

De inzet van het sociale netwerk in de Utrechtse jeugdzorg

Gerdien Stoel

De inzet van het sociale netwerk in de Utrechtse jeugdzorg

**Hoe hulpverleners het sociale netwerk van cliënten betrekken en welke
drempels ze hierbij ervaren**

Gerdien Stoel

Master Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken

Pedagogische Wetenschappen

Universiteit Utrecht, juni 2013

Thesisdocent dr. Chris Baerveldt

Samenvatting - Vanaf 1 januari 2015 worden alle gemeenten in Nederland verantwoordelijk voor de zorg voor jeugd. Deze overgang betekent niet alleen een verandering op bestuurlijk niveau, maar wordt ook aangegrepen om de zorg inhoudelijk te transformeren. Een van de principes die gemeenten in de hulpverlening vanaf 2015 wil hanteren, is het betrekken en het versterken van het sociale netwerk van gezinnen. Omdat onduidelijk is in hoeverre het netwerk betrokken wordt in de huidige hulpverlening, is onderzocht of de huidige provinciale jeugdzorgaanbieders werken met het netwerk, op welke manier ze dat doen en welke drempels ze tegenkomen. Om hier zicht op te krijgen zijn, in het voorjaar van 2013, 26 interviews afgenomen bij hulpverleners, teamleiders en managers van zeven provinciale jeugdzorginstellingen in Utrecht. Alle participanten bleken een positieve houding te hebben ten opzichte van het betrekken van het netwerk, maar de manier waarop dit gebeurt verschilt. Een groot verschil is te zien tussen de ambulante en residentiële vormen van hulp. Binnen ambulante hulpvormen is meer aandacht voor het bredere netwerk om een jongere heen dan binnen residentiële instellingen. Daarnaast blijkt dat het betrekken van het netwerk niet bij alle doelgroepen makkelijk tot stand komt. Een deel van de hulpverleners heeft moeite met het betrekken van het netwerk van mensen met een verstandelijke beperking, psychiatrische problematiek of uit een andere cultuur. Hulpverleners ervaren het gebrek aan tijd als drempel om in de hulpverlening het netwerk te betrekken.

De eerste aanbeveling is om de verschillen tussen ambulante en residentiële vormen van zorg te verkleinen door medewerkers te trainen of door functies te creëren waarbij de enige taak van de medewerkers is dat zij het netwerk betrekken. Hierbij wordt ook aanbevolen om te onderzoeken welke rol de Buurtteams hierbij in kunnen nemen. Daarnaast zouden de voordelen van het betrekken van het netwerk nog beter benut kunnen worden als hulpverleners het netwerk, naast het inschakelen voor praktische zaken, meer zouden betrekken voor emotionele steun en adviserende taken. Omdat uit het onderzoek niet duidelijk naar voren is gekomen waarom hulpverleners hier minder op in zetten, is de tweede aanbeveling dat onderzocht moet worden in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om van hulpverleners te vragen meer aandacht te hebben voor de emotionele steun en adviserende taken van het netwerk.

Abstract - From the First of January 2015 onwards all municipalities in the Netherlands will become responsible to take responsibility for youth care. This transition is not just administrative in nature, but will also entail a transformation of the way youth care is provided. One of the principles that will become central in new the approach is the involvement and reinforcement of the social network around the accompanied families. As it was up to now unclear to which extend the network is involved in social work, this research investigated whether the providers of youth care in the province of Utrecht currently involve the social network, how they do this and which challenges they face.

In order to get a good understanding of the situation, 26 respondents were interviewed in the spring of 2013. Respondents included social workers, team leaders and managers of seven youth care organizations in the province of Utrecht. All participants had a positive attitude toward the reinforcement of social networks, but the ways social network is involved differs.

There is a significant difference between itinerant and residential types of social work. Professionals within itinerant social care tend to have more attention for the network of an adolescent than their colleagues in residential settings. In addition, the research shows that reinforcement of a client's social network is difficult to attain for some target groups. Some professionals have difficulty involving the social network of people with a mental disability, psychiatric problems or people with another cultural background. Social workers also perceive lack of time as a hindrance to include the social network in the care provided.

The first recommendation is to decrease the differences between itinerant and residential social care. This can be done by training social workers and by creating positions where professionals are to work fully on the inclusion and reinforcement of the social network. In addition, the advantages of involving social networks could be further exploited if social workers involve the social network not just to provide practical help, but also to give emotional support and advice to the client. The research did not clarify why social workers focus less on these two kinds of supports. Therefore it is recommended to investigate to what extend it is feasible and desirable to ask social workers to pay more attention to the potential of the social network to provide emotional support and advice.

De afgelopen jaren is de vraag naar specialistische zorg explosief gestegen (Hermanns, 2009). Volgens Hermanns heeft dit te maken met het feit dat veel ouders het gevoel hebben dat ze tekortschieten en ze daarom steeds eerder en vaker een hulpverlener inschakelen. Daarnaast stelt De Winter (2011) dat we in onze samenleving steeds meer zijn gaan handelen vanuit het ‘At Risk’-model. Binnen dit model wordt het disfunctioneren van gezinnen of individuen verklaard vanuit de individuele risicofactoren en pathologie. Dit heeft er, volgens de RMO (2012), voor gezorgd dat er onnodig is geproblematiseerd en geëtiketteerd, waardoor steeds meer kinderen en gezinnen in de specialistische zorg terecht kwamen. Uit de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg blijkt dat er sprake is van een tekortschietende samenwerking, zowel tussen hulpverleners onderling als tussen hulpverleningsorganisaties (BMC, 2009).

Om deze zaken aan te pakken is besloten om vanaf 1 januari 2015 alle zorg voor jeugd, die op dit moment onder de verantwoordelijkheid van het Rijk en de provincie valt, te decentraliseren naar gemeenten. Door deze transitie wil de overheid de grote druk op de gespecialiseerde zorg terugdringen, de verkokerde manier van werken in de jeugdhulp aanpakken en een integrale aanpak van de jeugdhulp bewerkstelligen (Veldhuijzen van Zanten-Hyllner & Teeven, 2011). Een van de principes die na de transitie centraal komen te staan is het betrekken van het sociale netwerk van gezinnen in de hulpverlening (Jeugdwet concept memorie van toelichting, 2012), wat ervoor moet zorgen dat de druk op de zorg afneemt.

Gemeenten bereiden zich op verschillende manieren voor op deze transitie. Er zijn veel werkgroepen op regionaal en landelijk niveau en een aantal gemeenten experimenteren met de nieuwe manier van werken, waaronder de gemeente Utrecht. In februari 2012 is men gestart met twee Buurteams, één in de wijk Ondiep en één in de wijk Overvecht (Kluft, 2012). Deze Buurteams nemen zoveel mogelijk de bestaande ambulante hulpverlening over en kijken hoe ze daarbinnen kunnen werken met de nieuwe principes, waaronder het inzetten van het netwerk.

