­



Afstudeeronderzoek - Onderzoeksrapport

“Fases om te veranderen”

Fasering omtrent module Gezin centraal

Een onderzoek naar de ervaringen van het multidisciplinair team en gezinnen met jongeren rondom de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover bij een behandeltraject van Entrea Lindenhout.

Studenten: M. Mulder & W. Winkelman

Datum Publicatie: 31 mei 2021

Organisatie: Entrea Lindenhout

Opdrachtgever/begeleider: I. Cornelissen

Begeleidend docent:Brechtje van Gent

**Colofon**

*Titel*

“Fases om te veranderen”

*Ondertitel*

Een onderzoek naar de ervaringen van het multidisciplinair team, gezinnen met jongeren in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op VIDA rondom de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover bij een behandeltraject van Entrea Lindenhout.

*Auteur(s) onderzoeksrapport*

Melanie Mulder

Studentnummer: 593063

Willemijn Winkelman

Studentnummer: 603264

*Studieonderdeel*

Onderzoek & Innovatie, niveau 4. Aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, ter afronding van opleiding Pedogiek. Faculteit Gedrag en maatschappij. In opdracht van jeugdzorgorganisatie Entrea Lindenhout.

*Plaats uitgave*

Nijmegen

*Naam uitgevende organisatie*

Entrea Lindenhout

*Begeleider(s)*

Begeleidend docent/tweede beoordelaar: Brechtje van Gent

Opdrachtgever Entrea Lindenhout: Ilse Cornelissen

Eerste beoordelaar: Jan Pouwels

*Voltooiing onderzoek*

31 mei 2021

Omvang onderzoeksrapport: 14478 woorden

# Voorwoord

Het onderzoekrapport dat voor u ligt heet “Fases om te veranderen”. Het onderzoek is gericht op de ervaringen van het multidisciplinair team, de gezinnen in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep rondom defasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover, in de behandeling bij Entrea Lindenhout. Door onderzoek te doen naar de ervaringen en communicatie hebben wij als onderzoekers ondervonden hoe belangrijk duidelijke inzichtelijke communicatie kan zijn. Gedurende het hele onderzoek hebben wij met veel interesse en enthousiasme gewerkt. Daarbij willen wij een aantal mensen bedanken die zich voor ons hebben ingezet, om een zo krachtig mogelijk onderzoek neer te kunnen zetten. In het bijzonder willen wij onze opdrachtgever/begeleider

I. Cornelissen (jeugdzorgwerker) bedanken. Bedankt voor alle inzet, feedback en de fijne samenwerking. Met name alle tijd die zij voor ons heeft vrijgemaakt, het geven van feedback en bellen bij vastlopen. Daarnaast willen wij de andere zes teamleden van VIDA behandelgroep Ubbergen, de vier jeugdzorgwerkers, systeemtherapeut en gedragswetenschapper, bedanken voor het deelnemen aan overleggen en interviews. Door hun medezeggenschap zijn er verschillende inzichten voor ons als onderzoekers gecreëerd. De jeugdzorgwerkers hebben het voor ons mogelijk gemaakt om de gezinnen in behandeling en de gezinnen met afgeronde behandeling op de groep te kunnen benaderen. Zij hebben het verspreiden van de enquêtes laagdrempelig gemaakt. Ook willen wij de gezinnen bedanken die de enquêtes hebben ingevuld en de moeite hebben genomen om ze terug te sturen.

Vanuit de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen willen wij begeleidend docent Brechtje van Gent bedanken voor haar open en waar nodig kritische feedback, verbetersuggesties en het ervoor zorgen dat het een HBO-waardig onderzoeksrapport werd. De samenwerking met alle betrokkenen heeft ervoor gezorgd dat ons onderzoek betrouwbaar, valide, kwantitatief en kwalitatief sterker is gemaakt.

Melanie en Willemijn

Nijmegen, mei 2021

# Inhoudsopgave

[Voorwoord 3](#_Toc73298777)

[Inhoudsopgave 4](#_Toc73298778)

[Samenvatting 6](#_Toc73298779)

[1. Inleiding 8](#_Toc73298780)

[1.1 Aanleiding onderzoek 8](#_Toc73298781)

[1.2 Introductie onderzoek 8](#_Toc73298782)

[1.3 Context praktijkorganisatie 9](#_Toc73298783)

[1.3.1 Visie van VIDA 10](#_Toc73298784)

[1.3.2 Fasering methodiek Gezin Centraal 11](#_Toc73298785)

[1.4 Leeswijzer 11](#_Toc73298786)

[2. Probleemanalyse 12](#_Toc73298787)

[2.1 Analyse van het probleem in de praktijk 12](#_Toc73298788)

[2.2 Analyse van het probleem in de literatuur 17](#_Toc73298789)

[2.3 Conclusie analyse 21](#_Toc73298790)

[2.4 Probleemstelling 23](#_Toc73298791)

[3. Methode van het onderzoek 25](#_Toc73298792)

[3.1 Onderzoeksbenadering 25](#_Toc73298793)

[3.2 Participanten 26](#_Toc73298794)

[3.3 Procedure & meetinstrumenten van het onderzoek 27](#_Toc73298795)

[3.4 Analyse 29](#_Toc73298796)

[3.5 Betrouwbaarheid en validiteit 30](#_Toc73298797)

[4. Resultaten 32](#_Toc73298798)

[4.1 Deelvraag 1 32](#_Toc73298799)

[4.2 Deelvraag 2 35](#_Toc73298800)

[4.3 Deelvraag 3 37](#_Toc73298801)

[4.4 Tabellen met de enquête resultaten 38](#_Toc73298802)

[5. Conclusie & discussie 40](#_Toc73298803)

[5.1 Conclusie hoofdvraag 40](#_Toc73298804)

[5.1.1 Oriëntatie-, verander- en afbouwfase 40](#_Toc73298805)

[5.1.2 Communicatie 40](#_Toc73298806)

[5.1.3 Hulpmiddel 41](#_Toc73298807)

[5.1.4 Stappen in de behandeling 42](#_Toc73298808)

[5.1.5 Eindconclusie 42](#_Toc73298809)

[5.2 Discussie 43](#_Toc73298810)

[5.2.1 Respons participanten 43](#_Toc73298811)

[5.2.2 Betrouwbaarheid en validiteit 43](#_Toc73298812)

[5.2.3 Suggestie vervolgonderzoek 44](#_Toc73298813)

[5.3 Aanbevelingen voor praktijk 45](#_Toc73298814)

[5.3.1 Visueel hulpmiddel 45](#_Toc73298815)

[5.3.2 Gespreksvoering jeugdzorgwerkers 45](#_Toc73298816)

[5.3.3 Extra interventies 45](#_Toc73298817)

[5.3.4 Respons 46](#_Toc73298818)

[Literatuurlijst 47](#_Toc73298819)

[Bijlagen 50](#_Toc73298820)

[Bijlage 1. Schema-fasering 50](#_Toc73298821)

[Bijlage 2. Gestandaardiseerd intakeformulier 51](#_Toc73298822)

[Bijlage 3. Gestandaardiseerd afstemmingsformulier 52](#_Toc73298823)

[Bijlage 4. Interviewguide teamleden 53](#_Toc73298824)

[Bijlage 5. Enquête voor gezinnen in behandeling 54](#_Toc73298825)

[Bijlage 6. Enquête voor gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep 57](#_Toc73298826)

[Bijlage 7: Codeboom & uitleg 60](#_Toc73298827)

[Bijlage 8. Codeverantwoording 62](#_Toc73298828)

# Samenvatting

Dit onderzoek komt voort uit gesprekken met het multidisciplinaire team van VIDA, een behandelgroep van Entrea Lindenhout. In het vooronderzoek zijn er interviews gehouden met een aantal jeugdzorgwerkers, waaruit bleek dat de behandeltermijn van negen maanden een goede richtlijn is, maar dat het wel belangrijk is om ook aandacht te hebben voor de tussenresultaten. Daarnaast is er een literatuuranalyse geschreven, waar onder andere in is gegaan op de fasen van Gezin Centraal, het belang van structuur en andere aansluitende methoden van VIDA. Volgens het NJI (2021a) is methodisch werken tijdens een behandeling een goede voorspeller voor positieve resultaten. Aan de hand van de literatuur- en praktijkanalyse werd duidelijk dat het onderzoek zich zou gaan richten op het behandeltraject zelf en wat hierin verbeterd kon worden voor de gezinnen die in behandeling zitten. Deze betrokken gezinnen bestaan uit ouders/verzorgers en de jongeren. Het hoofdonderzoek is gericht op het multidisciplinair team van behandelgroep VIDA (jeugdzorgwerkers, gedragswetenschapper en systeemtherapeut), gezinnen in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op VIDA. De doelstelling van dit onderzoek is: *Kennis en inzicht verkrijgen over de ervaringen van het multidisciplinair* *team en de gezinnen met de fasering van de behandeling en de communicatie daarover.* Met als onderzoeksvraag: *Hoe ervaren het multidisciplinair team van VIDA, de gezinnen in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep, de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?*

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes. Om de ervaringen van team VIDA te achterhalen is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Daarnaast is er voor de gezinnen zowel in behandeling als met een afgeronde behandeling op de groep gebruik gemaakt van een enquête. De enquêtes zijn door de onderzoekers opgesteld aan de hand van vier belangrijke onderwerpen die voortkwamen uit de literatuur- en praktijkanalyse: de oriëntatie-, verander- en afbouwfase, communicatie, hulpmiddel en stappen in de behandeling. Door middel van stellingen met vijf keuzes van helemaal oneens tot helemaal eens, is er bij deze onderwerpen naar de ervaringen gevraagd. Daarnaast was er bij ieder onderwerp ruimte voor eigen inbreng.

De resultaten vanuit de interviews met de teamleden bevestigen de uitkomsten van het vooronderzoek en de analyse. De teamleden vinden een bewustwording en het bespreekbaar maken van de fasering van groot belang. Daarnaast denken ze dat een nieuw hulpmiddel dat de behandeling inzichtelijk maakt, helpend zal zijn bij het duidelijker in kaart brengen van de fasering tijdens het behandeltraject. De resultaten vanuit de enquêtes bij gezinnen zijn divers. Er is een verschil te zien tussen de ervaringen van de gezinnen in behandeling en de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep. De eerste groep geeft aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over de fases en stappen binnen een behandeling, terwijl de tweede groep hier minder behoefte aan lijkt te hebben. Dit verschil zou kunnen worden verklaard doordat de tweede groep alle fases al doorlopen heeft en dus op dit moment een goed overzicht heeft over de gehele behandeling. Er kan daarnaast worden geconcludeerd dat de jeugdzorgwerkers bewust bezig zijn met de communicatie over de fasering. Echter bevelen de onderzoekers aan om gestandaardiseerd meer inhoudelijke gesprekken te voeren over de fasering met de gezinnen. Hiermee zou het behandeltraject kunnen worden geoptimaliseerd. Ook bevelen de onderzoekers aan om gebruikt te maken van een visueel hulpmiddel, wat helpend kan zijn bij de communicatie om te kijken waar de gezinnen staan, wat van ze verwacht wordt en een overzicht kan bieden over het gehele behandeltraject op VIDA.

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Binnen de jeugdzorg zijn er altijd ontwikkelpunten te noemen die bij kunnen dragen aan het verbeteren van het hulpverleningsproces van de jongere en zijn gezin. Zo ook binnen de jeugdzorgorganisatie “Entrea Lindenhout”. In dit afstudeeronderzoek wordt gefocust op behandelgroep VIDA, een onderdeel van Entrea Lindenhout. De naam VIDA is een vertaling vanuit het Spaans, wat ‘leven’ betekent.

Sinds 2017 is Entrea Lindenhout een gefuseerde jeugdhulporganisatie die jeugdhulp biedt aan kind en gezin, in verschillende settingen binnen verschillende provincies, waaronder ook Gelderland waar VIDA zich bevindt (Entrea Lindenhout, 2021a). Entrea Lindenhout biedt zo kort mogelijke hulp, maar biedt het zo lang aan als het nodig is voor het kind en/of het gezin. De settingen waar hulp wordt geboden zijn het onderwijs, thuissituaties, bij pleeggezinnen, dagbehandeling en kamertraining. Het is met name hulp die ingezet wordt als opgroeien en opvoeden te ingewikkeld wordt (Entrea Lindenhout, 2021b).

## 1.2 Introductie onderzoek

De behandelgroep VIDA bestaat uit een combinatie van de methodiek Gezin Centraal met flexibel verblijf. Het gehele behandeltraject van het gezin heeft een duur van ongeveer negen maanden. De jeugdige verblijft gedurende het traject een aantal dagen per week op de behandelgroep. De behandelgroep is een combinatie van verblijf met slapen op een groep of dagbehandeling en thuisbegeleiding, ook wel ambulant genoemd. Bij de ambulante begeleiding worden er wekelijks mentor- en systeemgesprekken gevoerd met het gezin en de jongeren thuis. Het ambulante traject start op hetzelfde moment als het verblijf, alleen kan het ambulante traject langer doorlopen waar nodig. Aan de hand van deze gesprekken wordt er gewerkt aan de doelen van het gezin, bijvoorbeeld verbetering van de sfeer thuis, het aanbrengen van structuur en het verbeteren van onderlinge communicatie. De behandeling op de groep bestaat uit het meedraaien in een dagelijks dagritme met structuur, deelnemen aan activiteiten waaronder eetmomenten. Ook het houden aan afspraken, taken uitvoeren en je laten aanspreken door andere volwassenen. Daarnaast zijn er op de groep ook mentor- en systeemgesprekken met de jongeren, ouders, systeemtherapeut(en), en gedragswetenschapper(s). De focus van deze groep ligt op de leeftijd van jongeren vanaf 12 jaar, ook wel 12+ (Entrea Lindenhout, 2020).

Vanuit VIDA was er voorafgaand aan de onderzoeksperiode behoefte aan een Follow-up studie, ook wel de vraag “Waar komen jongeren na de behandeling terecht?” en “Wat zou er eventueel anders/ beter kunnen binnen de negen maanden behandeling?” Na het eerste overleg op 2 februari 2021 kwamen er een aantal gerichte vraagstukken naar boven met de focus op de module Gezin Centraal, met name de fasering van de behandeling en de haalbaarheid van het behandeltermijn van negen maanden.

## 1.3 Context praktijkorganisatie

De negen maanden op de behandelgroep VIDA is een streeftermijn en mochten er bijvoorbeeld werkdoelen niet behaald zijn dan kan de termijn verlengd worden. Echter kan deze ook verkort worden, als VIDA uiteindelijk niet de juiste plek voor de jongere blijkt te zijn. Op de groep van VIDA wordt er gewerkt met meerdere professionals, wat het multidisciplinair team genoemd wordt. Dit bestaat uit de jeugdzorgwerkers, gedragswetenschapper en systeemtherapeut. VIDA maakt binnen de behandelperiode gebruik van allerlei verschillende methoden, waaronder Gezin Centraal en oplossingsgericht werken. Deze worden in paragraaf 1.3.2 en 2.2 verder toegelicht.

De methode Sociale Netwerk Strategieën, SoNeStra, komt terug in de visie van VIDA (Entrea Lindenhout, 2019). SoNeStra heeft als doel dat mensen, met behulp van hun sociaal kapitaal, hun eigen kwesties kunnen aanpakken. Het sociaal kapitaal is ook wel het verbinden met de samenleving en het participeren daarin. Een kwestie die aangepakt wordt is het betrekken van het netwerk in de behandeling. De cliënt behoudt zijn eigenaarschap en verantwoordelijkheid binnen het hulpverleningsproces, doordat de professional meedenkt en meewerkt aan een oplossing, ook wel een faciliterende houding genoemd. Samen met de professional bedenken de cliënt en zijn netwerk antwoorden op de vragen die er spelen, bepalen zij hun eigen strategie en nemen zij besluiten die passen bij hun eigen leven. Effecten van SoNeStra voor cliënten zijn onder andere een sterk sociaal kapitaal, regie over het eigen leven en een gezamenlijke verantwoordelijkheid (Sonestra, z.d.).

Entrea Lindenhout heeft in 2019 en 2020 trainingen aangeboden aan haar medewerkers over de werkwijze van Mascha Struijk, “In 10 stappen professional vanuit je hart.” Deze werkwijze kijkt naar hoe een professional om kan gaan met complexe problemen in het systeem. Deze 10 stappen bestaan onder andere uit de regie pakken, loslaten waar je geen invloed op hebt, op groei richten, stoppen met redden, verbinden met de ander en zorgen voor overzichtelijkheid in de taken (Struijk, 2019b, p. 15-17).

Een andere training die teamleden van Entrea Lindenhout op dit moment volgen is de JIM-aanpak, “Jouw Ingebrachte Mentor.” Binnen deze aanpak mag de jongere een persoon aanwijzen die optreedt als vertegenwoordiger voor de jongere en als vertrouwenspersoon. Dit kan een familielid, vriend of andere bekende zijn waarmee de jongere al een vertrouwensband heeft opgebouwd. (JIM, z.d-b). Deze persoon denkt mee, biedt een luisterend oor en kan de jongere inspireren om zijn best te doen (JIM, z.d.-a). De professional en de JIM werken nauw samen. De JIM heeft kennis van de gezinssituatie en de professional van bepaalde problematiek. Wanneer een situatie stabiel is, neemt de hulpverlener afscheid, maar een JIM blijft aanwezig (JIM, z.d.-c).

