals prestatie-indicatoren kunnen benoemen voor de door hun ingezette preventieve activiteiten.

Auteur:	G.J. Kamperman
Opleidingsinstituut :	Saxion University of Applied Sciences
Opleiding:	Health Care and Social Work
1 ^e beoordelaar:	dr. N.A.B.M. Ketelaar
2 ^e beoordelaar:	dr. J.J.W. de Swart

Vollenhove, juni 2017



Voorwoord

Voor de master Health Care and Social Work mocht ik dit onderzoek gaan doen. Ik heb bewust gekozen voor een onderzoek buiten mijn werkveld. Hiervoor heb ik de docenten Nicole Ketelaar en Attila Nemeth bereid gevonden om mij van input te voorzien. Ik wil beide docenten hiervoor bedanken. Zij hebben mij aangespoord om in de wereld van gemeenten en sociale wijkteams te duiken en te onderzoeken wat preventie is.

Graag wil ik de deelnemende professionals van het sociaal wijkteam Zwolle bedanken voor hun tijd en kennis. In het bijzonder wil ik Karin Otten en Albert Meijer Keizer bedanken die het onderzoek namens het sociaal wijkteam Zwolle mogelijk hebben gemaakt.

Tot slot wil ik mijn vrouw bedanken die mij tijdens de vele uren werken aan dit rapport heeft gesteund en gemotiveerd.

Mark Kamperman

Vollenhove, juni 2017

Samenvatting

Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag of er volgens professionals van een sociaal wijkteam prestatie-indicatoren benoemd kunnen worden die de effecten van preventieve activiteiten voor de jeugd kunnen meten. Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het huidige aanbod van preventieve activiteiten door het sociaal wijkteam opgeschreven. Vervolgens is aan de professionals gevraagd welke uitkomsten zij zien na de inzet hiervan. Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek dat in de vorm van een focusgroep is uitgevoerd. Dit bood de mogelijkheid om gegevens te verzamelen vanuit de ervaring van de professionals. Aan de focusgroep hebben zeven professionals van het sociaal wijkteam uit de stad Zwolle deelgenomen.

Uit dit onderzoek blijkt dat professionals het lastig vinden om prestatie-indicatoren te benoemen. Zij geven aan dat het ingewikkeld is vooraf effecten te noemen van preventieve activiteiten. Professionals hebben tijdens het onderzoek wel voorbeelden van uitkomsten genoemd die zij zien na het uitvoeren van preventieve activiteiten. Deze uitkomsten zijn vervolgens onderverdeeld in: problemen worden gesignaleerd en het ontstaan en de herhaling van problemen word voorkomen. Dit overzicht van preventieve activiteiten heeft geleid tot een onderscheid in verschillende preventieniveaus: het primaire, secundaire en tertiaire niveau. Deze indeling is gebaseerd op het moment waarop wordt ingegrepen tijdens een probleem.

De meeste uitkomsten worden gezien binnen het secundaire preventieniveau, waarbij de hulpvrager reeds een probleem heeft gemeld of het probleem wordt behandeld. De minste uitkomsten worden binnen het primaire preventieniveau gezien, waarbij nog geen sprake is van een probleem.

Professionals geven aan dat de inzet van preventie meer zou kunnen bijdragen bij de signalering van problemen in de wijk. Van alle genoemde uitkomsten noemen professionals het vaakst voorbeelden waarbij de inzet van preventieve activiteiten leidt tot: sneller handelen van professionals, de eigen kracht van de hulpvrager is versterkt en hulpvragers beter zijn geïnformeerd.

Het sociaal wijkteam wordt aanbevolen eerst een preventiedefinitie op te stellen en vervolgens de door hun ingezette preventieve activiteiten binnen de verschillende preventieniveaus te beschrijven. Daarbij wordt aanbevolen om meer in te zetten op primaire preventieve activiteiten die er onder andere voor kunnen zorgen dat problemen in de wijk sneller gesignaleerd worden. Om met behulp van prestatie-indicatoren de kwaliteit van zorg te verbeteren wordt aanbevolen om meer gebruik te maken van evidence-based interventies. Deze interventies leveren meer informatie over het effect van preventie wat kan worden gebruikt bij het monitoren van prestatie-indicatoren.

Summary

This study answers the question if, according to social work professionals, performance indicators that measure the effort of prevention activities for youth can be identified. In order to answer this question professionals were asked to write down their current offering of preventive interventions. Next the professionals were asked what outcomes they see in executing these preventive interventions. In a qualitative study seven professionals of the social district team Zwolle participated in the form of a focus group. This offered the opportunity to gather data directly from the experience of the professionals.

This study shows the difficulty professionals experience in naming performance indicators. They indicate it is complicated to predict the effects of preventive activities prior to execution. The professionals did however mention several examples of outcomes they see after executing preventive activities. Next these outcomes were classified in: problems are identified and preventing problems to arise and recur. This overview of preventive activities resulted in a differentiation of prevention levels: primary, secondary and tertiary. This differentiation is based on the moment of intervening during the problem.

Within the secondary level of prevention the most outcomes are seen, where the client already reported a problem or is treated for a problem. Within the primary level of prevention the least outcomes are seen, where there are no actual problems yet. Professionals indicate that the use of prevention could contribute more to the identification of problems in the neighborhood. Of all outcomes mentioned, professionals give the most examples of preventive activities leading to: faster acting by professionals, strengthening the self-help of the client and better informed clients.

It is recommended for the social district team to first of all write down a definition of prevention and then describe with preventive activities they use within the various prevention levels. It's recommendable to make more use of primary preventive activities to enable faster detection of problems in the neighborhood. To improve overall quality of care by using performance indicators it is recommendable to make more use of evidence-based interventions. These interventions provide more information on the effects of preventions which in turn can be used in monitoring performance indicators.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	7
1.1	Aanleiding.....	7
1.2	Probleemstelling	8
1.3	Theoretisch kader	9
1.4	Doelstelling.....	13
1.5	Hoofdvraag en deelvragen.....	13
2	Methode	14
2.1	Onderzoekspopulatie	14
2.2	Werving & selectie	14
2.3	Dataverzameling en meetinstrument	15
2.4	Data analyse	17
2.5	Methodologische kwaliteit.....	18
2.6	Ethische verantwoording	19
3	Resultaten	20
3.1	Preventieve activiteiten.....	20
3.2	Uitkomsten van preventieve activiteiten	23
3.3	Prestatie-indicatoren.....	26
4	Conclusie.....	28
5	Discussie	29
6	Aanbevelingen	32
7	Literatuurlijst.....	33
	Bijlage I: draaiboek bijeenkomst 1	38
	Bijlage II: draaiboek bijeenkomst 2.....	40
	Bijlage III: draaiboek bijeenkomst 3.....	42
	Bijlage IV: Uitnodiging aan deelnemers	44
	Bijlage V: Informed Consent.....	46
	Bijlage VI: Preventieve activiteiten en acties.....	47

1 Inleiding

Met ingang van 1 januari 2015 is de AWBZ verdwenen en is de zorg geregeld via vier wetten: de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Wet langdurige zorg, Zorgverzekeringswet en de Jeugdwet. In deze wetten is er steeds meer aandacht voor preventie, waarmee beoogt wordt om problemen minder groot te laten worden of problemen zelfs te voorkomen. De verantwoording om aan preventie te doen ligt nu grotendeels bij de gemeenten. Gemeenten kiezen er in de meeste gevallen voor om een groot deel van de preventieve activiteiten uit te laten voeren door de sociale wijkteams (Arum & Schoorl, 2015). In de regel worden door de gemeenten indicatoren opgesteld die de inzet van preventieve activiteiten stimuleren.

Voor dit onderzoek in de gemeente Zwolle is specifiek de doelgroep jeugd gekozen, omdat bij hen nog veel gezondheidswinst is te behalen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014; O'Connell, Boat, & Warner, 2009). Daarbij heeft de gemeente Zwolle de ambitie om de jeugdhulp in de leefwereld van kinderen, jongeren tot 18 jaar en hun ouders te organiseren en in sommige gevallen, zoals voorzetting van jeugdhulp of jongeren die volgens het Strafrecht berecht zijn, tot en met 23 jaar (Gemeente Zwolle, 2014). Hierbij willen zij een verschuiving van zwaardere gespecialiseerde jeugdhulpverlening naar preventie en lichtere vormen van jeugdhulpverlening. Voor dit onderzoek vallen onder preventieve activiteiten, enerzijds de activiteiten die de toestroom naar tweedelijnszorg beperken en anderzijds de activiteiten die nieuwe problemen bij cliënten, afkomstig uit de tweedelijnszorg, voorkomen.

1.1 Aanleiding

De grotere aandacht voor preventie loopt samen met wetenschappelijk onderzoek waarin naar voren komt dat er meer aan preventie gedaan moet worden. Hierin wordt aangetoond dat preventie een gunstig effect heeft op de gezondheid van mensen (Bruijn et al., 2015; Berg, Post, Hamberg-van Reenen, Baan, & Schoenmaker, 2013). Zo kan preventie resulteren in een hogere levensverwachting, door onder andere de verbeterde zorg bij infectieziekten, hart- en vaatziekten en kanker, maar ook zorgen dat emotionele schade wordt beperkt of zelfs wordt voorkomen (O'Connell, Boat, & Warner, 2009; Post, Zwakhals, & Polder, 2010). Eén van deze onderzoeken toont aan dat het voornemen om cannabis te gaan roken kan worden weggenomen door psychosociale determinanten te stimuleren en

blijkt uit ander onderzoek dat een cursus depressieve symptomen kan voorkomen (Dam, Hosman, Hoogduin, & Schaap, 2007; Roscoät, Cogordan, Guignard, Wilquin, & Beck, 2015).

Om meer preventie in te zetten wordt de laatste jaren kosteneffectiviteit vaker als groot voordeel genoemd (Beurden, 2016; Invoorzorg, 2017). Goedkope preventieve activiteiten kan dure zorg voorkomen en kosteneffectiviteit lijkt daarmee een steeds grotere rol te krijgen bij beslissingen over de invoering van preventieprogramma's (Berg et al., 2013). Door de bezuinigingen van de afgelopen jaren wordt kosteneffectiviteit in de zin van verdere bezuinigingen vaak gelinkt aan kwaliteitsverlies (Pepping, z.d.; Wester, 2017) Dit hoeft echter niet zo te zijn, omdat kosteneffectiviteit ervoor moet zorgen dat het beschikbare geld zo goed mogelijk besteed wordt. Onderzoek naar kosteneffectiviteit van interventies kan bijdragen bij het maken van betere beleidsmatige beslissingen over de aankoop van nieuwe interventies die de kwaliteit mogelijk zelfs kunnen verhogen tegen lagere kosten (Kremer et al., 2016; Ouwens, Wollersheim, Burgers, Wensing, & Westert, 2011).

Om de kwaliteit van zorg in Nederland te waarborgen is in de Kwaliteitswet Zorginstellingen vastgelegd dat iedere zorgverlener verplicht is om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Gemeenten zijn met de komst van de nieuwe zorgwetten daarbij verplicht om te werken met zogenoemde 'outcome criteria', waarin staat uitgewerkt op welke resultaten de gemeente stuurt. Dit moet meer inzicht geven in de effecten en kwaliteit van geleverde zorg (Yperen, Wilde, Wilschut, Keuzenkamp, & Jager, 2015; Beltman, Veer, & Sok, 2015). Een middel om aan deze voorwaarde te voldoen is het gebruik van prestatie-indicatoren. Deze kunnen signalen afgeven over de kwaliteit van interventies die door sociaal werkers worden ingezet.

Het werken met prestatie-indicatoren is binnen het sociaal werk relatief nieuw, maar binnen de gezondheidszorg wordt hier al geruime tijd mee gewerkt. Voor de invoering van prestatie-indicatoren binnen het sociaal werk is het daarom raadzaam om de ervaringen binnen de gezondheidszorg mee te nemen. Een goede ontwikkeling en invoering van prestatie-indicatoren is namelijk belangrijk om de kwaliteit van dienstverlening door het sociaal wijkteam te kunnen meten (Amodeo et al., 2013). Hierbij wordt aangeraden om zorgprofessionals voldoende te betrekken bij het invoeren en ontwikkelen van prestatie-indicatoren.

