

Beschrijving methodiek Zorg Intens**Doel**

Het doel van de begeleiding door Zorg Intens is cliënten die vastlopen in het dagelijks leven zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. In sommige situaties is de zelfredzaamheid van de cliënt blijvend verminderd, het doel is dan om de cliënt zo lang mogelijk in de thuissituatie te kunnen laten wonen. Door praktische en laagdrempelige hulp te bieden wordt de zelfredzaamheid van cliënten vergroot en de situatie van de cliënt verbeterd. Hierbij wordt gestreefd naar een stabilisatie van de situatie tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau.

Zorg Intens sluit aan bij de mogelijkheden en wensen van de cliënt. Op deze manier wordt de kwaliteit van leven vergroot. Zorg Intens gaat uit van de hulpvraag van de cliënt. Er wordt gekeken naar de verhouding tussen de draagkracht en de draaglast van de cliënt. Zorg Intens streeft ernaar de draagkracht te vergroten en de draaglast te verminderen. Zorg Intens laat de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig doen. Krachten van de cliënt worden versterkt en er wordt de cliënt de mogelijkheid gegeven nieuwe vaardigheden aan te leren. De draagkracht wordt zo versterkt. De draaglast wordt verminderd door de cliënt de juiste hulp te bieden op de punten beperkingen opleveren.

Doelgroep / indicaties en contra indicaties

De begeleiding van Zorg Intens is er voor personen die beperkingen ervaren in het dagelijks leven of die moeite hebben om zich staande te houden in onze samenleving. Zorg Intens biedt begeleiding aan personen met verschillende problematiek en aan personen van verschillende leeftijden. Wanneer er sprake is van een contra- indicatie wordt er met de cliënt bekeken welke hulp passend kan zijn buiten Zorg Intens.

Indicaties:

- Leeftijd vanaf 4 jaar en ouder
- Beperkingen in één of meer van de onderstaande gebieden:
 - Psychiatrisch
 - Psycho- sociaal
 - Schulden
 - Verslaving
 - Persoonlijke verzorging
 - Zelfredzaamheid
 - Opvoedingsproblematiek
 - Verstandelijke beperking
 - Lichamelijke beperking
 - Zintuigelijke beperking

Contra- indicaties:

- Er is een andere behandeling of vorm van begeleiding die voorliggend is. Het betreft hier problematiek die door behandeling kan worden verminderd of weggenomen.
- De juiste expertise is niet in huis bij Zorg Intens. In dit geval zal er worden doorverwezen.

Er is geen grondslag voor zorg. Hier worden de grondslagen voor AWBZ zorg van het Centrum voor Indicatiestelling Zorg aangehouden. Te weten: somatische, psychogeriatrische, psychiatrische, lichamelijke, verstandelijke of zintuigelijke beperking (CIZ, 2014).

Visie

Zorg Intens heeft de visie dat personen groeien vanuit een stabiele basis. Een stabiele basis bestaat uit vier domeinen in het leven waar orde, rust en regelmaat is. Het mentale welbevinden, de lichamelijke gezondheid, de deelname aan de samenleving en een goede woon- en leefomgeving. De cliënt of het gezin groeien naar meer zelfstandigheid als er aandacht is voor deze vier domeinen. Voor het realiseren van een stabiele situatie op deze vier domeinen is het van essentieel belang dat er een vertrouwensband bestaat tussen hulpverlener en cliënt of gezin. Zorg Intens investeert in een goede relatie door het beschikbaar stellen van één vaste contactpersoon voor cliënt of gezin. Deze contactpersoon werkt samen met cliënt en gezin aan het verbeteren van de kwaliteit van leven.

Missie

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 1/6

Beschrijving methodiek Zorg Intens

Wij bieden op professionele en betrokken wijze verzorging, verpleging en begeleiding in de thuissituatie of bij de dagbesteding. Bij ons krijgt iedere cliënt zijn eigen vaste hulpverlener.

Aanpak

De begeleiding vanuit Zorg Intens gebeurt aan de hand van de 4 fasen van *Thuisbegeleiding* (Kort, H., Ten Thije, I. & Dral M, 2009): (1) informatie verzamelen, observeren en hulpvraag bepalen; (2) opstellen van het zorgplan; (3) uitvoeren van het zorgplan en (4) evaluatie.