Ook heeft team VIDA de Duplo-training gehad. Door middel van duplopoppetjes kunnen het gezin en zijn omgeving helder uiteengezet worden voor de ouders. Er worden begrippen uit de contextuele therapie van Nagy besproken en de betekenis van de opstelling van de duplopoppetjes (SKJ jeugd, z.d.). Binnen VIDA worden de duplopoppetjes gebruikt bij zowel vergaderingen als systeem- en mentorgesprekken om gezinssituaties en onderlinge relaties visueel aan te duiden (M. Mulder, persoonlijke communicatie, 4 maart 2021).

### 1.3.1 Visie van VIDA

De behandelgroep VIDA maakt gebruik van twee visies, voor de jongeren en voor het team, die in elkaar voortvloeien.

*Visie jongeren*

Er wordt gezorgd voor een positieve sfeer waarin de jongere het gevoel kan krijgen dat hij of zij zichzelf mag zijn en van de fouten die hij of zij maakt mag leren. Er wordt samen met het netwerk gekeken hoe het gaat op verschillende gebieden, om zo een doelgericht handelingsplan op te stellen. VIDA vindt het van belang om goed aan te sluiten bij de behoeften van de jongere en zijn netwerk. Er wordt gebruik gemaakt van Gezin Centraal, oplossingsgericht werken, Sociale Netwerk Strategieën en ook wordt er nauw samengewerkt met een systeemtherapeut (Entrea Lindenhout, 2019).

*Visie Teamleden*

Het team werkt vanuit een veilige, respectvolle sfeer waarbij ze elkaar enerzijds steunen en anderzijds aanspreken op de gemaakte afspraken. De teamleden dragen samen de groep en zorgen dat taken en diensten worden vervult. Verder is het voor het team belangrijk om te focussen op de sterke kanten van het team, een positieve insteek te hebben en één lijn uit te stralen. Onderling wordt er voortdurend afgestemd en worden er vragen aan elkaar gesteld, zodat de juiste informatie wordt teruggekoppeld naar de jongeren en gezinnen (Entrea Lindenhout, 2019).

### 1.3.2 Fasering methodiek Gezin Centraal

De methodiek Gezin Centraal bestaat uit 3 fasen, de aanmeld- en inventarisatiefase (oriëntatie), de veranderfase en als laatst de afbouwfase (Bolt, 2018).

Binnen VIDA maken ze gebruik van een tijdsverdeling binnen deze fases. De aanmeld- en inventarisatiefase (oriëntatie) duurt 6 weken. Deze eerste fase is een belangrijke fase, omdat er afstemming plaatsvindt tussen de hulpvraag van het gezin en het aanbod van de groep. Ook wordt er gewerkt aan de werkrelatie en worden er doelen opgesteld met werkpunten. In de veranderfase, die 6 maanden duurt, wordt er gewerkt aan het behandelplan met de opgestelde doelen van het gezin. Er vinden gesprekken plaats met de jongere en het netwerk en er worden verschillende hulpmethodieken ingezet die passend zijn bij de behandeling. Bijvoorbeeld de Duplo-training, waarbij voor het netwerk en de jongere de afstand-nabijheid naar elkaar inzichtelijk wordt gemaakt. In de loop van de veranderfase wordt nagegaan of het gezin nieuwe vaardigheden eigen weet te maken, zodat zij problemen eenvoudiger en samen als gezin kunnen oplossen (Entrea Lindenhout, 2020). In de afbouwfase wordt de ambulante begeleiding intensiever en de begeleiding op de groep wordt minder. In deze fase wordt er vaak gewerkt aan de afbouw van dagen op de groep en een terugkeer naar huis. De afbouwfase kan er voor elk gezin anders uitzien en ook de duur kan verschillen. Het streven blijft 6 weken, maar deze stappen beginnen vaak al gedurende de veranderfase (Jeugdzorgwerker 1, persoonlijke communicatie, 13 april 2021).

## 1.4 Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Na dit eerste hoofdstuk, de inleiding, volgt het tweede hoofdstuk, de probleemanalyse. Met daarbij een literatuurstudie en wordt de probleemstelling van dit onderzoek helder. In het derde hoofdstuk wordt de methode van het onderzoek beschreven aan de hand van interviews met verschillende betrokkenen, verschillende meetinstrumenten en wordt er onder andere gekeken naar de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Hoofdstuk vier presenteert de belangrijkste resultaten per deelvraag. Het vijfde hoofdstuk bestaat uit de conclusie, waarin er antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag. Ook wordt er een verbinding gemaakt tussen de literatuur en de bevindingen in dit onderzoek. Verder worden in de discussie de beperkingen van dit onderzoek benoemd en worden er suggesties gegeven voor een vervolgonderzoek. Als laatst wordt er een literatuurlijst weergeven met aansluitend de bijlagen.

# 2. Probleemanalyse

In dit hoofdstuk wordt het probleem zowel in de praktijk als in de literatuur geanalyseerd, aan de hand van onderzoeksfase 1 (van der Donk & van Lanen, 2015, p. 276). Vanuit de analyse wordt er een onderzoeksvraag met deelvragen geformuleerd. Voorafgaand aan dit onderzoek hebben de onderzoekers zich georiënteerd op de praktijk en in de literatuur. Er is gebruik gemaakt van het afnemen van interviews met het multidisciplinair team van de behandelgroep.

## 2.1 Analyse van het probleem in de praktijk

Voor de analyse in de praktijk zijn er meerdere gezamenlijke gesprekken gevoerd over verschillende vraagstukken met de vijf jeugdzorgwerkers die werkzaam zijn in het team van VIDA, waarbij de onderzoekende studenten aansloten. Daarna zijn er drie aparte verdiepende gesprekken gevoerd met drie jeugdzorgwerkers uit het team, om het onderwerp concreter te maken, in de periode van eind februari 2021 tot eind maart 2021. Gedurende het vooronderzoek is de focus van het onderzoek meerdere keren veranderd, waardoor er nog geen concrete vragen aan de gezinnen gesteld konden worden. Het benaderen van deze gezinnen was daardoor nog niet relevant.

De jeugdzorgwerkers worden aangegeven met J en een cijfer. Uit deze gesprekken zijn antwoorden naar voren gekomen op de vragen van de 5xW+H-methode (Migchelbrink in Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 104). Deze techniek wordt gebruikt om zicht te krijgen op het werken in de praktijk en wat door collega’s ervaren kan worden als een praktijkprobleem en eventuele achterliggende problemen (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 93).

*De jongeren*

De doelgroep binnen VIDA zijn jongeren tussen de 12 en 18 jaar met problematieken en daarbij verschillende gezinsproblematieken. De gezinsproblematieken kunnen bestaan uit dusdanige miscommunicaties binnen het gezin, dat situaties niet worden opgelost of worden uitgepraat. Ook kan het zijn dat ouders een gebrek aan kennis hebben over de problematiek van de jongeren wat problemen kan opleveren in de opvoeding. Daarnaast is bij de jongeren meestal sprake van een of meervoudige problematiek, denk daarbij aan AD(H)D, ASS, hechtingsproblematiek en/of verstoorde kind-ouderrelatie. Het komt wel eens voor dat jongeren pas gedurende de behandeling gediagnostiseerd worden en daar wordt de behandeling op ingericht.

Op de groep van VIDA draaien de jongeren mee in een dagritme, net zoals in een thuissituatie. In deze setting leren de jongeren om te gaan met hun problematiek onder begeleiding van de jeugdzorgwerkers. Op de dagen dat jongeren thuis verblijven, kunnen ze hun geleerde vaardigheden toepassen en krijgt het gezin ambulante begeleiding, zodat ook de ouders vaardigheden kunnen leren en toepassen (M. Mulder, persoonlijke communicatie, 22 februari 2021). De jongeren krijgen altijd de ruimte om hun ervaringen en gevoelens te bespreken met de jeugdzorgwerkers. Elke jongere heeft een eigen mentor waarmee hij of zij wekelijks geplande gesprekken kan voeren. Deze mentor is een jeugdzorgwerker van VIDA. Op deze manier worden er verschillende thema’s die de jongere bezighoudt besproken. Ook kan de mentor thema’s aanhalen die te maken hebben met de leerdoelen van de jongere.

*Het gezin*

Wanneer een jongere en zijn gezin worden aangemeld bij VIDA, wordt het behandeltraject gestart. Bij de start van de behandeling worden er observaties uitgevoerd om de hulpvraag van het gezin te verduidelijken. Van de ouders wordt een actieve medewerking verwacht tijdens gesprekken, omdat er in de gezinssituatie ook veranderingen plaats moeten vinden. Niet alleen de jongere moet iets veranderen in zijn gedrag en/of communicatie, de ouders ook. Uit ervaring is gebleken dat het lastig is om de geleerde vaardigheden van de jongere te behouden als ouders niet ook een onderdeel zijn van de verandering (J1). Met de methode van Gezin Centraal wordt er aandacht besteedt aan zowel de verandering van de jeugdige als de ouders. Ook wordt er gekeken op welke manier het netwerk een bijdrage kan leveren. De keuze van het betrekken van het netwerk ligt wel bij de ouders, maar er wordt aandacht besteedt aan de voordelen hiervan (J1).

*De jeugdzorgwerkers*

Bij VIDA bestaat het multidisciplinair team uit vijf vaste jeugdzorgwerkers, één gedragswetenschapper en één systeemtherapeut. Jeugdzorgwerker 3 beschrijft haar taak als een gezinsbegeleider die tijdelijk meekijkt binnen het gezin om de problemen te verduidelijken en te verhelpen. Er wordt gekeken naar de beperkingen, maar ook naar de mogelijkheden van het gezin. Wanneer het gezin meer zonder begeleiding kan, wordt er een stap terug genomen door de jeugdzorgwerker (J3). Om deze problemen binnen het gezin te verduidelijken, wordt er in gesprek achterhaald waar de behoeften liggen en hoe dit gerealiseerd kan worden. “Wat heeft er eerder wel gewerkt en kunnen deze positieve ervaringen herhaald en vergroot worden?” Op deze manier wordt er gezorgd voor meer zelfvertrouwen bij de ouders en de jongere (J2).

*De behandeling*

De jongeren en hun gezinnen die bij VIDA onder behandeling zijn, krijgen hulp aan de hand van de methode Gezin Centraal, zoals ook in de inleiding is benoemd. De methode neemt een grote plaats in binnen VIDA, zo beaamt ook Jeugdzorgwerker 1. Het gebruik van Gezin Centraal wordt aangevuld door andere methodieken, zoals oplossingsgericht werken en Professional vanuit je hart, wat meer een benaderingswijze is voor jeugdzorgwerkers (J1). De fases van Gezin Centraal, de oriëntatie-, verander- en afbouwfase, worden dan ook gehanteerd in de behandeling. Het gebruik van deze methode wordt ook uitgedragen naar de gezinnen bij de start van de behandeling (J2).

Gedurende de behandeling vindt er na elke fase een ‘evaluatiebespreking’ plaats. Daarbij worden behandel-/ werkdoelen van de jongere en ouders besproken. Een evaluatiebespreking wordt ook wel EB genoemd (J3). Als blijkt dat de werkdoelen niet voldoende zijn behaald kan het verblijf eenmalig worden verlengt. Mocht na het ‘verblijf’ meer hulpverlening nodig zijn, dan is er nog een korttijdig ambulant traject. Het kan ook zijn dat het gezin al voldoende nieuwe vaardigheden heeft geleerd wat ervoor zorgt dat hulpverlening overbodig wordt. De behandeling kan dan vroegtijdig worden beëindigd. Bij een evaluatiebespreking sluiten verschillende partijen aan, denk daarbij aan een gedragswetenschapper, systeemtherapeut, jongere, ouders/verzorgers, notulist en de mentor van de jongere (J1).

Op het moment dat een behandeling is afgerond, ongeacht de duur, is er volgens de jeugdzorgwerkers sprake van een resultaat dat bestaat uit minder stressoren binnen het gezin en hebben zowel ouders als kind meer vertrouwen in hun eigen kunnen (J3). Wanneer dit moment is bereikt, verschilt per gezin en dit is niet altijd binnen de duur van negen maanden die als richtlijn wordt gebruikt.

Wanneer er gesproken wordt over de negen maanden behandeltijd binnen VIDA, zijn alle ondervraagde jeugdzorgwerkers gedurende het vooronderzoek het met elkaar eens dat de richtlijn vaak niet gehaald wordt. De verklaringen die hiervoor worden genoemd zijn onder andere een niet veranderbaar gezinssysteem, problematieken van de jongere die vastlopen op het ‘niet kunnen’ maar wel willen veranderen of dat de hulp van VIDA niet voldoende blijkt te zijn. Echter zijn ze het er over eens dat het wel een termijn is om aan vast te houden als richtlijn, omdat de fasering vanuit ‘Gezin centraal’ is opgebouwd uit een duur van negen maanden (Team VIDA, persoonlijke communicatie, 2 februari 2021). De duur van de verschillende fases verschilt per casus, aldus Jeugdzorgwerker 3 (J3).

Het kan voorkomen dat een fase langer duurt, omdat het gezin langer de tijd nodig heeft om een doel te behalen. Maar het kan ook voorkomen dat ouders terughoudend zijn in het zetten van een volgende stap, wanneer bijvoorbeeld de frequentie van de begeleiding wordt afgebouwd (J1).

*Communicatie binnen de behandeling*

De drie fases van Gezin Centraal, worden bij de start van de hulpverlening kort benoemd tijdens het intakegesprek. Deze fases vormen de rode draad in de behandellijn. Daarnaast is er een hulpverleningsplan/zorgovereenkomst die gedurende de behandeling wordt opgesteld waarin de doelen vermeld worden. Volgens de jeugdzorgwerkers is de intake voor ouders vaak een lastig gesprek waarin zij de informatie niet meekrijgen zoals het wordt uitgelegd. Dit komt volgens hen doordat ouders dit gesprek ervaren als een sollicitatiegesprek en daardoor veelal gefocust zijn op hun gedrag en gespreksvoering in plaats van op de inhoud (J3). Ook gedurende de behandeling is het niet altijd duidelijk voor het gezin waar zij op dat moment staan binnen de negen maanden, met name de behandellijn is onduidelijk en waar ze zouden moeten zijn op dat moment in het proces (J2). Een begrip uit de methode Gezin Centraal, bijvoorbeeld de ‘veranderfase’, is volgens de jeugdzorgwerkers voor het gezin een vaag concept waarin niet duidelijk is wat er in die fase van hen wordt verwacht. Dit gebeurt gedurende de gehele behandeling (J3). Degenen die te kampen hebben met het probleem zijn alle betrokkenen. Het gezin wil graag weten waar ze aan toe zijn en wanneer hier onduidelijkheid over bestaat kan dit vertraging opleveren. De jeugdzorgwerkers denken dat ouders pas tijdens de evaluatiegesprekken weten hoe ver ze zijn in de behandeling en dat dit anders kan (J3). Wanneer jeugdzorgwerkers hiervan geen goede inschatting kunnen maken over welke informatie gezinnen nog nodig hebben, blijft deze onduidelijkheid bestaan.

Zoals eerder beschreven in dit onderzoeksrapport is de Duplo-methode een werkwijze die bij VIDA wordt toegepast. Deze werkwijze biedt volgens jeugdzorgwerkers kansen om de communicatie over de behandeling te versterken, omdat zij uit ervaring hebben gemerkt dat dit de situatie waar het gezin zich in begeeft overzichtelijk maakt, met name visueel (J3). Er wordt een situatie neergezet met Duplo, waarbij het gezin kan zien waar het probleem ligt, hoe zij zich daarbij voelen en hoe zij het anders zouden willen zien. Hierdoor kan de behandeling nog concreter opgebouwd worden, waarin het voor het gezin ook duidelijk is waar zij precies aan moeten werken en wat het gewenste eindresultaat zou zijn (J3).

*De behandellijn*

Hierboven is genoemd dat er gedurende het intakegesprek al onduidelijkheden kunnen ontstaan over de behandellijn. Dit probleem blijft aanwezig naarmate de behandeling vordert, omdat de ouders dus pas tijdens de evaluatiegesprekken weten in welke fase ze zitten en hoe lang de behandeling dan nog zal duren. Uit het teamoverleg van 2 maart 2021 bleek dat dit een demotiverende werking kan hebben, doordat er nadruk gelegd wordt op het hele traject en het gewenste resultaat, maar minder op de kleinere tussenresultaten tijdens de verschillende fases. Hierin wordt ook al voortgang geboekt waar de gezinnen zich vaak nog niet bewust van zijn door die grote focus op het eindresultaat, aldus het team. Ook kan meer focus op tussenresultaten houvast geven wanneer gezinnen weten wat van hen verwacht wordt in elke fase. Verder kan het zorgen voor meer vertrouwen in het gezin, wanneer er gefocust wordt op de voortgang binnen de fases zonder de druk van het behandeltermijn. Met een inzichtelijke behandellijn kan het gezin ook inzien wat ze al hebben bereikt, wat meer vertrouwen geeft in hun eigen kracht, ook na de behandeling.