1.2 Probleemstelling

De grotere aandacht voor preventie gaat samen met een steeds grotere nadruk op het verantwoorden van de ingezette zorg. Bij het inzetten van preventieve activiteiten wordt meer gelet op

kosteneffectiviteit en steeds vaker worden onder andere domotica als oplossing genoemd om zorg beter en goedkoper te maken (Aa, 2017) . Het toepassen van preventie en het meten van de effecten is echter nog altijd een lastig onderwerp en het is de vraag of preventie altijd kostenbesparing met zich meebrengt (Eijkenaar, 2013). Het is dan ook van belang dat er voor professionals binnen een sociaal wijkteam meer onderzoek wordt gedaan dat bijdraagt aan het verantwoorden van hun preventieve werkzaamheden.

In andere landen spelen soortgelijke problemen. Een aantal Amerikaanse literatuurstudies hebben in nationale databases en wetenschappelijke tijdschriften onderzocht hoeveel publicaties over preventie binnen het sociaal werk zijn schreven. Hierbij is geconstateerd dat een relatief klein percentage (9%) van de gepubliceerde artikelen gaat over het onderwerp preventie (McCave, & Rishel, 2011; McCave, Rishel, & Morris, 2013; Ruth, Velásquez, Marshall, & Ziperstein, 2015). Aangeven wordt dat er hierdoor nog te weinig materiaal en ondersteuning beschikbaar is voor studenten, faculteiten en professionals die zich op preventie binnen het sociaal domein willen richten (McCave, & Rishel, 2011; McCave et al., 2013). Met het idee dat preventief werken binnen het sociaal werk een prominentere rol moet innemen zullen (aankomende) professionals beter uitgerust moeten worden met kennis en materialen om preventieve activiteiten te kunnen toepassen (McCave et al., 2013).

Ook in Nederland wordt er in de praktijk nog onvoldoende gebruik gemaakt van gemeten effecten. Naast dat er mogelijk te weinig materiaal beschikbaar is, lijkt dit ook lastig doordat het verantwoorden van werkzaamheden door de sociaal werker erg complex is. Door de complexiteit de van werkzaamheden ontstaat het beeld dat zij niet in staat zijn om zichzelf en hun werk op adequate en overtuigende wijze te verantwoorden (Freidson, 2001; Movisie, 2013). Er is een groeiende noodzaak om te werken met evidence-based methodes waarbij effecten van interventies kunnen worden onderbouwd met wetenschappelijk bewijs en om te kunnen laten zien dat het werk dat gedaan wordt ertoe doet. Het ontwikkelen en invoeren van deze interventies is in de praktijk lastig, omdat deze vaak context afhankelijk zijn en de behandeling van individuele gevallen kan bestaan uit een combinatie van verschillende methodes (Wells, Kristman-Valente, Peavy, & Jackson, 2013). Er zijn daarom steeds meer initiatieven die effecten van jeugdhulp inzichtelijk willen maken (Nederlands Jeugdinstituut, 2010).

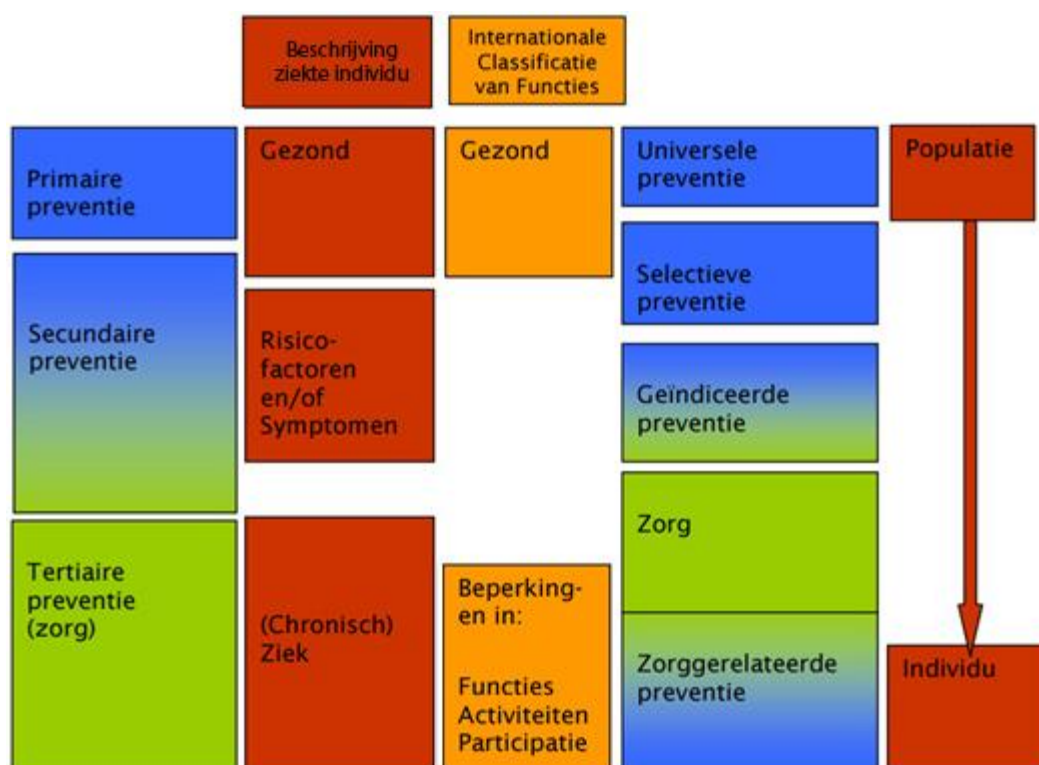
1.3 Theoretisch kader

Er worden in de zorg meerdere definities gebruikt van preventie en deze zijn afhankelijk van de soort preventie, de doelgroep of de sector binnen de zorg (Berg et al., 2013). Er wordt door beleidsmakers binnen Nederlandse gemeenten geen eenduidige definitie van preventie gebruikt. In een aantal

beleidsplannen wordt de definitie van Wikipedia gebruikt: “Preventie is het geheel van doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren (= handelen voordat het probleem ontstaat) en ageren wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is.” (Gemeente Krimpen aan den IJssel, 2014; Gemeente Steenwijkerland, 2016; Gemeente Westerveld, 2014). Onduidelijk is de bron van deze definitie. In Vlaanderen is meer aandacht voor het definiëren van het begrip preventie. Goris, Burssens, Melis, en Vettenburg (2008) schrijven dat het belangrijk is om het begrip preventie te definiëren, zodat de initiatieven die ingezet en uitgevoerd worden duidelijk afgebakend zijn en daarmee beter getoetst kunnen worden. Hij definieert preventie als “initiatieven die doelbewust en systematisch een probleem voorkomen”. Om preventie verder te specificeren wordt over het algemeen de indeling primaire-, secundaire- en tertiaire preventieniveau gebruikt. Meer recent wordt ook onderscheid van preventie naar doelgroep gemaakt.

De indeling primaire-, secundaire- en tertiaire preventieniveau zegt iets over het moment waarop wordt ingegrepen tijdens een probleemontwikkeling. Het primaire preventieniveau richt zich op een algemene populatie waar er nog geen sprake is van een acuut probleem. Dit kan gerealiseerd worden door middel van een breed aanbod aan informatie en advies. Secundaire preventie richt zich op doelgroepen die risico's vertonen van een bepaald probleem. In deze fase worden de signalen van het probleem zichtbaar en is het risico op probleemontwikkeling aanwezig. Tertiaire preventie richt zich op personen die geconfronteerd worden met problemen. Problemen worden duidelijk en preventie heeft hier als doel om een verdere escalatie te voorkomen (Goris, et al., 2008; Goris, 2008).

Bij een indeling naar doelgroep wordt onderscheid gemaakt in universele-, selectieve-, geïndiceerde- of zorggerelateerde preventie. Universele selectie richt zich op de hele bevolking of specifieke groepen zoals kinderen. Selectieve preventie is preventie die zich richt op bepaalde risicogroepen. Bij geïndiceerde preventie richt men zich op mensen die een ziekte of afwijking nog niet hebben maar die een verhoogd risico hebben en zorggerelateerde preventie bestaat uit activiteiten voor mensen met een ziekte of afwijking met als doel de ziektelast te verlagen en verergering te voorkomen. In figuur 1 is weergegeven hoe deze indelingen zich verhouden naargelang het de fase van de ziekte beschrijft of iets zegt over doelgroep.



Figuur 1: Indelingen van preventie ¹

Het gebruik van effectieve interventies maakt zorgverlening transparanter en zorgt ervoor dat deze zich verder kan verbeteren. Deze interventies, het zogenoemde evidence-based werken, bestaan uit kennis over wat werkt, bij wie, wanneer en waarom. Er zijn in Nederland verschillende databanken die de effectiviteit van interventies in kaart brengen. Onder andere organisaties als RIVM (preventieve gezondheidsinterventies), Nederlands Jeugdinstituut (Jeugd) en Platform 31 (Wijkinterventies) beoordelen interventies met de door hun opgestelde criteria en verzamelen dit in hun databank. Vaak wordt gedacht dat evidence-based werken alleen op basis van wetenschappelijk onderzoek is, maar ook andere bronnen, zoals input en ervaring vanuit de praktijk, worden gebruikt om kennis te krijgen over wat werkt (Yperen, 2010).

Om resultaten van preventieve activiteiten te kunnen meten en hier op te kunnen sturen wordt over het algemeen gebruik gemaakt van prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren kunnen bijdragen aan het verkrijgen van inzicht in resultaten en effecten van preventieve activiteiten. Met behulp van meetinstrumenten worden bijvoorbeeld de cliënttevredenheid, doelrealisatie en wachttijden gemeten

¹ Kroes, M., Mastenbroek, C., Couwenbergh, B., Eijndhoven, van, M., Festen, C., & Rikken, F. (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.

die vervolgens kunnen worden getoetst aan opgestelde prestatie-indicatoren. Het gebruik van prestatie-indicatoren kan daarmee leiden tot kwalitatief betere zorg en positieve effecten hiervan zijn: meer transparantie, een prikkel voor productie en een vorm van verantwoording (Ikkersheim & Koolman, 2012; Korsten, 2007; Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen, 2015).

In de praktijk lopen verwachtingen (potentiële voordelen) en resultaten (gebleken voordelen) vaak door elkaar (Oldenhof, 2012). Er wordt daarom verschillend gesproken over de effecten van prestatiemeting. Critici van prestatiemeting noemen dat voorstanders te weinig beseffen dat er ook nadelen zijn, de zogenoemde perverse effecten, zoals het versterken van interne bureaucratie en het blokkeren van ambities (Bruijn, 2002). Hierbij wordt over perverse effecten geschreven, omdat deze niet bedoeld en vaak ongunstig zijn. Deze kritiek speelt al langer binnen het ziekenhuiswezen en er wordt daarom bij het gebruik van prestatie-indicatoren vaker gesproken over een verschuiving van beoordelen van kwaliteit naar verbeteren van kwaliteit (Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, z.d.; Jayanna et al., 2016). Het effect van kwalitatief betere zorg lijkt voornamelijk te gelden voor indicatoren die met of door professionals zijn opgesteld.

Bij het opstellen van prestatie-indicatoren wordt eerst een kader vastgesteld dat tot een specificatie van verschillende onderwerpen leidt. Deze worden vervolgens uitgewerkt naar indicatoren. Het heeft de voorkeur dat prestatie-indicatoren worden ondersteund met wetenschappelijk bewijs in plaats van enkel de mening en ervaring van professionals (Hekkink, Molleman, Keijsers, & Saan, 2007; Mainz, 2003). Bij het selecteren van indicatoren zullen professionals een afweging maken betreffende het belang van de indicator, de hoeveelheid bewijs voor de indicator en de validiteit en betrouwbaarheid van de indicator (Mainz, 2003). Als laatst zullen deze indicatoren uitgetest en geïmplementeerd moeten worden (Mainz, 2003; Gijsen et al., 2009; Hekkink et al., 2007). Bij het opstellen van prestatie-indicatoren helpt het expliciet benoemen van effecten om verwachtingen en resultaten uit elkaar halen (Sociaal Werk in de Wijk, z.d.).

