

University of Groningen

Zorgtrajecten evalueren aan de 'dialogtafel'

Holwerda, Anja; Labun, Alona; Heyse, Liesbet; Serra, Marike

Published in:
 Kind en Adolescent Praktijk

DOI:
[10.1007/s12454-019-0028-7](https://doi.org/10.1007/s12454-019-0028-7)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
 Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
 2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Holwerda, A., Labun, A., Heyse, L., & Serra, M. (2019). Zorgtrajecten evalueren aan de 'dialogtafel': Hulpverleners en cliënten delen hun ervaringen. *Kind en Adolescent Praktijk*, 18(3), 14–21.
<https://doi.org/10.1007/s12454-019-0028-7>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

ZORGTRAJECTEN EVALUEREN AAN DE 'DIALOOGTAFEL'

HULPVERLENERS EN CLIËNTEN DELEN HUN ERVARINGEN

De dialoogtafelmethodiek is een leer- en reflectie-instrument waarmee hulpverleners op een gestructureerde manier zorgtrajecten kunnen analyseren, samen met jeugdigen en ouders. Zowel hulpverleners als cliënten zijn erover te spreken. Kan deze methodiek een structurele plaats krijgen in de dagelijkse jeugdhulp praktijk en zo ja, hoe?

ANJA HOLWERDA, ALONA LABUN, LIESBET HEYSE EN MARIKE SERRA

Twaalf Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (medegefinancierd door ZonMw) ondersteunen in Nederland gemeenten, zorginstellingen, ouders en hulpverleners bij de transformatie van de jeugdhulp. Ze doen dit door kennis bij elkaar te brengen en toe te passen en door samen nieuwe kennis en *best practices* te ontwikkelen. Een integrale aanpak, zoals beoogd met de transformatie, vraagt om nauwe samenwerking tussen hulpverleners en om gezamenlijke besluitvorming met cliënten. Hierbij is het van belang dat hulpverleners niet alleen gericht zijn op doen en handelen, maar ook leren reflecteren om de effectiviteit van dat handelen te verbeteren. Om hulpverleners in het veld te ondersteunen in het ontwikkelen van een werkstijl die gericht is op de eigen regie en kracht van gezinnen, ontwikkelde de Friese Academische Werkplaats Transformatie Jeugd (AWTJF) een leer- en reflectie-instrument, de zogenaamde dialoogtafelmethodiek (Holwerda e.a., 2017).

Om op hun handelen te reflecteren, beschikken hulpverleners over verschillende instrumenten, denk aan intervisie of supervisie. Ook casuïstiekbesprekingen (*case review*) worden steeds meer ingezet om te leren van zorgtrajecten. Er zijn verschillende case review-methodes beschikbaar, maar in de praktijk blijken ze alleen productief te zijn als ze gebruik-

maken van een vaste, gestructureerde methodiek en goed en zorgvuldig worden voorbereid. De dialoogtafelmethode is gebaseerd op een bekende en goed werkende methodiek uit de somatische gezondheidszorg, de perinatale audit (www.perinataleaudit.nl). Binnen de AWTJF hebben we deze methodiek aangepast aan de specifieke jeugdzorgcontext. Een belangrijk verschil met de perinatale audit is dat de dialoogtafel wordt gevoerd met de betrokken profes-

"CLIËNTEN WILLEN VAAK OOK GRAAG DE ZORG BETER MAKEN"

sionals én met de jeugdige en zijn of haar gezin. Hun ervaringen met de zorg spelen daarom een centrale rol in het gesprek.

Een casus kan zowel door een hulpverlener als een cliënt worden aangemeld, maar in de praktijk is het meestal een professional die aanmeldt. Het kan gaan om lopende trajecten waarbij een deel van het traject wordt geëvalueerd of om afgesloten trajecten waarop hulpverleners en cliënt gezamenlijk terugkijken. Na



voorlichting en toestemming van de cliënt maakt de onderzoeker eerst een chronologisch verslag van het hulpverleningstraject. Dat gebeurt op basis van een voorbereidend gesprek met de cliënt en dossieronderzoek. Het chronologisch verslag bevat belangrijke achtergrondinformatie, bijvoorbeeld over de jeugdige zelf, zijn ouders, school en omstandigheden in het gezin zoals scheiding of huiselijk geweld. Het bevat ook een tijdlijn van het zorgtraject: welke hulp is ingezet door wie, waarom en met welk resultaat? In het voorbereidende gesprek geven de cliënten aan wat voor hen het belangrijkste thema is dat ze willen bespreken. Ook de professionals die meedoen krijgen de uitnodiging om een of twee thema's aan te dragen. Deze thema's verwerkt de onderzoeker in de agenda voor het gesprek.