Bij de fases van Gezin Centraal wordt er gebruik gemaakt van theoretische begrippen, zoals de ‘veranderfase’. Dit is zoals eerder aangegeven een vaag begrip. Volgens een andere jeugdzorgwerker zijn deze en andere begrippen voor de ouders en jongere vage termen die leiden tot onduidelijkheid in de behandeling (J2).

De onduidelijkheden over de taken per fase en de theoretische begrippen, kunnen ervoor zorgen dat het gezin naderhand, tijdens evaluatiebesprekingen, pas te weten komt wat er nog moet gebeuren binnen een fase. Dit terwijl het juist zinvol zou zijn om hier gedurende het hele traject van op de hoogte te zijn (J3). Verder noemt Jeugdzorgwerker 3 ook nog dat er geen visueel beeld van de behandellijn wordt getoond. Er wordt mondeling uitleg gegeven, maar dit geeft geen concreet beeld van de taken binnen de fases en de tussentijdse resultaten. Er wordt namelijk veel nieuwe informatie gegeven in de gesprekken, wat vaak teveel lijkt te zijn voor de gezinnen op dat moment (J3).

*Belang van de organisatie*

Entrea Lindenhout is een organisatie die staat voor ‘samen voor kind en gezin’ en daarbij zo kort mogelijk hulpbieden en zo lang als nodig voor het kind en/of het gezin (Entrea Lindenhout, 2021b). Doordat de hulpverlening zo passend mogelijk wordt aangeboden binnen deze organisatie is er bij VIDA gekozen om te werken met de methode Gezin Centraal, zoals eerder beschreven met fasering en daarbij een behandeltermijn. Het is van belang om aan dit termijn vast te houden, omdat kinderen thuis horen in hun eigen vertrouwelijke omgeving. Het geeft het gezin ook houvast om te weten hoe lang een behandeling duurt. Ze kunnen ernaar toe werken.

Volgens J1 vindt VIDA het van belang dat er geen of zo min mogelijk wachtlijsten ontstaan. Aan de andere kant staat de organisatie ook voor het aanbieden van zo kort mogelijke hulp, maar zo lang als het nodig is (Entrea Lindenhout, 2021b). VIDA is een team wat zelf verantwoordelijk is om de lege plekken op de behandelgroep op te vullen (zowel ambulant als flexibel verblijf). Van hen wordt verwacht dat zij binnen drie weken een nieuwe aanmelding hebben verwerkt tot het uitvoeren van een intake, om te kijken of VIDA wel een geschikte plek is voor dit gezin. Daarnaast vraagt VIDA bij de gemeente altijd een beschikking van 1 jaar aan. Dit heeft te maken met het feit dat een verlenging acht weken van te voren aangevraagd moet worden. Dit zou betekenen dat dit al na zeven maanden behandeling beslist moet worden. Er wordt bij voorbaat een langere beschikking aangevraagd, maar wel wordt het behandeltermijn van negen maanden zo veel mogelijk nagestreefd (J1).

Financiën en beschikkingen

Jeugdzorgorganisaties worden gefinancierd door de gemeenten, de gemeente geeft een beschikking af voor de start van een behandeling. VIDA is afhankelijk van het geld dat de gemeente per jaar vrijmaakt. Het gaat hierbij om drie beschikkingen, namelijk ambulante hulpverlening, residentiele hulpverlening en systeemtherapie (J1, persoonlijke communicatie, 29 april 2021). VIDA is zelf verantwoordelijk voor het aanvragen hiervan, omdat het een zelfsturend team is. Wanneer de gemeente de beschikking niet afgeeft, omdat er bijvoorbeeld te weinig geld beschikbaar is, komen cliënten op de wachtlijst. De kosten van beschikkingen kunnen verschillen. Een ambulant traject is goedkoper, waardoor dit wel opgestart kan worden bij gebrek aan voldoende budget voor residentiele hulp (J1, persoonlijke communicatie, 29 april 2021). In de praktijk betekent dit dat er zonder juiste beschikking en daarmee voldoende budget, niet gelijk de juiste hulp geboden kan worden. Dit betekent ook dat het voor kan komen dat er niet altijd gelijk voldaan kan worden aan de hulpvraag.

## 2.2 Analyse van het probleem in de literatuur

De cliënten die bij VIDA aangemeld worden starten een behandeling vanuit het vrijwillige kader. De ouders hebben samen met de jongere ingestemd om de behandeling te starten. Met als doel om thuis te zorgen voor een fijne leefsituatie. De behandeling wordt zowel systemisch als oplossingsgericht aangeboden. Deze benaderingen worden in deze literatuuranalyse besproken. Daarnaast wordt er dieper ingegaan op de het ambulante en het residentiële onderdeel van de behandeling en de werkzame elementen van Gezin Centraal.

Oplossingsgericht- en systeemgericht werken

VIDA werkt oplossings- en systemisch gericht. Het doel van oplossingsgericht werken is het oplossend vermogen van de cliënt dusdanig herstellen, dat zij in staat zijn om samen met hun sociale omgeving het probleem om te bouwen naar een meer gewenste situatie (De Vries, Prüst, Joosen & Hoeffgen, 2017, p. 4).

Om dit doel te bereiken wordt er een gestructureerde manier van vragen gebruikt, zodat de cliënt een andere kijk ontwikkelt op het probleem. Ook wordt er gezorgd voor een bewustwording van interne en externe hulpbronnen, worden doelen concreet geformuleerd, wordt de cliënt gestimuleerd om zelf stappen te zetten om de situatie te verbeteren en zelf te bepalen wanneer hij/zij zonder de hulpverlening kan (Movisie, 2017). Ook op VIDA zijn de doelen een belangrijk onderdeel en daarbij wordt er gekeken naar het tempo van de jongeren en het gezin om zodoende stappen te zetten met ondersteuning van de hulpverlening.

De systeembenadering in het werken met gezinnen legt de focus niet op individuen, maar het gehele gezin en de problematieken die daaruit voortkomen. Deze problemen probeert te hulpverlener te verhelpen door middel van systeeminterventies. Deze interventies zijn gericht op het wijzigen van de gezinsstructuur, de communicatie en gedragsregels om een verandering te brengen in de positie van elk gezinslid (Willemse, 2015, p. 216).

In de communicatiegerichte systeembenadering wordt er door middel van communicatie de interactie en ook het gedrag van de leden van het systeem allereerst geanalyseerd en beïnvloed. In sommige gevallen is de beïnvloeding nodig om de ontstane communicatiepatronen ertoe hebben geleid dat er onderlinge problemen verkregen zijn (Becker, 2014).

Werkzaamheid fasering en structuur

Er zijn twee studies met theoretische onderbouwing gedaan naar vraaggerichte hulpverlening aan gezinnen en de methode Gezin Centraal (Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 37). Ook is er een evaluatieonderzoek gedaan naar de effectiviteit van Gezin Centraal (Metselaar in Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 38). Verder is er een apart pilotonderzoek naar de kwaliteitsmonitor van Gezin Centraal gedaan (Van Dam et al. in Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 39). In deze onderzoeken is gekeken naar de resultaten van de behandeling en methodiektrouw. De opvoedingsbelasting van ouders en gedragsproblematiek van de jongeren zijn wel degelijk significant verminderd aan het einde van een behandeling met deze methodiek (Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 6). Zo blijkt ook uit de onderzoeken dat methodisch werken een goede voorspeller is voor positieve resultaten tijdens een hulpverlenerstraject (NJI, 2021a).

Verder zijn een heldere opbouw en een duidelijke fasering werkzame elementen in de behandeling (Boendermaker, Van Rooijen, Berg, & Bartelink, 2013, p. 39).

Wanneer een interventie concrete doelen heeft, worden er volgens het NJI meer resultaten behaald dan met minder goed opgebouwde interventies (Daamen & Ince, 2014, p. 4). Het gaat hier met name om interventies waarbij gewerkt wordt aan overeengekomen concrete doelen. “Een goede interventie heeft de volgende kenmerken: realistische, helder geformuleerde en toekomstgerichte doelen, een duidelijke koppeling van doel en middel en het opdelen van een programma in duidelijke fasen” (Daamen & Ince, 2014, p. 4).

Daarnaast is een duidelijke structuur een werkzaam element in een behandeling. Deze structuur moet bestaan uit onder andere duidelijke en consistente regels en verwachtingen, continuïteit en voorspelbaarheid (Daamen & Ince, 2014, p. 32).

Hieruit valt op te maken dat concrete doelen, structuur, methodisch werken en een duidelijke fasering, net als in Gezin Centraal, werkzame factoren zijn in een behandeling.

Ambulante gezinshulpverlening

Zoals eerder genoemd maakt VIDA gebruik van ambulante gezinshulpverlening. Dit heet ook wel intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG). IAG is een behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Het heeft als doel dat kinderen thuis kunnen blijven wonen of dat kinderen weer terug naar huis kunnen keren. Deze methode is gericht op het verminderen van gedragsproblemen van kinderen en daarnaast het vergroten van de opvoedvaardigheden van de ouders en het betrekken van het sociale netwerk (NJI, 2021b). De hulpverlening volgens IAG begint met het opbouwen van een werkrelatie. Daarna worden de krachten en de problemen van het gezin geanalyseerd en worden er doelen opgesteld. Er worden door de gezinsbegeleider verschillende technieken toegepast, waaronder oplossingsgerichte gespreksvoering, gezins-therapeutische technieken en psycho-educatie (NJI, 2021b). Het hulpverleningstraject bij VIDA volgt deze werkwijze nauw, met name in de verander- en afbouwfase.

Gezinshulpverlening met verblijf

Bij VIDA is er sprake van gezinshulpverlening met flexibel verblijf. Volgens Bolt (2018, p. 53) is het belangrijk voor de ontwikkeling en het welzijn van de jeugdige om aandacht te besteden aan het gezin. Het is gebleken dat gezinsgerichte (flexibele) residentiële zorg, de zorg die VIDA biedt, een positiever effect heeft dan reguliere residentiële zorg. Dit heeft een positief effect, omdat de jongere niet volledig uit zijn thuissituatie wordt genomen. Wanneer de hulpverlening werkzaam is voor het gezin, is er vaak sprake van een afname van gedragsproblemen bij het kind en ook een afname van de opvoedingsbelasting bij de ouders. Ook is er een toename te zien van oplossend vermogen en doelrealisatie (Bolt, 2018, p. 53).

Werkzame kernelementen van Gezin Centraal

Hieronder staan de vier meest relevante kernelementen van Gezin Centraal voor VIDA.

* Gefaseerd en gestructureerd werken.

Het is belangrijk om een vaste structuur in de fasering, intensiteit en frequentie van gesprekken te behouden. De doelen en het gezinsplan zijn leidend voor de hulp en de structuur van de gesprekken. Ook is het van belang dat de opbouw van de hulpverlening helder is en dat er overeenstemming is over de intensiteit en frequentie. Een planmatig en overzichtelijk hulptraject leidt tot minder stress bij de gezinsleden (Bolt, 2018, p. 92).

* Planmatig en doelgericht werken

Doordat de professional op een gestructureerde wijze oplossingsgerichte vragen stelt, kan de cliënt doelen bepalen en oplossingen verkennen. Om het overzicht te bewaren wordt er gewerkt aan de hand van doelen, concrete afspraken en termijnen (Bolt, 2018, p. 92-93).

* Benutten van krachten en capaciteiten

De professional benadrukt wat goed gaat, focust op krachten en stimuleert de cliënt om oplossingen te zoeken. Verder staat de professional naast het gezin en zoeken samen naar oplossingen en proberen deze uit (Bolt, 2018, p. 93).

* Versterken van en samenwerken met het netwerk

Vanaf de start van het traject, wordt er samen onderzocht wat het netwerk is en wie tot steun (zou kunnen) zijn. Dit is belangrijk voor het versterken van de draagkracht van het gezin. Ook heeft het een beschermende functie voor ouders en de jeugdige. Wanneer het sociale netwerk goed zicht heeft op het functioneren van het gezin, kan dit problemen voorkomen. Een betrokken netwerk kan ook goed inschatten waar het gezin mee geholpen is (Bolt, 2018, p. 95).

Werken volgens protocol

Bij VIDA wordt er gewerkt volgens verschillende protocollen/ richtlijnen, werkwijzen en methodieken. Binnen de jeugdhulpverlening bestaat de beroepscode van de Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). In de beroepscode staan verschillende normen die professionals moeten nastreven, voor het leveren van voldoende kwaliteit in de hulpverlening.

Naast deze beroepscode vormen richtlijnen een belangrijk onderdeel van de professionele standaard. Ze beschrijven wat onder goed handelen van een professional wordt verstaan. Deze richtlijnen bieden de professional ondersteuning met onderbouwde aanbevelingen op basis van wetenschap en praktijk- en ervaringskennis. Aan de hand van deze richtlijnen kan er gekeken worden naar de best passende hulp (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, z.d.).

Sinds het invoeren van de jeugdwet in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdhulp. Deze taak hebben zij overgenomen van de Rijksoverheid. Het gaat hierbij vooral om het opzetten van registraties voor de jeugdhulp en sociale wijkteams en het inrichten van gemeentelijke taken (SWM Nijmegen, 2020). Jeugdzorgorganisaties, zoals Entrea Lindenhout, krijgen de beschikkingen via de gemeente zoals beschreven in de praktijkanalyse. Hierdoor is er sprake van nauw contact tussen de wijkteams en VIDA.

Professional vanuit je hart

Zoals eerder benoemd in dit onderzoeksverslag bij het onderdeel context praktijkorganisatie kwam naar voren dat het team binnen Entrea Lindenhout de training, ‘Professional vanuit je hart’ heeft gevolgd, wat uit gaat van tien verschillende stappen. Er wordt gekeken hoe een professional om kan gaan met complexe problemen in het systeem. Het is dan ook meer een bewustwording van het handelen van de professional en niet een nieuwe werkwijze binnen de behandeling. In het boek van Mascha Struijk (2019b) staan een aantal criteria centraal die overeenkomen met de werkwijze binnen ‘Gezin Centraal’, zoals de waarde van de werkrelatie en de kernkwadranten waarbij de focus wordt gelegd op kwaliteiten, valkuilen, allergieën, uitdagingen.

Vanuit de training wordt er gebruik gemaakt van bestaande werkwijzen zoals: “oplossingsgericht werken, motiverende gespreksvoering, contextuele hulpverlening, systeemgericht werken, competentiegericht werken, sociale netwerkstrategieën, signs of safety” (Struijk, 2019a). Dit sluit aan bij de werkwijze van de jeugdzorgwerkers op VIDA. In de training wordt de professional uitgedaagd om uit de comfort zone te stappen en bekende denkpatronen te doorbreken. Dit kan direct resultaat opleveren voor het werk met jongeren en gezinnen (Struijk, 2019a).

## 2.3 Conclusie analyse

Vanuit de literatuur- en praktijkanalyse komt duidelijk naar voren dat fasering en structuur binnen een behandeling van belang zijn. Het NJI (2021a) geeft aan dat methodisch werken kan zorgen voor positieve resultaten. Ook is structuur een belangrijk element van een behandeling (Daamen & Ince, 2014, p. 32). Ook de jeugdzorgwerkers van VIDA geven aan dat zij de fasering een fijne houvast vinden gedurende de behandeling. Daarentegen bleek uit een teamoverleg dat de focus leggen op alleen het eindresultaat een demotiverende werking kan hebben. Dit komt doordat er nadruk gelegd wordt op het hele traject en het gewenste resultaat, maar minder op de kleinere tussenresultaten tijdens de verschillende fases. Voor het team is het belangrijk om meer focus te leggen op de tussenresultaten, wat de gezinnen motiveert om stapsgewijs aan de slag te gaan met hun doelen.

In de literatuuranalyse staat beschreven dat er gebruik gemaakt wordt van zowel ambulante hulpverlening, als gezinshulpverlening met flexibel verblijf. Het is belangrijk voor de ontwikkeling en welzijn van de jongeren om aandacht te besteden aan het gezin. Bij de ambulante gezinshulpverlening is het herstellen van de draagkracht en draaglast belangrijk. Verder is er aandacht voor de gedragsproblemen van de kinderen en het vergroten van de opvoedvaardigheden van ouders (NJI, 2021b). Doordat VIDA gebruik maakt van al deze verschillende modules, met ambulant en hulpverlening op de groep met flexibel verblijf is er ook een combinatie van verschillende methodieken die worden ingezet. Maar doordat het allemaal in elkaar overloopt en het met elkaar te maken heeft hoeft dit nog niet te betekenen dat het ook daadwerkelijk overzichtelijk is voor alle betrokkenen.

De praktijkorganisatie staat ervoor om zo kort mogelijk hulp te bieden maar wel zo lang als nodig. Het doel van VIDA is dan ook ervoor zorgen dat de jongeren binnen 9 maanden weer thuis wonen. Tijdens de behandeling is er na elke fase een evaluatiebespreking met alle behandelaren. Tussentijds zijn er ook evaluatiemomenten met de mentor over de doelen. Door deze besprekingen weten ouders en jongeren in welke fase ze zitten.