Er zijn voor indicatorontwikkeling meerdere documenten beschikbaar, zoals de handleiding indicatorontwikkeling door het CBO en de OMS (Beersen, Kallewaard, Croonenborg, Everdingen, & Barneveld, 2007), het definitierapport Zorgbalans van het RIVM (Berg, et al., 2011) en het onderzoeksrapport naar indicatorontwikkeling voor gezondheidsbevordering van het NIGZ (Hekkink et al., 2007). Voor dit onderzoek zijn de stappen uit het onderzoeksrapport van het NIGZ, om te komen tot een lijst prestatie-indicatoren, gebruikt namelijk; het beschrijven van het werkproces in een model en het brainstormen met (interne) experts, waarna een keuze en uitdieping van de variabelen is gemaakt die als indicator in aanmerking komen (Hekkink et al., 2007, p. 5). Tijdens deze stappen maken

professionals een selectie van indicatoren die essentieel zijn voor kwaliteit van gezondheidsbevordering en mogelijk voldoende signalerende kracht hebben. Hiervoor beschrijven zij het werkproces in een model en wordt er bekeken welke mogelijke indicatoren verder kunnen worden uitgewerkt. Deze stappen lijken om geschikt vanuit de expertise van de professionals prestatie-indicatoren te laten benoemen.

1.4 Doelstelling

De doelstelling voor dit onderzoek is tweeledig; intern en extern. Het interne doel van dit onderzoek is tot het komen van een lijst met prestatie-indicatoren die benoemd zijn vanuit de professional binnen het sociaal wijkteam. Het verkregen inzicht draagt bij aan het toetsen van ingezette preventieve activiteiten ten opzichte van reeds opgestelde indicatoren. Deze informatie kan bijdragen aan het verder ontwikkelen en implementeren van prestatie-indicatoren die de kwaliteit van preventieve activiteiten voor de jeugd door het sociaal wijkteam kunnen verbeteren.

De externe doelstelling is een bijdrage te leveren aan het beter verantwoorden van reeds ingezette preventieve activiteiten voor de jeugd door de professionals binnen het sociaal wijkteam aan derden, zoals de gemeente Zwolle en de zorgverzekeraars.

1.5 Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

Welke prestatie-indicatoren kunnen volgens professionals van een sociaal wijkteam het effect van hun preventieve activiteiten voor de jeugd meten?

Deelvragen

- Welke preventieve activiteiten voor de jeugd worden er door het sociaal wijkteam gedaan?
- Welke uitkomsten zien de professionals binnen het sociaal wijkteam na het bieden van deze preventieve activiteiten?
- Welke prestatie-indicatoren zien de professionals binnen het sociaal wijkteam bij de door hen genoemde resultaten?

2 Methode

De opzet van dit onderzoek is kwalitatief uitgevoerd. Voor het uitvoeren van de gehanteerde onderzoeksopzet is in dit onderzoek een focusgroep gebruikt. Hiervoor zijn drie bijeenkomsten gepland met in totaal zeven deelnemers. De bijeenkomsten duurden ongeveer één uur, waarin een vooraf opgestelde agenda werd doorlopen zoals weergegeven in bijlages I, II en III. Hierbij zijn de eerste twee stappen van het model van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie met de respondenten doorlopen.

2.1 Onderzoekspopulatie

De gemeente Zwolle heeft vijf sociale wijkteams in de stadsdelen Noord, West, Midden, Oost en Zuid. Ieder wijkteam bestaat uit ongeveer 20 tot 30 professionals met daarin verschillende disciplines die veel preventieve activiteiten uitvoeren voor de jeugd binnen hun gemeente. De wijkteams bestaan uit een of meer Wmo-consulenten, medewerkers van de afdeling Sociale Zaken en Werkgelegenheid van de gemeente, maatschappelijk werkers van de Kern, opbouwwerkers van Travers en medewerkers van Jeugdbescherming Overijssel. Consulenten van MEE IJsseloevers en schoolmaatschappelijk werkers maken ook deel uit van de wijkteams en werken in de scholen nauw samen met de leerkrachten (Sociaal wijkteam, z.d.).

2.2 Werving & selectie

Selm (2007) zegt dat de ideale groepsgrootte van een focusgroep ligt tussen de zes en tien personen. Hiermee is er genoeg ruimte voor discussie en is er voor alle deelnemers voldoende gelegenheid om iets in te brengen. Om de discussie van voldoende input te voorzien zijn alleen professionals met minimaal een half jaar ervaring in het uitvoeren preventieve activiteiten voor de jeugd benaderd. Hierbij zijn alle disciplines binnen het sociaal wijkteam Zwolle uitgenodigd die in hoofdstuk 2.1 staan beschreven. Bij meer dan tien aanmeldingen is een selectie nodig, waarvoor een contactpersoon van het sociaal wijkteam Zwolle is aangewezen. Hij maakt bij meer dan tien aanmeldingen een selectie van professionals met zoveel mogelijk verschillende disciplines en standplaatsen. Hierdoor is er sneller

contact gemaakt met de professionals om deelname vast te leggen. De contactpersoon maakt geen deel uit van dit onderzoek.

De teamleider van het sociaal wijkteam Zwolle Zuid, opdrachtgever van dit onderzoek, heeft via de teamleiders van de verschillende stadsdelen het verzoek voor deelname per mail verzonden.

Beschikbare medewerkers hebben zich vervolgens per mail voor dit onderzoek aangemeld. Na de oproep hebben zeven deelnemers zich voor dit onderzoek aangemeld. Op basis van de eerder genoemde selectiecriteria is er hierdoor geen verdere selectie van deelnemers nodig geweest. De deelnemers bestaan uit zes vrouwen en één man. Zes deelnemers zijn tussen de 24 en 36 uur werkzaam als medewerker Jeugd en Gezin. Eén medewerker is voor 18 uur gedetacheerd als medewerker Welzijn.

Alle deelnemers hebben een HBO opleidingsniveau binnen het sociaal werk, zoals pedagogiek, SPH en CMV. Twee deelnemers werken in wijkteam West, drie in wijkteam Noord, één in wijkteam Zuid en één in wijkteam Midden. Hiermee zijn vier van de vijf wijkteams vertegenwoordigd. Uit wijkteam Oost hebben er geen medewerkers deelgenomen aan de focusgroep. In tabel 1 staat de uiteindelijke deelname aan de bijeenkomsten uitgewerkt. Twee deelnemers hebben aan drie bijeenkomsten deelgenomen en vijf deelnemers hebben aan twee bijeenkomsten deelgenomen.

Tabel 1

Deelname focusgroep bijeenkomsten

Bijeenkomst	ID nummers van deelnemers	Aantal deelnemers
Eén	R01, R02, R03 & R04	4
Twee	R01, R02, R03, R04, R05, R06 & R07	7
Drie	R02, R03, R05, R06 & R07	5

2.3 Dataverzameling en meetinstrument

Met dit onderzoek is gezocht naar meningen en ervaringen vanuit de praktijk die zich kunnen vertalen naar prestatie-indicatoren (Baarda, Goede, & Teunissen, 2005). Bij een focusgroep gaat het om het genereren van ideeën, wat wordt gedaan door het organiseren van een aantal bijeenkomsten (Baarda et al., 2005). Een voordeel van het werken met groepen is dat je als deelnemer tot opmerkingen en ideeën kunt komen die je in een individueel gesprek of bij anonieme vragenlijsten niet had geuit, omdat je er dan niet aan denkt (Baarda et al., 2005). Bij de focusgroep wordt gebruik gemaakt van

intersubjectiviteit van betrokkenen en kan door middel van bevraging consensus worden bereikt omtrent een probleemstelling.

Een nadeel is dat sommige mensen in een groep juist geremd reageren en hun mening minder goed durven uiten, omdat ze bang zijn een slecht figuur te slaan (Baarda et al., 2005). Om ervoor te zorgen dat professionals die weinig aan bod zijn geweest voldoende bijdrage kunnen leveren aan dit onderzoek, zijn de resultaten na de bijeenkomsten gemaild. Dit bood de deelnemers de mogelijkheid om tot twee weken na de bijeenkomst alsnog zaken in te brengen. Deelnemers konden deze per mail naar de onderzoeker sturen, zodat deze werden meegenomen bij het samenvatten van de vorige bijeenkomst.

Tijdens de bijeenkomsten heeft de onderzoeker erop gelet dat bepaalde deelnemers niet teveel een stempel op de groep zouden drukken. Daarbij heeft de onderzoeker opgelet of het doel van de bijeenkomst werd aangehouden om zo antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen (Baarda, et al., 2005). Dit deed hij door het vooraf opgestelde draaiboek te volgen zoals is weergegeven in bijlage I, II en III. In het draaiboek staan de vragen die tijdens de bijeenkomsten werden gesteld en zijn de kaders voor de professionals om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen weergegeven.

De bijeenkomsten werden opgenomen met een videocamera. De video-opnames zorgden ervoor dat onderscheid werd gemaakt tussen wie wat zegt, wat vaak lastig is bij het opnemen van alleen het geluid van een focusgroep (Bryman, 2012). Met de inzet van een videocamera ontstaat een vollediger beeld van de discussie die in de groep plaats vindt. Voor dit onderzoek is gekozen voor een kleine actiecamera. Deze camera was minder prominent aanwezig in de ruimte, waarmee getracht werd te bereiken dat deelnemers zich minder bekeken voelden.

In de eerste bijeenkomst is gestart met de vraag: “Wat verstaan jullie onder preventieve activiteiten?”. Om antwoord te kunnen geven op de eerste deelvraag: “Welke preventieve activiteiten voor de jeugd worden er door het sociaal wijkteam gedaan?” is het draaiboek zoals weergegeven in bijlage I gevolgd. Respondenten hebben tijdens deze bijeenkomst preventieve activiteiten opgeschreven op post-its. Vervolgens zijn deze opgehangen en is gevraagd om te benoemen welke concrete acties zij inzetten, zodat een volledig beeld van de preventieve activiteiten ontstond. Na deze bijeenkomst is de uitkomst van deze bijeenkomst opgeschreven en onderverdeeld in verschillende niveaus van preventie, namelijk primaire-, secundaire- en tertiaire preventieve activiteiten.

Het overzicht van preventieve activiteiten per niveau is voorafgaand aan de tweede bijeenkomst per mail aan de respondenten verzonden en tijdens de bijeenkomst gecontroleerd op volledigheid. De tweede deelvraag luidde: “Welke uitkomsten zien professionals binnen het sociaal wijkteam na het

bieden van preventieve activiteiten?” en werd beantwoord door het draaiboek zoals weergegeven in bijlage II te doorlopen. Tijdens deze bijeenkomst werd de onderverdeling van preventieve activiteiten binnen de verschillende niveaus als uitgangspunt gebruikt. Respondenten hebben per preventieve activiteit voorbeelden genoemd van resultaten die zij zien na de inzet van deze activiteit.

Voor de derde bijeenkomst is een overzicht van genoemde resultaten per mail verzonden en tijdens de bijeenkomst met de respondenten gecontroleerd op volledigheid. Dit heeft als input gediend om antwoord te kunnen geven op deelvraag drie: “Welke prestatie-indicatoren zien de professionals binnen het sociaal wijkteam bij de door hen genoemde resultaten?” door het draaiboek zoals weergegeven in bijlage III te volgen. De vraag werd ingeleid met een aantal voorbeelden van indicatoren. Vervolgens hebben de deelnemers middels een aantal vragen gekeken of zij prestatie-indicatoren konden benoemen.

2.4 Data analyse

Na bijeenkomst één en twee heeft de onderzoeker de volledige bijeenkomst getranscribeerd. Hiervoor zijn de video's met behulp van otranscribe.com in tekst getranscribeerd. Na dit proces is de kwalitatieve data gestructureerd in een lijst welke gebaseerd is op de volledige transcriptie (Krueger, 2015). Dit begon met open coderen, waartoe het materiaal werd gelezen vanuit het perspectief van de onderzoeker, maar ook vanuit het perspectief van de deelnemers van de focusgroep (Selm, 2007). Hierbij werden steekwoorden toegekend aan het materiaal. Het open coderen werd gevolgd door fase van axiaal coderen. Het axiaal coderen is het proces van het ordenen van labels en deze terugbrengen tot (kern)thema's (Baarda et al., 2005). Deze indeling werd bepaald door de onderzoeksvraag, wat in hoofdlijnen bestaat uit “preventieve activiteiten”, “resultaten van preventieve activiteiten” en “prestatie-indicatoren”.