In de dialoogtafel bespreken de cliënt en de betrokken hulpverleners vervolgens onder leiding van een onafhankelijke en getrainde voorzitter hoe het hulpverleningstraject is verlopen en hoe zij het traject hebben ervaren. Wat waren de uitkomsten, positief of negatief, en hoe hebben cliënten de hulp ervaren? Daarna proberen de deelnemers zicht te krijgen op de factoren die de uitkomsten van de hulp in positieve of negatieve zin hebben beïnvloed en de mogelijke oorzaken daarvoor. Dergelijke factoren kunnen betrekking hebben op het gezin of de gezinsleden. Denk hierbij aan de ernst van hun problemen, de motivatie voor hulp of hun verwachtingen. Het kan ook liggen aan de hulpverlener of de organisatie waar hij werkt. Te denken valt aan de werkdruk, caseload, beschikbare middelen, beleid of cultuur binnen de organisatie.

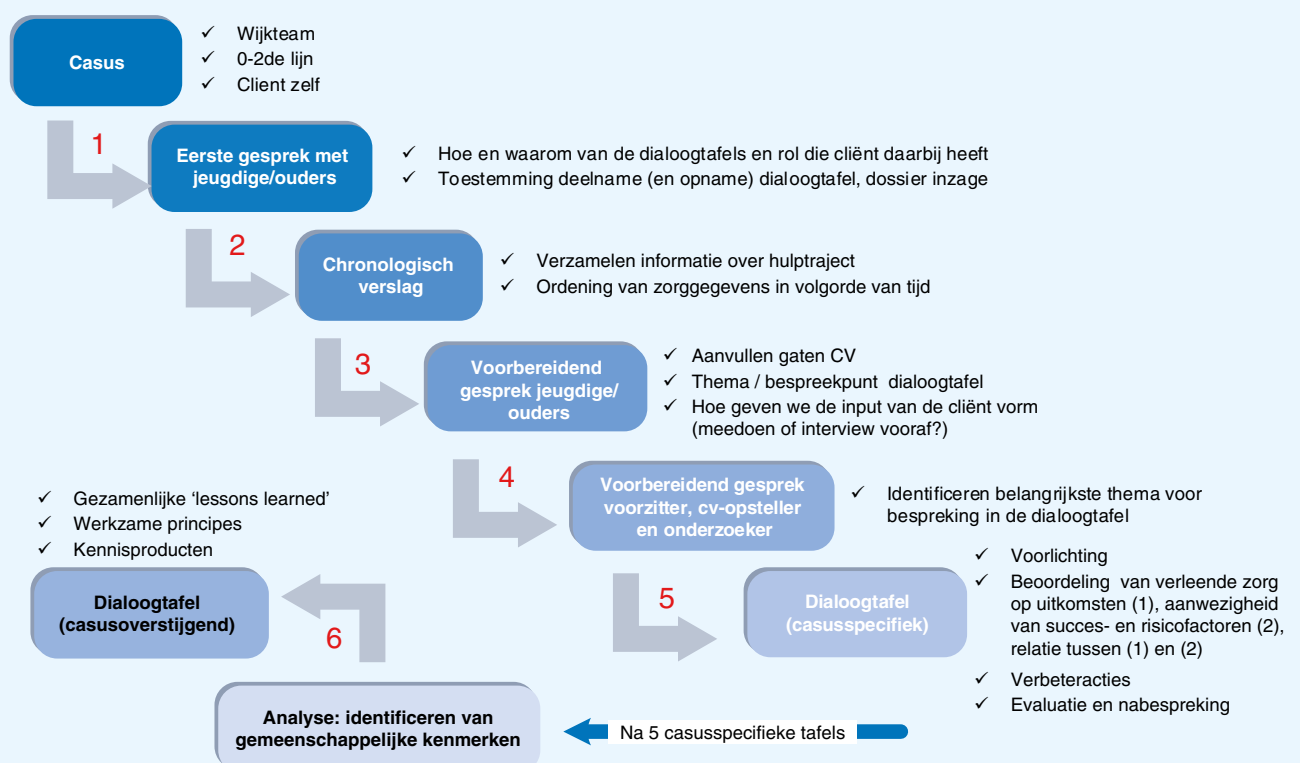
Maar het kan ook gaan om de alliantie tussen de cliënt en de hulpverlener (gezamenlijke besluitvorming, communicatie) of de ingezette interventies: waren ze tijdig, passend, evidencebased? De handleiding van de methodiek bevat een onderbouwd overzicht van factoren die de effectiviteit van de zorg kunnen beïnvloeden (zie www.awtjf.nl). Figuur 1 geeft de verschillende stappen van de dialoogtafel weer.