Fase 1:

De begeleiding vanuit Zorg Intens start met een intake gesprek bij de cliënt thuis of op locatie. Soms is er al een indicatie aanwezig, van bijvoorbeeld het Centrum voor Indicatiestelling of Bureau Jeugdzorg. Wanneer dit niet aanwezig is, wordt deze door Zorg Intens samen met de cliënt aangevraagd. Vervolgens wordt een vaste begeleider aangesteld voor de cliënt of het gezin. Indien nodig worden er meerdere begeleiders ingezet, waarbij er één begeleider de coördinator is. De begeleider komt één of meerdere uren per week bij de cliënt, vaak in de thuissituatie. De fase van informatie verzamelen start bij het intake gesprek en eindigt na de eerste paar afspraken met de vaste begeleider. Tijdens deze fase is er veel aandacht voor het in beeld brengen van de situatie en hulpvraag van de cliënt. Er wordt aandacht besteed aan het in kaart brengen van het sociale netwerk. Daarnaast wordt de vertrouwensband tussen cliënt en hulpverlener ontwikkeld. Hierbij worden verschillende hulpmiddelen ingezet, waaronder het schematisch signaleringsmodel, een ecogram van het sociale netwerk, de zelfredzaamheidsmatrix en een individuele risico-inventarisatie. Indien nodig wordt er een ernsttaxatie opvoedingsondersteuning uitgevoerd. Wanneer er sprake is van noodsituaties worden deze zaken al geregeld voordat er doelen worden bepaald. Te denken valt aan financiële zaken die op orde worden gesteld.

Fase 2:

Wanneer de hulpvraag is bepaald wordt er samen met de cliënt een zorgplan opgesteld. Het zorgplan bestaat uit de vier levensdomeinen van ActiZ, te weten (1) mentaal welbevinden; (2) lichamelijke gezondheid; (3) participatie en (4) woon- leefomstandigheden (ActiZ, 2006). Voor alle domeinen wordt in beeld gebracht wat de capaciteiten en beperkingen van de cliënt zijn. Vervolgens worden er doelen opgesteld voor de domeinen waar de cliënt in vastloopt. Deze doelen worden SMART geformuleerd, wat inhoudt dat ze specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdgebonden zijn. De doelen worden samen met de cliënt opgesteld. Er wordt uitgegaan van de leefwereld en de wensen van de cliënt. Naast de doelen worden er acties bepaald hoe de doelen bereikt gaan worden. In deze fase worden, indien nodig, een QueZ vragenlijst of een draagkracht- draaglast analyse uitgevoerd.

Fase 3:

In de volgende fase wordt de begeleiding voortgezet, waarbij er nu specifiek gericht wordt op de doelen in de 4 levensdomeinen. De vaste begeleider van de cliënt houdt de doelen en de hoofdweg in de gaten. De begeleiding is praktisch en laagdrempelig. Ook in deze fase blijft de basis voor de hulp de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Vanuit daar ontstaat de begeleiding en de mogelijkheid voor de cliënt om te leren.

De begeleider zal samen met de cliënt verschillende activiteiten aanpakken. Daarnaast worden afspraken gemaakt welke activiteiten de cliënt of het netwerk zelfstandig gaan doen. Samen met de cliënt worden contacten onderhouden en aangeboord. Enkele voorbeelden van activiteiten zijn het helpen bij het ordenen van de huishouding, vinden van een dagritme, ordenen van administratie, stimuleren tot deelname aan samenleving of versterken van sociale contacten. Daarnaast kan de begeleiding gericht zijn op voorbereiding voor meer specialistische hulpverlening. De begeleiding kan een verschillende duur hebben, de hulp kan een paar maanden of soms meerdere jaren duren. In deze fase zijn er voor de begeleider verschillende hulpmiddelen die kunnen worden ingezet, zoals relatie bevorderende technieken, motiverende gespreksvoering, de cirkel van gedragsverandering en een crisiskaart.

Fase 4:

Tijdens deze fase wordt de situatie van de cliënt geëvalueerd. Dit gebeurt halfjaarlijks. Er wordt in beeld gebracht hoe de situatie van de cliënt nu is en wat er is veranderd. De basis voor deze evaluatie is het zorgplan en de daarin gestelde doelen. In deze fase wordt er een terugblik gegeven

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 2/6

Beschrijving methodiek Zorg Intens

op het afgelopen half jaar, waarbij wordt gekeken naar de aangeleerde vaardigheden van de cliënt. Wanneer de situatie van de cliënt na een half jaar zo is dat begeleiding nodig blijft, wordt er een nieuw zorgplan opgesteld. Er wordt dan teruggegaan naar fase 2. Er wordt dan opnieuw de zelfredzaamheidsmatrix ingevuld. Hierbij wordt bepaald voor hoeveel uur de begeleider zal blijven komen. Daarnaast wordt opnieuw de situatie van de cliënt voor de vier domeinen in beeld gebracht. Er worden nieuwe doelen gesteld voor het komende half jaar. Soms worden doelen deels behaald, dan worden ze aangepast en opnieuw in het zorgplan gezet.