Het analyseren van de data werd gedaan met de software Atlas.ti. De analyse van de transcripten richtte zich op de drie deelvragen van het onderzoek, verdeeld in vijf stappen. Deze vijf stappen zijn:

1. Alle preventieve activiteiten die de professionals noemen worden in een lijst gezet;
2. De lijst preventieve activiteiten worden, waar het kan, samengevoegd en onderverdeeld in categorieën door de onderzoeker. Deze lijst wordt in bijeenkomst twee besproken door de professionals en gecheckt op volledigheid, waarna deze gebruikt gaat worden in stap drie. De categorieën zullen later worden gebruikt in stap vier;

3. Alle resultaten die de professionals noemen bij iedere preventieve activiteit worden in de lijst gezet;
4. De lijst resultaten worden per categorie, waar kan, onderverdeeld in mogelijke prestatie-indicatoren door de onderzoeker;
5. Deze lijst wordt in bijeenkomst drie door de professionals besproken en gecheckt op volledigheid, waarna een lijst wordt gemaakt met de door de professionals goed bevonden prestatie-indicatoren.

2.5 Methodologische kwaliteit

In de methodologische verantwoording van dit onderzoek is uitgegaan van “trustworthiness” (betrouwbaarheid) en “authenticity” (echtheid), zoals beschreven is door Guba en Lincoln (Bryman, 2012). Zij stellen dat het noodzakelijk is om voorwaarden en manieren van het opstellen en beoordelen van de kwaliteit van kwalitatief onderzoek te specificeren. Voor de geloofwaardigheid is in dit onderzoek de techniek “respondent validation” gebruikt. Om hieraan te voldoen na iedere bijeenkomst de samenvatting aan de deelnemers voorgelegd en waar nodig aangepast (Bryman, 2012). Daarnaast is vooraf het onderzoek een pilot uitgevoerd, waarvoor een draaiboek is ontwikkeld. Dit draaiboek is na de pilot geëvalueerd en bijgesteld om het onderzoek hogere geloofwaardigheid te geven.

De overdraagbaarheid van dit onderzoek is klein, omdat er een kleine specifieke groep is onderzocht (Bryman, 2012). De uitkomsten van dit onderzoek kunnen niet direct worden toegepast bij andere sociale wijkteams, omdat iedere gemeente zijn sociale wijkteams anders inzet. Echter kan dit onderzoek wel in andere sociale wijkteams worden uitgevoerd, zodat op grotere schaal gekeken kan worden naar de invoering van landelijke prestatie-indicatoren binnen sociaal wijkteams. Daarnaast kunnen de preventieve activiteiten en de daarbij behorende resultaten met andere teams worden vergeleken om lering uit te trekken.

De betrouwbaarheid is gewaarborgd door het bewaren van alle data, zoals de transcripten, de video-opnames en de notities. Naast betrouwbaarheidscriteria bevelen Guba en Lincoln ook het beschrijven van criteria over de authenticiteit van het onderzoek. Bij deze criteria is er sprake van een bredere reeks kwesties met betrekking tot de bredere politieke impact van onderzoek, namelijk eerlijkheid, ontologische authenticiteit, onderwijskundige authenticiteit, katalysator authenticiteit en tactische authenticiteit (Bryman, 2012).

Dit onderzoek beoogde een eerlijke weergave van de ideeën van de verschillende deelnemers. Er werd tijdens de bijeenkomsten gevraagd naar eigen beleving en mening van zijn of haar werkzaamheden. De samenvatting hiervan werd aan de deelnemers ter beoordeling voorgelegd. Daarnaast zijn politieke opvattingen en het huidige beleid van de instelling, waarvoor de deelnemers werken, waar mogelijk buiten het gesprek gehouden. Dit om zo min mogelijk gekleurde gegevens te verkrijgen die de eigen mening en ervaring van de professionals niet voldoende weergeven. De onderzoeker heeft dit criterium zo goed mogelijk bewaakt tijdens de focusgroepen.

Het onderzoek geeft een weergave van de sociale omgeving van de deelnemers door het werkproces, de activiteiten en de geziene resultaten weer te geven in een lange lijst en deze door de deelnemers te laten controleren. Deze ontologische authenticiteit geeft de deelnemers vervolgens inzicht over anderen in die sociale omgeving, de zogeheten onderwijskundige authenticiteit. Het onderzoek kan hiermee de verschillende disciplines binnen het sociaal wijkteam inzicht geven in de preventieve activiteiten van collega's.

Het onderzoek beoogde ook een katalysatoreffect op het vermogen van de deelnemers om beslissingen te nemen. Dit is bereikt, door aan de hand van het verkregen inzicht in preventieve activiteiten van het sociaal wijkteam, deelnemers te laten bepalen welke activiteiten zijn vastgesteld als prestatie-indicator. Dit had een versterkend effect op het zelfvertrouwen van de deelnemers. Zij hebben hierdoor beter inzicht in welke preventieve activiteiten zij aanbieden en welk resultaat dit geeft, de zogeheten tactische authenticiteit.

2.6 Ethische verantwoording

Een onderzoek is ethisch verantwoord wanneer: de respondent vrijwillig meewerkt, geen valse voorstelling van zaken wordt gegeven, de gegevens anoniem worden verwerkt en de uitkomsten geen nadelig effect voor de respondent hebben (Baarda et al., 2005).

Aan het sociaal wijkteam Zwolle is toestemming gevraagd om dit onderzoek uit te voeren. Deze toestemming is verleend door een van de managers van deze organisatie en er is afgesproken dat de deelnemers op vrijwillige basis deelnemen aan de bijeenkomsten. Er is bij het verwerken van de gegevens zorg gedragen dat deze zodanig zijn verwerkt dat deze niet te herleiden zijn naar het individu. De verwerking van de verzonden gegevens na de bijeenkomsten is anoniem gedaan. Deelnemers hebben voor deelname een 'informed consent' getekend, zoals is weergegeven in bijlage V. Er zijn voor de deelnemers geen nadelige effecten gezien door deelname aan dit onderzoek.

3 Resultaten

In de eerste bijeenkomst is gestart met de vraag: “Wat verstaan jullie onder preventieve activiteiten?”. Op deze vraag hebben respondenten geen concreet antwoord gegeven. Respondenten gaven aan dat preventie een onderdeel is van de verschillende werkzaamheden die door de professionals worden uitgevoerd. Preventieve activiteiten worden op basis van de inschatting van de professional ingezet om ergere problemen te voorkomen.

“Het is een onderdeel waarmee we werken. Je kunt niet zeggen dat dat is wat we doen.” (respondent 2).

Wel gaven de respondenten aan wanneer en waarom ze deze preventieve activiteiten inzetten.

Preventieve activiteiten worden ingezet na een melding of signaal uit de wijk. Respondenten noemden dat er in de meeste gevallen al sprake is van een probleem wanneer er een melding binnenkomt. Zij gaven aan dat het inzetten van preventieve activiteiten hoofdzakelijk maatwerk is.

“Ja, verder is het relatief ook veel maatwerk. We kijken echt naar wat de situatie is. En daar kijken we van goh wat zal er het beste bij passen.” (respondent 3).

Respondenten noemden dat er op het gebied van preventie gevoelsmatig nog meer te halen is. Zij gaven aan dat door een betere samenwerking met andere organisaties problemen sneller gesignaleerd kunnen worden en hiermee hulp sneller ingezet kan worden.

“Dat vind ik wel heel erg lastig, want als ik iets bedenk hoe ik het zie. Ik doe het nog niet heel erg veel en denk ik dat er nog wel veel te halen is.” (respondent 1).

“En wat wij ook doen is met scholen meer contact hebben over wat de intern begeleider en schoolmaatschappelijk werker misschien signaleren om die link al sneller te kunnen maken en we daarin euh misschien eerder kunnen ingrijpen en eerder in actie kunnen komen dus lijntje begint meer te lopen.” (respondent 4).

3.1 Preventieve activiteiten

Het resultaat van de eerste deelvraag staat weergegeven in bijlage VI en toont dat het sociaal wijkteam Zwolle veel uiteenlopende preventieve activiteiten aanbiedt. Om de preventieve activiteiten in bijlage VI overzichtelijk weer te geven is er onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire

preventie. Het resultaat hiervan is weergegeven in tabel 2 en laat zien dat een aantal preventieve activiteiten op meerdere niveaus worden ingezet. Bij bijvoorbeeld het pedagogisch buurtklimaat noemden respondenten preventieve activiteiten die zowel voor grote groepen mensen worden ingezet (primaire niveau) als ook bij individuele casussen (secundair niveau).

“Het is maar vanuit waar je hem bekijkt. We willen sowieso, euhm bezig met het klimaat en dan zit hij in één. Als je je echt gaat richten op; er zijn problemen; er zijn signalen dan ga je hem onder twee zetten [bedoelt het secundaire niveau].” (respondent 7).

Tabel 2

Overzicht van preventieve activiteiten per niveau

Niveau	Kern	Preventieve activiteiten
Primaire preventie	Geven van informatie en advies door samen te werken met andere organisaties en het organiseren van projecten.	• Pedagogisch buurtklimaat • Samenwerking met schoolmaatschappelijk werkers • Week van de opvoeding • Meedoen in de kinderopvang
Secundaire preventie	Signaleren van risicogedrag door verder te kijken dan de gestelde hulpvraag in het contact met de hulpvrager.	• Pedagogisch buurtklimaat • Samenwerking met schoolmaatschappelijk werkers • Sociaal netwerk versterking • Taal cafés / oefenwerkplaats • Integrale vroeghulp • Cursusaanbod • Maatwerk • Assertiviteitstraining • Scheidingssprekuren • Taal erbij • Moedergroepen • Veiligheid en regie voor elk (Verve)
Tertiaire preventie	Inzet van (kortdurende) coach-/begeleidingstrajecten om (zware) specialistische zorg te voorkomen.	• Samenwerking met schoolmaatschappelijk werkers • Sociaal netwerk versterking • Kort durende opvoedondersteuning • Trajectbegeleiding • Mediation • Scheidingssprekuren • Video coaching

Binnen het primaire niveau werden door de respondenten vooral activiteiten gezien voor een brede doelgroep, waarbij nog geen acuut probleem is. De meeste activiteiten, die staan weergegeven in tabel 2, worden ingezet in de vorm van het geven van informatie en advies. Respondenten gaven aan

dat dit wordt gedaan in de vorm van samenwerking met verschillende partners of door het organiseren van projecten. Zo bestaat het pedagogisch buurtklimaat uit initiatieven die in een wijk worden uitgevoerd. Deze vinden vaak samen met hulpverleningsinstanties in de wijk plaats.

“Er gebeuren natuurlijk ook heel veel activiteiten in de wijk, zoals de ‘Politie kids’ en ‘De kinderraad’ en noem maar op die allemaal onder pedagogisch buurtklimaat vallen.” (respondent 3).

Bij het project “Week van de opvoeding” worden ouders en opvoeders met elkaar in contact gebracht om met elkaar in gesprek te gaan over opvoedthema’s. Respondenten gaven aan dat dit de mogelijkheid biedt om informatie te verstrekken over een bepaald onderwerp dat in de wijk leeft en zet het sociaal wijkteam beter op de kaart. Respondenten zeiden dat dit bijdraagt aan de toegankelijkheid van het sociaal wijkteam.

“Ik denk dat je dan drempelverlagend werkt, door bijvoorbeeld zo’n week van de opvoeding te doen”. (respondent 4).

Bij het secundaire niveau worden preventieve activiteiten ingezet op basis van signalen van risicogedrag. Respondenten gaven aan dat er bij verlenen van hulp verder wordt gekeken dan alleen de gestelde hulpvraag, waardoor mogelijk ander risicogedrag sneller wordt gezien.

“Ja, en ook niet alleen die vraag, maar ook wat er breder ligt. Dus niet alleen naar de schuldvraag kijken, maar ook naar de andere dingen. Dat er ook voor wordt gezorgd dat je meer ziet en echt naast iemand gaat staan, maar hoe is de rest van je leven eigenlijk?” (respondent 1).

De tertiaire preventieve activiteiten zijn erop geënt om middels een, meestal kortdurende, interventie problemen op te lossen of te verminderen. In bepaalde gevallen ook om zwaardere zorg te voorkomen.

“Ja, dat vind ik stukje ouder begeleiding, stukje zelf oppakken, kort duren, waardoor je voorkomt dat ouders moet doorverwijzen.” (respondent 4).

Respondenten noemden voorbeelden van tertiaire preventieve activiteiten waarbij mensen inzicht wordt gegeven in hun gedrag en daarbij handelingsalternatieven krijgen aangeboden. Veelal worden vormen zoals coach- of begeleidingsgesprekken genoemd waarbij problemen worden besproken en deze, waar mogelijk, worden opgelost. Respondenten gaven aan dat zij hierbij vooral een beroep doen op de eigen kracht van cliënten en het inschakelen van het netwerk om de regie bij de burger te laten.