Inzicht krijgen in uitkomsten van de hulp, belemmerende en bevorderende factoren is om verschillende redenen van belang. Het is voor de cliënt een mogelijkheid om terug te kijken, zijn verhaal te doen en gehoord te worden. Veel zorgtrajecten worden wel geëvalueerd, tussentijds of bij afsluiting, maar het wordt zelden zo systematisch gedaan en zelden met alle betrokken hulpverleners. Bij de professionals kan evaluatie leiden tot bewustwording, niet alleen van wat cliënten ervaren, maar ook van mogelijke factoren die een rol speelden bij het meer of minder succesvol verlopen van een traject. Het kan daarmee ook motivatie creëren voor verandering. Als je steeds ziet in de casusanalyses dat de samenwerking tussen professionals een belemmerende factor vormt, kan het aanleiding zijn om binnen je organisatie en met ketenpartners te gaan werken aan verbetering.

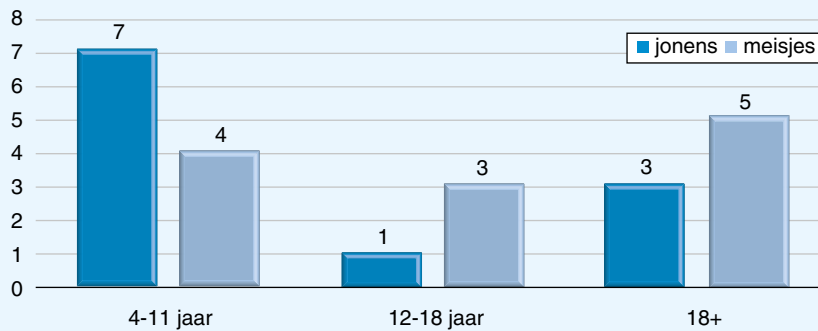
VAN MENS TOT MENS

Een belangrijk kenmerk van de dialoogtafel is dat de bijeenkomst wordt geleid door een onpartijdige voorzitter. Deze bewaakt de structuur, de veiligheid en de tijd tijdens de dialoogtafel. In een interview geeft een wijkteammedewerker aan: "In de tien jaar

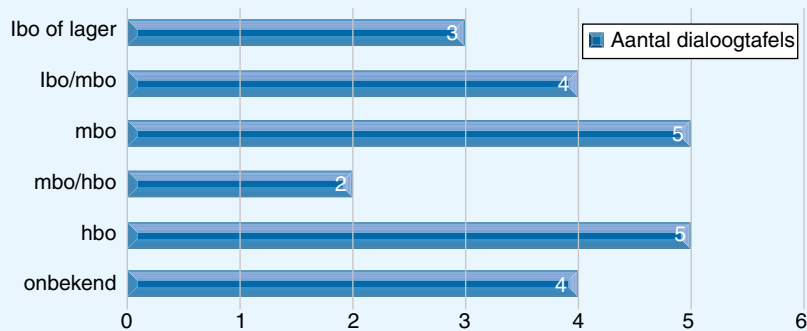
Figuur 1 Stappen die in een dialoogtafel worden doorlopen.



Figuur 2 Leeftijd en geslacht van de jeugdigen die aan een dialoogtafel deelnamen.



Figuur 3 Opleidingsniveau van ouders die aan een dialoogtafel deelnamen.



als hulpverlener heb ik nooit meegemaakt dat er zo kritisch en gestructureerd gekeken werd naar het hulpverleningsproces.” De voorzitter zorgt ervoor dat alle deelnemers hun ervaringen kunnen delen en dat er een veilige sfeer is waarin de aanwezigen naar elkaar luisteren en van elkaar leren. Een deelnemer schetst: “Wat zo leuk was, is dat het niet een spelletje moddergooien werd, maar juist een dialoog over wat had er beter gekund. Naar aanleiding daarvan zijn er ook een aantal acties geformuleerd over hoe zouden we dat nou beter kunnen aanpakken in het vervolg.”

Een ander kenmerk van de dialoogtafel is de mogelijkheid van onafhankelijke cliëntenvertegenwoordigers die jeugdigen en ouders op het dialoogtafelgesprek voorbereiden als daar behoefte aan is. Door hun onafhankelijkheid en hun ervaringsdeskundigheid staan ze naast cliënten en spreken ze de taal van de cliënt. Een van hen vertelt: “Cliënten willen vaak ook graag de zorg beter maken, ze willen iets brengen, iets waarvan ze zelf geleerd hebben. Ze bereiden zich goed voor op het gesprek en de vragen die bij hen leven, die ze graag willen inbrengen en waarop ze graag antwoord willen. Daarvan selecteren we samen met hen een centraal thema en dat komt vervolgens in de dialoogtafel aan bod. (...) Het mooie aan de dialoogtafels is dat het een gesprek teweegbrengt van mens tot mens. Ik vind het heel erg mooi om daaraan bij te dragen, om dat te zien ontstaan.” Jeugdigen en ouders kunnen daarnaast een vertrouwenspersoon meenemen. Dit is iemand die hen goed kent, op de hoogte is van wat er speelt of gespeeld heeft en samen met hen kan terugkijken op het proces.