Onduidelijk is echter in hoeverre in de huidige hulpverlening al wordt ingezet op het netwerk en welke knelpunten daarbij worden ervaren. Omdat deze hulpverlening in 2015 op veel gebieden anders vorm gegeven moet gaan worden, wil de gemeente Utrecht graag inzichtelijk krijgen wat de huidige stand van zaken is omtrent het betrekken van het netwerk in deze hulpverlening. Om deze duidelijkheid te verschaffen richt dit onderzoek zich op het betrekken van het netwerk in de huidige jeugdzorgorganisaties. Dit onderzoek is uitgevoerd onder hulpverleners, teamleiders/behandelcoördinatoren en managers van zeven verschillende jeugdzorgaanbieders aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

“In hoeverre en op welke manier bevorderen hulpverleners in de gemeente Utrecht op dit moment de inzet van het sociale netwerk van jeugdigen en hun gezinnen en welke knelpunten worden hierbij ervaren?”

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is eerst onderzocht worden wat er in de literatuur te vinden is over de inzet van het sociale netwerk en wat daarvan de consequenties voor de hulpverleners zijn. Vervolgens zijn de onderzoeksmethode, resultaten, conclusie en discussie van dit onderzoek beschreven.

Literatuur

In de literatuursectie van dit onderzoek wordt gereflecteerd op de wijze waarop hulpverleners het netwerk in de hulpverlening kunnen betrekken en op welke manier dit gedrag bij hen tot stand kan komen. Ter introductie hierop wordt eerst ingegaan op wat er wordt verstaan onder een netwerk en op welke wijze het netwerk steun kan bieden. Vervolgens zal worden besproken welke kansen het betrekken van het netwerk kan bieden en welke mechanismen ter grondslag liggen aan deze voordelen.

Bij een deel van de mensen die hulpverlening ontvangt, is geen sprake van een (adequaat) sociaal netwerk (Goldberg, Rollins, & Lehman, 2003). Mortisugu, Wong en Grover Duffy (2005) omschrijven sociale netwerken als verbindingen tussen individuen of organisaties waarbinnen, op een regelmatige basis, informatie, ideeën en bronnen worden gedeeld. Een onderdeel van het sociale netwerk is het sociale kapitaal. Sociaal kapitaal is de beschikbare bron, voor zowel individuen als voor groepen, die tot stand komt door de plaatsing in een sociale structuur. Deze bronnen kunnen zowel daadwerkelijk voorhanden zijn, als tevoorschijn komen wanneer de situatie daarom vraagt (Bourdieu, 1980). Volgens Coleman (1990) kan sociaal kapitaal ervoor zorgen dat bepaalde doeleinden makkelijker behaald worden. De aanwezigheid van sociaal kapitaal kan zorgen voor sociale steun. Sociale steun refereert aan de psychologische en materiële bronnen in een sociaal netwerk die erop gericht zijn het vermogen van een individu in het omgaan met stress te vergroten (Cohen, 2004). Sociale steun wordt opgedeeld in drie typen van ondersteuning: instrumentele steun, informatieve steun en emotionele steun (House & Kahn, 1985). Onder instrumentele steun wordt het geven van praktische en materiële hulp verstaan. Voorbeelden hiervan zijn assistentie bij financiële problemen of hulp bij dagelijkse taken. Het geven van informatieve steun gaat over het geven van relevante informatie of advies. De derde, emotionele steun, gaat over het tonen van empathie en het geven van zorg, vertrouwen en geruststelling. Daarnaast biedt emotionele steun de mogelijkheid om emoties te uiten (Cohen, 2004).

De aanwezigheid van een sociaal kapitaal, maar ook het ontbreken ervan, hangt samen met de mentale gezondheid van mensen. Zo blijkt dat meer dan de helft van de mensen met een mentale stoornis aangeven eenzaam te zijn (Borge, Martinson, Rund, Watne, & Friis, 1999), in tegenstelling tot een derde van de normale populatie (Lauder, Sharkey, & Mummery, 2004). Tevens geven Mortisugu en collega's (2005) aan dat sociale desintegratie in een gemeenschap of buurt vaak leidt tot meer problemen in de psychische gezondheid van kinderen en tot problemen op school. Daarnaast stelt De Winter (2005) dat het tekort aan sociale bindingen een belangrijke risicofactor is voor kindermishandeling en verwaarlozing.

De afwezigheid van sociaal kapitaal is niet alleen een risicofactor voor psychische klachten, het gebruiken van sociale steun kan ook psychische klachten voorkomen. Zo stellen Wandersman en Nation (1998) dat kinderen van ouders met goede sociale netwerken en een groot sociaal kapitaal, in tegenstelling tot ouders die dat niet hebben, beter ontwikkelen op sociaal, emotioneel en cognitief gebied. Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Subramanian, Kawachi en Kennedy (2001), waaruit blijkt dat de mentale gezondheid van mensen significant toeneemt als er sprake is van groot sociaal kapitaal.

Een sociaal netwerk heeft niet alleen positieve effecten, er kunnen ook negatieve consequenties aan verbonden zijn (Dunér, Nordström, & Skärsäter, 2011). Als er in het sociale netwerk gedrag wordt vertoond dat negatieve gevolgen heeft voor de gezondheid kan dit worden overgenomen en op deze manier destructief werken voor de mentale gezondheid (Almedom, 2005). Daarnaast is het mogelijk dat het sociale netwerk soms te dicht betrokken is bij een persoon of te weinig ervaring heeft met de problematiek om objectieve en realistische adviezen te kunnen geven (Thoits, 2011).

De aanwezigheid van sociaal kapitaal en sociale steun werkt als buffer tegen stressvolle situaties (Woolcock & Narayan, 2000). In de literatuur zijn er verschillende theorieën over de mechanismen die ten grondslag liggen aan dit effect. Zo kan er volgens Thoits (2011) sprake zijn van sociale controle en sociale invloed. Leden van een sociaal netwerk kunnen monitoren, evalueren, sturen en als rolmodel dienen. Hierbij kan zowel gezond gedrag worden bevorderd als ongezond gedrag worden afgeremd (Thoits, 2011).

Daarnaast kunnen volgens Cohen (2004) en Thoits (2011) de verschillende manieren van sociale steun de mentale gezondheid bevorderen. Het geven van informatieve steun kan bijvoorbeeld leiden tot een beter besef van gezond gedrag, het beter gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen of het vermijden van risicosituaties (Cohen, 2004). Het geven van praktische steun kan iemand helpen om rust te creëren in het leven en gezond gedrag te

bevorderen (Thoits, 2011). Emotionele steun kan helpen om de intensiteit van emoties te verlagen en iemand kracht en moed geven om dingen aan te pakken (Cohen, 2004). Daarnaast kunnen informatieve, praktische en emotionele steun volgens Thoits (2011) leiden tot stressvermindering en betere omgang met stressvolle situaties. Dit is van belang omdat stress op twee manieren de gezondheid negatief kan beïnvloeden. Enerzijds doordat stress kan zorgen voor ongezond gedrag, zoals het drinken van alcohol, roken, gebruik van drugs of tekort aan slaap. Aan de andere kant kan stress zorgen voor het activeren van bepaalde hersenfuncties die bij herhaalde activatie kunnen leiden tot het ontwikkelen van psychische of psychiatrische stoornissen (Cohen, 2004).