Aangegeven werd dat de meeste preventieve activiteiten worden ingezet op het secundaire- en tertiaire niveau. Dit lijkt, volgens de respondenten, afhankelijk van verschillende factoren zoals het moment waarop de burger een hulpvraag stelt, de zichtbaarheid van het sociaal wijkteam en de rol en achtergrond van de professional.

“Ik denk dat het voor ons allemaal anders is he, we hebben natuurlijk allemaal onze eigen, euh dat je eigen werkveld binnen heb, eigen achtergronden.” (respondent 3).

“Wij zitten daar vanuit welzijn erin en dan euh, vanuit welzijn zijn we voornamelijk bezig met één [bedoelt het primaire niveau].” (respondent 6).

Respondenten noemden dat veel meldingen worden gedaan wanneer problemen reeds zijn geëscaleerd. Deze problemen komen pas in beeld wanneer ze bij het sociaal wijkteam worden aangemeld. Bij geëscaleerde problemen kan het sociaal wijkteam zich alleen richten op het tertiaire niveau.

“Mensen komen natuurlijk vaker met echte zorgproblemen en ook echt als de shit los is gebroken.” (respondent 4).

Respondenten gaven aan een verschuiving te zien, doordat het sociaal wijkteam beter zichtbaar is voor burgers. Hierdoor kunnen preventieve activiteiten worden ingezet voordat het probleem geëscaleerd is.

3.2 Uitkomsten van preventieve activiteiten

Om de tweede deelvraag, ‘Welke uitkomsten zien de professionals binnen het sociaal wijkteam na het bieden van deze preventieve activiteiten?’ te beantwoorden hebben respondenten bij iedere preventieve activiteit voorbeelden genoemd. De voorbeelden zijn na de bijeenkomst gelabeld en onderverdeeld in de uitkomsten. Aan de hand van de uitkomsten kan de inzet van preventieve activiteiten worden ingedeeld in; problemen signaleren, ontstaan van problemen wordt voorkomen en herhaling van problemen voorkomen. Preventieve activiteiten worden op meerdere preventieniveaus ingezet waardoor voorbeelden op meerdere niveaus worden genoemd.

Uitkomsten, die zijn weergegeven in tabel 3, van preventieve activiteiten die problemen signaleren zijn; betere signalering en gezamenlijke visie. Deze preventieve activiteiten zorgen ervoor dat risicogroepen in de wijk worden gesignaleerd.

“In ons team zitten ook een aantal school maatschappelijk werkers die ook op scholen zitten zeg maar, is prettig, die hebben in ieder geval het signaal van he, er speelt iets of niet en eh, daar kun je gelijk korte klappen mee maken. Dat ook wel resulteert in dat euh, kinderen die eigenlijk niet eens weten wat sociaal wijkteam is, toch in gesprek komen.” (respondent 7).

Uitkomsten van preventieve activiteiten waarbij het ontstaan van problemen wordt voorkomen zijn: hulpvragers zijn beter geïnformeerd, er wordt sneller gehandeld, aanpak is doelgerichter, werkt drempelverlagend om hulp te vragen en is kostenbesparend.

"[...] heel veel onrust kan ontstaan door onzekerheid en dat van echtscheidingspreekuur best wel wat onzekerheid kan wegnemen. Je weet stap voor stap, dit moeten jullie nu gaan doen. EUh, dat dat misschien wat onrust wegneemt." (respondent 5).

Uitkomsten van preventieve activiteiten die herhaling van problemen voorkomen zijn: de eigen kracht versterken, de hulpvrager versterkt wordt door zijn netwerk, zorgen voor meer onderling respect en zorgen voor minder conflicten in de wijk.

"Ik zie dan wel dat deze ouders door ze in hun eigen verantwoordelijkheid te zetten, ook ineens denken; daar moet ik zelf iets mee." (respondent 4).

In tabel 3 is per uitkomst het aantal genoemde voorbeelden per preventieniveau weergegeven. De meeste voorbeelden die de respondenten benoemen gaan over activiteiten waarbij de inzet van preventieve activiteiten er voor zorgt dat er sneller wordt gehandeld. Dit geldt vooral voor preventieve activiteiten binnen het secundaire- en tertiaire preventieniveau. De minste voorbeelden worden gegeven waarbij preventie leidt tot een gezamenlijke visie tussen verschillende organisaties en een doelgerichtere aanpak van een hulpvraag.

Tabel 3

Aantal voorbeelden per preventieniveau

Uitkomst	Aantal genoemde voorbeelden per preventieniveau			Totaal
	Primair	Secundair	Tertiair	
Sneller handelen	2	11	7	20
Eigen kracht versterkt	0	8	7	15
Beter geïnformeerd	2	5	7	14
Kostenbesparing	2	5	3	10
Drempelverlagend om hulp te vragen	1	5	2	8
Minder conflicten	3	2	0	5
Meer respect	2	2	0	4
Betere signalering van problemen in de wijk	1	1	1	3
Versterkt door netwerk	0	3	0	3
Gezamenlijke visie	1	1	0	2
Doelgerichter	1	1	0	2
<i>Totaal</i>	<i>15</i>	<i>44</i>	<i>27</i>	<i>86</i>

Binnen het primaire preventieniveau worden de meeste voorbeelden genoemd waar preventie resulteert in minder conflicten. Tijdens het onderzoek gaven respondenten binnen het primaire niveau voorbeelden van uitkomsten waarbij de zorg en aandacht voor de jeugd in de wijk verbeterd. Door de inzet van preventieve activiteiten binnen het primaire niveau zien respondenten uitkomsten waarbij mensen respectvoller met elkaar omgaan en er minder conflicten in de wijk zijn.

"[...] als er buiten gespeeld wordt dat er dan afgesproken wordt van 'wil jij even opletten?, Wil jij af en toe even over de schutting kijken of het allemaal wel goed gaat?', dat soort dingen." (respondent 3).

Er zijn binnen het primaire preventieniveau geen voorbeelden genoemd waarbij preventie ervoor zorgt dat de eigen kracht is toegenomen of de hulpvrager is versterkt door zijn netwerk. Binnen het primaire preventieniveau worden in vergelijking met de overige preventieniveaus de minste voorbeelden genoemd.

Binnen het secundaire preventieniveau gaven respondenten de meeste voorbeelden van preventieve activiteiten die leiden tot sneller handelen door het sociaal wijkteam en die ervoor zorgen dat de eigen kracht van de hulpvrager is versterkt. Zij gaven aan dat deze preventieve activiteiten resulteren in het voorkomen dat nieuwe of ergere problemen ontstaan. Respondenten gaven aan dat er tijdens het behandelen van een casus vroegtijdig gereageerd wordt op signalen van mogelijke bijkomende problemen. Respondenten gaven aan dat problemen eerder worden gesignaleerd, omdat er na aanmelding bij het sociaal wijkteam breder gekeken wordt dan de hulpvraag. Hierdoor wordt (mogelijk) ander risicogedrag sneller gezien.

"Waarbij breder gekeken wordt. Dat vind ik het mooie ook, dat je niet alleen kijkt van nou je hebt je hebt een vraag voor de woensdag opvang, maar nou als dat er is, is dan het probleem verholpen. Nee, we hebben veel meer [bedoelt problemen]." (respondent 1).

Binnen het secundaire preventieniveau werden de minste voorbeelden gegeven waarbij preventieve activiteiten leidden tot betere signalering van problemen in de wijk, het creëren van een gezamenlijke visie tussen verschillende organisaties en een doelgerichte aanpak van problemen. Binnen het secundaire preventieniveau worden in vergelijking met de andere preventieniveaus de meeste voorbeelden genoemd.

Binnen het tertiaire preventieniveau gaven respondenten de meeste voorbeelden waarbij preventieve activiteiten ervoor zorgen dat er sneller wordt gehandeld, de eigen kracht van de hulpvrager is versterkt en dat hulpvragers beter zijn geïnformeerd. Respondenten zeggen dat deze vorm van preventie gericht is op het voorkomen van (zware) specialistische zorg. Professionals richten zich binnen dit niveau op het aanbieden van handvatten en het organiseren van hulp. Soms wordt hierbij,

waar dat kan, een probleem door de professional tijdelijk overgenomen om de hulpvrager te ondersteunen en te voorkomen dat (zware) specialistische zorg ingezet moet worden.

“Ja en soms betekend dat je wel eens een keer wat moet overnemen voor cliënten. Ja, dan, he we zijn bij een heel kwetsbaar gezin, ook eerst vertrouwen te krijgen, dat je iets overneemt en dan weer wat meer loslaat.” (respondent 6).

Binnen het tertiaire preventieniveau zijn geen voorbeelden gegeven waarbij preventie leidt tot minder conflicten in de wijk, meer respect in de wijk, de hulpvrager is versterkt door zijn netwerk, een gezamenlijk visie tussen verschillende organisatie is gecreëerd en leidt tot een doelgerichtere aanpak.

Op de vraag of de professionals kunnen aangeven welke preventieve activiteiten meetbaar zijn, antwoorden zij dat dit te complex is op basis van de genoemde voorbeelden. Aangegeven werd dat er achteraf moeilijk te bepalen is of de inzet van preventieve activiteiten een mogelijk probleem heeft verholpen.

“Nou dat is volgens mij het meest lastige om te meten. Hele primaire preventie, euh zet je in als er nog geen probleem is. Je weet nog niet of het probleem opgelost is op het moment dat je je inzet gepleegd hebt.” (respondent 6).

3.3 Prestatie-indicatoren

De hoofdvraag richtte zich op prestatie-indicatoren. De respondenten gaven aan het lastig te vinden wat er precies met prestatie-indicatoren wordt bedoeld. De derde bijeenkomst is daarom ingeleid met een korte uitleg van prestatie-indicatoren en hierbij een aantal voorbeelden. Er is vervolgens gevraagd welke uitkomst, die staan weergegeven in tabel 3, zij hiervoor willen bespreken. Hierop is begonnen met de uitkomst “Eigen Kracht versterkt”. Tijdens de discussie over de signaalfunctie en meetbaarheid van deze uitkomst bleven respondenten redeneren in voorbeelden.

“Dat mensen zelf regie hebben. Dat ze het zelf kunnen en geen ondersteuning nodig hebben. Of zo min mogelijk ondersteuning nodig hebben.” (Respondent 4).

“Dus dat ze wel in staat zijn om wel hulp te vragen, mocht dat nodig zijn.” (Respondent 5).

Echter, kwam dit de discussie voor het noemen van mogelijke prestatie-indicatoren niet ten goede en leek dit om meerdere redenen verwarring te scheppen. Respondenten noemden voorbeelden van mogelijke indicatoren die niets met het gekozen resultaat te maken hebben.

“En wat heeft dat met die eigen kracht dan?” (Respondent 3).

“Ja nog niks, dat staat los van je eigen kracht.” (Respondent 4).

Respondenten gaven vervolgens aan dat indicatoren benoemen op basis van de genoemde resultaten te complex is en gingen vervolgens in op redenen waarom hun werkzaamheden zich niet goed lenen om prestatie-indicatoren op te zetten.

“Ik vraag me echt af of je er een indicator aan kan koppelen. Euh, daar zit mijn zoektocht even. [...] Om nou tot een indicator te komen die een beetje in overeenstemming komt voor zeg maar mijn caseload, dat vind ik echt heel ingewikkeld.” (Respondent 5).

Er werd gezegd dat werkzaamheden van het sociaal wijkteam Zwolle veel maatwerk betreft en gegevens hierdoor niet generaliseerbaar zijn. Respondenten noemden eveneens dat maatwerk met zich meebrengt dat de stappen om het probleem op te lossen niet vaststaand zijn. Voor elke casus wordt een ander plan gemaakt. Het inzetten van preventieve activiteiten is volgens de respondenten een inschatting die de professional met de hulpvrager moet maken.

“[...] mensen zelf hun eigen plan laten maken. Eventueel samen en dan kijken wat kunnen ze daar eventueel zelf in. Het is het plan van de burger niet die van ons. Wat soms wel lastig is misschien, maar ja.” (Respondent 6).