In het kader van het onderzoeksproject van de AWTJF voerden we een aantal dialoogtafels uit. Niet alleen om erachter te komen welke factoren zorgtrajecten positief en negatief beïnvloeden, maar ook om te kijken hoe toepasbaar en haalbaar deze methodiek is in de jeugdhulppraktijk en of we hiermee veranderingen in gang kunnen zetten. Tot nu toe zijn 23 dialoogtafels gehouden in vier verschillende Friese gemeenten. De casuïstiek is aangeleverd door wijken en gebiedsteams, instellingen in de zorg voor jeugd (AWTJF partners) en het jongerenwerk. Het betrof zowel langdurende als korte zorgtrajecten, zowel lopende en afgesloten trajecten, zowel jonge kinderen als pubers.

“HULPVERLENERS ZEIDEN DAT ZE DINGEN ANDERS HADDEN MOETEN DOEN”

In figuur 2 en 3 staan kenmerken van de jeugdigen en hun ouders die deelnamen aan de dialoogtafels. Bij jeugdigen tot twaalf jaar zitten alleen ouders aan tafel. Jeugdigen vanaf twaalf kiezen zelf of zij wel of niet aanwezig zijn bij de dialoogtafel, maar geven wel toestemming aan ouders om hun traject tijdens een dialoogtafel te bespreken. Jongeren vanaf zestien jaar zijn meestal zelf aanwezig en bepalen ook of hun ouders wel of niet worden uitgenodigd voor de dialoogtafel. Jongeren vanaf achttien jaar kiezen er meestal voor om hun ouders niet uit te nodigen. De meeste dialoog-



tafels zijn tot nu toe gehouden met ouders van basisschoolkinderen. Figuur 3 geeft specifiek een overzicht van het opleidingsniveau van ouders van jeugdigen die aan een dialoogtafel hebben deelgenomen. Zowel hoog- als laagopgeleide ouders hebben meegedaan. Bij de laagopgeleide ouders waren ook ouders van wie bekend was dat zij een lichte verstandelijke beperking hadden. Ten slotte hebben ouders uit verschillende inkomenssituaties deelgenomen (zowel gezinnen in een uitkeringssituatie ($n = 4$), als gezinnen met tenminste één werkende ouder ($n = 16$)). Voor drie zelfstandig wonende jongeren is deze informatie niet bekend.

De jeugdigen en ouders die hebben deelgenomen aan dialoogtafels kampen met onderling heel verschillende problematiek, van relatief licht tot zeer complex of multiprobleem. Bij zeven van de deelnemende gezinnen was sprake van multiproblematiek, bijvoorbeeld huiselijk geweld en een psychische of verstandelijke beperking. Bij acht deelnemende gezinnen was sprake van enkelvoudige problematiek, bijvoorbeeld gedragsproblematiek bij het kind. Bij de deelnemende jeugdigen zagen we het vaakst ontwikkelingsstoornissen en overige psychische problematiek, gevolgd door gedragsproblematiek, een lichte verstandelijke beperking bij jeugdige en/of ouder(s) en huiselijk geweld (zie figuur 4).

We hebben de dialoogtafel dus ingezet bij gezinnen met verschillende soorten problematiek, in verschillende gezinssituaties en met verschillende opleidingsniveaus. Alle deelnemende gezinnen hebben de dialoogtafel evenwel als positief gewaardeerd. Zijn er

ook cliënten voor wie een dialoogtafel niet geschikt is? Bij de gezinnen die toestemming gaven om mee te doen, lukte het prima om een dialoogtafelgesprek te voeren. Bij de selectie van casuïstiek bleek echter dat gezinnen waarin veel onrust is of een crisissituatie, minder ruimte in hun hoofd hebben om aan een dialoogtafel deel te nemen. Om een constructief gesprek te kunnen voeren, is het van belang dat er geen conflicten zijn tussen cliënt en hulpverlener(s) of hulpverleners onderling. Ook is het belangrijk dat cliënten bereid zijn hun hulpverleningstraject te bespreken met alle betrokken hulpverleners aan tafel. Soms zien cliënten het niet zitten om herinneringen aan een moeilijke periode in hun leven, waarvoor zij hulp hebben ontvangen, op te rakelen. Soms ook heeft de cliënt een terugval of is er een crisis in het gezin, waardoor het organiseren van een dialoogtafel niet wenselijk of mogelijk is.

De hier besproken dialoogtafels vonden allemaal plaats in het kader van het genoemde onderzoeksproject, maar de motivatie of aanleiding om een casusanalyse te doen was verschillend. Een deel van de dialoogtafels werd gedaan bij lopende zorgtrajecten, bijvoorbeeld bij (tussentijdse) evaluatie van een hulpverleningstraject of bij de overgang van specialistische zorg naar eerstelijnszorg. Een deel werd gedaan bij afgesloten trajecten. De methodiek werd zowel toegepast bij succesvolle als bij vastgelopen casussen.