De rol van de hulpverlener

Om de voordelen van het sociale netwerk te benutten in de hulpverlening, vraagt dit van hulpverleners dat zij oog hebben voor het sociale netwerk. Zo is het volgens Whitley en McKenzie (2004) essentieel dat de hulpverlener zicht heeft op en kennis heeft van de buurt van de cliënt. Zo kan er maximaal gebruik worden gemaakt van het sociale netwerk, zowel van individuen als van instanties en organisaties. Daarnaast geeft Van Regenmortel (2009) aan dat het inzetten van het sociale netwerk samengaat met het vertrouwen hebben en uiten in de kracht van de cliënt en zijn of haar netwerk. De natuurlijke machtsrelatie die bestaat tussen een hulpverlener en een cliënt zou volgens McWhirter (1991) meer in balans gebracht moeten worden, zodat er ruimte ontstaat voor dit vertrouwen.

Ook wanneer de afstand tot het natuurlijke milieu groter is, zoals bijvoorbeeld in residentiële settingen, blijft het volgens Sen en Broadhurst (2011) nodig dat het sociale netwerk betrokken wordt. Regelmatig contact vergroot volgens hen de kans op een succesvolle plaatsing terug naar huis, maakt de tijd binnen een residentie stabiel en zorgt voor positieve uitkomsten in de emotionele en gedragsontwikkeling van jongeren. Daarnaast laat empirisch onderzoek zien dat het zorgen voor betrokkenheid van het gezin bij de behandeling de effectiviteit daarvan kan vergroten (Barth, 2005; Hair, 2005; Harder, Knorth, & Zandberg, 2006). Volgens Sala-Roca, Biarnés, García, & Sabates (2012) is het ook goed om in te zetten op het netwerk omdat een jongere deze steun hard nodig heeft op het moment dat hij de instelling verlaat en op eigen benen komt te staan. Aangezien uit onderzoek blijkt dat er binnen residentiële settingen niet altijd voldoende aandacht is geweest voor het betrekken van het netwerk (Harder, 2011; Sala-Roca et al., 2012) maar de voordelen daarvan wel groot zijn, geven Sen en Broadhurst (2011) aan dat hulpverleners binnen deze setting

meer zouden moeten inzetten op het ontwikkelen en het verbreden van het sociale netwerk van jongeren.

Omdat het betrekken van het netwerk een van de doelen voor de zorg vanaf 2015 wordt, maar uit recente evaluaties naar hulpverlening in Utrecht blijkt dat veel hulpverleners daar nog moeite mee hebben (Schamhart & Colijn, 2012; Gemeente Utrecht, 2013), wordt verwacht dat er een gedragsverandering bij hulpverleners nodig is. Om in kaart te brengen wat hulpverleners kan belemmeren om tot gedragsverandering te komen, is in dit onderzoek gebruikt gemaakt van de theorie van gepland gedrag van Ajzen (1985; 1991). Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat de theorie van gepland gedrag bruikbaar is voor het verklaren van gedragsveranderingen (Ajzen, 1991). Perkins en collega's (2007) laten zien dat de theorie ook toegepast kan worden om het gedrag van hulpverleners te begrijpen.

De theorie van gepland gedrag stelt dat de intentie voor het vertonen van gedrag tot stand komt door drie overwegingen: gedachten over de gevolgen van gedrag, gedachten over de ideeën van anderen en gedachten over de eigen mogelijkheden. De gedachten over de mogelijke gevolgen van gedrag resulteren in een positieve of negatieve *attitude* tegenover dat gedrag. Deze attitude wordt gebaseerd op eerdere ervaringen (Ajzen, 1991) en hierbij spelen overtuigingen en gewoonten een belangrijke rol (Lechner, Kremers, Meertens, & De Vries, 2010). Gedachten die bestaan over de ideeën van anderen en hun normatieve verwachtingen leiden tot de *subjectieve norm*. Hierbij spelen sociale steun en sociale druk een grote rol, waarbij sociale steun vaak een positieve invloed op gedrag heeft, en sociale druk een negatieve relatie met het gedrag laat zien (De Vries, Backbier, Kok, & Dijkstra, 1995). Gedachten over de eigen mogelijkheden, zoals kennis en vaardigheden, leiden tot de *waargenomen gedragscontrole*. Hierbij maakt een individu een inschatting van zijn eigen mogelijkheden om het gedrag uit te voeren (Lechner et al., 2010). De attitude, subjectieve norm en de waargenomen gedragscontrole bepalen samen de intentie. Dus, hoe gunstiger de attitude en subjectieve norm en hoe groter de waargenomen gedragscontrole, hoe sterker de intentie om bepaald gedrag te vertonen (Ajzen, 1991).

Echter, Ajzen (1985) ontwikkelde deze theorie omdat bleek dat een positieve intentie niet altijd leidde tot het gewenste gedrag. Er zijn meerdere factoren waarop een mens maar beperkte invloed heeft en die een barrière kunnen vormen in het vertonen van het gewenste gedrag. Deze barrières noemde Ajzen de *daadwerkelijke gedragscontrole*. Hieronder vallen routines en vaardigheden, maar ook (fysieke) obstakels zoals gebrek aan tijd, geld en

medewerking van anderen. Als er sprake is van een positieve intentie en daadwerkelijke gedragscontrole, wordt verwacht dat de intentie om wordt gezet in gedrag (Ajzen, 1991).

Ajzen's theorie kan gebruikt worden om te onderzoeken in hoeverre hulpverleners in staat zijn om het gewenste gedrag, het betrekken van het netwerk in de hulpverlening, te bewerkstelligen. Een positieve attitude betreft dan een positieve houding ten opzichte van het betrekken van het netwerk. De openheid om te spreken over het inzetten van het netwerk onder collega's en de stimulatie die gegeven wordt vanuit de organisatie rondom dit thema, vallen onder het onderwerp subjectieve norm. Waargenomen gedragscontrole betreft de kennis en vaardigheden die hulpverleners nodig hebben om het sociale netwerk te betrekken. Onder de daadwerkelijke gedragscontrole vallen de (fysieke) barrières die hulpverleners ervaren bij het versterken van het netwerk.