4 Conclusie

De onderzoeksvraag: "Welke prestatie-indicatoren kunnen volgens professionals van een sociaal wijkteam het effect van hun preventieve activiteiten voor de jeugd meten?" is ten dele beantwoord. Uit dit onderzoek blijkt dat professionals het lastig vinden om prestatie-indicatoren vast te stellen. Zij geven aan dat het ingewikkeld is vooraf effecten te noemen van preventieve activiteiten. Professionals noemen dat de werkzaamheden van het sociaal wijkteam voornamelijk uit maatwerk bestaat en er per casus gekeken wordt welke stappen moeten worden ondernomen om een probleem aan te pakken. Hierdoor is het lastiger om gegevens te verzamelen en te beoordelen.

Professionals hebben tijdens het onderzoek wel voorbeelden van uitkomsten genoemd die zij zien na het uitvoeren van preventieve activiteiten. De genoemde uitkomsten van deze preventieve activiteiten zijn onderverdeeld in; problemen worden gesignaleerd, het ontstaan van problemen wordt voorkomen en herhaling van problemen wordt voorkomen. Het overzicht van preventieve activiteiten heeft geleid tot een onderscheid in verschillende niveaus: het primaire, secundaire en tertiaire niveau (Kroes et al., 2007; Goris, 2008). Preventieve activiteiten binnen het primaire preventieniveau richten zich op het geven van informatie en advies door samen te werken met andere organisaties en het organiseren van projecten. Preventieve activiteiten binnen het secundaire preventieniveau richten zich op het signaleren van risicogedrag door verder te kijken dan de gestelde hulpvraag in het contact met de hulpvrager en preventieve activiteiten binnen het tertiaire preventieniveau richten zich op de inzet van (kortdurende) coach-/begeleidingstrajecten om (zware) specialistische zorg te voorkomen.

Professionals noemen de meeste voorbeelden van uitkomsten waarbij de inzet van preventieve activiteiten leidt tot: sneller handelen van professionals, de eigen kracht van de hulpvrager is versterken en hulpvragers beter zijn geïnformeerd. De meeste uitkomsten worden gezien binnen het secundaire preventieniveau, waarbij de hulpvrager reeds een probleem heeft gemeld of het probleem wordt behandeld. De minste uitkomsten worden binnen het primaire preventieniveau gezien, waarbij nog geen sprake is van een probleem. Professionals geven aan dat preventie gevoelsmatig meer kan bijdragen aan het signaleren van problemen in de wijk of stad. Door een betere signalering kan worden voorkomen dat burgers zich pas melden op het moment dat er problemen zijn. Professionals noemde dat een betere samenwerking met andere organisaties hieraan kan bijdragen.

5 Discussie

Er lijken meerdere factoren een rol te spelen bij het verklaren waarom professionals het lastig vinden om prestatie-indicatoren te selecteren. De rol van prestatie-indicatoren als hulpmiddel om kwalitatief betere zorg te verlenen lijkt nu niet als dusdanig te worden gebruikt door de professionals. Het is daarmee de vraag of prestatie-indicatoren wel het juiste hulpmiddel voor het sociaal wijkteam is. Er is veel kritiek op de toegenomen bureaucratie door de invoering van prestatie-indicatoren. De invoering van kwaliteitssystemen kan namelijk zorgen voor een kentering in het nemen van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg (Amodeo et al., 2011; Freidson, 2001; Lans, 2008; Koorevaar & Zijp-Noij, 2011). Mogelijke nadelige effecten, zoals het versterken van de interne bureaucratie, lijken haaks te staan op de doelstelling van het sociaal wijkteam om zo snel mogelijk te kunnen handelen bij problemen. Dit terwijl het beroep van de sociaal werker juist om extra handelingsruimte lijkt te vragen (Jansen, Heersink, Venrooij, & Weeink, 2014).

Professionals geven aan dat de inzet van preventieve activiteiten nu vooral maatwerk betreft. Maatwerk brengt met zich mee dat de stappen om het probleem op te lossen niet vaststaand zijn. Zij noemen dat gegevens hierdoor niet generaliseerbaar zijn en ze zien dat de uitkomsten na inzet van hulp erg verschillend zijn. Dit is in lijn met het beleid vanuit gemeenten en gemeente Zwolle in het bijzonder dat het sociaal wijkteam zoveel mogelijk regelruimte wil geven en de regeldruk wil verminderen (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2013; Gemeente Zwolle, 2014). Om ervoor te zorgen dat prestatie-indicatoren bijdragen aan de kwaliteit van hulpverlening moet de monitoring van werkzaamheden inzichtelijk zijn. Inzicht in de effecten van onder andere preventieve activiteiten draagt bij aan een betere effectiviteit van de aangeboden hulp (Yperen, 2010; Movisie, 2016).

Tijdens dit onderzoek geven professionals aan dat er binnen het sociaal wijkteam nog weinig wordt gewerkt met vaststaande methodes wat het monitoren van preventieve activiteiten lastiger lijkt te maken. In de literatuur wordt erkent dat het verantwoorden en monitoren van werkzaamheden door de sociaal werker erg complex is (Stals et al., 2014; Wells et al., 2013). Binnen het sociaal werk zijn er vaak een veelvoud van factoren aanwezig die invloed hebben op het uiteindelijke effect. Er worden daarom steeds meer evidence-based interventies ontwikkeld en beschreven voor de sociaal werker, waaronder preventieve activiteiten voor de jeugd (Barth, Kolivoski, Lindsey, Lee, & Collins, 2014; Movisie, 2016; Nederlands Jeugdinstituut, 2010). Met deze interventies kunnen effecten worden

onderbouwd met wetenschappelijk bewijs. Om vast te kunnen stellen of de inzet van evidence-based interventies het sociaal wijkteam kan ondersteunen bij het verantwoorden en monitoren van preventieve activiteiten is vervolgonderzoek nodig.

Professionals geven tijdens dit onderzoek aan dat preventie geen vaste taak is binnen hun takenpakket en zeggen dat een eenduidige preventie definitie voor het sociaal wijkteam ontbreekt. Gemeenten willen wel dat er meer ingezet wordt op preventie (Gemeente Steenwijkerland, 2016; Gemeente Zwolle, 2014; de Waal, 2016). Hierbij is het de vraag of professionals voldoende kaders hebben om een goed aanbod van preventie activiteiten binnen alle preventieniveaus te kunnen aanbieden. Onder andere in Vlaanderen is onderzoek gedaan naar het preventiebegrip en hierin wordt de constructieve inzet van preventie gestimuleerd zodat deze doelmatiger kan worden toegepast (Goris, 2008). Om preventie door het sociaal wijkteam doelmatiger in te kunnen zetten is het belangrijk om duidelijke kaders vast te stellen waarin de, uit te voeren, preventieve activiteiten zijn beschreven.

Uit dit onderzoek blijkt dat de toepassing van preventieve activiteiten door het wijkteam zich voornamelijk binnen het secundaire preventieniveau bevindt. Preventieve activiteiten worden hoofdzakelijk ingezet na een gemelde hulpvraag of gemeld signaal. Hiermee lijkt het sociaal wijkteam zich vooral te richten op het oplossen van bestaande problemen. In verschillende rapporten komt naar voren dat een te grote nadruk op de directe ondersteuning ten koste gaat van de inzet van primaire preventieve activiteiten (Oude Vrielink et al., 2014; de Waal, 2016). Professionals gaven tijdens het onderzoek aan dat preventie meer zou kunnen bijdragen aan signalering van problemen in de wijk. Bij het vroegtijdig signaleren van hulpvragen moet een proactieve signalering onderdeel uitmaken van het takenpakket van het sociaal wijkteam. Om het aanbod van preventieve activiteiten te kunnen aanbieden binnen alle preventieniveaus is het daarom van belang om te kijken naar het takenpakket van het sociaal wijkteam en primaire preventieve activiteiten een grotere rol te laten spelen.

Om primaire preventie te bevorderen moet er voldoende gelegenheid zijn om te kunnen werken vanuit de presentie in de wijk. Hierbij worden mogelijk problemen door het sociaal wijkteam gesignaleerd in samenwerking met burgers uit de wijk (Oude Vrielink et al., 2014). In verschillende rapporten worden 'zichtbaarheid' en ' dicht bij de burger' genoemd als belangrijke aandachtspunten om preventief te kunnen ingrijpen (Gemeente Zwolle, 2014; Oude Vrielink et al., 2014). Een voordeel van het werken vanuit nabijheid is dat dit het stellen van een hulpvraag voor een aantal, vooral kwetsbare, burgers laagdrempeliger maakt (Kullberg et al., 2015; de Waal, 2016).

Sterktes en zwaktes

Deelnemende professionals zijn tijdens het onderzoek gevraagd om het totale aanbod van preventieve activiteiten door alle disciplines binnen het sociaal wijkteam Zwolle te omschrijven. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van aangeboden preventieve activiteiten door het sociaal wijkteam Zwolle. Dit overzicht is gecontroleerd door deze na de desbetreffende bijeenkomsten per mail naar de respondenten te versturen en in de volgende bijeenkomst te bespreken. Tijdens de focusgroep waren echter niet alle disciplines en stadsdelen van het sociaal wijkteam Zwolle vertegenwoordigd. Wellicht zouden er bij het organiseren van een focusgroep met de ontbrekende disciplines nog aanvullingen zijn op dit overzicht.

Door onvoorziene omstandigheden is het een aantal deelnemers niet gelukt bij alle drie bijeenkomsten aanwezig te zijn. De opkomst bij de bijeenkomsten was hierdoor; vier, zeven en vijf. Hierdoor voldoet het onderzoek niet aan zijn gestelde criterium van een minimale aanwezigheid van zes deelnemers. Dit is opgelost door deelnemers, die de eerste bijeenkomst niet aanwezig konden zijn, voor de tweede bijeenkomst de mogelijkheid te geven alsnog input te leveren en de resultaten na iedere bijeenkomst te versturen. Dit bood de mogelijkheid voor de deelnemers om alsnog op de besproken resultaten te reageren. Dit leverde echter weinig extra input op.

Voor de start van dit onderzoek is aangenomen dat professionals binnen de sociale wijkteams al werken met prestatie-indicatoren. In verschillende beleidstukken van gemeente staan indicatoren voor de sociale wijkteams uitgewerkt. Deze aanname bleek niet te kloppen. Het werken met prestatie-indicatoren is nog geen vanzelfsprekendheid voor de geïnterviewde professionals. De onderzoeksvraag bleek hiermee nog te ver weg te staan van de praktijk. Vervolg onderzoek is nodig om antwoord te kunnen geven hoe professionals het beste hun werk kunnen verantwoorden en welke hulpmiddelen nodig zijn om de kwaliteit van dienstverlening te kunnen verbeteren.

6 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek blijkt dat prestatie-indicatoren als hulpmiddel om kwalitatief betere zorg te verlenen nog niet als dusdanig worden gebruikt. Om ervoor te zorgen dat prestatie-indicatoren bijdragen aan de kwaliteit van hulpverlening moet de monitoring van werkzaamheden inzichtelijk zijn. Professionals geven aan dat er binnen het sociaal wijkteam nog weinig wordt gewerkt met uniforme methodes, wat het monitoren van preventieve activiteiten lastiger maakt. Toch is er een steeds grotere nadruk op het kunnen verantwoorden van de ingezette zorg. Het gebruik van effectieve interventies maakt zorgverlening transparanter en zorgt ervoor dat deze zich verder kan verbeteren. De inzet en ontwikkeling hiervan kan een bijdrage leveren.

Aanbevolen wordt om te onderzoeken welke evidence-based interventies passend zijn in de context van het sociaal wijkteam en de inzet van preventieve activiteiten kunnen verantwoorden en verbeteren.

Er is de afgelopen jaren meer aandacht voor preventie. Ook gemeenten willen dat er meer ingezet wordt op preventie en wetenschappelijk onderzoek toont aan dat preventie een gunstig effect heeft op de gezondheid van mensen. Professionals geven tijdens dit onderzoek aan dat een eenduidige preventiedefinitie voor het sociaal wijkteam ontbreekt. Het is daarmee de vraag of professionals voldoende kaders c.q. handvatten hebben om een goed aanbod van preventieve activiteiten binnen alle preventieniveaus aan te kunnen bieden. Het huidige aanbod richt zich nu voornamelijk op activiteiten binnen het secundaire preventieniveau.

Aanbevolen wordt om een preventiedefinitie voor het sociaal wijkteam op te stellen en te beschrijven welke preventieve activiteiten door hen worden ingezet binnen de verschillende preventieniveaus.