Daarnaast deden we, ook in het kader van het onderzoeksproject, dialoogtafels vanwege vragen die bij jeugdhulporganisaties leefden; vraagstukken

die niet direct gerelateerd waren aan een specifieke casus. Bijvoorbeeld een evaluatie van samenwerking tussen verschillende instanties en hulpverleners. Die dialoogtafels begonnen met een casus, maar vervolgens werden de punten die in die casus naar voren kwamen op meer overstijgend niveau besproken. Zijn de benoemde punten incidenteel of structureel en wat is nodig in de organisatie om eventuele knelpunten op te lossen? Voor deze specifieke dialoogtafels ($n = 7$) leverden cliënten input door middel van een interview, maar waren niet zelf aanwezig.

GELIJKWAARDIGE POSITIES

Jeugdigen en ouders voelen zich gehoord en ‘in hun kracht gezet’, zo blijkt uit de dialoogtafels. Een jeugdige vertelt: “Ik heb zelf ook veel in de jeugdzorg gezeten en dan ben je het niet altijd eens met de hulpverleners. Daarom vond ik het een hele mooie optie om bij elkaar te komen om echt je verhaal te kunnen vertellen: hoe vond je het gaan, hoe heb je het ervaren? En dan kun je ook eens van de andere kant horen wat de hulpverleners ervan vonden. Je voelt je meer begrepen en ervaart dat er meer naar je wordt geluisterd.” Een andere jeugdige zegt: “Ik vond het fijn dat er niet over mij, maar met mij werd gesproken. Ik werd als gelijkwaardig gesprekspartner gehoord.”

De dialoogtafel geeft vaak de gelegenheid het traject of de moeilijke periode waarin het traject plaatsvond af te sluiten. Een jeugdige: “Ik voel mij opgelucht omdat ik mijn verhaal kwijt kon. Je ziet ook echt van de hulpverleners hoe zij daarop reageren. Hulpverleners zeiden dat ze toch wel wat dingen anders hadden moeten aanpakken, omdat een jongere zijn eigen verhaal en ervaringen heeft. Dat gaf mij een gevoel van opluchting en dat je je wat vrijer voelt.” De dialoogtafel biedt jeugdigen en ouders nadrukkelijk ruimte om hun verhaal vanuit een gelijkwaardige positie te delen. Een voorzitter zegt: “Wat ik hier zelf heel mooi aan vind, is dat je ook echt gaat luisteren naar de jeugdige, hoe heeft die het ervaren?” De ervaring van een

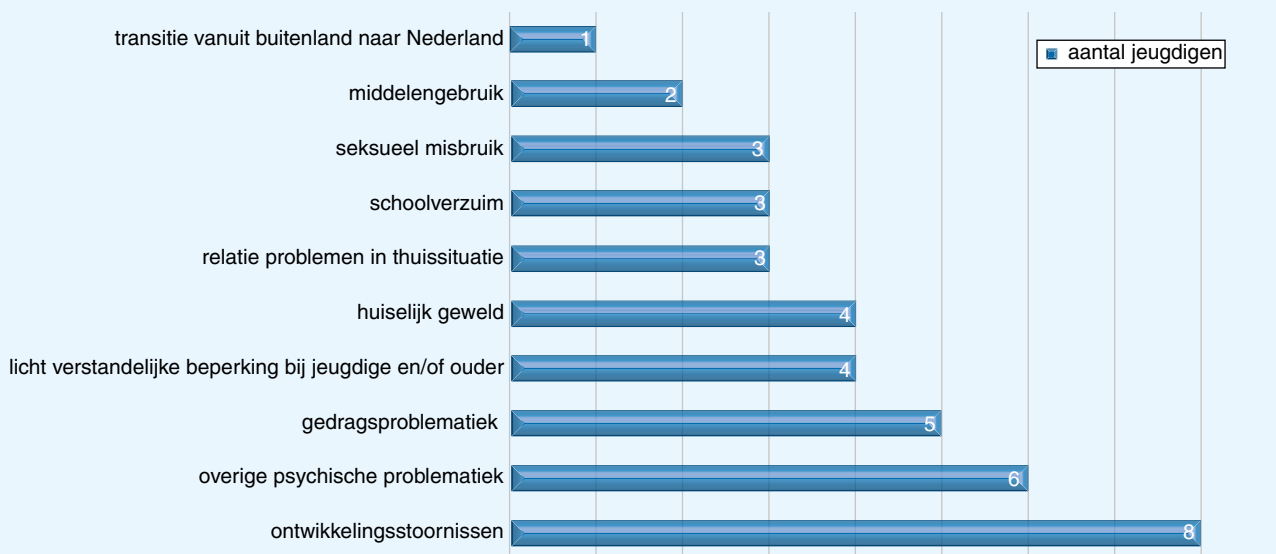
cliëntenvertegenwoordiger sluit hierbij aan: “Magisch vind ik het dat cliënten mij na afloop vertellen dat de dialoogtafel hen ook persoonlijk het nodige heeft gebracht. Misschien komt dit doordat er tijdens een dialoogtafel ruimte is voor gelijkwaardigheid, voor kwetsbaarheid en het (leren) begrijpen van elkaars perspectief.”