Die besprekingen kunnen ervoor zorgen dat het gezin erachter komt dat ze nog niet klaar zijn om naar de volgende fase te gaan. Daarnaast schatten jeugdzorgwerkers in dat ouders tegen onduidelijke fasebenamingen aanlopen, wat voor vertraging in de behandeling kan zorgen. Verder kan het voorkomen dat hun kind pas later in de behandeling is gediagnostiseerd en er nog allerlei nieuwe opvoedingsvaardigheden aangeleerd moeten worden. Dit zijn factoren die kunnen zorgen voor het overschrijden van het termijn, terwijl de jeugdzorgwerkers aangeven wel te willen streven naar het uitvoeren van de fasering van methode Gezin Centraal. Ook vinden zij het interessant om te weten hoe het wel inzichtelijk gemaakt kan worden voor de gezinnen en jongeren. De Duplo-methode is een voorbeeld waaruit blijkt dat de situatie visueel maken een werkbare methode is.

Nog onduidelijk is hoe de teamleden van VIDA en de gezinnen zelf de fasering van Gezin Centraal en de communicatie hierover ervaren.

## 2.4 Probleemstelling

**Doelstelling**

De doelstelling van dit onderzoek is om kennis en inzicht te verkrijgen over de ervaringen van het multidisciplinair team en de gezinnen met de fasering van de behandeling en de communicatie daarover.

**Onderzoeksvraag**

Hoe ervaren het multidisciplinair team van VIDA, de gezinnen in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep,de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?

**Deelvragen**

1. Hoe ervaart het multidisciplinair team van VIDA de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?
2. Hoe ervaren de gezinnen in behandeling bij VIDA de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?
3. Hoe ervaren de gezinnen die de behandeling op de groep bij VIDA afgerond hebben de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?

**Definiëren begrippen**

Entrea Lindenhout

- Dit is een organisatie die staat voor ‘samen voor kind en gezin’. Deze organisatie is er voor kinderen, jongeren en gezinnen als het opgroeien en opvoeden te ingewikkeld wordt. Ze bieden onder andere hulp thuis, op school en/of in de buurt. Zo kort mogelijke hulp, maar zo lang nodig voor het kind en/of het gezin (Entrea Lindenhout, 2021).

VIDA

De benaming VIDA is een Spaanse vertaling van ‘Leven’. Deze naam is bedacht door de teamleden die de behandelgroep hebben opgestart, 6 jaar geleden (J1). VIDA is een behandelgroep die gebruik maakt van de methode Gezin Centraal, ze bieden flexibel verblijf en ambulante hulpverlening aan.

Flexibel verblijf

- Flexibel verblijf is een groepslocatie die ingezet kan worden als leergroep of behandelgroep. Het verblijf gebeurt ‘op maat’. Er worden verschillende werkvormen ingezet. Dit is afhankelijk van de hulpvraag, van de fase van de behandeling en van de gewenste intensiteit. Tijdens flexibel verblijf kunnen de jongeren vaardigheden aanleren die los staan van de thuissituatie. Hierdoor kunnen jongeren experimenteren met gedrag en leren van andere jongeren. Voor de mentor is dit een mogelijkheid voor observatie (Entrea Lindenhout, 2020).

Multidisciplinair team

- Binnen de behandelgroep wordt er gewerkt met verschillende hulpverleners/professionals, wat het multidisciplinair team wordt genoemd. Het team bestaat uit 5 jeugdzorgwerkers, de gedragswetenschapper en de systeemtherapeut.

Behandeling

- De behandeling is erop gericht dat de jongere thuis blijft wonen, dat gezinsleden dit willen en dit aan kunnen met elkaar. Gedurende de behandeling werkt een multidisciplinair team nauw samen met elkaar. De aanmeldingsvraag staat centraal en met het multidisciplinair team samen wordt er besproken welke vraag het gezin beantwoordt wil hebben, wat al gedaan is en wat wel/niet werkte (Entrea Lindenhout, 2020).

Jeugdzorgwerker(s)

- Jeugdzorgwerkers zijn opgedeeld in 4 niveaus. Jeugdzorgwerker D is mbo-niveau. Jeugdzorgwerkers A, B of C hebben een hbo-bachelor (Jeugdzorg-werkt, z.d.). Bij VIDA werken jeugdzorgwerkers B, wat zowel een groepswerker als ambulant hulpverlener is.

Ambulante hulpverleners

- Deze hulpverlener is de persoon met wie het gezin samenwerkt, ook wel de mentor. De mentor heeft gedurende de behandeling veel contact met de andere betrokken behandelaren (Entrea Lindenhout, 2020).

# 3. Methode van het onderzoek

## 3.1 Onderzoeksbenadering

Er zijn verschillende onderzoeksbenaderingen, waaronder kwantitatief, kwalitatief of een combinatie ervan. In dit onderzoeksrapport werd gebruik gemaakt van die combinatie, de mixed-method-aanpak. Kwalitatief onderzoek maakt gebruik van een dataverzamelingsmethode met open vragen waarbij gedetailleerde informatie verkregen wordt van individuele deelnemers (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 136). Bij kwantitatief onderzoek gaat het om een onderzoek met een groter aantal deelnemers waarbij gestandaardiseerde verzamelingsprocedures worden gebruikt. Dit kan door middel van dezelfde vragen met dezelfde antwoordmogelijkheden (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 135). Voor dit onderzoek was het allereerst van belang dat er in kaart werd gebracht hoe gezinnen, jeugdzorgwerkers, de gedragswetenschapper en systeemtherapeut de fasering en de communicatie daarover van Gezin Centraal ervaarden.

*Kwalitatief*

Dit onderzoek was met name evaluerend. Bij een evaluatie wordt er een systematische beoordeling gemaakt, wat een basis biedt om nieuwe beslissingen te maken (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 54). In dit onderzoek had dit met name betrekking op de handelingen van de teamleden van VIDA. Zij werden bevraagd over de werkwijze, die geanalyseerd werd, waardoor er een evaluatie van hun handelen ontstond.

Om de ervaringen van team VIDA te achterhalen werd er gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview. Hierbij wordt er een richting gegeven aan de antwoorden van de respondenten (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 196). In deze interviews werd er ingegaan op de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling. Daarnaast wat er volgens het team nodig was om deze fasering met daarbij de begrippen te verduidelijken binnen de behandeling voor alle betrokkenen, zodat iedereen weet waar ze staan binnen de behandeling.

*Kwantitatief*

Om in een bepaalde tijdsperiode een grote groep participanten te benaderen kan er worden gekozen voor een schriftelijke vragenlijst of enquête (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 203). Om de gezinnen te bevragen is er daarom gebruik gemaakt van een enquête.

Door middel van deze enquêtes werden deelvragen twee en drie beantwoord. Er werd met name ingegaan op de ervaringen rondom de fasering en de communicatie hierover. De enquête is verdeeld in vier blokken met vragen die bij elkaar horen. Bij ieder blok is er een toelichting gegeven, zodat de participant weet wat er van hem/haar verwacht werd. Ook is er rekening gehouden met de lengte van de enquête, omdat dit invloed kan hebben op de nauwkeurigheid waarmee een participant de enquête invult (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 204). De enquête is besproken met een teamlid om te controleren of het representatief was voor de doelgroep. Hiermee is de betrouwbaarheid en validiteit verhoogd (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 205).

De aangekruiste antwoorden uit de enquêtes werden opgeteld en daaruit werd een gemiddelde berekend. Dit is terug te vinden in tabellen in hoofdstuk 4 ‘Resultaten’, zo kan het verschil tussen de twee participantengroepen worden weergegeven. De enquête bestaat uit vier hoofdonderwerpen. De open vragen in de enquêtes geven verdiepende kwalitatieve informatie en werden waar passend als citaten gebruikt in hoofdstuk 4 ‘Resultaten’.

## 3.2 Participanten

Participerende teamleden

Voor dit onderzoek waren verschillende teamleden die werkzaam zijn binnen team VIDA de participanten. Dit waren vijf jeugdzorgwerkers, één systeemtherapeut en de gedragswetenschapper. Door de diversiteit van de teamleden zijn er verschillende perspectieven beschreven en zorgt dit voor een objectief geheel.

Participerende gezinnen

Er zijn acht gezinnen benaderd voor het onderzoek, waarvan vijf gezinnen daadwerkelijk hebben geantwoord op de enquête. Dit zijn gezinnen die momenteel in behandeling zijn bij VIDA en/of gezinnen die de behandeling hebben afgerond op de groep. Drie van de gezinnen in behandeling zitten in de veranderfase en twee gezinnen in de afbouwfase, waarvan de behandeling op de groep is afgerond. Zij krijgen nog wel ambulante begeleiding. De participerende gezinnen hebben een aantal verschillende, maar ook gelijke gezinskenmerken. De overeenkomst is dat ze allemaal met een eigen hulpvraag en doelen bij VIDA een traject volgen of hebben gevolgd. De gezinnen die in behandeling zijn hebben problemen of moeilijkheden met het omgaan met de problematiek van hun kind en problematieken binnen het gezin. Zij beschikken daarbij niet over voldoende of juiste opvoedvaardigheden om de problemen het hoofd te bieden.

De meerderheid van de gezinnen bestaan uit twee ouder gezinnen. Er zijn verschillen in de sociaal economische status (SES) van de gezinnen. Deze verschillen zijn zichtbaar in het beroep van de ouder, de bijbehorende werktijden en de inkomstenschaal waar de ouder zich in bevindt.

Bij de jongeren is er vrijwel altijd sprake van diagnostiek, met name ADHD, autisme, angststoornissen en een in ontwikkeling zijnde persoonlijkheidsstoornis. Ook is er regelmatig sprake van hechtingsproblematiek en een verstoorde kind- ouder relatie. De leeftijd van de jongeren in de participerende gezinnen is tussen de 12 en 15 jaar, gedurende de behandeling. Het onderwijsniveau verschilt, dit varieert van vmbo basis tot havo-vwo. Daarnaast is de ene jongere sneller leerbaar dan de andere, dit zorgt altijd voor een dynamisch groepsproces binnen VIDA (Jeugdzorgwerker 1, persoonlijke communicatie, 13 april 2021).

## 3.3 Procedure & meetinstrumenten van het onderzoek

Om dit onderzoek uit te voeren is er eerst een vooronderzoek geweest. In het vooronderzoek is er een teamoverleg geweest op 2 februari 2021, om gezamenlijk te oriënteren, daarna is er voornamelijk gesproken met de jeugdzorgwerkers om het onderwerp te verhelderen en een duidelijke vraagstelling te creëren. De vraagstelling vanuit de praktijk is vervolgens met de methode 5xW+H verder in kaart gebracht (Migchelbrink in Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 104). In maart 2021 heeft er ook een teamoverleg plaatsgevonden om draagvlak te creëren en aan te geven welke richting het onderzoek precies op zou gaan. Nadat de analyse volledig was uitgewerkt heeft de begeleidend jeugdzorgwerker het voorzien van feedback. Gedurende de periode erna is team VIDA geheel bevraagd door middel van gestructureerde interviews, om hun ervaringen te delen rondom de behandeling en de fasering die daarbij komt kijken. De overige participanten (benaderde gezinnen) hebben in de periode daarna enquêtes ontvangen, deze zijn door de onderzoekers geanalyseerd.

Doordat de vraagstelling helder was konden er concrete meetinstrumenten ingezet gaan worden. De interviews hebben individueel met alle teamleden plaatsgevonden. De interviews zijn via MS Teams overleg of in de gespreksruimte uitgevoerd. Door de onderzoekers zijn er gespreksopnames gemaakt. Deze opnames zijn getranscribeerd, gecodeerd en verwerkt in matrix 1 (zie bladzijde 35). De resultaten die uit de enquêtes zijn gekomen zijn ook geanalyseerd, samengevoegd en verwerkt in matrix 1. De codes van de matrix zijn terug te zien in een codeboom (zie Bijlage 7). Alle resultaten zijn terug te vinden in hoofdstuk 4 ‘Resultaten’.

Deelvraag 1

Er is tijdens het hoofdonderzoek gebruik gemaakt van voor-gestructureerde interviews en narratieve interviews. Beide vormen hebben een andere voorbereiding nodig. Bij voor-gestructureerde interviews zijn de vragen van te voren opgesteld. Deze interviewvorm is toegepast bij alle interviews met het multidisciplinair team. Aan de hand van die antwoorden, is er doorgevraagd naar de verdere mening en ervaringen. Dit lijkt op een narratieve gespreksvoering. Bij narratieve gesprekken stimuleer je degene die je interviewt om zijn eigen verhaal te vertellen. Er is een bepaald vertrekpunt en vanaf daar ga je op zoek naar gebeurtennissen, ervaringen en betekenis die wordt verteld (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 197). Er zijn wel verduidelijkings- of impulsvragen die de geïnterviewde in een bepaalde richting duwt als er wordt afgedwaald van het onderwerp.

De totstandkoming van de interviewvragen is ontstaan naar aanleiding van de literatuur- en praktijkanalyse, met daarbij de kennis die de onderzoekers hebben verkregen tijdens het vooronderzoek. Daarnaast bevatten de deelvragen leidende thema’s waar de interviewvragen op gebaseerd zijn. De thema’s zijn de fasering, communicatie, structuur en duidelijkheid van de behandeling. Het praten over de thema’s en een eventueel hulpmiddel zorgde voor een bewustwording bij de teamleden, met name in hoeverre zij zelf vinden dat zij duidelijk genoeg communiceren naar de gezinnen. Als er door de bewustwording naar voren kwam dat er inderdaad onduidelijkheid zou kunnen zijn, omschreven de teamleden zelf verschillende behoeften, hulpmiddelen of nieuwe werkwijzen die een positieve bijdrage zouden kunnen leveren aan het communiceren over de fasering.

De interviewvragen zijn van te voren besproken met de begeleider van dit onderzoek en de begeleidend docent van de opleiding Pedagogiek.

Deelvraag 2 & 3

De enquêtes zijn uitgezet bij gezinnen die nog in behandeling zitten en bij gezinnen die de behandeling op de groep hebben afgerond. Omdat deze gezinnen een grotere groep respondenten zijn binnen het gehele onderzoek is er bewust gekozen voor het maken van een enquête. Bij het opstellen van een enquête is het belangrijk dat de vragenlijst een logische volgorde heeft, dat het doel van de enquête vermeld is en wat er met de data gaat gebeuren. Ook is het belangrijk dat de anonimiteit wordt gewaarborgd (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 204). Om de enquêtes passend te maken voor de twee groepen zijn er twee versies gemaakt. De stellingen in de enquêtes waren hetzelfde, alleen zat er een verschil in de tijdsbepaling van de vraagstelling. Voor de gezinnen in behandeling werden de stellingen in tegenwoordige tijd gesteld en voor de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep in de verleden tijd.

De onderzoekers hebben gebruik gemaakt van eenduidige formuleringen, zodat de kans vergroot wordt dat de respondenten de vragen op dezelfde wijze interpreteren. Tijdens het opstellen van de enquête is ervoor gekozen om gebruik te maken van meerkeuzevragen en enkele open vragen (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 206). Bij open vragen kan het onderzoek allerlei kanten opgaan, omdat er gerichte vragen worden gesteld is het geven van een keuze relevanter. De open vragen richten zich daarom op het geven van een toelichting op de gemaakt keuzes (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 205).

Bij goedkeuring van de enquêtes, werden deze meegegeven aan de desbetreffende jeugdzorgwerker van het gezin. De jeugdzorgwerker gaf bij de overdracht van de enquête een korte uitleg over het belang en de deadline werd vermeld. De instructie over het invullen van deze enquête werd ook meegegeven. Hierop konden de participanten rustig nalezen wat er precies gedaan moest worden en wat er uiteindelijk met hun ingevulde enquête gedaan werd. De gezinnen gaven de enquêtes binnen de aangegeven periode terug, via een jeugdzorgwerker als er sprake is geweest van ‘fysieke’ hulpverleningsgesprekken of via de retourenvelop met antwoordnummer.

Hierdoor werd het deelnemen laagdrempelig gemaakt, omdat de jeugdzorgwerkers (nog) in contact staan met de gezinnen. Dit geldt voor zowel de gezinnen die nog in behandeling zijn als gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep. Door het bijvoegen van een retourenvelop is de anonimiteit van de participanten gewaarborgd.

## 3.4 Analyse

De interviewvragen en de enquêtes zijn geanalyseerd per bevraagde doelgroep. Dit zijn de teamleden van team VIDA, de gezinnen in behandeling en de gezinnen die de behandeling afgerond hebben op de groep. Ook is er gekeken naar de overeenkomsten en verschillen tussen de antwoorden van de groepen gezinnen en wat hierin is opgevallen.

De interviews zijn letterlijk getranscribeerd. Door alles letterlijk te verwerken in het bestand wordt de betrouwbaarheid bevorderd.

De tekst is verdeeld in fragmenten en daarna zijn deze relevante onderdelen gecodeerd aan de hand van gemaakte codes. Deze codes zijn handmatig ingevoerd in Microsoft Word. De methode van coderen die gebruikt is, is het open coderen. Hierbij worden betekenisvolle tekstfragmenten gelabeld (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 243). Deze labels of categorieën ontstaan tijdens het analyseren en hierbij werden de onderzoeksvraag en de deelvragen als leidraad gebruikt. De fragmenten die hier geen relatie mee hebben, kunnen worden weggelaten.