Beschikbare middelen binnen Zorg intens

Binnen Zorg Intens kan de volgende begeleiding worden geboden:

- Individuele begeleiding in de thuissituatie
- Individuele begeleiding op kantoor of externe locatie
- Verpleging en verzorging in de thuissituatie
- Begeleiding in groep met activiteiten in:
 - Koken
 - Huishoudelijke taken
 - Houtbewerking
 - Schilderen
 - Handbewerking
 - Sport

Er zijn bij Zorg Intens, naast het bestuur en secretariaat, hulpverleners met verschillende achtergronden werkzaam:

- Verpleegkundigen
- Verzorgenden/ Verzorgenden IG
- Maatschappelijk werkers
- Helpende
- Gedragswetenschapper
- Sociaal Pedagogisch Werkers

Daarnaast werkt Zorg Intens samen met:

- Mantelzorgers
- Vrijwilligers
- Stichting Present
- Buiten Gewoon
- Gemeenten
- MEE
- Talant
- In de Bres
- Lentis
- GGz
- Praktijk Buitenpost
- VNN
- Accolade
- Woonfriesland
- Bewindvoering
- Accare

Handelingskader

Relatie tussen cliënt en hulpverlener

De basis voor de begeleiding van Zorg Intens is werken vanuit een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener. Dit staat bekend als een algemeen werkzame factor voor goede hulpverlening, een

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 3/6

Beschrijving methodiek Zorg Intens

goede relatie draagt bij aan een positievere uitkomst van de hulp (Baldwin, Wampold & Imel, 2007; Karver, Handelsman & Brichman, 2006; Kadzin, Whitley & Marciano, 2006; Shirk & Kraver, 2003). Zorg Intens gaat voor het zorgdragen van een goede relatie uit van de presentiebenadering, dit kan worden gezien als een bouwsteen voor het ontwikkelen van de relatie tussen cliënt en hulpverlener (Baart, 2001). De Presentiebenadering gaat er van uit dat de hulpverlener er voor de ander is, zodat er een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd. De ander voelt zich gezien, gehoord en voelt zich een volwaardig mens. Door de ander onvoorwaardelijk te accepteren ontstaat er ruimte voor verandering. Wanneer hulpverleners de cliënt benaderen als volwaardig mens, wordt de kracht van de cliënt gezien en krijgt deze vertrouwen in de mogelijkheid om het leven op een zinvolle manier in te vullen. Zorg Intens gaat voor het opbouwen van een relatie uit van de theoretische aspecten van de presentiebenadering en wetenschappelijk bewezen technieken die de relatie positief kunnen beïnvloeden (Ackerman & Hilsenroth, 2001; Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Thuisbegeleiding

Zoals de relatie tussen de cliënt en hulpverlener de basis vormt voor de visie van Zorg Intens, zo vormt de methodiek Thuisbegeleiding de basis voor de praktische invulling van de zorg. Thuisbegeleiding is erop gericht door praktische en laagdrempelige begeleiding de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten. De essentie is dat er overzicht, rust, orde en regelmaat ontstaat in het dagelijks leven. Er wordt gewerkt op basis van 4 fasen: (1) informatie verzamelen, observeren en hulpvraag bepalen; (2) opstellen van het zorgplan; (3) uitvoeren van het zorgplan en (4) evaluatie. Thuisbegeleiding werkt mede vanuit de theorie van de presentiebenadering, en sluit daarom aan bij de basis van Zorg Intens waarin de relatie voorop staat (Kragting & Booijink, 2009; Kragting & Booijink, 2010; Kok, 2012; Kort, H., Ten Thije, I. & Dral M, 2009).