Aan de andere kant kunnen ook betrokken hulpverleners zoals sociaal werkers, pedagogisch medewerkers, jongerenwerkers en therapeuten hun verhaal kwijt. Zij staan niet alleen open voor het verhaal van de cliënt, maar kunnen bovendien een toelichting geven op de keuzes die gedurende het traject zijn gemaakt. In een dialoogtafel draait het niet om

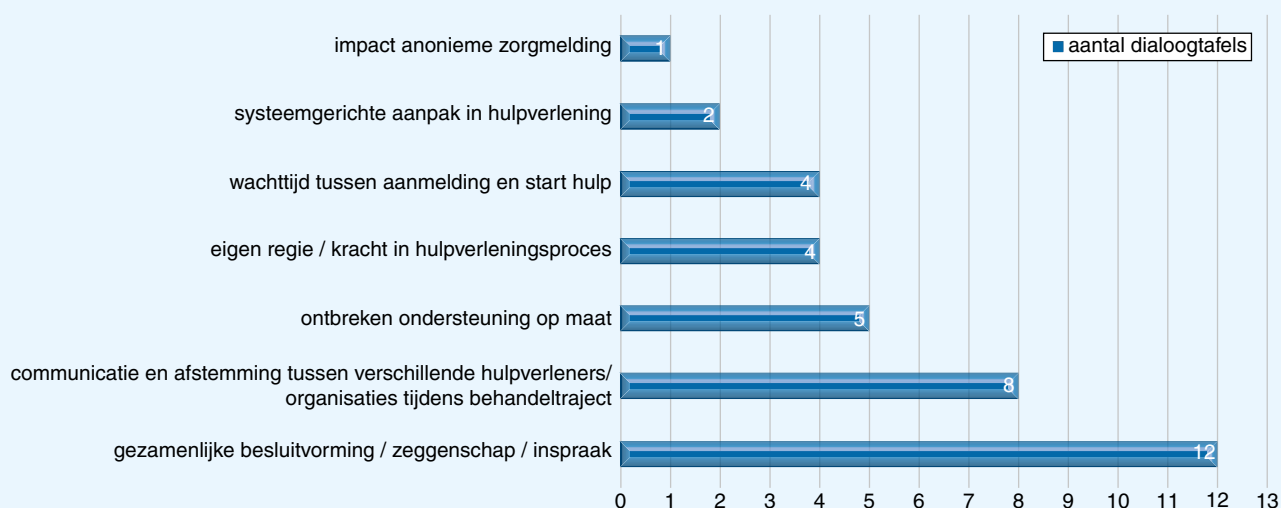
“HET GAF MIJ EEN GEVOEL VAN OPLUCHTING, DAT JE JE WAT VRIJER VOELT”

schuld, maar om het leren van opgedane ervaringen. Een cliëntenvertegenwoordiger zegt: “Hulpverleners willen met elkaar de zorg beter maken en daardoor komen er hele andere gesprekken op gang.” Hulpverleners krijgen de ruimte om te reflecteren: hoe is het proces verlopen en wat heeft in positieve of negatieve zin bijgedragen aan de uitkomsten van het traject? Een wijkteammedewerker: “De methodiek dwingt je kritisch naar je werk te kijken en hierop open feedback, in aanwezigheid van anderen, te bespreken.” Deze gesprekken, waarin zowel hulpverleners als cliënten zich kwetsbaar durven opstellen, leiden tot meer begrip bij hulpverleners voor gedrag van jeugdigen en ouders, collega-hulpverleners of van andere betrokken partijen, zoals school. Door samen om tafel te zitten, leren hulpverleners elkaar beter kennen en wordt het gemakkelijker om elkaars expertise beter te benutten.

Figuur 4 Soort problematiek van de jeugdigen die aan een dialoogtafel deelnamen.



Figuur 5 Thema's die tijdens dialoogtafels zijn besproken.



WAT LEVERT ZO'N DIALOOGTAFEL OP?

Tot nu toe zijn alle deelnemers, zowel jeugdigen en ouders als hulpverleners, tevreden met de uitkomsten van 'hun' dialoogtafel. Tijdens de dialoogtafels zijn verschillende, door jeugdige en ouders ingebrachte, thema's aan de orde gekomen (figuur 5). Cliënten brengen vooral onderwerpen in die te maken hebben met gezamenlijke besluitvorming (over in te zetten hulp en doelen van de hulp) en de samenwerking en communicatie tussen cliënten en professionals en tussen professionals onderling. Daarnaast kwamen ingezette interventies (bijvoorbeeld: is er goede en tijdige diagnostiek gedaan?) en effecten van beleidsmatige en organisatorische keuzes op de hulpverlening aan de orde.