De enquêtes werden geanalyseerd middels het vergelijken van de antwoorden. Dit is gedaan door allereerst de schalen om te zetten in cijfers en hier een gemiddelde van uit te rekenen met analysemethode 6 (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 236). Daarna zijn door middel van analysemethode 3 de verschillen vergeleken tussen de gezinnen in behandeling en met een afgeronde behandeling op de groep (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 238). Aan de hand hiervan werden de verschillen en overeenkomsten tussen de participanten helder. Deze data is verwerkt in tabellen in hoofdstuk 4 ‘Resultaten’.

## 3.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Kwalitatief

Er is gedurende het gehele onderzoek betrouwbaar en valide gewerkt. Gedurende de oriëntatieperiode waarbij de analyse is uitgewerkt zijn er interviews gehouden en hier is meerdere malen naar verwezen in de probleemanalyse. Daarna zijn er gestructureerde interviews gehouden en deze zijn getranscribeerd (zie Databoek).De interviews zijn gehouden in een periode van de laatste week maart 2021 tot eind april 2021. Deze periode is vooraf afgebakend en de afspraken zijn tijdig gepland met alle betrokkenen van het multidisciplinair team. Deze planning draagt bij aan de interne validiteit (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 42). Alle interviews zijn afgenomen in een drietal, zodat de ene onderzoeker de aandacht kon richten op de bevraagde en de ander kon observeren en ervoor zorgen dat de geluidsopnames goed verliepen. Door als onderzoekers de aandacht te verdelen over verschillende aspecten van het onderzoek, worden toevallige verstoringen zoveel mogelijk beperkt, wat de betrouwbaarheid van de dataverzameling verhoogd (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 46). De onderzoekers hadden als individu elk een eigen perspectief op het onderzoek, waardoor zij elkaar aan konden vullen waar nodig. Ook werden de perspectieven van de verschillende teamleden met verschillende functies gevraagd. Het meenemen van deze verschillende perspectieven in het onderzoek heeft de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 49).

Kwantitatief

De vragen in de enquêtes voor de gezinnen zijn tot stand gekomen door allereerst te kijken naar de deelvragen en daarna naar de belangrijkste thema’s uit het vooronderzoek. Aan de hand daarvan zijn er stellingen opgesteld. De enquête is besproken met de begeleider(s) van dit onderzoek. Doordat het onderzoek kritisch is gevolgd door anderen, is er gezorgd voor dialogische validiteit (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 42). Uit de antwoorden op deze stellingen kunnen er conclusies getrokken worden die antwoord geven op de deelvragen in dit onderzoek. Door enquêtes te gebruiken zijn de perspectieven van deze groep belicht, waarmee de betrouwbaarheid is vergroot (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 49).

Door gebruik te maken van enquêtes was het mogelijk zowel gezinnen onder behandeling als gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep als onderzoeksgroep te nemen. Door het hebben van meerdere ondervraagde participanten in verschillende contexten is hiermee de betrouwbaarheid en validiteit vergroot.

De ingevulde enquêtes zijn te vinden in het databoek en de resultaten van de enquêtes zijn verwerkt in tabellen in hoofdstuk 4 ‘Resultaten’. Dit zorgt voor transparantie van resultaten in het onderzoek en hierdoor zijn de stappen in het onderzoek navolgbaar (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 49). Het gemiddelde is per participantengroep terug te zien en kan zo met elkaar worden vergeleken.

Het gebruik van enquêtes om een groep participanten te bereiken, is een herhaalbare manier van onderzoeken waarmee er vergelijkbare resultaten behaald zouden kunnen worden. Dit zorgt voor betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2018, p. 33).

**Triangulatie**

Om de betrouwbaarheid van de data te controleren en de validiteit van het onderzoek te vergroten, is er triangulatie toegepast (Baarda, De Goede & Teunissen in Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 46). Er is gebruik gemaakt van een combinatie ‘triangulatie als mix’, zie hieronder (Van der Donk & Van Lanen, 2015, p. 47-48).

* *Brontriangulatie*

Voor dit onderzoek is er data verzameld bij verschillende partijen, namelijk de teamleden, de gezinnen in behandeling en de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep. Door deze groepen te bevragen zijn er verschillende perspectieven belicht en kunnen deze resultaten met elkaar worden vergeleken. De interviews en vragenlijsten zijn met alle betrokkenen apart afgenomen om zo beïnvloeding van elkaar te voorkomen. Daarnaast is er gevarieerd in literatuur met bronnen die betrouwbaar zijn. Door het toepassen van meerdere bronnen is eenzijdigheid voorkomen.

* *Onderzoekstrangulatie*

Bij deze vorm is er door verschillende collega’s een uitvoerende rol te geven bij dit onderzoek. Hierdoor worden invloeden vanuit de onderzoekers verminderd. Door deze manier is er snel bij verschillende groepen/cliënten data verzameld. Zo hebben de onderzoekers de collega’s een rol gegeven bij het verspreiden van de enquêtes en het geven van uitleg aan de gezinnen.

# 4. Resultaten

Om antwoord te kunnen geven op deelvraag 1, zijn betekenisvolle tekstfragmenten uit interviews in tabellen verwerkt. Door open coderen is vervolgens een codematrix tot stand gekomen. De fragmenten kregen een code volgens analysemethode 7 (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 104). De frequentie geeft aan hoe vaak een code voorkomt en bij de weging is terug te zien of een code van groot belang is of van ondergeschikt belang. De codes met groot belang geven antwoord op de onderzoeksvraag, de codes met een ondergeschikt belang zijn bijvangst voor een eventueel vervolgonderzoek. Elke code heeft zijn eigen betekenis, deze staan beschreven in een codeverantwoording (zie Bijlage 8).

Voor deelvraag 2 en 3 zijn de antwoorden uit de enquêtes verwerkt in tabellen. Bij de stellingen in de tabellen kregen de participanten vijf opties, elke optie is gekoppeld aan een cijfer waarop de gemiddelden zijn gebaseerd:

1 Helemaal oneens

2 Oneens

3 Neutraal

4 Eens

5 Helemaal eens

## 4.1 Deelvraag 1

*Hoe ervaart het multidisciplinair team van VIDA de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?*

Om antwoord te kunnen geven op de bovenstaande deelvraag is er gekeken naar de uitkomsten van de interviews met de teamleden van VIDA. Er is na het analyseren van de data gekeken wat van ‘groot belang’ is voor het beantwoorden van deze deelvraag (zie matrix 1). Deze codes zijn in deze paragraaf uitgelicht en verdeeld in drie tekstvakken.

Er komt naar voren dat de fases aan het begin van de behandeling kort en summier worden besproken met de gezinnen. De jeugdzorgwerkers geven aan dat de informatie tijdens de intake niet altijd goed binnenkomt bij de ouders. Het is veel nieuwe informatie die verwerkt moet worden. Na de intake wordt er teruggekomen op het onderwerp door de jeugdzorgwerker, maar soms ook door de ouder zelf.

Het gehele multidisciplinair team vindt het van belang dat de gezinnen weten waar zij staan in de behandeling, maar een meerderheid denkt dat niet elke ouder zich hiervan bewust is. Echter vond één teamlid dat de begrippen van de methode niet van belang zijn bij de bewustwording hiervan (zie bladzijde 34). Voor dit thema zijn de volgende codes van belang: beknopt bespreekbaar fasering, onduidelijkheid fasering, bewustwording belangrijk.

**Code: Beknopt bespreekbaar fasering** “…tijdens het intakegesprek is er altijd een soort kennismakingsrondje en daarna is altijd een (…) korte samenvatting van hoe VIDA werkt (…) dat is eigenlijk, kort en summier.”

**Codes: Beknopt bespreekbaar fasering & onduidelijkheid fasering** “Uhm, ja je merkt bij een intake, want we hebben het nog over de intake hè? Bij de intake merk je wel dat ouders en jongeren het aanhoren, dat er veel op ze afkomt dus dat het voor hun nogal algemeen blijft. Die indruk heb ik altijd wel.”

**Codes: Onduidelijkheid fasering & bewustwording belangrijk** “…je kunt je voorstellen als een ouder nog heel erg zoekende is (...) Dan heb je een hele andere insteek, het is wel goed om je daar bewust van te zijn, van ‘waar staat iemand.”

Verder zijn de communicatie en afstemming met de gezinnen belangrijke factoren in de hulpverlening, aldus alle zeven teamleden. In de interviews zijn deze termen veel besproken en codes met dit onderwerp zijn bestempeld als van 'groot belang.’ Dit zijn codes zoals;

inhoudelijk bespreekbaar fasering, inhoud behandellijn, afstemming betrokkenen, belang hulpmiddel en bewustwording onbelangrijk. De laatste code is niet veel benoemd, maar deze code is wel van groot belang, omdat één teamlid hier vermeldt dat de methodische termen niet de bovenhand hebben in de behandeling. Dit verschilt van de meningen van de andere leden van het multidisciplinair team.

**Code: Afstemming betrokkenen** “… omdat je de verantwoordelijkheid bij hun laat en dat je zodanig kan aangeven dat je het samen doet, maar dat hun vooral aan het werk moeten en dat wij erbij aansluiten. Maar dat hun echt in de lead blijven (…) Dat je jezelf minder belangrijk maakt. Ja. Maar ik vind het wel een belangrijke opzet van de behandeling. Als die niet duidelijk is dan rommel je maar wat aan.”

**Codes: Afstemmen betrokkenen en belang hulpmiddel** “Dan kun je minder goed nadenken op zo’n moment en dan helpt het heel erg om een overzicht met elkaar te maken. En daar… als je dingen uittekent is het veel makkelijker te begrijpen dan dat je alleen maar praat. Alleen maar praten kan ook soms heel wollig zijn.”

**Code: Inhoudelijk bespreekbaar fasering** “Ja, en ik benoem daar ook bij dat je inderdaad na die 6 tot 8 weken, dat we na 8 weken even een EB doen, een evaluatiegesprek, een toekomstplanbespreking (…). Maar dat je dan dus gaat kijken wat de doelen zijn, dat ze die specifiek hebben uitgewerkt, het netwerk onderzocht. En dat we dan gaan beginnen.”

**Code: Inhoud behandellijn** “… daarom evalueer je ook, om te kijken ‘is het verbetert, zitten we met elkaar op de goede weg, doen we de goede dingen?’. Ik denk dat dat het belangrijkste is om zo uhm met elkaar te blijven kijken en kritisch te blijven met ouders maar ook met de jongeren.”

**Code: Bewustwording onbelangrijk** “En niet dat je ze moet gaan vermoeien met methodische termen, is voor hun niet relevant. Ik denk dat het relevanter is voor hun, de relatie die ze met de begeleider hebben.”

Daarnaast is duidelijk terug zien dat er vanuit verschillende teamleden, verschillende ideeën zijn over een eventueel nieuw hulpmiddel en dat er ook een behoefte is aan het hebben van een hulpmiddel met extra interventies.

**Codes: Onduidelijkheid fasering & ideeën hulpmiddel** “We zitten hier in deze boog en dat visueel maken. Dan zien ze ook duidelijker of je voor of op de helft bent. Want dat gevoel, ik geloof niet dat ouders dat hebben.”

**Code: Ideeën hulpmiddel** “Je kan het bijvoorbeeld uit tekenen op zo’n flap, dat je zegt 6 weken, 6 maanden en uhm nog is 6 weken. Dat is hoe we het hadden bedacht met elkaar en dan kun je eronder nog is tekenen, de realiteit.”

**Codes: Belang hulpmiddel & ideeën hulpmiddel** …‘he een pijl bijna kunt zetten van je zit nu nog in de intake fase en je gaat nu naar de volgende fase. Dat dat duidelijk is, het is alleen omdat die andere fase zo lang is dat wanneer verschuif je die pijl dan? Is het dan zo van als je in het midden zit van ‘oeh we zijn al op de helft’, is het dan wel zo zwart-wit? Dat weet ik niet, maar ergens zou ik dat misschien wel prettig vinden voor ouders,…”

**Codematrix teamleden VIDA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code:** | **Frequentie:** | **Weging:** |
| Afstemming betrokkenen | 38 | Groot belang |
| Inhoud behandellijn | 26 | Groot belang |
| Onduidelijkheid fasering | 21 | Groot belang |
| Bewustwording belangrijk | 21 | Groot belang |
| Ideeën hulpmiddel | 20 | Groot belang |
| Beknopt bespreekbaar fasering | 18 | Groot belang |
| Inhoudelijk bespreekbaar fasering | 13 | Groot belang |
| Module Gezin Centraal | 12 | Groot belang |
| EB (Evaluatie Bespreking) | 11 | Groot belang |
| Motivatie speelt rol | 9 | Ondergeschikt belang |
| Al werkzaam | 9 | Ondergeschikt belang |
| Belang hulpmiddel | 8 | Groot belang |
| Duidelijkheid fasering | 8 | Ondergeschikt belang |
| Extra interventie(s) | 8 | Ondergeschikt belang |
| Doelen | 7 | Ondergeschikt belang |
| Afstemmingsoverleg | 7 | Ondergeschikt belang |
| Bestaand formulier | 6 | Ondergeschikt belang |
| Tempoverschil behandeling | 3 | Ondergeschikt belang |
| Bewustwording onbelangrijk | 2 | Groot belang |
| Resultaat | 2 | Ondergeschikt belang |
| Behoefte betrokkenen | 2 | Ondergeschikt belang |
| Folder | 2 | Ondergeschikt belang |
| Methodiek | 2 | Ondergeschikt belang |

*Matrix 1.* Codematrix van fragmenten uit interviews met participanten van onderzoekers M. Mulder & W. Winkelman, 2021.

*Voor de beschrijving van de resultaten van deelvraag 2 & 3 is er gebruik gemaakt van 4 verschillende tabellen. Deze tabellen staan in paragraaf 4.4 “Tabellen met de enquête resultaten”. Tijdens het beantwoorden van de deelvragen wordt meerdere malen benoemd in welke tabellen de resultaten staan.*

## 4.2 Deelvraag 2

*Hoe ervaren de gezinnen in behandeling bij VIDA de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?*

Om deze deelvraag te beantwoorden is er gekeken naar de drie ingevulde enquêtes van gezinnen in behandeling. De enquête bestaat uit een aantal stellingen waar antwoord op gegeven kon worden, met een schaal van “helemaal oneens” tot “helemaal eens”. In de analyse zijn hier de nummers 1 t/m 5 aan gegeven. De data van de enquêtes is weergegeven in tabel 1 t/m 4 aan het eind van dit hoofdstuk. Hieronder worden er een aantal resultaten uitgelicht.

Wanneer gekeken wordt naar tabel 1 met de eerste 3 stellingen over de verschillende fases en of hier duidelijkheid over ervaren wordt is het gemiddelde antwoord van de gezinnen die momenteel in behandeling zitten afgerond een 4, wat betekent dat er op deze stellingen gemiddeld is geantwoord met “eens” (zie tabel 1). Het gemiddelde voor de laatste stelling in tabel 1: “Ik weet wat er van ons verwacht wordt in de afbouwfase van de behandeling”, is lager, namelijk 3. Een participerend gezin heeft over deze stelling ook een toelichting gegeven: “Omdat de behandeling anders verliep, is ervoor gekozen niet af te bouwen, maar een verlenging van ½ jaar in te zetten…”

In tabel 2, over communicatie, is stelling 2 en 3 gemiddeld beantwoord met 3,33, wat nog geclassificeerd wordt als “neutraal”. Een voorbeeld hiervan is: “Ons wordt tijdens de evaluatiebesprekingen pas duidelijk in welke fase wij staan binnen de behandeling” (tabel 2, stelling 3). Stelling 1 en 4 uit tabel 2 zijn gemiddeld beantwoord met een 3, “neutraal”. Wat opvalt is dat stelling 1 en 4 door alle participanten anders zijn beantwoord, wat het gemiddelde een 3 maakt. Eén toelichting op de enquête luidt: “mentor en systeemtherapeut leken niet altijd op één lijn te zitten”. Een andere toelichting is: “Er wordt veel nagevraagd en samengevat”.

Verder is bij tabel 3 met de stellingen over het hulpmiddel te zien dat het gemiddelde antwoord van gezinnen in behandeling 3,50 is, “neutraal” maar in de richting van “eens”. De stelling: “Wij hebben behoefte om voor/tijdens de behandeling meer informatie te krijgen over hoe de behandeling eruit ziet en welke stappen wij als gezin moeten nemen” is gemiddeld beantwoord met 3,66, wat ook tussen “neutraal” en “eens” valt. Eén van de participanten geeft een aanbeveling bij deze stelling: “elke fase een gesprek plannen…”

In tabel 4 over de stappen in de behandeling is te zien dat alle stellingen door de gezinnen in behandeling gemiddeld zijn beantwoord met afgerond een 4, “eens”. Wel is stelling 1 in deze tabel gemiddeld iets hoger beantwoord, namelijk met 4,33. Het gaat hier om de stelling: “Wij willen graag stapsgewijs weten waar wij staan in de behandeling”. Stelling 2: “Wanneer de stappen binnen een fase onduidelijkheid zijn, is het lastig om onze doelen te behalen”, heeft een score van 3,66, wat dichterbij “eens” ligt.