Methoden

Er zijn 28 individuele, open interviews gehouden met participanten van zeven jeugdzorginstellingen die werkzaam zijn in de provincie Utrecht. Deze instellingen zijn via een e-mail aan een beleidsmedewerker of manager benaderd om mee te werken aan het onderzoek. Alle organisaties hebben hier positief op gereageerd. De groep participanten bestond uit hulpverleners en mensen vanuit de midden- en hoge managementlaag. De groep hulpverleners bestond uit gezinsbegeleiders, ambulante hulpverleners, een netwerkcoach en een netwerkontwikkelaar. In dit onderzoek zal vanaf nu deze groep aangeduid worden als hulpverlener. De groep vanuit de midden managementlaag bestond uit teamleiders, teammanagers, behandelcoördinatoren, een afdelingshoofd en een werkbegeleider. In dit onderzoek zal vanaf nu deze groep aangeduid worden als teamleider. Onder de hoge managementlaag vallen managers, een beleidsmedewerker en een stafhoofd. In dit onderzoek zal vanaf nu deze groep aangeduid worden als manager. Twee teamleiders konden ook informatie geven over de gehele organisatie en vallen daarom zowel onder de teamleiders als onder de managers

De open interviews waren semi-gestructureerd. Dit betekent dat de topics van het interview van te voren vaststonden, maar de formulering en de volgorde van de vragen konden variëren. De interviews duurden 45 tot 60 minuten en vonden plaats in de werkomgeving van de participant of in het gebouw van de gemeente Utrecht. De interviews werden, na toestemming van de respondent, opgenomen. Aan het begin van elk interview

werd met een tekening uitgelegd wat er in dit onderzoek wordt verstaan onder het inzetten van het sociale netwerk.

Allereerst zijn er twaalf hulpverleners geïnterviewd. Hierbij werd in beeld gebracht hoe de hulpverleners werken met het sociale netwerk en wat de knelpunten zijn die ze ervaren. Vervolgens is gesproken met zeven teamleiders. Hierbij werden de resultaten van de eerdere interviews besproken om te kijken of de resultaten herkenbaar waren voor de rest van de hulpverleners in dat team. Als laatste zijn de resultaten van deze twee fasen besproken met negen managers. Deze personen hebben zicht op de hele organisatie en konden een inschatting geven of de resultaten generaliseerbaar waren voor de medewerkers in de gehele organisatie. Bovendien konden zij meer informatie geven over hoe het beleid in de organisatie is omtrent het betrekken van het netwerk. Alle interviews zijn uitgeschreven, ingedeeld op topic en geanalyseerd. Hierbij is voornamelijk onderzocht hoe vaak bepaalde onderwerpen terug kwamen.

De betrouwbaarheid van het onderzoek is vergroot doordat er niet alleen met hulpverleners is gesproken, maar daarnaast ook teamleiders en managers betrokken zijn, waardoor de resultaten meerdere malen gecontroleerd zijn. Daarnaast is de betrouwbaarheid vergroot doordat er een topiclijst is gemaakt voor alle interviews, waardoor in elk interview dezelfde onderwerpen aan bod kwamen. Ook zijn geluidsopnames gemaakt van alle interviews, en zijn deze opnames bij het uitwerken teruggeluisterd. Het geven van sociaal wenselijke antwoorden is zoveel mogelijk beperkt door bij elk interview te benadrukken dat de anonimiteit van de participanten bewaakt werd en organisaties niet bij naam genoemd worden in het onderzoek.

In dit onderzoek is de interne validiteit verhoogd door te werken met semi-structureerde interviews. Zo kregen respondenten de vrijheid om hun eigen visie te formuleren, en werden ze niet gestuurd door vaste antwoordcategorieën. De constructvaliditeit is verhoogd door aan het begin van de interviews uit te tekenen wat er in het onderzoek wordt verstaan onder het betrekken van het netwerk en hier overeenstemming over te bereiken.

Resultaten

Werkwijze

Aan het begin van de interviews is gesproken over wat het inhoudt om het netwerk te betrekken. Onder het netwerk worden familie en vrienden verstaan, maar ook mensen uit de buurt, van school of de sportvereniging. Het netwerk wordt voornamelijk ingeschakeld in

praktische zaken zoals oppassen, ondersteuning bij financiën of het doen van praktische klussen in huis. Alle hulpverleners gaven aan dat ze in hun hulpverleningstraject samen met het gezin een genogram en/of een sociogram maken. Tien hulpverleners zeiden dat ze daarnaast actief het netwerk betrekken. Dit doen ze op verschillende manieren, bijvoorbeeld door een oma of buurvrouw bij een gesprek uit te nodigen of samen met de cliënt na te denken over welke rol het netwerk zou kunnen spelen en op welke manier de cliënt dat zou kunnen organiseren. Ook benoemden drie hulpverleners dat ze met cliënten nadenken over hoe ze contacten kunnen leggen als ze weinig netwerk hebben of contacten opnieuw kunnen aanhalen als die verwaterd zijn. Vijf van deze tien hulpverleners gaven aan in sommige gevallen een familie netwerkberaad (FNB) te organiseren, in grote of kleine vorm. Een FNB is een methodiek waarbij belangrijke mensen uit het netwerk van een cliënt worden uitgenodigd om samen met het gezin na te denken over oplossingen voor hun problematiek en hoe die geborgd kunnen worden. Twee hulpverleners benoemden dat ze naast het maken van een geno- of sociogram verder niet actief met het netwerk bezig zijn.

Eén teamleider gaf aan dat zijn teamleden niet actief met het netwerk bezig zijn. De overige teamleiders en managers gaven aan dat hun medewerkers het netwerk betrekken. Vier teamleiders gaven aan dat een deel van hun medewerkers soms een FNB organiseren. Daarnaast werd door vier teamleiders en managers benoemd dat binnen hun organisaties gewerkt wordt met het helpen opbouwen van een netwerk. Hierbij moet gedacht worden aan vrijwilligers die als maatje optrekken met cliënten of gezinnen die via een project af en toe kinderen opvangen om ouders te ontlasten.

Cliëntbezwaren

De hulpverleners gaven aan dat er soms gezinnen zijn die zeggen geen netwerk te hebben of die bezwaren hebben tegen het betrekken van hun netwerk. Wanneer ze deze signalen ontvingen, gaven ze aan hier geen genoeg mee te nemen, maar te kijken naar wat er nog mogelijk is. Dit doen ze onder andere door vragen te stellen, de meerwaarde van het betrekken van het netwerk aan cliënten te tonen en te onderzoeken waar het eerder fout is gelopen in het netwerk. De redenen waarom gezinnen geen netwerk willen betrekken, werden herkend door de teamleiders. Vier teamleiders vonden dat het argument 'Ik wil mijn vuile was niet buitenhangen' of 'Ik heb geen netwerk' geen redenen mogen zijn om het netwerk niet te betrekken, maar dat het de kunst is van de hulpverlener om te onderzoeken waar die weerstand vandaan komt. Twee teamleiders stelden dat als gezinnen zeggen echt geen

netwerk te willen betrekken, je dat niet moet forceren, maar het gesprek er wel altijd over moet blijven aangaan.