De dialoogtafels hebben interessante inzichten opgeleverd. Zo blijkt bijvoorbeeld dat het hulpverleners vaak niet lukt om jeugdigen en ouders voldoende te betrekken bij besluitvorming over de in te zetten hulp. Ook blijkt het lastig om tijdig te overleggen met alle partijen die bij het gezin zijn betrokken. In een aantal casussen blijkt bij aanvang van de hulp onvoldoende zicht te zijn op het geheel van problemen. Of blijkt dat specialistische diagnostiek te laat wordt ingezet. De afstemming tussen hulpverleners onderling blijkt een ander knelpunt, onder andere door capaciteitsproblemen, wisselingen in personeel en veel parttime werkende hulpverleners.

Op het niveau van de casuïstiek zijn naar aanleiding van de dialoogtafels concrete verbeteracties voorgesteld en uitgevoerd. Een voorzitter zegt daarover: "Aan het eind van de dialoogtafel kijken we of er misschien thema's zijn waarop we aanbevelingen kunnen doen, die meer op organisatorisch niveau liggen, dat je samen met partijen en organisaties zegt: dit zou anders moeten of zit er iets in het systeem dat je zou willen veranderen, waarbij je ook aanbevelingen aan gemeenten kunt doen." Er ontstaan bijvoorbeeld nieuwe samenwerkingsafspraken, of een werkwijze binnen een gebiedsteam of instantie wordt aangepast om beter aan te sluiten bij de praktijk. In één gebiedsteam is naar aanleiding van een dialoog-

tafel de centrale toegang anders ingericht, waardoor ruimte is gemaakt voor een urgentiebepaling van de aanvraag. Ook wordt duidelijk op welke terreinen specifieke (na)scholing van hulpverleners nodig is. Denk bijvoorbeeld aan vaardigheden in samen met ouders beslissen over passende zorg.

RUIMTE MAKEN VOOR REFLECTIE

De huidige dialoogtafels zijn uitgevoerd als onderdeel van een onderzoeksproject. We kwamen in die uitvoering een flink aantal hobbels tegen. Als we denken over de vraag of en hoe de dialoogtafels na afronding van het onderzoeksproject een structurele plaats kunnen krijgen binnen de dagelijkse jeugdhulppraktijk, moeten we rekening houden met die knelpunten.

Alhoewel organisaties zichzelf heel vaak beschrijven als lerende organisaties, blijkt het in de praktijk toch moeilijk om voldoende aandacht en tijd vrij te maken voor reflectie en leren, zoals dialoogtafels beogen. Hulpverleners voelen deze ruimte niet altijd en ervaren leren van en reflecteren op casuïstiek juist als extra werkdruk in plaats van als een kans om zichzelf te ontwikkelen. Reflectie en werkdruk lijken dus op gespannen voet te staan met elkaar. Binnen het onderzoeksproject hebben we geprobeerd hulpverleners te faciliteren door SKJ-accreditatie aan te vragen voor deelname aan een dialoogtafel. Wil de dialoogtafel in de nabije toekomst een vaste plek krijgen binnen de jeugdhulpverlening, in welke vorm dan ook, dan is het belangrijk dat organisaties daar tijd voor vrijmaken.

Tijdens het onderzoek merkten we dat naast draagvlak in de organisatie om systematische reflectie in te zetten, ook duidelijkheid over de meerwaarde en het nut van de dialoogtafelmethode in de praktijk van groot belang is om nieuwe deelnemers te motiveren om mee te doen. Dat is best lastig bij een methodiek die zich nog moet bewijzen. Inmiddels is duidelijk dat de professionals en ook de cliënten die hebben deelgenomen aan dialoogtafels enthousiast zijn en de meerwaarde ervan inzien. Ook krijgen we langzamerhand een goed beeld van de belangrijkste belemmerende en positieve factoren in de praktijk van

de jeugdhulp. Naarmate we meer casussen analyseren, krijgen we ook meer zicht op eventuele verschillen tussen gemeenten, zorginstellingen of doelgroepen. Dat maakt ook dat we duidelijker kunnen zijn over de meerwaarde.

Een dialoogtafel houden verlangt wel een investering van de deelnemers. Meedoen vergt voorbereiding, zowel van de voorzitter, de ouders, de jeugdige als de professionals. Een dialoogtafel vraagt ook een zorgvuldige opvolging van de verbeteracties die eruit voortkomen. Die investering moeten we afzetten tegen de opbrengsten. Brengt een dialoogtafel voldoende op voor een professional? Voor de organisatie waar die professional werkt? En voor de ouders die meedoen?