## 4.3 Deelvraag 3

*“Hoe ervaren de gezinnen die de behandeling op de groep bij VIDA afgerond hebben de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?”*

Om deze deelvraag te beantwoorden is er gekeken naar de twee ingevulde enquêtes van gezinnen in met een afgeronde behandeling op de groep. Ook deze enquête bestaat uit dezelfde stellingen als de enquête van deelvraag 2. De uitkomsten van deze enquête zijn eveneens te vinden in tabel 1 t/m 4.

De stellingen in tabel 1 met betrekking tot de duidelijkheid van de fases zijn hoog gescoord met een gemiddelde van 4,13. Stelling 4: “Ik wist wat er van ons verwacht wordt in de afbouwfase van de behandeling”, is door de gezinnen met afgeronde behandeling hoger gescoord dan de gezinnen in behandeling. Wel is te zien dat bij beide groepen participanten het gemiddelde antwoord bij “eens” ligt. Een gezin uit de groep met een afgeronde behandeling geeft aan “… dat de fasen soepel overliepen in elkaar.”

In tabel 2 over de communicatie is te zien dat de gezinnen met een afgeronde behandeling de stellingen over de communicatie gemiddeld beantwoorden met 3,38, “neutraal”. De gezinnen hebben wel behoefte aan duidelijkheid, wat te zien is bij stelling 1 van tabel 2. Echter is er bij stelling 2 (gemiddeld eens) en stelling 3 (gemiddeld oneens tot neutraal) terug te zien dat ze weten wat er van ze verwacht wordt, ook tijdens de evaluatiebesprekingen.

De stellingen van tabel 3 over de behoefte aan een hulpmiddel zijn gemiddeld beantwoord met 3, “neutraal”. Stelling 2: “Wij hadden behoefte om voor/tijdens de behandeling meer informatie te krijgen over hoe de behandeling eruit ziet en welke stappen wij als gezin moeten nemen” is door de gezinnen met een afgeronde behandeling beantwoord met een 2 “oneens”.

Tenslotte is in tabel 4 over de stappen in de behandeling te zien dat er gemiddeld geantwoord is met 2,67, wat valt tussen “oneens” en “neutraal”. Stelling 1 is gemiddeld beantwoord met 3,50, dit ligt hoger dan de andere stellingen. Bij stelling 2: “Wanneer de stappen binnen een fase onduidelijk zijn, is het lastig om onze doelen te behalen.”, heeft een score van 2 “oneens”.

## 4.4 Tabellen met de enquête resultaten

In onderstaande tabellen staan voor beide groepen gezinnen de uitkomsten van de enquêtes weergegeven.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 1:Oriëntatiefase - veranderfase – afbouwfase | | |
|  | Gemiddelde van gezinnen in behandeling | Gemiddelde van gezinnen met een afgeronde behandeling |
| 1. Tijdens de intake werd mij duidelijk wat deze drie verschillende fases inhouden. | 4,33 | 4 |
| 2. Ik weet/ wist wat er van ons verwacht werd/wordt in de oriëntatiefase van de behandeling. | 4 | 4 |
| 3. Ik weet/ wist wat er van ons verwacht werd/wordt in de veranderfase van de behandeling. | 4 | 4 |
| 4. Ik weet wat er van ons verwacht wordt in de afbouwfase van de behandeling. | 3 | 4,50 |
| Totaal: | 3,83 | 4,13 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 2:Communicatie | | |
|  | Gemiddelde van gezinnen in behandeling | Gemiddelde van gezinnen met een afgeronde behandeling |
| 1. In de tijd na de intake hadden wij als gezin de behoefte om meer duidelijkheid te krijgen over de inhoud van de behandeling. | 3 | 3,50 |
| 2. Het is gedurende de behandeling duidelijk/overzichtelijk wat er van ons verwacht wordt. Dit wordt helder naar ons gecommuniceerd. | 3,33 | 4 |
| 3. Ons wordt tijdens de evaluatiebesprekingen pas duidelijk in welke fase wij staan binnen de behandeling. | 3,33 | 2,50 |
| 4. Tijdens de behandeling weten de jeugdzorgwerker(s) in te schatten of wij onduidelijkheid ervaren over de fases. | 3 | 3,50 |
| Totaal: | 3,17 | 3,38 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 3: Hulpmiddel | | |
|  | Gemiddelde van gezinnen in behandeling | Gemiddelde van gezinnen met een afgeronde behandeling |
| 1. Ik vind dat wij naast de folder over genoeg informatie beschikken om te weten waar wij staan in de behandeling. | 3,33 | 4 |
| 2. Wij hebben behoefte om voor/tijdens de behandeling meer informatie te krijgen over hoe de behandeling eruit ziet en welke stappen wij als gezin moeten nemen. | 3,66 | 2 |
| Totaal: | 3,50 | 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabel 4: Stappen in de behandeling | | |
|  | Gemiddelde van gezinnen in behandeling | Gemiddelde van gezinnen met een afgeronde behandeling |
| 1. Wij willen graag stapsgewijs weten waar wij staan in de behandeling. | 4,33 | 3,50 |
| 2. Wanneer de stappen binnen een fase onduidelijk zijn, is het lastig om onze doelen te behalen. | 3,66 | 2 |
| 3. Een visueel hulpmiddel zou helpend kunnen zijn om te verhelderen waar wij staan in de behandeling. | 4 | 2,50 |
| Totaal: | 3,40 | 2,67 |

# 5. Conclusie & discussie

## 5.1 Conclusie hoofdvraag

*“Hoe ervaren het multidisciplinair team van VIDA, de gezinnen in behandeling en gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep, de fasering van Gezin Centraal en de communicatie daarover in de behandeling?”*

### 5.1.1 Oriëntatie-, verander- en afbouwfase

Uit de interviews met de leden van het multidisciplinair team van VIDA is duidelijk geworden dat zij een bewustwording bij gezinnen over de fasering van de methode Gezin Centraal van belang vinden. Dit is te zien in de codematrix in het vorige hoofdstuk. De code ‘Bewustwording fasering belangrijk’ is 21 keer voorgekomen in verschillende interviews. Eén van hen geeft aan er geen meerwaarde in te zien om met de gezinnen te praten over de methode en de bijbehorende begrippen, maar legt liever de nadruk op de behandellijn en de werkrelatie tussen de jeugdzorgwerker en de cliënt. Zowel de gezinnen in behandeling als de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep zijn tevreden over de duidelijkheid van de fases, maar er is ruimte voor verbetering. Er is namelijk een verschil te zien als het aankomt op de afbouwfase. Gezinnen in behandeling weten minder goed wat ze kunnen verwachten in deze fase (zie Tabel 1). Gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep geven aan dat zij tijdens de behandeling ook buiten de evaluatiegesprekken om wisten waar zij aan toe waren, terwijl de gezinnen in behandeling aangeven dat niet te weten. Er is bij de twee groepen gezinnen een overeenstemming te zien over de oriëntatie- en veranderfase. Daarentegen is er wel een verschil te zien over de duidelijkheid van de afbouwfase. Tenslotte geven de teamleden aan dat ze niet het idee hebben dat elk gezin weet wat er per fase gebeurt.

### 5.1.2 Communicatie

Als er gekeken wordt naar het thema ‘Communicatie’ binnen dit onderzoek, zijn er verschillende bevindingen. Zo zijn zes van de zeven teamleden het erover eens dat er onduidelijkheid kan bestaan bij de gezinnen over de communicatie van de fasering. Na de intake, waarin de fasering beknopt besproken wordt, zijn er vaak nog vragen bij de gezinnen over de fases en/of de behandellijn. Eén enkel teamlid geeft aan dat diegene weinig vragen krijgt van gezinnen. Dit zou met het gezin te maken kunnen hebben, maar het zou ook kunnen liggen aan de werkwijze van bijvoorbeeld de jeugdzorgwerker zelf. Het multidisciplinaire team merkt gedurende de behandeling dat ouders en jongeren behoefte hebben aan duidelijkheid over de behandeling.

Binnen de behandeling is er sprake van communicatiegerichte systeembenadering. In en rondom een gezin zijn er meerdere communicatiesystemen (Becker, 2014, p. 238). VIDA valt tijdelijk onder een communicatiesysteem. Hierdoor is het niet alleen voor gezinnen maar ook voor de jeugdzorgwerkers van belang om te kijken naar hun aandeel in de interactie en gedrag.

Beide groepen gezinnen zijn neutraal in hun mening over de communicatie tussen hen en de jeugdzorgwerkers, als het gaat over de verkregen informatie tijdens de behandeling en het maken van inschattingen over hun behoeften. Toch is er een verschil te zien als het gaat over de communicatie. De gezinnen in behandeling geven, in tegenstelling tot de andere groep gezinnen, aan dat zij pas in de evaluatiebesprekingen wisten waar zij aan toe waren. Dit zijn ongeveer drie gesprekken gedurende het behandeltraject van negen maanden. Dit zou kunnen betekenen dat deze gezinnen gedurende een aantal maanden niet op de hoogte zijn waar zij precies staan in de behandeling, wat voor onduidelijkheid kan zorgen. Volgens de literatuur is een heldere opbouw van de belang in de behandeling (Boendermaker, Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2013, p. 39). Als een hulpverleningsgesprek wordt afgesloten met concrete en meetbare werkafspraken, kan dit de gezinnen activeren om met hun doelen aan de slag te gaan (Van Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 17-18). Als laatst geven de gezinnen met een afgeronde behandeling op groep aan dat er goed gecommuniceerd werd over de inhoud van de fases, terwijl de gezinnen in behandeling hier minder positief over waren.

### 5.1.3 Hulpmiddel

Wanneer er gesproken wordt over het thema ‘Hulpmiddel’ die gebruikt kan worden tijdens de gesprekken, is het gehele multidisciplinaire team het erover eens een nieuw hulpmiddel helpend zou kunnen zijn, om meer bewustwording te creëren bij de gezinnen. Eén van hen geeft aan dat ze graag de behandellijn uittekent en dat zij een visueel beeld fijn zou vinden om te kunnen laten zien tijdens de gesprekken. Een ander teamlid ziet een tijdlijn met een pijl voor zich waaraan de cliënt kan zien waar hij staat. Ook is een teamlid positief over methoden om situaties visueel te maken en gebruikt vaak de Duplo methode tijdens behandelgesprekken.

Visuele tools kunnen situaties inzichtelijk maken voor gezinnen, net zoals een genogram dat kan doen voor onderlinge relaties (Nieuwboer, 2015, p. 86). Hieruit kan opgemaakt worden dat een visueel hulpmiddel om de fasering te verduidelijken de hulpverleners kan helpen in de communicatie naar de gezinnen toe.

Hoewel de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep aangeven minder behoefte te hebben aan een visueel hulpmiddel, ligt deze behoefte wel bij de gezinnen in behandeling. Deze laatste groep geeft aan graag meer informatie te krijgen. Een hulpmiddel zou bij deze participantengroep kunnen bijdragen om de behandeling voor hun inzichtelijk te maken.

### 5.1.4 Stappen in de behandeling

Alle ondervraagde teamleden zijn het met elkaar eens dat de behandellijn duidelijk moet zijn voor de gezinnen en dat afstemming met betrokkenen van groot belang is. Dit laatste is dan ook 38 keer benoemd in de interviews, wat dit grote belang benadrukt. Opvallend is dat gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep aangeven dat onduidelijkheid over de fases het behalen van hun doelen niet bemoeilijkt, terwijl de gezinnen in behandeling dit wel vinden. Wat eveneens opvalt in tabel 3 in paragraaf 4.4, is dat de gezinnen in behandeling aangeven over voldoende informatie te beschikken tijdens de behandeling, maar dat ze toch wel behoefte zouden hebben aan extra informatie.

De hulpverlener helpt de gezinnen hun doelen te vertalen in concrete en overzichtelijke stappen. Door gebruik te maken van deze werkwijze, ervaren beide partijen continuïteit in de behandeling en kan het inzicht geven in de eigen ontwikkeling van het gezin (Van Bemmel, Tacq & Bolt, 2017, p. 17-18). Een conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat gezinnen in behandeling mogelijk graag vooruit kijken en op de hoogte willen blijven van de volgende stappen.

### 5.1.5 Eindconclusie

Vanuit de uitkomsten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de ervaringen met de fasering en de communicatie hierover voor alle betrokken partijen geoptimaliseerd kan worden. De meeste teamleden geven aan dat bewustwording van deze fases belangrijk is en nog duidelijker kan. Dit geldt ook voor de gezinnen in behandeling. Bij hen ligt een behoefte om stapsgewijs te weten waar zij aan toe zijn. Deze behoefte is minder groot bij de gezinnen met een afgeronde behandeling. Zij lijken achteraf positief terug te kijken op het verloop en communicatie over de behandeling en geven daardoor ook aan minder behoefte te hebben gehad aan meer informatie en een meer stapsgewijze behandeling. Echter weegt de ervaring van gezinnen in behandeling en teamleden zwaar in dit onderzoek. Zij zijn degenen die baat zullen hebben bij een eventuele verbetering. Op basis van deze conclusie hebben de onderzoekers een aantal aanbevelingen opgesteld in paragraaf 5.3.

## 5.2 Discussie

In deze paragraaf wordt er aan de hand van verschillende punten teruggeblikt op de uitvoering van het onderzoek.

5.2.1 Respons participanten  
Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er voldoende respons nodig vanuit de gezinnen in behandeling en de gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep, voor de deelvragen met betrekking op de ervaringen van de gezinnen. Voor dit onderzoek zijn er in totaal acht participerende gezinnen benaderd, zowel gezinnen in behandeling als met een afgeronde behandeling op de groep. Echter bestaat de respons uit vijf participerende gezinnen, hierdoor zouden resultaten anders kunnen zijn dan wanneer alle acht gezinnen geantwoord zouden hebben. Ook is de cliëntadministratie benaderd voor informatie over oud-cliënten, echter zijn deze gegevens niet vrijgegeven. Hierdoor werd de participerende groep voor het onderzoek teruggedrongen naar een minimum aantal participanten die de onderzoekers daadwerkelijk konden bevragen. Dit maakt dat de antwoorden op deelvragen 2 en 3 beknopt zijn.

Bij de start van het onderzoek is rekening gehouden met een groter aantal participanten, maar gedurende het onderzoek is gebleken dat er maar een klein aantal gezinnen in behandeling zijn. Deze groep participanten is dus beperkt. De groep gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep is groter, maar doordat er geen gegevens vrij werden gegeven, is er vanuit hun perspectief minder data verzameld. Dit heeft invloed op de brontriangulatie in dit onderzoek. De bronnen kunnen hierdoor meer eenzijdig zijn (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 47). Dit kan invloed hebben op de resultaten en validiteit van het onderzoek. Ondanks de weinige respons zijn alle ingevulde enquêtes volledig en is er bij een aantal enquêtes een duidelijk antwoord gegeven op de aanvullende vragen.

### 5.2.2 Betrouwbaarheid en validiteit

Door het bespreken van de bevindingen met de begeleider is het onderzoek op systematische wijze kritisch gevolgd en zijn onjuiste interpretaties aangepast. Deze uitwisseling met een ander heeft bijgedragen aan de dialogische validiteit van het onderzoek (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 43). Echter zijn deze vragen ook vóór het interview ingezien door een ander teamlid, waardoor het ene teamlid invloed had kunnen uitoefenen op antwoorden van de ander.

De interviews met het multidisciplinair team zijn individueel afgenomen in een afgesloten ruimte en ook de resultaten zijn niet uitgewisseld, zodat de privacy gewaarborgd blijft en er zo min mogelijk invloed van een andere respondent kon zijn (Van der Donk & van Lanen, 2015, p. 197). Er was een enkele uitzondering waarin één teamlid de keuze maakte om op de behandelgroep te blijven, waardoor zij eventueel beperkt was in het vrijuit kunnen spreken.

Het invullen van de enquêtes is grotendeels vertrouwelijk uitgevoerd. Er zijn drie enquêtes anoniem door de gezinnen geretourneerd. Echter is één enquête tijdens een belmoment met een jeugdzorgwerker ingevuld met het gezin vanwege privé omstandigheden. Ook heeft een onderzoeker één ander gezin telefonisch benaderd, omdat de enquête door één jeugdzorgwerker was vergeten te verspreiden. De antwoorden op deze twee enquêtes zijn op de stapel gelegd bij de andere enquêtes, zodat niet meer te achterhalen is van welk gezin deze afkomstig zijn. Door deze werkwijze is de anonimiteit en daarmee ook de betrouwbaarheid toch zoveel mogelijk gewaarborgd. Volgens van der Donk en van Lanen (2015, p. 71-72) dient een onderzoeker rekening te houden met ethische richtlijnen, waaronder het vertrouwelijk omgaan met de data van respondenten, waardoor de identiteit niet te achterhalen is.

Bij het analyseren van de data hebben de onderzoekers geconcludeerd dat de vragen van tabel 3 en 4 in de enquêtes en resultaten erg overeenkwamen en wellicht in dezelfde tabel geplaatst konden worden. Hier is uiteindelijk niet voor gekozen om de eenheid in het onderzoeksrapport en databoek te behouden.