Daarnaast is gesproken over het feit dat het netwerk van een cliënt niet altijd bestaat uit mensen met een positieve invloed. Op de vraag hoe hier mee om wordt gegaan, gaven drie hulpverleners aan dat het van belang is om niet eigen waarden en normen op te leggen aan anderen. Twee hulpverleners voegden daar aan toe dat je mensen op verschillende gebieden kan inzetten. Een van hen zei:

“Iemand kan misschien wel drugsverslaafd zijn, maar dat betekent niet dat hij niet in staat is om een ander te helpen met klussen in het huis. Al is het wel van belang dat er aan de veiligheid is voldaan.”

Twee andere hulpverleners gaven aan dat ze mensen zelf willen laten ontdekken wat de invloed van hun netwerk is en dat ze daarnaast samen met het gezin op zoek gaan naar gezond netwerk.

Moeilijke doelgroepen

In de interviews is gepraat over bepaalde doelgroepen waarbij het betrekken van het netwerk niet mogelijk of moeilijker te bereiken is. Los van specifieke doelgroepen gaven twee managers aan dat de doelgroep die bediend wordt binnen de tweedelijns zorg over het algemeen een doelgroep is waar veel mee aan de hand is, wat voornamelijk terug te zien is bij jongeren in residentiële settingen. Vaak hebben deze jongeren geen florierend netwerk, hebben personen in hun netwerk zelf veel problemen of is het netwerk uitgeput. Dit is geen excuus om niet met het netwerk te werken, maar moet volgens hen wel meegenomen worden in het gesprek over mate waarin je het netwerk wilt en kunt betrekken.

Daarnaast werden verschillende specifieke doelgroepen genoemd: mensen met een licht verstandelijke beperking, met psychiatrische problematiek of mensen uit een andere cultuur. Daarbij zijn de uitdagingen per groep besproken. Drie hulpverleners noemden dat zij het moeilijker vinden om het netwerk bij gezinnen of jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) te betrekken. Dit heeft volgens deze hulpverleners voornamelijk te maken met het feit dat deze groep meer moeite heeft met het verwerken van sociale informatie, het lastiger vindt om effecten op de langere termijn in te schatten en meer moeite heeft met bemoeienis van buitenaf. Daarnaast bestaat hun omgeving vaak uit veel mensen met LVB problematiek. Eén van deze hulpverleners gaf aan dat het wel mogelijk is, maar het veel meer tijd kost en het heel simpel gehouden moet worden. Vier teamleiders herkenden deze mening, waarbij één aangaf dat dit voornamelijk komt omdat deze mensen over het algemeen niet

onder ogen zien dat ze een probleem hebben. De overige drie gaven aan het wel te herkennen, maar noemden dat dit niet een reden mag zijn om het netwerk niet in te zetten. Juist deze doelgroep heeft een goed netwerk hard nodig. Een van deze drie teamleiders zei:

“Hier verbaas ik me echt over, dat hulpverleners dat überhaupt zeggen. Ook al hebben mensen een laag IQ, dat betekent niet dat ze niets kunnen leren of dat er niets in het netwerk of de buurt mogelijk is.”

Een andere doelgroep die door vier hulpverleners werd benoemd zijn de jongeren of ouders met psychiatrische problematiek. Inherent aan bepaalde psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld depressiviteit of borderline, is dat deze mensen moeite hebben met het maken of onderhouden van contact. Daarnaast is bij deze mensen het netwerk vaak al uitgeput door de jarenlange problematiek. Alle teamleiders herkenden deze doelgroep als zijnde een moeilijke doelgroep, al werd ook hier benoemd dat juist deze mensen het hard nodig hebben. Een teamleider gaf aan dat het bij deze doelgroep heel belangrijk is om in kleine stapjes te werken en dat timing en vertrouwen essentieel is. Een andere teamleider benoemde dat het wel belangrijk is om goed te kijken of het nog veilig is om bijvoorbeeld opvang in het netwerk plaats te laten vinden en dat hierin goede afwegingen gemaakt moeten worden. Een derde teamleider gaf aan dat ze veel kansen ziet in het betrekken van het netwerk en het organiseren van een FNB bij deze doelgroep. Dit biedt namelijk een goede mogelijkheid tot het geven van psycho-educatie aan het netwerk.

Drie hulpverleners gaven aan moeite te hebben met het betrekken van het sociale netwerk bij allochtone gezinnen. Dit komt volgens hen mede doordat deze groep soms minder bereikbaar is, vaak “de vuile was niet buiten willen hangen” en de taal soms een barrière is. Daarnaast gaven ze aan dat het als witte Nederlander niet altijd makkelijk is om je goed te verplaatsen in een andere cultuur en het netwerk niet altijd openstaat voor jouw bemoeienis. Eén hulpverlener stelde dat ze deze groep niet als een moeilijke doelgroep zou benoemen. In haar ogen zijn er ook autochtone gezinnen die heel gesloten zijn en allochtone gezinnen die juist een heel hecht en goed werkend netwerk hebben en is dit niet te generaliseren. Deze laatste gedachte werd gedeeld door de teamleiders, die aangaven dat ze deze groep niet als een aparte doelgroep zouden willen omschrijven, maar meer in het algemeen gesloten gezinnen als moeizaam ervaren. Eén teamleider maakte hier wel een uitzondering op. In haar optiek is het schadelijk als het netwerk betrokken wordt bij gezinnen waar eergevoel een grote rol speelt. Als voorbeeld noemde ze een jong meisje dat veel met vrienden rondhangt in Hoog Catherijne, een groot winkelcentrum in Utrecht. Als zij deze ouders zou aanmoedigen om hun

zorgen en problemen met de familie te delen is de kans aanwezig dat dit problemen oplevert voor dit meisje.

Twee hulpverleners lieten weten te maken te hebben met vluchtelingen en dat ze het bij deze groep moeilijker vinden om het netwerk in te zetten. Dit komt vaak doordat zij weinig of geen familie hebben in Nederland, veel hebben moeten verhuizen en hierdoor over het algemeen geen stabiel netwerk hebben kunnen opbouwen. Daarnaast kampen veel vluchtelingen met onzekerheid waardoor ze vaak niet of minder investeren in relaties met anderen. Ook hebben deze gezinnen vaak met trauma's en geheimen te maken die niet uit mogen komen. Dit alles maakt het voor hulpverleners moeilijk om het netwerk te betrekken, te vergroten of te versterken. Niet alle teamleiders hebben te maken met deze doelgroep, maar degene die dat wel hebben, herkenden dat het bij deze groep moeilijker kan zijn.

Residentieel

Uit de interviews kwam naar voren dat er een duidelijk verschil zit in de werkwijze tussen hulpverleners die ambulante hulp bieden en hulpverleners die binnen een residentiële setting werken. Veel hulpverleners binnen de residentiële zorg zijn nog bezig met het leren betrekken van ouders bij de hulpverlening en zijn niet actief bezig met het netwerk om het gezin heen. In sommige gevallen wordt het netwerk wel ingezet voor opvang in de weekenden of als time-out plek.