De thema's die in de dialoogtafels worden besproken, zijn op zich niet nieuw of onbekend. Veel van wat de geanalyseerde gesprekken hebben opgeleverd, is voor veel mensen herkenbaar en is herleidbaar naar kennis uit eerder onderzoek. Toch wordt in de praktijk nog onvoldoende en onvoldoende structureel aan verbetering gewerkt en wordt veel bestaande kennis nog niet toegepast. Er komen thema's naar voren die veel handvatten bieden om de kwaliteit van de hulpverlening te verbeteren door bijvoorbeeld betere samenwerkingsafspraken, regionale afspraken over de werkwijze bij overdracht naar andere hulpverleners of het vergroten van kennis en vaardigheden over gezamenlijke besluitvorming. Het is dus misschien niet zozeer de vraag of de dialoogtafels voldoende nieuwe inzichten opleveren, maar het laat vooral zien hoe de dagelijkse jeugdhulp praktijk functioneert. De resultaten maken duidelijk dat er nog veel werk te doen is en maken heel concreet wat de aanknopingspunten zijn om structureel aan verbetering te werken.

In het huidige onderzoeksproject is de stap naar concrete verbeteracties onvoldoende gezet. Op casusniveau zijn wel verbeteracties afgesproken, maar er is nog geen goede systematiek om die ook op te volgen en te evalueren. Ook op overstijgend niveau hebben we nog onvoldoende verandering kunnen bewerkstelligen. Wat daarvoor in ieder geval nodig is, is een klimaat waarin professionals, organisaties, gemeenten of regio's een manier vinden om op basis van de uitkomsten van case reviews, zoals de dialoogtafel, te leren en te verbeteren. Het regionale transformatieplan dat halverwege 2018 in Friesland is gemaakt (Foar Frsyke Bern, 2018), stelt leren van casussen centraal en biedt dus kansen om de dialoogtafelmethode goed in te bedden in een gezamenlijke, regionale ambitie en om met deze methodiek bij te dragen aan een kwaliteitsverbetering in de jeugdhulp.

Daarnaast is het van belang om te kijken of we de methodiek kunnen aanpassen om de toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk te verhogen, zonder dat de systematiek verloren gaat. We merken dat professionals en organisaties aanhikken tegen bijvoorbeeld de uitgebreide voorbereiding van een dialoogtafel. Een ander thema is hoe we veel meer expliciet kennis kunnen inbrengen in de gesprekken (bijvoorbeeld over richtlijnen, over werkzame elementen van behande-

lingen of over hoe je effectief kunt samenwerken). Dit aspect komt in de huidige werkwijze nog onvoldoende uit de verf.

De dialoogtafel is een van de manieren om op een systematische manier case review te doen. Uniek aan deze methode is dat de cliënt zelf ook aan tafel zit en een belangrijke rol heeft in het gesprek. Er wordt dus niet alleen gesproken óver, maar vooral ook mét hem. Door de gelijkwaardigheid van cliënt en hulpverleners ontstaat een open gesprek, waarin ruimte is voor feedback en leren van positieve en negatieve ervaringen. De methodiek en de opbrengsten worden zowel door hulpverleners als cliënten positief gewaardeerd.

De dialoogtafelmethodiek helpt hulpverleners om te reflecteren op de door hen verleende zorg en in hoeverre het is gelukt om daadwerkelijk samen met jeugdige en ouders besluiten te nemen over de ingezette hulp. Daaruit, maar ook uit andere thema's die worden besproken, komen concrete aanbevelingen om het in de praktijk anders te doen. Voor het toepassen van de dialoogtafelmethodiek in de dagelijkse praktijk van gemeenten, jeugdhulpinstanties en door hulpverle-

DIALOOGTAFEL VERGT EEN ZORGVULDIGE VOORBEREIDING

ners zijn een uitgebreide handleiding en bijbehorende materialen beschikbaar via de AWTJF-website (www.awtjf.nl).

We denken met onze partners in Friesland na over of en hoe deze methodiek ingebed kan worden in de toekomstige praktijk en over de vraag hoe we er dan met elkaar voor kunnen zorgen dat de opbrengsten ook daadwerkelijk worden benut in een leer- en verbetercyclus. We denken dat aansluiting bij het regionale transformatieplan, waarin leren van casussen een belangrijk thema is, daarvoor goede kansen biedt.

Kijk op <https://awtjf.nl/academische-werkplaats-projecten/dialoogtafels/> voor meer informatie over de methodiek en voor contact met de AWTJF over de mogelijkheden om de dialoogtafels in uw eigen context toe te passen.

Dankwoord

Onze hartelijke dank gaat uit naar de jongeren, voorzitter, cliëntenvertegenwoordiger en professional voor hun bereidheid hun ervaringen te delen.

LITERATUUR

- > Holwerda, A., Labun, A., Heyse L., Serra, M. (2017). Met z'n allen aan de dialoogtafel. *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 40-43.