Professionals geven tijdens het onderzoek aan dat preventie meer zou kunnen bijdragen aan de signalering van problemen in de wijk. In verschillende rapporten worden 'zichtbaarheid' en 'dicht bij de burger' genoemd als belangrijke aandachtspunten om preventief in te kunnen grijpen (Gemeente Zwolle, 2014; Oude Vrielink et al., 2014). Zichtbaar zijn en dicht bij de burger staan heeft als voordeel dat dit, vooral bij een aantal kwetsbare burgers, het stellen van een hulpvraag laagdrempeliger maakt (Kullberg et al., 2015; de Waal, 2016).

Aanbevolen wordt om professionals meer preventieve activiteiten in te laten zetten binnen het primaire preventieniveau waarmee problemen in de wijk beter kunnen worden gesignaleerd.

7 Literatuurlijst

- Aa, E. (2017, 5 mei). *Werkgevers: Zorg kan beter, slimmer en goedkoper*. Gedownload op 18 mei 2017, van <http://www.ad.nl/gezond/werkgevers-zorg-kan-beter-slimmer-en-goedkoper~adb964fb/>
- Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., Rose, D., Chassler, D., Beltrame, C., & D'Ippolito, M. (2011). Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: Comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Elsevier*, 34 (4), 382–389. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.02.005
- Arum, S. van., & Schoorl, R. (2015). *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht*. Gedownload op 20 februari 2016, van [https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Rapport-Sociale-\(wijk\)teams-State-of-the-Art%20\[MOV-5475870-1.0\].pdf](https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Rapport-Sociale-(wijk)teams-State-of-the-Art%20[MOV-5475870-1.0].pdf)
- Baarda, D., Goede, D. de., & Teunissen, D. (2005). *Basisboek Kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff bv.
- Barth, R., Kolivoski, K., Lindsey, M., Lee, B., & Collins, K. (2014). Translating the Common Elements Approach: Social Work's experiences in education, practice and research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43 (2), 301–311. doi:10.1080/15374416.2013.848771
- Beersen, N., Kallewaard, M., Croonenborg, J. van., Everdingen, J. van., & Barneveld, T. van. (2007). *Handleiding indicatorontwikkeling*. Den Haag: ZonMw.
- Beltman, H., Veer, K. v., & Sok, K. (2015). *Kwaliteitsbeleid in de Wet maatschappelijke ondersteuning*. Utrecht: Movisie.
- Berg, M. van den., Deuning, C., Gijzen, R., Hayen, A., Heijink, R., Kooistra, M., . . . Limburg, L. (2011). *Definitierapport Zorgbalans*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Berg, M. van den., Post, N., Hamberg-van Reenen, H., Baan, C., & Schoenmaker, C. (2013). *Preventie in de zorg*. Bilthoven: Rijksinsituut voor Volksgezondheid en Milieu.

- Beurden, P. van. (2016, 13 december). *GGZ Nederland: 'Meer aandacht voor preventie nodig'*. Geraadpleegd op 7 maart 2017, van <https://www.zorgvisie.nl/kwaliteit/nieuws/2016/12/ggz-nederland-meer-aandacht-voor-preventie-nodig/>
- Bruijn, J. de. (2002). Prestatiemeting: tussen politiek en professie. *CDV*(3), pp. 9–21.
- Bryman, A. (2012). *Social resarch methods*. New York: Oxford University Press Inc.
- Dam, A. van., Hosman, C., Hoogduin, C., & Schaap, C. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *J. Affect Disord* (97), 219–228.
- De Nieuwe Organisatie. (2014). *Vinden, Verbinden, Versterken*. Almelo: De Nieuwe Organisatie.
- Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the disign of pay for performance programs. *The European Journal of Health Economics* (14), 117–131. doi:10.1007/s10198-011-0347-6
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Polity Press: Cambridge.
- Gemeente Krimpen aan den IJssel. (2014). *Preventie*. Krimpen aan den IJssel: Gemeente Krimpen aan den IJssel.
- Gemeente Steenwijkerland. (2016). *Beleidsplan Sociaal Domein*. Steenwijk: Gemeente Steenwijkerland.
- Gemeente Westerveld. (2014). *Beleidsplan integrale toegang hulp en ondersteuning*. Westerveld: Gemeente Westerveld.
- Gemeente Zwolle. (2014). *Ontwerp Beleidsplan Jeugdhulp*. Gedownload op 7 juni 2016, van https://www.zwolle.nl/sites/default/files/beleidsplan_jeugdhulp_definitief_oktober_2014.pdf
- Gijssen, R., Post, N., Witte, K., Bovendeur, I., Kommer, G., & Koning, J. de. (2009). *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Goris, P. (2008). Klaar voor een klaar preventiebegrip? *Welzijn*, 19 (3), 3–5.
- Goris, P., Burssens, D., Melis, B., & Vettenburg, N. (2008). Algemene preventie: concepten, kaders en wenselijke preventie. *Welzijnsgids – Welszijnszorg, methodiek* (69), 109–126.
- Hekkink, C., Molleman, G., Keijsers, J., & Saan, H. (2007). *Onderzoek naar indicator-ontwikkeling voor gezondheidsbevordering*. NIGZ.
- Ikkersheim, D., & Koolman, X. (2012). Dutch healthcare reform: did it result in better patient experiences in hospitals? *BMC Health Services Reasearch*, 12 (76), 1–6. doi:10.1186/1472-6963-12-76

- Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. (z.d.). *Handleiding voor Kwaliteit en Veiligheid in Europese ziekenhuizen*. Gedownload op 1 september 2016, van http://www.bmg.eur.nl/fileadmin/ASSETS/bmg/Quaser/Kwaliteit_en_veiligheid_in_Europese_ziekenhuizen.pdf
- Invoorzorg. (2017, 8 februari). *De preventieve werking van sociaal werk*. Gedownload op 18 mei 2017, van http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/Nieuws/VIL_IVZ_RAPPORT_DEF_V7.pdf
- Jansen, A., Heersink, M., Venrooij, N. van., & Weeink, C. (2014). *De positie van de social worker*. Arnhem: HAN University of Applied Sciences.
- Jayanna, K., Bradley, J., Mony, P., Cunningham, T., Washington, M., Bhat, S., . . . Avery, L. (2016). Effectiveness of Onsite Nurse Mentoring in improving quality of institutional births in the primary health centres of high priority districts of karnataka, south india. *Plos One*, 11 (9), 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0161957
- Koorevaar, Y., & Zijp-Noij, J. (2011). *Bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Korsten, A. (2007). *Pdf's voor Download*. Gedownload op 10 januari 2017, van <http://www.arnokorsten.nl/PDF/Organiseren%20en%20mgmt/Prestatiemanagement.pdf>
- Kremer, I., Kann, D., Berg, G. van., Dirksen, C., Hiligsmann, M., & Evers, S. (2016). *Welke jeugdinterventies in Nederland zijn kosteneffectief?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kroes, M., Mastenbroek, C., Couwenbergh, B., Eijndhoven, M. v., Festen, C., & Rikken, F. (2007). *Van preventie verzekerd*. Diemen: College voor zorgverzekeringen.
- Krueger, R. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research*. Los Angeles: SAGE.
- Kullberg, J., Noije, L. van., Berg, E. van den., Mensink, W., Igalla, M., & Posthumus, H. (2015). *Betrokken wijken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lans, J. v. (2008). *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam: Augustus.
- Mainz, J. (2003). Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *International Journal for Quality in Health Care, Supplement 1* (15), i5–i11. doi:10.1093/intqhc/mzg084
- McCave, E., & Rishel, C. (2011). Prevention as an Explicit Part of the Social Work Profession. *Advances in Social Work*, 12 (2), 226–240.

- McCave, E., Rishel, C., & Morris, M. (2013). Prevention as an Explicit Part of the Social Work Profession: Part Two of a Systematic Investigation. *Advances in Social Work, 14* (2), 544–555.
- Movisie. (2013, 2 mei). *Vakmanschap in het sociaal werk in beweging*. Geraadpleegd op 13 maart 2017, van <https://www.movisie.nl/artikel/vakmanschap-sociaal-werk-beweging>
- Movisie. (2016, 17 maart). *Databank Effectieve sociale interventies*. Geraadpleegd op 18 mei 2017, van <https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014, 23 juni). *Preventie gericht op de jeugd samengevat*. Geraadpleegd van op 18 mei 2017, van <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/gericht-op-doelgroepen/jeugd/preventie-gericht-op-de-jeugd-samengevat/>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2010). *Links*. Gedownload op 24 oktober 2016, van http://www.cjg043.nl/wp-content/uploads/2016/08/Versterken_eigen_kracht.pdf
- Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen. (2015). *Zorg Toont*. Den Haag: Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ) in samenwerking met Kiwa Carity.
- O'Connell, M., Boat, T., & Warner, K. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Washington DC: The National Academics Press.
- Oldenhof, L. (2012). *Wijkgericht werken*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Oude Vrielink, M., Kolk, H. van., & Klok, P.-J. (2014). *De vormgeving van sociale (wijk)teams*. Den Haag: Platform31.
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Burgers, J., Wensing, M., & Westert, G. (2011). Doelmatigheid van zorg: kostenbesparing door kwaliteitsverbetering. *Kwaliteit in zorg*, 4–7.
- Pepping, M. (z.d.). *Gemeenten zoeken mogelijkheden goedkoop inkopen zorg*. Geraadpleegd op 18 mei 2017, <https://www.zorg-lokaal.nl/publicaties/artikelen/gemeenten-zoeken-mogelijkheden-goedkoop-inkopen-zorg/>
- Post, N., Zwakhals, S., & Polder, J. (2010). *Maatschappelijke baten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Roscoät, E. du., Cogordan, C., Guignard, R., Wilquin, J., & Beck, F. (2015). Determinants of the intention to abstain from or reduce alcohol, tobacco or cannabis use among 15–25 year-olds. *Sante Publique* (5), 641–651.
- Ruth, B., Velásquez, E., Marshall, J., & Ziperstein, D. (2015). Shaping the Future of Prevention in SocialWork. *Social Work, 60* (2), 126–134. doi:10.1093/sw/swu060

Selm, M. van. (2007). Focusgroeponderzoek. *KWALON*, 12 (1), 5–10.

Sociaal Werk in de Wijk. (z.d.). *Leaflets*. Gedownload op 13 januari 2017, van <http://www.sociaalwerkindewijk.nl/sites/default/files/20130801%20Leaflet%20Het%20meten%20van%20effecten%20van%20sociale%20wijkteams%20def%20%282%29.pdf>

Stals, K., Wilschut, M., & Abrahamse, S. (2014). *Proeven aan prestatie-indicatoren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2013). *Sociale wijkteams in ontwikkeling*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Waal, V. de. (2016). *Sociale (wijk)teams onderzocht: zicht op ontwikkelingen en knelpunten*. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht.

Wells, E., Kristman-Valente, A., Peavy, K., & Jackson, R. (2013). Social Workers and Delivery of Evidence-Based Psychosocial Treatments for Substance Use Disorders. *Social Work in Public Health* (28), 279–301. doi:10.1080/19371918.2013.759033

Wester, J. (2017, 2 januari). *Zorg nodig? Ook in 2017 moet je langer wachten*. Geraadpleegd op 18 mei 2017, van <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/01/02/ook-in-2017-wacht-patient-langer-op-zorg-5998365-a1539399>

Yperen, T. van. (2012). *Verbetering telt*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van. (2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Yperen, T. van., Wilde, E. de., Wilschut, M., Keuzenkamp, S., & Jager, M. de. (2015). *Outcome-sturing in de jeugdhulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage I: draaiboek

bijeenkomst 1

Voorwaarden Om het gesprek goed uit te kunnen werken wordt dit gedaan door een video-opname. De ruimte moet voldoende plaats bieden aan het aantal deelnemers + de interviewer. Er zal koffie en thee beschikbaar zijn met een kleine versnapering. Als dank voor de deelname zal er een kleine attentie worden meegegeven.

Inhoud Aan de deelnemers wordt verteld hoe de bijeenkomst zal verlopen. De bijeenkomst zal een uur duren. De volgende agenda wordt aangehouden:

<u>Punten:</u>	<u>Tijdsduur:</u>
<i>Kennismaking en uitleg</i>	<i>10 min</i>
1. Kennismaking 2. Uitleg reden van onderzoek 3. Uitleg wat te verwachten	
<i>Brainstorm</i>	<i>45 min</i>
4. Welke preventieve activiteiten voor de jeugd worden er door het sociaal wijkteam gedaan?	
<i>Afronding</i>	<i>5 min</i>

Kennismaking Tijdens de kennismaking zal worden gevraagd aan de deelnemers om zich voor te stellen en kort toe te lichten welke rol en functie hij heeft binnen dit team. Ook zal de onderzoeker zich kort voorstellen.