De teamleiders en managers herkenden dat veel van hun medewerkers binnen de residentiële zorg het netwerk rondom een gezin vaak nog niet in beeld hebben. Dit is volgens hen praktisch ook lastiger omdat de afstand tot het natuurlijke milieu vaak groot is. Wel zijn er initiatieven om deze afstand te verkleinen. Voorbeelden hiervan zijn het geven van ambulante hulp aan het gezin in de thuissituatie of het ombouwen van residentiële plekken naar meer ambulante vormen. Eén manager herkende zich niet in het signaal dat het netwerk weinig betrokken wordt binnen residentiële vormen. Binnen hun organisatie zag zij wel dat het bredere netwerk al vroeg betrokken wordt en dit positieve resultaten laat zien. Ze zei hierover:

“Zo ingewikkeld is het ook allemaal niet. In mijn beleving is het meer een mindseting. Als je het wilt, dan kan het ook echt.”

Uit interviews met participanten uit één organisatie blijkt dat het betrekken van het netwerk hier een andere plek krijgt binnen residentiële zorgvormen dan bij andere organisaties.

Doordat ze binnen deze organisatie gezien hebben dat het voor hulpverleners binnen de residentiële zorg lastig was om, naast het werk op de groep, goed oog te hebben voor het sociale netwerk van de jongere, hebben zij besloten om twee mensen apart aan te nemen die zich specifiek bezighouden met netwerkversterking en netwerkverbreding. Deze twee netwerkcoaches hebben als taak om samen met jongeren te kijken wie hun netwerk is, hoe ze die kunnen mobiliseren en wat ze kunnen doen om hun netwerk uit te breiden. Dit doen ze bij jongeren waarbij blijkt dat er weinig netwerk is of het netwerk niet goed functioneert.

Attitude

In alle interviews met de hulpverleners kwam naar voren dat ze een positieve houding hebben ten opzichte van netwerkversterking en het belangrijk vinden om het netwerk te betrekken. Daarnaast gaven ze aan dat ze deze positieve houding ook herkennen bij hun collega's. De meerwaarde voor het betrekken van het netwerk werd op de volgende punten gezien: een gezin is op deze manier minder afhankelijk van de hulpverlening, een gezin voelt zelf weer waar hun krachten en kwaliteiten liggen en het geeft een gezin rust, erkenning en steun. Daarnaast werd benoemd dat het netwerk nodig kan zijn om doelen te kunnen bereiken, veiligheid te waarborgen en het gezin te monitoren. Teamleiders en managers gaven ook aan positief te staan tegen over het betrekken van het netwerk en herkenden deze houding bij hun medewerkers. Naast eerdergenoemde voordelen zeiden twee managers het netwerk ook in te willen zetten omdat dit kostenbesparend is doordat bepaalde taken overgenomen kunnen worden door het netwerk.

Sociale omgeving

Met hulpverleners is gekeken in hoeverre ze het onderwerp 'netwerk betrekken in de hulpverlening' bespreken met collega's en teamleiders/behandelcoördinatoren en in hoeverre dit terugkomt in intervisie of werkbegeleiding. Drie hulpverleners gaven aan dat het onderwerp niet vaak besproken wordt, maar dat als het nodig is ze wel weten met wie ze er over kunnen praten. Drie andere hulpverleners zeiden dat ze er juist veel met collega's over praten. Acht hulpverleners gaven aan in intervisie met elkaar mee te denken en elkaar te bevragen op de mate waarin het netwerk betrokken wordt en dat de behandelcoördinator met hen meedenkt en tips geeft. Dit in tegenstelling tot twee andere hulpverleners die aangaven dat ze intervisie en werkbegeleiding als te weinig en te vrijblijvend ervaren.

Eén teamleider gaf aan dat het onderwerp 'betrekken van het netwerk' weinig terugkomt in de begeleiding. Vijf teamleiders zeiden dat het wel een onderwerp is dat op hun

netvlies staat en ze er naar vragen, maar dat het geen standaard onderdeel is van hun begeleiding. Drie teamleiders stelden dat dit wel een vast onderdeel is van hun begeleiding.

Met de managers is gesproken over de manier waarop ze medewerkers faciliteren om het netwerk te betrekken. Dit gebeurt onder andere door het aanbieden van trainingen, het creëren van ruimte voor intervisie over specifiek dit onderwerp, het verbinden van collega's om hierin tijdelijk samen op te trekken en het intern meer bespreekbaar te maken door middel van een filmpje of een nieuwsbrief.

Waargenomen gedragscontrole

Om als hulpverlener goed het netwerk te kunnen betrekken zijn er bepaalde kennis en vaardigheden nodig. Aan alle hulpverleners is gevraagd welke zij hiervoor denken nodig te hebben. Drie hulpverleners gaven aan dat de kennis en vaardigheden die ze hebben opgedaan in de Sociale Netwerk Strategie (SNS) training voor hen een goede basis is om met netwerken te kunnen werken. Daarnaast noemden vier hulpverleners aspecten die te maken hebben met contextuele kennis, zoals kennis over hoe systemen werken en hoe loyaliteiten liggen. Deze participanten noemden ook een aantal vaardigheden die te maken hebben met het contextuele denken, waarbij ze voornamelijk aangaven dat het als hulpverlener in deze situaties belangrijk is om meerzijdig partijdig te kunnen zijn. Andere vaardigheden die werden genoemd zijn: open en transparant kunnen werken, oplossingsgericht kunnen denken, erkenning kunnen geven en sensitief kunnen zijn. Ook aan de teamleiders is deze vraag voorgelegd. Wat betreft kennis onderschreef iedereen dat een SNS training en kennis vanuit de contextuele hoek goed is om het netwerk op een juiste manier te kunnen betrekken. Vaardigheden die werden genoemd voor het werken met het netwerk zijn: oplossingsgericht kunnen werken, meervoudig partijdig kunnen zijn, vrijmoedig durven zijn en verder kunnen kijken dan wat al is. Specifiek voor een FNB werden de volgende vaardigheden benoemd: goede gespreksvaardigheden, positief leiding kunnen geven, overzicht kunnen hebben en goed kunnen samenvatten.

Drie hulpverleners gaven aan dat ze hun team heel vaardig vinden en dat de kennis aanwezig is. Zes hulpverleners zeiden dat ze bij zichzelf, of bij hun collega's, zagen dat de kennis wel aanwezig is, maar de ervaring vaak nog ontbreekt waardoor niet iedereen zich competent voelt. Dit ging dan specifiek over de ervaring met het organiseren van een FNB. Een teamleider gaf aan dat het team nog te weinig ervaring heeft in werken met het netwerk, de overige teamleiders gaven aan dat ze hun teams competent genoeg vinden om met het netwerk te werken maar herkenden dat veel medewerkers nog te weinig ervaring hebben met

het organiseren van een FNB. Vijf teamleiders gaven wel aan dat ze vinden dat hun teamleden nog te veel gericht zijn op de directe familie en de kleine kring om het gezin heen, in plaats van op vrienden, kennissen of buurtbewoners. Zij vonden dat hun teamleden meer mochten leren om buiten het bekende kader te kijken.