Zelfregie

Zorg Intens biedt begeleiding die past binnen de participatiesamenleving. Zorg Intens werkt vanuit het concept Zelfregie. Zelfregie gaat er van uit dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk alles kan doen. De cliënt beslist zelf hoe het leven eruit ziet en hoe de eventuele professionele ondersteuning vorm krijgt in het leven. Er wordt uitgegaan van de krachten en mogelijkheden van de cliënt. Zelfregie bestaat uit vier elementen: (1) eigenaarschap, (2) eigen kracht, (3) motivatie en (4) contacten. Motivatie en mogelijkheid voor de cliënt eigen invulling te geven aan het leven zijn de belangrijkste leidraad. De eigen kracht en contacten met anderen zijn belangrijke hulpbronnen. De kern is dat er wordt gekeken wat deze cliënt, in deze situatie en op dit moment verder helpt. Zelfregie gaat uit van een oplossingsgerichte benadering. Zelfregie biedt praktische hulpmiddelen om de begeleiding en situatie van de cliënt in beeld te brengen (Brink, Lucassen, Middelaar, & Poll, 2013; Brink, 2012; Poll, 2012).

Motiverende gespreksvoering

Zorg Intens vindt het van belang om aan te sluiten bij de situatie en de hulpvraag van de cliënt. Daarom wordt er rekening gehouden met de motivatie van de cliënt. Het doel van motiverende gespreksvoering is om de cliënt te motiveren voor gedragsverandering, door de motivatie te ontwikkelen. Er wordt in kaart gebracht in welke fase van motivatie de cliënt zit met behulp van de Cirkel van gedragsverandering. De volgende fasen worden onderscheiden: voorbeschouwing, overpeinzing, beslissing, actie, bestending, terugval (Prochaska, J. & Diclemente, C., 1982; Brink, C., 2010). Met behulp van motiverende gesprekstechnieken wordt geprobeerd de cliënt naar een volgend motivatiestadium te bewegen (Brink, 2010; Bilsen, 1992; Miller & Rollnick, 2005).

Zorgleefplan van ActiZ

Zorg Intens werkt met het Zorgleefplan. Het zorgleefplan is een hulpmiddel om vraaggerichte zorgverlening te kunnen bieden aan de cliënt. De individuele wensen en unieke situatie van de cliënt staan centraal. Het Zorgleefplan gaat over alle aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van een cliënt. Het Zorgleefplan bestaat uit vier domeinen: (1) mentaal welbevinden, (2) lichamelijke gezondheid en welbevinden, (3) participatie en (4) woon- en leefomstandigheden. De doelen in het Zorgleefplan worden in deze vier domeinen gesteld (ActiZ, 2006).

De doelen worden SMART geformuleerd (van Yperen & van der Steege, 2006). Dit betekent dat doelen specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en tijdgebonden zijn. Vervolgens worden de doelen halfjaarlijks geëvalueerd met behulp van GAS- Scores (Kiresuk & Sherman, 1968; Melief, Hoekstra, Langerak, Sijben & Weevers, 1979; van Yperen & van der Steege, 2006).