### 5.2.3 Suggestie vervolgonderzoek

Tijdens dit gehele onderzoeksproces waren de jongeren van VIDA geen aparte participantengroep. In dit onderzoek waren zij deel van de participantengroep “gezinnen”. Voor een vervolgonderzoek gericht op de communicatie van de fasering van Gezin Centraal, zou er meer gefocust kunnen worden op de ervaringen van de jongeren zelf. Uit dit eventuele vervolgonderzoek zou dan een aanbeveling voor de communicatie met jongeren naar voren kunnen komen. Hier zou ook nog gekeken kunnen worden naar het verschil in benadering van jongeren die verblijven op de groep en jongeren die (grotendeels) thuis wonen. Tenslotte zouden de onderzoeksresultaten uit de interviews die bestempeld zijn als ‘van ondergeschikt belang’ ook gebruikt kunnen worden in een vervolgonderzoek naar bijvoorbeeld het resultaat of de doelen van de behandeling.

## 5.3 Aanbevelingen voor praktijk

In deze paragraaf geven de onderzoekers aanbevelingen voor de praktijk naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.

### 5.3.1 Visueel hulpmiddel

Bij het multidisciplinair team kwam naar voren dat er behoefte is aan een visueel hulpmiddel, dat zij kunnen inzetten tijdens gesprekken vanaf de intake tot einde behandeling. Ook de gezinnen beaamden dat een visueel hulpmiddel helpend zou kunnen zijn bij de verduidelijking van de behandeling. Vanuit de gezinnen kwam ook naar voren dat stapsgewijs werken helpend kan zijn. Aanbevolen wordt een visueel hulpmiddel te ontwerpen waarin de drie fases duidelijk naar voren komen. Op deze manier zou een overzicht kunnen worden geboden om de fases en de stappen voor gezinnen te verduidelijken. Het hulpmiddel zou daarbij gebruikt kunnen worden als toevoeging aan de beschikbare documenten, zoals de folder van VIDA, het intakeformulier (Bijlage 2) en het afstemmingsformulier (Bijlage 3). Deze aanbeveling zal verder worden uitgewerkt in het projectresultaat.

### 5.3.2 Gespreksvoering jeugdzorgwerkers

Een aanbeveling die meer betrekking heeft op het aandeel van de jeugdzorgwerkers zou kunnen zijn, om als team zijnde aandacht te besteden aan de inhoud van het bestaande intakeformulier en het afstemmingsformulier. Hierbij kan gedacht worden aan het herzien van de twee benoemde formulieren en nagaan of een nieuwe indeling de werkwijze kan verduidelijken. Uit de verschillende interviews kwam namelijk naar voren dat iedereen die deze gesprekken voert met het gezin een eigen werk- en benaderwijze heeft, als het gaat om de start van de behandeling. Door als team scherp te hebben wat relevant is om te vertellen bij zulke gesprekken kan het verschil tussen ieders werkwijze eventueel beperkt worden en kan er geleerd worden van elkaar.

### 5.3.3 Extra interventies

Een andere aanbeveling voor de jeugdzorgwerkers zou kunnen zijn dat ze gestandaardiseerd meer inhoudelijke gesprekken gaan voeren over de fasering, los van de doelen/wensen van de jongere en zijn/haar gezin. Dit kwam naar voren in een enquête van een gezin. Sommige gezinnen hebben meer behoeftes aan duidelijkheid over waar zij daadwerkelijk staan in het behandeltraject en wat er nog van hen verwacht wordt.

### 5.3.4 Respons

Een andere aanbeveling zou zijn bij eventuele vervolgonderzoeken een andere manier van informatieverzameling in te zetten, om zo meer respons te ontvangen voor een betrouwbaar onderzoek. Verwacht werd dat het verspreiden van enquêtes naar een specifieke doelgroep zou zorgen voor veel respons. Hierbij werd ook gerekend met informatie vanuit de cliëntadministratie. Omdat dit niet kon worden vrijgegeven en doordat niet elk gezin de enquête heeft ingevuld, leidde dit tot een relatief lage respons. Aanbevolen wordt daarom om bij een vervolgonderzoek over te gaan op een andere manier van bevragen, zoals het houden van interviews tijdens de ambulante begeleiding.

# Literatuurlijst

Becker, A. (2014). *Inleiding in de pedagogiek* (2e druk)*.* Assen: Koninklijke van Gorcum BV

Boendermaker, L., Van Rooijen, K., Berg, T. & Bartelink, C. (juli 2013). *Residentiële jeugdzorg: wat werkt?* Geraadpleegd op 22 mei 2021, van [http://www.jeugdzorg.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt- publicatie/Watwerkt\_ResidentileJeugdzorg.pdf](http://www.jeugdzorg.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-%09publicatie/Watwerkt_ResidentileJeugdzorg.pdf)

Bolt, A. (2018). *Het gezin centraal* (10e druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Bouwman, J., Cremers, R., Bij de Vaate, E. & Leijten, M. (2010a). *Gestandaardiseerd afstemmingsformulier.* Ubbergen: Entrea Lindenhout

Bouwman, J., Cremers, R., Bij de Vaate, E. & Leijten, M. (2010b). *Gestandaardiseerd intakeformulier.* Ubbergen: Entrea Lindenhout

Bouwman, J., Cremers, R., Bij de Vaate, E. & Leijten, M. (2010c). *Schema-fasering.* Ubbergen: Entrea Lindenhout

Daamen, W. & Ince, D. (Juni 2014). *Wat werkt bij het bevorderen van een positieve ontwikkeling van jeugdigen*. Geraadpleegd op 22 mei 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-bij-het-bevorderen-van-een-positieve- ontwikkeling-van-jeugdigen.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-bij-het-bevorderen-van-een-positieve-%09ontwikkeling-van-jeugdigen.pdf)

De Vries, S., Prüst, H., Joosen, W. & Hoeffgen, M. (Maart 2017). *Databank Effectieve Jeugdinterventies. Oplossingsgericht werken in het sociaal werk.* Geraadpleegd op 22 februari 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Werkblad/uitgebreide- beschrijving-Oplossingsgericht-werken.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Werkblad/uitgebreide-%09beschrijving-Oplossingsgericht-werken.pdf)

Entrea Lindenhout. (2020). *Gezin centraal met flexibel verblijf.* Ubbergen: auteur Geraadpleegd op 3 februari 2021, van [https://www.entrealindenhout.nl/assets/uploads/Folders-en-flyers/Folder-Gezin- Centraal-met-Flexibel-Verblijf-entrea-lindenhout.pdf](https://www.entrealindenhout.nl/assets/uploads/Folders-en-flyers/Folder-Gezin-%09Centraal-met-Flexibel-Verblijf-entrea-lindenhout.pdf)

Entrea Lindenhout. (2021a). *Laatste stappen in 'fusierits' entrea Lindenhout.* Geraadpleegd op 11 maart 2021, van [https://www.entrealindenhout.nl/nieuws/laatste-stappen-in- fusierits-entrea-Lindenhout](https://www.entrealindenhout.nl/nieuws/laatste-stappen-in-%09fusierits-entrea-Lindenhout)

Entrea Lindenhout. (2021b). *Samen voor kind en gezin.* Geraadpleegd op 4 maart, van <https://www.entrealindenhout.nl/>

Entrea Lindenhout. (2019). *VIDA werkdocument 1.0* (Beleidsdocument). Ubbergen: auteur

HAN University of Applied Sciences (2019, 4 juni). Merkarchitectuur [Afbeelding]*.* Geraadpleegd op 29 mei 2021, van https://company- 122895.frontify.com/d/L6qRaH0XmOys/huisstijlhandboek-han

Jeugdzorg-werkt. (z.d.). *Thema: Werken in de jeugdzorg. Welke functies zijn er in de jeugdzorg?* Geraadpleegd op 4 maart 2021, van https://www.jeugdzorg- werkt.nl/werkzoekenden/welke-functies-zijn-er-jeugdzorg

JIM. (z.d.-a). *Hoe JIM werkt voor een jongere.* Geraadpleegd op 11 februari 2021, van <https://jimwerkt.nl/jongere/>

JIM. (z.d.-b). *Hoe Jim werkt voor een professional.* Geraadpleegd op 11 februari 2021, van  <https://jimwerkt.nl/professional/>

JIM. (z.d.-c). *Hoe JIM werkt voor ouders.* Geraadpleegd op 11 februari 2021, van <https://jimwerkt.nl/ouder/>

Movisie. (2017). *Oplossingsgericht werken.* Geraadpleegd op 15 maart, 2021, van <https://www.movisie.nl/interventie/oplossingsgericht-werken>

Nieuwboer, C. (2015). *In contact met ouders: Empowerment gericht adviseren bij opvoedvragen.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers

NJI. (2021a). *Databank Effectieve Jeugdinterventies. Gezin Centraal [GC]*. Geraadpleegd op 15 april 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Effectieve- Jeugdinterventies/Interventies/Erkend/Gezin-Centraal-(GC)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Effectieve-%09Jeugdinterventies/Interventies/Erkend/Gezin-Centraal-(GC))

NJI. (2021b). *Databank Effectieve Jeugdinterventies. Intensieve ambulante gezinsbehandeling [IAG].* Geraadpleegd op 15 april 2021, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Effectieve-Jeugdinterventies/Interventies/Intensieve- Ambulante-Gezinsbehandeling-(IAG)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Effectieve-Jeugdinterventies/Interventies/Intensieve-%09Ambulante-Gezinsbehandeling-(IAG))

Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. (z.d.). *Juridische betekenis van de richtlijnen*. Geraadpleegd op 15 april 2021, van [https://richtlijnenjeugdhulp.nl/juridische- betekenis-van-de-richtlijnen/](https://richtlijnenjeugdhulp.nl/juridische-%09betekenis-van-de-richtlijnen/)

SKJ jeugd. (z.d.). *Duplo training.* Geraadpleegd op 4 maart 2021, van <https://skjeugd.nl/scholing/opleidingen/duplo-training/>

Sonestra. (z.d.). *Onze werkwijze*. Geraadpleegd op 11 februari 2021, van <https://sonestra.nl/onze-werkwijze>

Struijk, M. (2019a). *Incompany training. Professionalisering en vakmanschap*. Geraadpleegd op 22 februari 2021, van <https://professionalvanuitjehart.nl/incompany-training/>

Struijk, M. (2019b). *In 10 stappen professional vanuit je hart*. Breda: Expertboek.

SWM Nijmegen. (2020). *Stads- en Wijkmonitor 2020: Welzijn en zorg, uitleg hoofdstuk.*

Geraadpleegd op 30 april 2021, van <https://swm.nijmegen.nl/p40403/uitleg-hoofdstuk>

Van Bemmel, R., Tacq, E. & Bolt, A. (Juli 2017). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: Gezin Centraal*. Geraadpleegd op 22 mei 2021 van [https://www.nji.nl/nl/Download- NJi/Werkblad/Uitgebreide-beschrijving-Gezin-Centraal.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-%09NJi/Werkblad/Uitgebreide-beschrijving-Gezin-Centraal.pdf)

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijk onderzoek in zorg en welzijn* (2e herziene druk)*.* Bussum: Coutinho

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6e druk). Amsterdam: Boom

Willemse, J. (2015). *Anders kijken. Theorie en praktijk van de systeembenadering* (3e druk)*.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

# Bijlagen

## Bijlage 1. Schema-fasering

**Schema fasering – Entrea lindenhout**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Start** | **Verandering** | **Afbouw** |
| **Duur:** 6 weken | **Duur:** 7 maanden | **Duur:** 6 weken |
| **Doel:**  - opbouwen van een werkrelatie  - verzamelen van informatie  - stellen van werkdoelen en werkpunten  - Nosi/ CBCL bespreken | **Doel:**  - vergroten van competenties in gezin  en mobiliseren en versterken van steunend sociaal netwerk | **Doel:**  - evalueren en afronden van de gezinsbegeleiding |
| **Contacten:**  - kennismakingsgesprek  - afstemmingsgesprek(ken)  - begeleidingsgesprekken  - voortgangsgesprek | **Contacten:**  - begeleidingsgesprekken  - telefonische consultatie  - voortgangsgesprek(ken) | **Contacten:**  - begeleidingsgesprekken  - eindgesprek |
| **Werkwijze:**  - definiëren van de problemen (beginsituatie)  - herformuleren van klachten in wensen van alle gezinsleden (gewenste eindsituatie) en vaststellen van einddoelen  - exploreren en analyseren van sterke punten en krachten van gezin en het sociale netwerk, op basis hiervan construeren van oplossingen en vaststellen van werkdoelen | **Werkwijze:**  - omzetten van doelen in werkpunten, vooral:  - versterken wat er goed gaat, bijv. door trainen van vaardigheden, beïnvloeden taken, stressoren en beschermende factoren  - eventueel d.m.v. werkplannen | **Werkwijze:**  - evalueren van behaalde resultaten aan de hand van doelen  - ondersteunen bij bestendiging verworven vaardigheden, veranderingen en sociale steun  - afbouwen van de werkrelatie |
| **Verslag:**  Na 6 weken een Zorgovereenkomst Voortgang (gebruik hiervoor ZO-start) | **Verslagen:**  4 à 5 maanden na vorige verslag een Zorgovereenkomst Voortgang n.a.v. een evaluatiebespreking (EB) | **Verslag:**  Zorgovereenkomst (Eind) |

In bovenstaand schema staat een fasering zoals wij die op de afdeling toepassen. Als er sprake is van een meerdere variant, zijn de evaluaties (en bijbehorende verslaglegging) in overleg met de andere variant.

(Bouwman, Cremers, Bij de Vaate & Leijten, 2010c).

## Bijlage 2. Gestandaardiseerd intakeformulier

Het kennismakingsgesprek (gesprek 1)

* Voorstellen
* Bespreek het doel van het gesprek

*Kennismaken, informeren over ambulante gezinsbehandeling, bespreken of dit ook de behoefte is van het gezin, eerste doelen, organisatorische zaken, afspraken.*

* Licht de werkwijze en procedures van de ambulante gezinsbehandeling en Entréa toe
  + *Wekelijkse gesprekken*
  + *Fasering:*

*Startfase/ inventarisatie duurt 6 weken;*

*Veranderingsfase d.m.v. opdrachten en werkplannen (ongeveer 7 maanden);*

*Afbouwfase (ongeveer 6 weken)*

* + *Uitleggen: ouders zijn verantwoordelijk, samenwerking BJZ en andere instanties, werkwijze in geval van gescheiden ouders*
  + *Gebruik van video*
  + *Evaluatie en verslaglegging*
* Check de gegevens uit de Zorgovereenkomst Start
* Bespreken van aanmeldingsreden en hulpvraag

*Waaraan wil het gezin werken? Wat moet er anders worden? Hoe ziet de gewenste situatie eruit? Doorvragen, taxeren in rondes.*

* De eerste doelen
  + *Zijn de doelen uit de zorgovereenkomst nog actueel?*
  + *Eerste ‘acute’ doelen*
* Past de hulpvraag van het gezin bij aanbod van gezinsbehandeling

*Wat zijn de verwachtingen van de cliënt t.a.v. de hulpverlener en wat moet deze vooral wel/ niet doen.*

* Afspraken
* Organisatorische zaken

*Er is vastgesteld of de cliënt de informatiefolder heeft gekregen, gelezen en mogelijke vragen zijn besproken; bereikbaarheid na 17 uur en in het weekend.*

* Afronden en nieuwe afspraak plannen

(Bouwman, Cremers, Bij de Vaate & Leijten, 2010b).

## Bijlage 3. Gestandaardiseerd afstemmingsformulier

Het afstemmingsgesprek (gesprek 2)

* Terugkomen op het vorige gesprek

* Agenda opstellen

*(doel gesprek uitleggen, hoe aan te werken en zijn er punten van het gezin).*

* Hulpvraag en einddoel

(kort herhalen, bespreken of ze nog actueel zijn, einddoel concretiseren)

* Verzamelen van informatie d.m.v. onderstaande technieken

(context van de hulpvraag: begin bij domeinen waarop hulpvraag en einddoelen betrekking heeft)

* Formuleren van doelen: bespreken welke eerste stappen gezet gaan worden

* Maken van afspraken

*(over middelen, werkafspraken, én: sluit elk gesprek af met actiepunten – bijv. registratieopdracht)*

* Afsluiten gesprek / feedback vragen

**Denk in dit gesprek aan vaardigheden als:**

* **Interactioneel formuleren en vragen**
* **Positief heretiketteren**
* **De wondervraag**
* **De uitzonderingsvraag**
* **Schaalvragen**
* **Doorvragen naar gedrag!**
* **Relatievragen**
* **Gevoelsreflectie**

(Bouwman, Cremers, Bij de Vaate & Leijten, 2010a).