Daadwerkelijke gedragscontrole

Op de vraag wat hulpverleners in de weg kan staan om hun intentie daadwerkelijk om te zetten in gedrag, gaven acht hulpverleners aan dat voornamelijk het ontbreken van tijd hen belemmerde bij het inzetten van het netwerk. Het inzetten en betrekken van het netwerk kost tijd, tijd die ze in hun ogen tekort hebben. Daarnaast stelden vier hulpverleners dat de tijd die ze hebben vaak voor een groot deel wordt opgeslokt door registratie en verslaglegging en ze dit als erg bureaucratisch kunnen ervaren.

Alle teamleiders herkenden tijdgebrek als een opvatting van hulpverleners. Echter, drie teamleiders gaven aan dat ze vinden dat dit geen belemmering mag zijn. Het betrekken van het netwerk moet volgens hen een onderdeel zijn van de hulpverlening en daar moet tijd voor worden vrijgemaakt. Alle managers onderschreven de visie van deze drie teamleiders. Netwerk betrekken hoort onderdeel te zijn van de hulpverlening en niet als een apart aspect gezien te worden. Daarnaast kan het investeren in het netwerk uiteindelijk tijd opleveren doordat bepaalde taken gedeeld worden of uitbesteed. Bovendien is het duurzamer en wordt de voortgang beter geborgd, waardoor cliënten minder snel terugvallen.

Wat betreft de registratielast gaven alle teamleiders aan dat ze het signaal van bureaucratie herkennen en dit in sommige gevallen ook kwalijk vinden, omdat het ten koste kan gaan van de zorg voor cliënten. Op managementniveau werd het signaal herkend maar zag men ook de voordelen en het nut van registratie. Doordat er gewerkt wordt met maatschappelijk geld is het belangrijk om dat goed te kunnen verantwoorden. Daarbij pleitten vier managers ervoor dat er meer gesprek binnen hun organisatie zou zijn over registratie. Op het moment dat hulpverleners zaken aan het registreren zijn die ze onnuttig vinden is het van belang dat ze dat kenbaar maken, zodat er onderzocht kan worden of het inderdaad overbodig is. Mochten het wel nuttige registraties zijn, dan is dat gesprek de mogelijkheid om uit te leggen waarom bepaalde zaken geregistreerd moeten worden, zodat er meer begrip kan ontstaan bij de werknemers.

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is beschreven hoe het netwerk betrokken wordt in de hulpverlening binnen Utrechtse jeugdzorgorganisaties en welke drempels hierbij worden ervaren.

De manier waarop het netwerk betrokken wordt verschilt. Een deel van de participanten doet enkel een geno- en sociogram, een deel betreft daarnaast belangrijke derden bij de hulpverlening en een deel maakt gebruik van familie-netwerkberaden (FNB). Dit is een methodiek waarbij allerlei betrokkenen samen met het gezin op zoek gaan naar oplossingen en hoe die geborgd kunnen worden. In sommige gevallen is het moeilijker om het netwerk te betrekken, als cliënten aangeven dat ze het netwerk niet betrokken willen hebben of er weinig netwerk is. Daarnaast ervoeren enkele participanten dat bij mensen met een licht verstandelijke beperking, een psychiatrische stoornis of een andere culturele achtergrond het moeilijker kan zijn om het netwerk te versterken. Uit de resultaten van het onderzoek komt duidelijk naar voren dat er verschillen zijn in het betrekken van het netwerk tussen ambulante vormen van hulp en hulpverlening die geboden wordt binnen residentiële instellingen. In residenties zijn hulpverleners vaak nog bezig met het leren betrekken van ouders bij de hulpverlening en is het bredere netwerk over het algemeen nog niet in beeld.

De drempels zijn onderzocht aan de hand van de theorie van gepland gedrag van Ajzen. De attitude bleek geen drempel te zijn, omdat vrijwel alle participanten een positieve houding lieten zien ten opzichte van het betrekken van het netwerk. De sociale omgeving werd over het algemeen ook niet als drempel ervaren, omdat de houding van teamleiders en managers positief is en binnen organisaties voorzien wordt in mogelijkheden om het netwerk te versterken. De waargenomen gedragscontrole werd deels als een drempel ervaren. Enerzijds gaven participanten aan dat de juiste kennis en vaardigheden aanwezig zijn, anderzijds werd benoemd dat meer ervaring in het organiseren van een FNB nodig is.

De positieve attitude, sociale omgeving en waargenomen gedragscontrole leiden niet automatisch tot het gewenste gedrag. Dit wordt volgende de hulpverleners mede veroorzaakt door gebrek aan tijd en de vele bureaucratie binnen de jeugdzorg. Het is opvallend dat de meeste teamleiders en managers aangaven dat ze dit geen argument vinden om niet met het netwerk aan de slag te gaan. Zij gaven aan dat er prioriteit aan het netwerk gegeven zou moeten worden.

De betrouwbaarheid van dit onderzoek wordt vergroot door de onderzoeksopzet en door vergelijkbare resultaten uit ander onderzoek. Doordat de resultaten van de interviews met de hulpverleners zijn besproken met teamleiders, en deze interviews vervolgens zijn besproken

met het management, is ervoor gezorgd dat de resultaten meerdere malen gecontroleerd werden, waardoor de betrouwbaarheid vergroot wordt. Zo is het aannemelijk dat de attitude van hulpverleners ten opzichte van het betrekken van het netwerk daadwerkelijk positief is. Niet alleen omdat de twaalf hulpverleners dit aangaven, maar doordat dit vervolgens bevestigd werd door zowel de teamleiders als de managers. Op sommige onderwerpen waren verschillen zichtbaar tussen de functielagen. Zo gaf één hulpverlener aan dat binnen hun werkwijze het netwerk nog te weinig wordt betrokken, terwijl de desbetreffende manager aangaf dat het netwerk een belangrijke rol innam binnen deze methodiek. Dit wordt mogelijk veroorzaakt door de afstand die bestaat tussen het management en de werkvloer. Hierdoor hebben managers kennis van de grote lijnen van de uitvoering, maar kennen ze niet de details.

Naast de onderzoeksopzet is het ook aan te nemen dat de gegevens uit het onderzoek betrouwbaar zijn, omdat ze overeenkomen met resultaten uit andere onderzoeken die uit zijn gevoerd in Utrecht. Uit een recente evaluatie onder een aantal interventies in Utrecht blijkt namelijk dat het inzetten van het sociale netwerk niet altijd plaatsvindt (Schamhart & Colijn, 2012). Ook de evaluatie naar de Buurteams laat zien dat de inzet van het sociale netwerk in veel gevallen nog moeite kost (Gemeente Utrecht, 2013). Dit terwijl het in beide gevallen wel tot één van de doelstellingen behoort.