Reden van het onderzoek Er wordt kort toegelicht waarom dit onderzoek gehouden wordt, zoals staat beschreven in de verstuurde uitnodiging.

Wat kun je verwachten Er wordt kort toegelicht wat de deelnemers kunnen verwachten.

Vragenronde Tijdens de vragenronde wordt een whiteboard gebruikt om het proces en activiteiten weer te geven. In de eerste bijeenkomst staat de eerste deelvraag centraal: *Welke preventieve activiteiten voor de jeugd worden er door het sociaal wijkteam gedaan?* Voor dit onderzoek vallen onder preventieve activiteiten, enerzijds de activiteiten die de toestroom van tweedelijnszorg (preventie) beperken en anderzijds de activiteiten die nieuwe problemen bij cliënten afkomstig uit de tweedelijnszorg (vangnet) voorkomen (De Nieuwe Organisatie, 2014). Tijdens het onderzoek wordt aan de professionals eerst gevraagd of deze onderverdeling gemaakt kan worden. Eventueel wordt er in samenspraak met de professionals een ander onderscheid gemaakt.

Eerst krijgen deelnemers een aantal minuten de tijd om op te schrijven; *de preventieve activiteiten voor de jeugd die de toestroom van tweedelijnszorg beperken*. Deze worden opgehangen en plenair besproken. De onderzoeker per activiteit een aantal vragen stellen om een volledig beeld te krijgen van de activiteit:

Waaruit bestaat de activiteit

1. Uit welke acties bestaat de activiteit?
 - De moderator vraagt door of de activiteit voldoende is beschreven?
2. Waar worden deze activiteiten geboden?
 - Uit de pilot blijkt dat locatie een rol speelt bij het inzetten van activiteiten. In de pilot worden de termen in pandig en op straat gebruikt. Check of dit ook voor deze groep geldt.
3. Voor wie worden deze activiteiten geboden?
 - De onderzoeker zal doorvragen of dit voor meer doelgroepen geldt, zoals de betrokken ouders van de jeugd.

Daarna krijgen deelnemers een aantal minuten de tijd om op te schrijven; *de preventieve activiteiten voor de jeugd die nieuwe problemen bij jongeren afkomstig uit de tweedelijnszorg voorkomen*. In deze ronde stelt de onderzoeker dezelfde vragen als bij ronde één bij iedere activiteit.

Bijlage II: draaiboek

bijeenkomst 2

Inhoud Aan de deelnemers wordt verteld hoe de bijeenkomst zal verlopen. De bijeenkomst zal een uur duren. De volgende agenda wordt aangehouden:

<u>Punten:</u>	<u>Tijdsduur:</u>
<i>Uitleg</i>	<i>15 min</i>
1. Uitleg wat te verwachten	
2. Check samenvatting vorige bijeenkomst	
<i>Brainstorm</i>	<i>35 min</i>
3. Welke resultaten ziet het sociaal wijkteam na het bieden van deze preventieve activiteiten?	
<i>Afronding</i>	<i>10 min</i>

Wat kun je verwachten Er wordt kort toegelicht wat de deelnemers kunnen verwachten.

Check samenvatting vorige bijeenkomst De samenvatting van de vorige bijeenkomst wordt door de professionals beoordeeld. De professionals geven aan of de activiteiten die door de onderzoeker in een lijst zijn gezet en gecategoriseerd een goede uitwerking is van de activiteiten die het team biedt. Dit onderdeel is voldoende wanneer de professionals zeggen dat de lijst goed is.

Vragenronde In de tweede bijeenkomst staat de tweede deelvraag centraal: Welke resultaten ziet het sociaal wijkteam na het bieden van deze preventieve activiteiten?

Deelnemers krijgen een geprinte lijst waarop de activiteiten te zien zijn. De resultaten worden plenair besproken. De onderzoeker zal resultaat een aantal vragen stellen een volledig beeld te krijgen van het resultaat:

1. Kun je het resultaat meer toelichten?

- De onderzoeker vraagt naar voorbeelden waarbij dit resultaat is behaald.
- 2. Zijn er nog meer resultaten die deze activiteit kan bereiken?
 - De onderzoeker vraagt of het opgeschreven resultaat voldoende is.
- 3. Binnen welk termijn is resultaat te zien
 - De onderzoeker vraagt naar het tijdsplan van de ingezette activiteiten.

Bijlage III: draaiboek

bijeenkomst 3

Inhoud Aan de deelnemers wordt verteld hoe de bijeenkomst zal verlopen. De bijeenkomst zal een uur duren. De volgende agenda wordt aangehouden:

<u>Punten:</u>	<u>Tijdsduur:</u>
<i>Uitleg</i>	<i>15 min</i>
1. Uitleg wat te verwachten 2. Check samenvatting vorige bijeenkomst	
<i>Brainstorm</i>	<i>35 min</i>
3. Welke prestatie-indicatoren ziet het sociaal wijkteam bij de door hen genoemde resultaten?	
<i>Afronding</i>	<i>10 min</i>

Wat kun je verwachten Er wordt kort toegelicht wat de deelnemers kunnen verwachten.

Check samenvatting vorige bijeenkomst De samenvatting van de vorige bijeenkomst wordt door de professionals beoordeeld. De professionals geven aan of de resultaten die door de onderzoeker in een lijst zijn gezet en gecategoriseerd een goede uitwerking is van de resultaten die het team biedt. Dit onderdeel is voldoende wanneer de professionals zeggen dat de lijst goed is.

Vragenronde Tijdens de vragenronde wordt een whiteboard gebruikt om het proces en resultaten weer te geven. In de tweede bijeenkomst staat de tweede deelvraag centraal: Welke resultaten ziet het sociaal wijkteam na het bieden van deze preventieve activiteiten? Een prestatie-indicator moet voldoen aan; onderbouwing, signaalfunctie, cijfermatig uitdrukken en uitkomsten afzetten tegen een norm.

Deelnemers krijgen per categorie een aantal minuten de tijd om op te schrijven; *Welke prestatie-indicatoren ziet het sociaal wijkteam bij de door hen genoemde resultaten?* Deelnemers krijgen een geprinte lijst waarop de activiteiten en resultaten te zien zijn. De wijzigingen worden op het bord weergegeven. De prestatie-indicatoren worden opgehangen en plenair besproken. De onderzoeker per zal prestatie-indicator een aantal vragen stellen een volledig beeld te krijgen van het resultaat:

1. Hoe kun je deze prestatie-indicator onderbouwen?
 - De onderzoeker vraagt door of de prestatie-indicator voldoende onderbouwt kan worden.
2. Welke signaalfunctie heeft deze prestatie-indicator?
3. Hoe kun je deze prestatie-indicator meten?
 - De onderzoeker vraagt of de prestatie-indicator objectiveerbaar, oftewel meetbaar is.
4. Is de prestatie-indicator geschikt om een voor en nameting mee te doen of om af te zetten tegen een norm?

Bijlage IV: Uitnodiging aan deelnemers

Betreft: uitnodiging voor deelname aan een focusgroep

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief willen ik u vriendelijk vragen of u deel wilt nemen aan een drietal groepsgesprekken (ook wel focusgroepen genoemd). Met deze gesprekken wil ik meer te weten komen over de preventieve activiteiten die u doet tijdens uw werk voor jongeren. Deze kennis helpt bij het verbeteren van de zorg. Aan deze groepsgesprekken zullen mogelijk u en een aantal collega's uit uw organisatie deelnemen. De gesprekken zullen op een nog te bepalen datum plaatsvinden. Met deze brief wil ik u graag meer informatie geven over dit groepsgesprek. Heeft u na het lezen van deze informatiebrief nog vragen? Op de volgende bladzijde vindt u mijn contactgegevens.

Wat is het doel van het groepsgesprek?

Dit onderzoek richt zich op; de preventieve activiteiten die aangeboden of uitgevoerd worden door (jeugd)hulpverleners die werkzaam of betrokken zijn bij een sociaal wijkteam. Door het verdwijnen van de AWBZ en het inrichten van de nieuwe Wmo, kiezen veel gemeenten ervoor om de gemeentelijke toegangsfunctie te beleggen bij een sociaal wijkteam. Jullie opereren tussen de eerste- en tweedelijnszorg en hebben hierdoor met veel preventieve activiteiten te maken. Het onderzoek richt zich op de jeugd, omdat hier al veel aan preventie wordt gedaan. Echter er is nog weinig bekend over welke preventieve activiteiten door het sociaal wijkteam worden uitgevoerd en met welk resultaat. Het is daarmee de vraag of preventie activiteiten in meetbare indicatoren kunnen worden vastgesteld. Door samen te inventariseren welke preventieve activiteiten worden geboden en een lijst te maken met mogelijke indicatoren, kan een eerste stap worden gemaakt in het inzichtelijk krijgen van effectieve preventieve activiteiten die door jullie worden geboden.

Wat wordt er van u verwacht?

Wanneer u aangeeft mee te willen doen aan de groepsgesprekken, verwacht ik dat u bij alle bijeenkomsten aanwezig kunt zijn en met ons meedenkt. Ik wil graag benadrukken dat er geen foute of goede antwoorden zijn en dat ik juist graag verschillende meningen wil horen.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw gegevens zullen anoniem en vertrouwelijk verwerkt worden. Videomateriaal wordt uitsluitend voor analyse gebruikt.

Wilt u verder nog iets weten?

Wilt u graag meer informatie over het groepsgesprek of heeft u nog een specifieke vraag? Dan kunt u altijd contact opnemen via het onderstaande telefoonnummer of e-mailadres.

Hoe kan ik meedoen?

Indien u besluit mee te willen doen kunt u per e-mail of per telefoon contact met mij opnemen.

Met vriendelijke groet,

Mark Kamperman

Bijlage V: Informed Consent

Titel onderzoek: Meetbare preventie binnen de sociale wijkteams

Verantwoordelijke onderzoeker: Mark Kamperman

In te vullen door deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik begrijp dat het videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum: Handtekening deelnemer:

In te vullen door de uitvoerende onderzoeker

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: *Mark Kamperman*

Datum: Handtekening onderzoeker:

Bijlage VI: Preventieve activiteiten en acties

Activiteiten

Mediation
 Sociale netwerk versterking
 Werken met "taal erbij"
 Verve (Veiligheid en regie voor elk)
 Aanbod: Week van de opvoeding
 Cursus voor ouders met drukke kinderen
 Integrale vroeghulp
 Kort durende opvoedondersteuning
 Maatwerk via aanbod welzijn
 Meedoen in de kinderopvang
 Moedergroepen
 Participatie trajecten begeleiden/opstarten
 Pedagogisch buurtklimaat
 Pubercursus (GGD) /puberbrein (MEE)
 Scheidingssprekuren (combinatie met advocaten kantoor)
 Schoolmaatschappelijk werkers (+ lijntje met
internbegeleider)
 Taal cafés / taal oefenwerkplaats
 Trajectbegeleiding richting werk/school
 Video coaching
 Assertiviteitstraining (SOVA, sociale vaardigheden)

Acties

Aanleren van vaardigheden
 Actuele situatie in kaart brengen
 Actuele thema's in kaart brengen
 Bemiddelen tussen partijen
 Coachen
 De eigen kracht vergroten
 De weg wijzen
 Doorverwijzen
 Empowerment/mensen in beweging zetten
 Externe experts inroepen/mee samenwerken
 Gezamenlijke visie creëren
 Handvatten geven
 Hulpvraag binnen netwerk stellen
 In eigen kracht zetten
 In gesprek gaan
 In spelvorm aan het werk
 Informatie verstrekken/geven
 Informatie vragen
 Inzicht geven
 Krachtige en kwetsbare bewoners aan elkaar
 verbinden/met elkaar in contact brengen
 Laagdrempelig zijn
 Lotgenoten in contact brengen
 Multidisciplinair werken
 Netwerk in kaart brengen
 Netwerk vergroten
 Op de lange termijn denken
 Oplossingsgericht werken
 Organisaties betrekken bij problemen
 Organisaties samen laten werken
 Praktische hulp bieden
 Signaleren van problemen
 Sociale contacten van kinderen vergroten
 Sociale contacten vergroten
 Tips en trucs geven
 Verduidelijken van een probleem
 Vrijwilligers betrekken
 Zelf oplossend vermogen vergroten