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 4/6

Literatuur

- ActiZ (2006). Verantwoorde Zorg: Visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan.
- Audenhove, C. van (2005). 'Psychiatrische thuiszorg als evidence based practice', in: Tijdschrift Voor Welzijnswerk, jaargang 29, nr. 266.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (2), 171-185.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Baart, A. (2001). Een theorie van de presentie. Utrecht: Lemma.
- Baart, A. (2003). Inleiding: een beknopte schets van de presentietheorie.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852.
- Bilsen, H.P.G.J. van (1992). Motivatie als voorwaarde en brug tussen ongemotiveerde cliënt en overgemotiveerde hulpverlener. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs*. (8), 206-213.
- Brink, C. (2010). *Methodebeschrijving Motiverende Gespreksvoering*. Utrecht: Movisie
- Brink, C. (2012). *Werken vanuit Zelfregie: wat houdt het in?* Utrecht: Movisie
- Brink, C. (2013). Kennisdossier Aandacht voor iedereen, Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward. Utrecht: Movisie.
- Brink, C., Poll, A. & Leeuwen, P. van (2013). *QueZ. Vragen naar zelfregie*. Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Brink, C., Lucassen, A., Middelaar, M. & Poll, A. (2013). *Methoden en instrumenten zelfregie. Voor ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties*. Utrecht: Movisie
- Carr, A. (2010). Ten research questions for family therapie. *ANZJFT Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2), 119-132
- CIZ. (2014). *CIZ indicatiewijzer versie 7.0. Toelichting op de beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2014, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS*.
- Dieterich, M., Irving, C.B., Park, B. Marshall, M. (2011). Intensive case management for several mental illness (Review). *The Cochrane library*, 2011, iss. 2. Dieterich et al, (2011).
- Doorn, L. M. van (2008). *Outreachend werken. Handboek voor werkers in de eerste lijn*. Bussum: Coutinho.
- Expertise centrum Mantelzorg. Een ecogram maken: de omgeving. Opgevraagd op 13 mei via URL: http://www.expertisecentrummantelzorg.nl/Site_EM/docs/pdf/Ecogram.pdf
- Goossensen, A., Dijke, J. van, Heidinga, H., Baart, A. (2012). *Werken vanuit de presentietheorie. Kwaliteit 2.0.; over presentie, opgaven en logica's*. Opgevraagd op 9 mei 2014 via <http://www.presentie.nl/publicaties/item/441-werken-vanuit-de-presentietheorie>
- Hermanns, J. (2006). *Ernsttaxatie voor opvoedingsondersteuning. Gebaseerd op model Kousemaker (1996)*. In: Kort, H., Thijs, I. ten. & Dral, M. (2009). *Thuisbegeleiding in de praktijk. Basismethodiek en benaderingswijze*. Vilans.
- Hintikka, U., Laukkanen, E., Marttunen, M., & Lethonen, J. (2006). Good working alliance and psychotherapy are associated with positive changes in cognitive performance among adolescent psychiatric inpatient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70(4), 316-335.
- Hubble, Mark A. (Ed); Duncan, Barry L. (Ed); Miller, Scott D. (Ed), (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy.* , (pp. 1-19). Washington, DC, US: American Psychological Association, xxiv, 462 pp.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445.
- Kiresuk, Th.J. & Sherman, R.E. (1968). Goal Attainment Scaling. A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 6, pp. 443-453
- Kok, L. (2012). *Thuisbegeleiding: Kosten en baten bij psychiatrische patiënten*. Amsterdam: ActiZ.

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 5/6

Beschrijving methodiek Zorg Intens

- Kort, H., Ten Thije, I. & Dral M. (2009). Thuisbegeleiding in de praktijk: basismethodiek en benaderingswijze. Utrecht: Vilans
- Kragting, G. & Booijink, M. (2009). De Praktijkervaring met de methode Thuisbegeleiding: een verslag van een focusgroep met thuisbegeleiders en coördinatoren thuisbegeleiding. Utrecht: MOVISIE.
- Kragting, G. & Booijink, M. (2010). Methodebeschrijving Thuisbegeleiding. Databank Effectieve sociale interventies: Utrecht: MOVISIE
- Kruijswijk, W.P., Veer, M. van der, Brink, C., Calis, W., Maat, J.W. van de, & Redeker, J. (2014). Aan de slag met sociale netwerken. De 44 meest bekende methoden verzameld. Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Kruijswijk, W.P., Peters, A., Elferink, J., Scholten, C. en Bruijn, I. de, (2013). Mantelzorgers en vrijwilligers in beeld. Houten: BSL.
- Lauriks, S., Buster, M., Wit, M. de, Weerd, S. van de, Theunissen, V., Schönenberger, M. & Fassaert, T. (2013). Zelfredzaamheid-matrix 2013. Handleiding en toelichting bij de Zelfredzaamheid- Matrix. GGD: Amsterdam
- Melief, W., Hoekstra, M., Langerak, E., Sijben, N. & Wevers, I. (1979). Doelen stellen en evalueren. Een handleiding tot het gebruik van Goal Attainment Scaling (GAS). Alphen aan de Rijn/ Brussel: Samson Uitgeverij
- Miller, W.R. en Rollnick, S. (2005) Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Gorinchem: Uitgeverij Ekklesia
- Poll, A. (2012). Werken vanuit Zelfregie: Hoe pak ik dat aan? Utrecht: Movisie
- Prochaska, J. en DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19 (3): 276-288
- Scholte, M. & Poll, A. (2009). Transparant aanbod Thuisbegeleiding. Utrecht: MOVISIE.
- Verhoef, T. & Zevenbergen, H. (1999). Thuis in culturen: het bospad, signaleren van cultuurverschillen in de thuisbegeleiding. Utrecht: HvU Press.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
- Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (2006). Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg. NJi, Utrecht/ Uitgeverij SWP Amsterdam
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2008). Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Delft: Eburon.

Referenties

M 2020.1 Handleiding methodiek Zorg Intens

Datum actuele versie:	30-05-2014	Autorisatie:	Directeur
Datum vorige versie:			Pagina: 6/6