Uit het onderzoek is gebleken dat veel hulpverleners binnen de residentiële voorzieningen het moeilijk vinden om het sociale netwerk van jongeren te betrekken. Toch is het juist bij deze jongeren van belang dat het netwerk meer wordt betrokken, omdat regelmatig contact ervoor zorgt dat er meer kans is op een succesvolle plaatsing terug naar huis, de tijd binnen een residentie stabiel is en het de kans vergroot op positieve uitkomsten in de emotionele en gedragsontwikkeling van jongeren (Sen & Broadhurst, 2011). Daarnaast is het volgens Sala-Roca en collega's (2012) goed om het netwerk rond deze jongere te betrekken, omdat deze steun hard nodig kan zijn op het moment dat de jongere de instelling verlaat en op eigen benen komt te staan. Omdat uit het onderzoek blijkt dat op dit moment binnen veel residentiële voorzieningen het netwerk onvoldoende betrokken wordt, is de eerste aanbeveling dat organisaties na moeten denken over de manier waarop ze dit beter kunnen organiseren. Dit zou kunnen door het geven van trainingen aan de medewerkers of door het creëren van functies waarbij de enige taak van medewerkers is dat zij het netwerk betrekken. Daarnaast wordt aanbevolen om het nieuwe concept van de Buurteams hierin mee te nemen. Omdat deze teams werkzaam zijn in de wijk, hebben zij goed zicht op de omgeving van het gezin. Zodra een jongere thuiskomt uit een instelling ligt hierin een belangrijke taak voor het

Buurtteam. Zij kunnen zorgen dat er een netwerk rondom deze jongere en het gezin gevormd is.

Een ander aandachtspunt is het bevorderen van sociale steun. In de literatuur zijn de drie vormen van sociale steun beschreven: instrumentele steun, informatieve steun en emotionele steun (House & Kahn, 1985). Uit het onderzoek blijkt dat in de hulpverlening alle vormen van steun terugkomen, maar het netwerk vooral betrokken wordt voor instrumentele steun, zoals oppassen, het geven van ondersteuning bij het beheer van financiën of het doen van praktische klussen in en rondom het huis. Toch kunnen alle drie de vormen van sociale steun op hun unieke wijze een bijdrage leveren aan het psychisch welbevinden van mensen en leiden tot stressvermindering (Cohen, 2004; Thoits, 2011). Het geven van praktische steun kan iemand helpen om rust te creëren in het leven en gezond gedrag te bevorderen (Thoits, 2011), waar het geven van informatieve steun kan leiden het beter gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen of het vermijden van risicosituaties (Cohen, 2004). Als laatste kan emotionele steun volgens Cohen (2004) helpen om de intensiteit van emoties te verlagen en iemand kracht en moed geven om dingen aan te pakken. Omdat uit het onderzoek onvoldoende naar voren is gekomen waarom voornamelijk in wordt gezet op praktische steun, is de tweede aanbeveling dat er verder onderzocht moet worden waarom deze vorm van steun de overhand heeft en in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om van hulpverleners te gaan vragen meer informatieve en emotionele steun te verlenen.

Referenties

- Almedom, A. (2005). Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61, 943-964.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Red.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39).
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavioral and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Barth, R. (2005). Residential care: from here to eternity. *International Journal of Social Welfare*, 14, 158-162.
- BMC (2009). *Evaluatie Wet op de jeugdzorg*. Amersfoort: BMC.
- Borge, L., Martinsen, E., Ruud, T., Watne, O., & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 50, 81-84.
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social: notes provisoires. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 3, 2-3.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Coleman, J. S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dunér, A., Nordström, M., & Skärsäter, I. (2011). Support networks and social support for persons with psychiatric disabilities. A Swedish mixed-methods study. *European Journal of Social Work*, 15, 712-732.
- Gemeente Utrecht (2013). *Transitie jeugdzorg. Tussenevaluatie pilot Buurtteams Jeugd en Gezin Ondiep en Overvecht*. Utrecht: Gemeente Utrecht.
- Goldberg, R. W., Rollins, A. L., & Lehman, A. F. (2003). Social networks correlates among people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 393-402.
- Hair, H. J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14, 551-575.
- Harder, A.T., Knorth, E.J. & T. Zandberg (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: SWP.
- Harder A.T. (2011), *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care* (proefschrift). Groningen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*, p 83-108. New York: Academic Press.
- Jeugdwet concept memorie van toelichting (2012). Geraadpleegd op 29 mei 2013 op <http://www.internetconsultatie.nl/jeugdwet>
- Kluft, M. (2012). *Proeftuinen van Utrecht. Transitie Jeugdzorg. Beschrijving van de good practice*. Utrecht: Movisie
- Lauder, W., Sharkey, S., & Mummery, K. (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 88–94.
- Lechner, L., Kremers, S., Meertens, R. & de Vries, H. (2010). Determinanten van gedrag. In J. Brug, P. van Assema, & L. Lechner (Red.). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering: Een planmatige aanpak* (pp. 75-105).
- McWhirter, E. H. (1991). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 69, 222-227.
- Moritsugu, J., Wong, F.W., & Grover Duffy, K. (2010). *Community psychology* (4th edition). Boston, MA: Pearson Education; Allyn & Bacon.
- Perkins, M. B., Jensen, P. S., Jaccard, J., Gollwitzer, P., Oettingen, G., Pappadopulos, E., & Hoagwood, K. E. (2007). Applying theory-driven approaches to understanding and modifying clinicians' behavior: What do we know? *Psychiatric Services*, 58, 342-348.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: RMO.
- Regenmortel, T. van (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 18, 22-42.
- Sala-Roca, J., Biarnés, A. V., García, M. J., & Sabates, L. A. (2012). Socialization process and social support networks of out-of-care youngsters. *Children and Youth Services Review*. 34, 1015-1023.
- Schamhart, R., & Colijn, J. (2012). *Greep op Wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht
- Sen, R., & Broadhurst, K. (2011). Contact between children in out-of-home placements and their family and friends networks: a research review. *Child and Family Social Work*, 16, 298-309.

- Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science & Medicine*, 53, 9–19.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 145-161.
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M., & Teeven, F. (2011). *Geen kind buiten spel*. Den Haag: Ministerie van VWS en ministerie van V&J.
- Vries, H. de., Dijkstra, M., & Kuhlman, P. (1988). Self- efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- Wandersman, A., & Nation, M. (1998). Urban neighbourhoods and mental health: Psychological contributions to understanding toxicity, resilience and interventions. *American Psychologist* 53, 647–656.
- Whitley, R., & McKenzie, K. (2005). Social capital and psychiatry: Review of the literature. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 71-84.
- Winter, M. de (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Amsterdam: SWP.
- Woolcock, M., & Narayan, D. (2000). Social capital: Implications for development theory, research and policy. *World Bank Research Observer*, 15, 225–249.