## Bijlage 4. Interviewguide teamleden

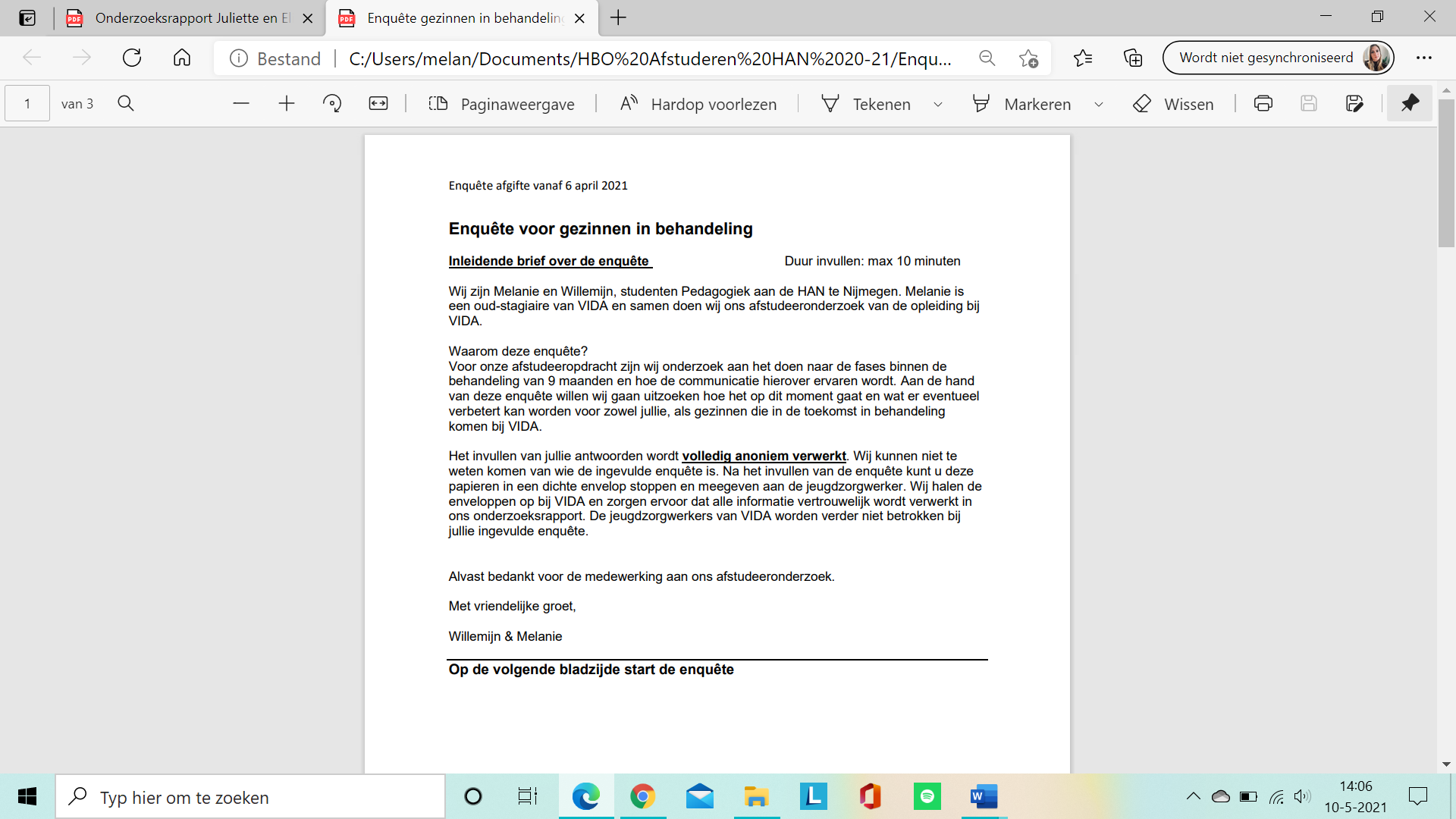
***Interviewguide***

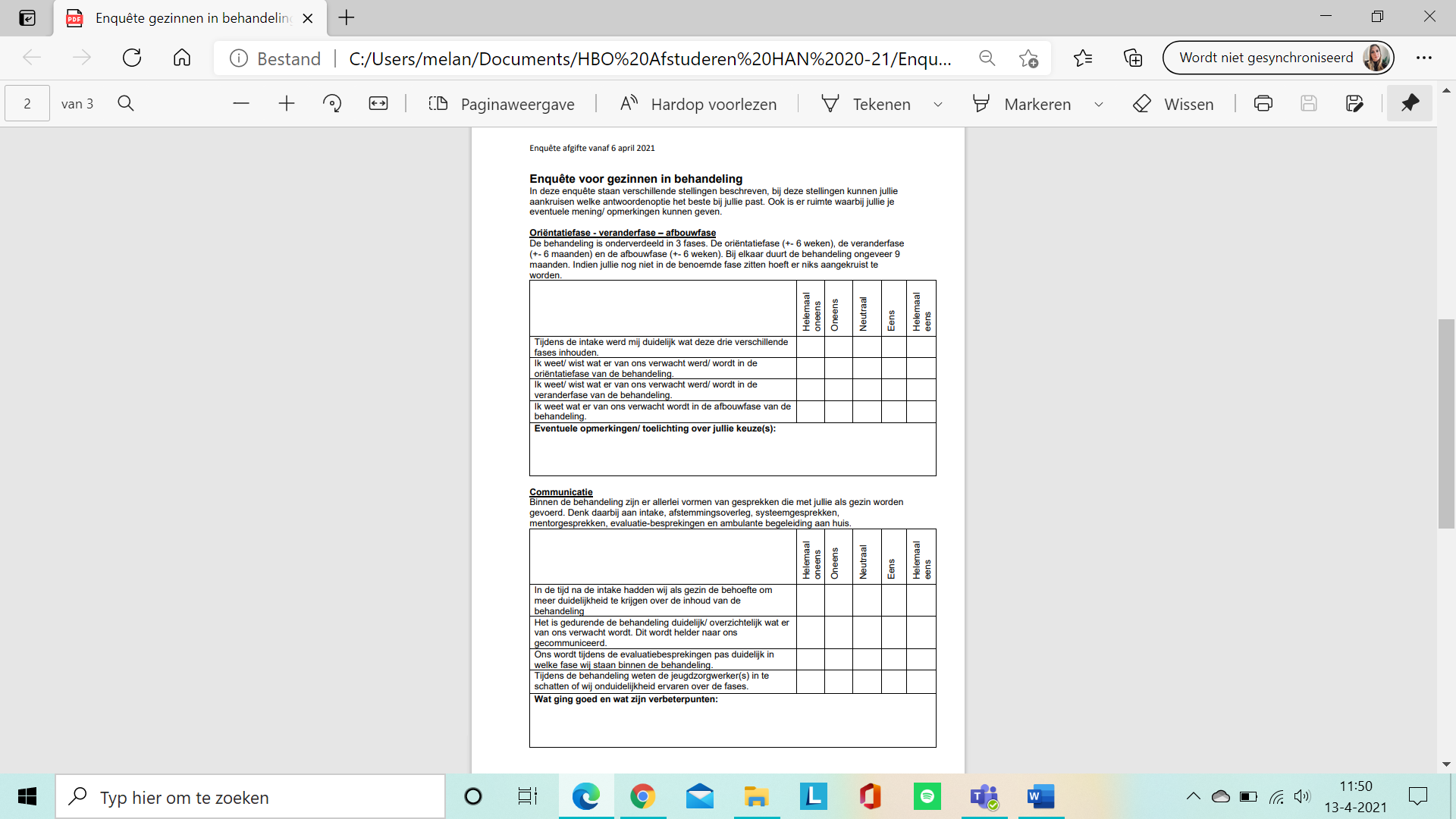
***Hoe ervaren de jeugdzorgwerkers van VIDA de communicatie over de drie fases met de gezinnen en hoe kan dit eventueel de uitkomst van de behandeling beïnvloeden?***

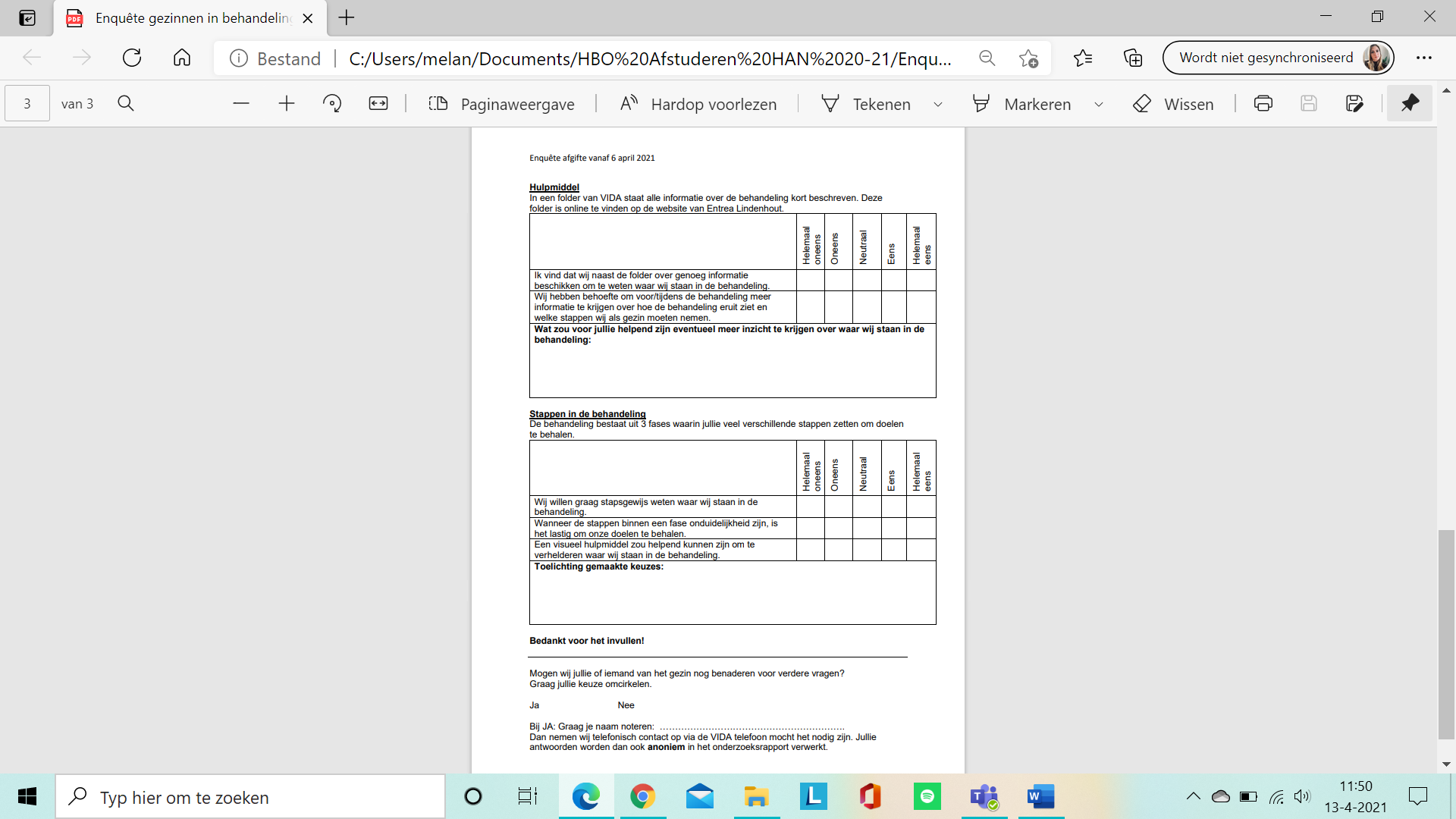
Interviewvragen voor 5 teamleden van VIDA

1. Op welke manier komt de fasering van Gezin Centraal aan de orde tijdens het intakegesprek?
2. Wat bespreken jullie inhoudelijk over deze fasering tijdens het intakegesprek?
3. Zijn er specifieke handvaten die jullie gebruiken om de fasering met ouders te communiceren? Zo ja, welke zijn dit?
4. Waarom vind je het wel of niet belangrijk dat de methode en behandellijn gecommuniceerd worden in de intake?
5. Kun je een aantal kenmerken beschrijven waaraan je zou kunnen merken dat ouders de methode en behandellijn wel of niet lijken te begrijpen? Welke invloed heeft dit op je werkwijze?
6. Hoe merk je dat ouders eventueel de behoefte hebben om na de intake over de methode of behandellijn te praten?
7. Heb je de indruk dat gedurende de behandeling ouders en jongeren niet weten waar ze op dat moment staan in de fasering van de behandellijn? Waar merk je dat aan? Kun je hier een voorbeeld van geven?
8. Denk je dat het invloed heeft op de resultaten als ouders en jongeren wel of juist niet goed weten waar ze staan qua fasering in de behandeling? Welke invloed is dat en waarom denk je dat? Kun je hier een voorbeeld van geven?
9. Vind je het van belang om ze hiervan bewust te laten worden? Hoe vaak zou dit nodig zijn?
10. Hoe zou je kunnen zorgen voor bewustwording van de fasering gedurende de behandeling? Welke ideeën heb je hierover en wat is daarvoor nodig?
11. Is er vanuit jou een behoefte aan een hulpmiddel/interventie om de fasering van de behandeling te verhelderen? Kun je ons hier een omschrijving van geven hoe volgens jou het “nieuwe” hulpmiddel eruit zou moeten komen te zien.
12. Mocht hier geen behoefte liggen, wat doe je nu waardoor het wel inzichtelijk is voor de gezinnen in behandeling?

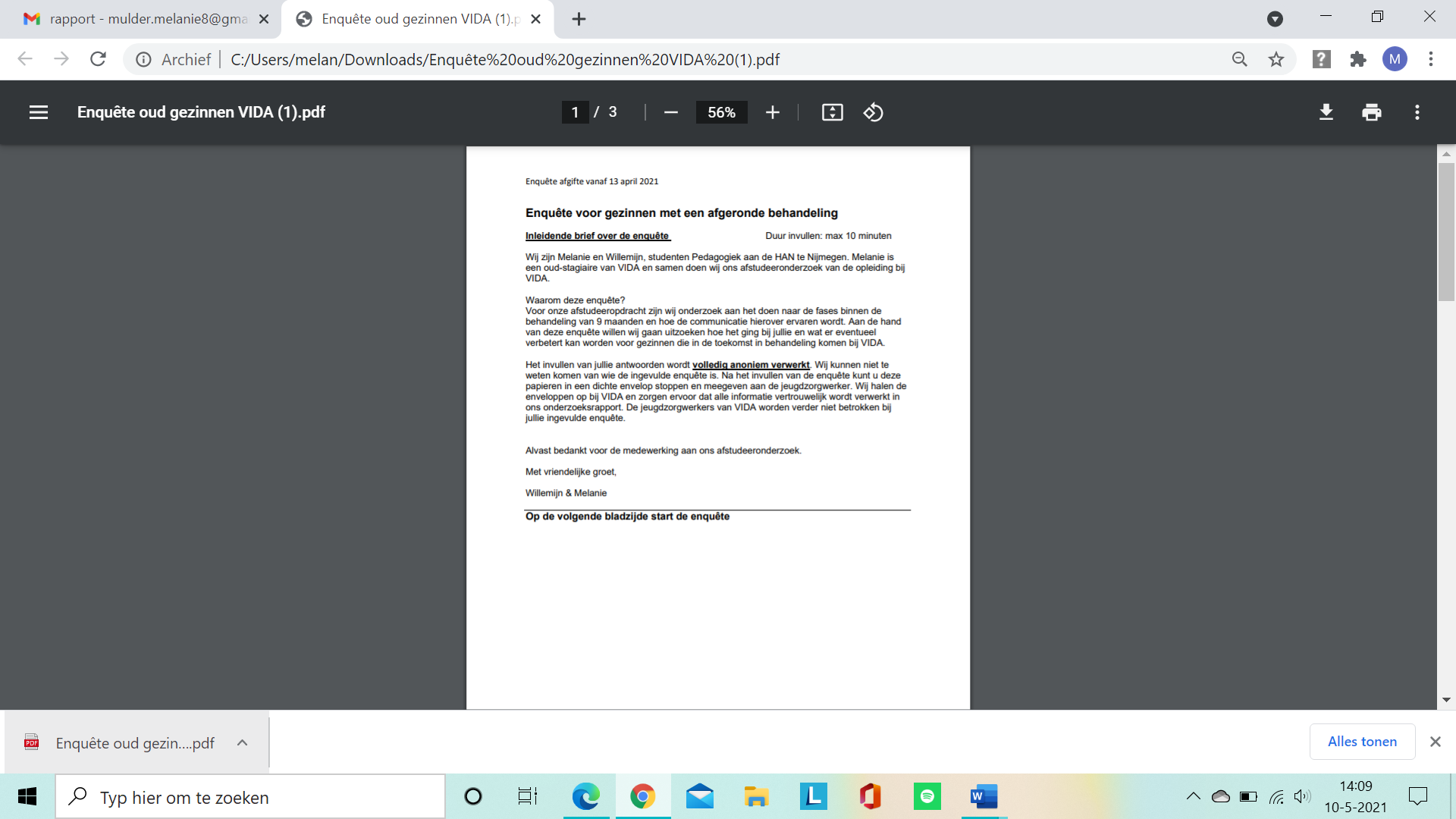
## Bijlage 5. Enquête voor gezinnen in behandeling

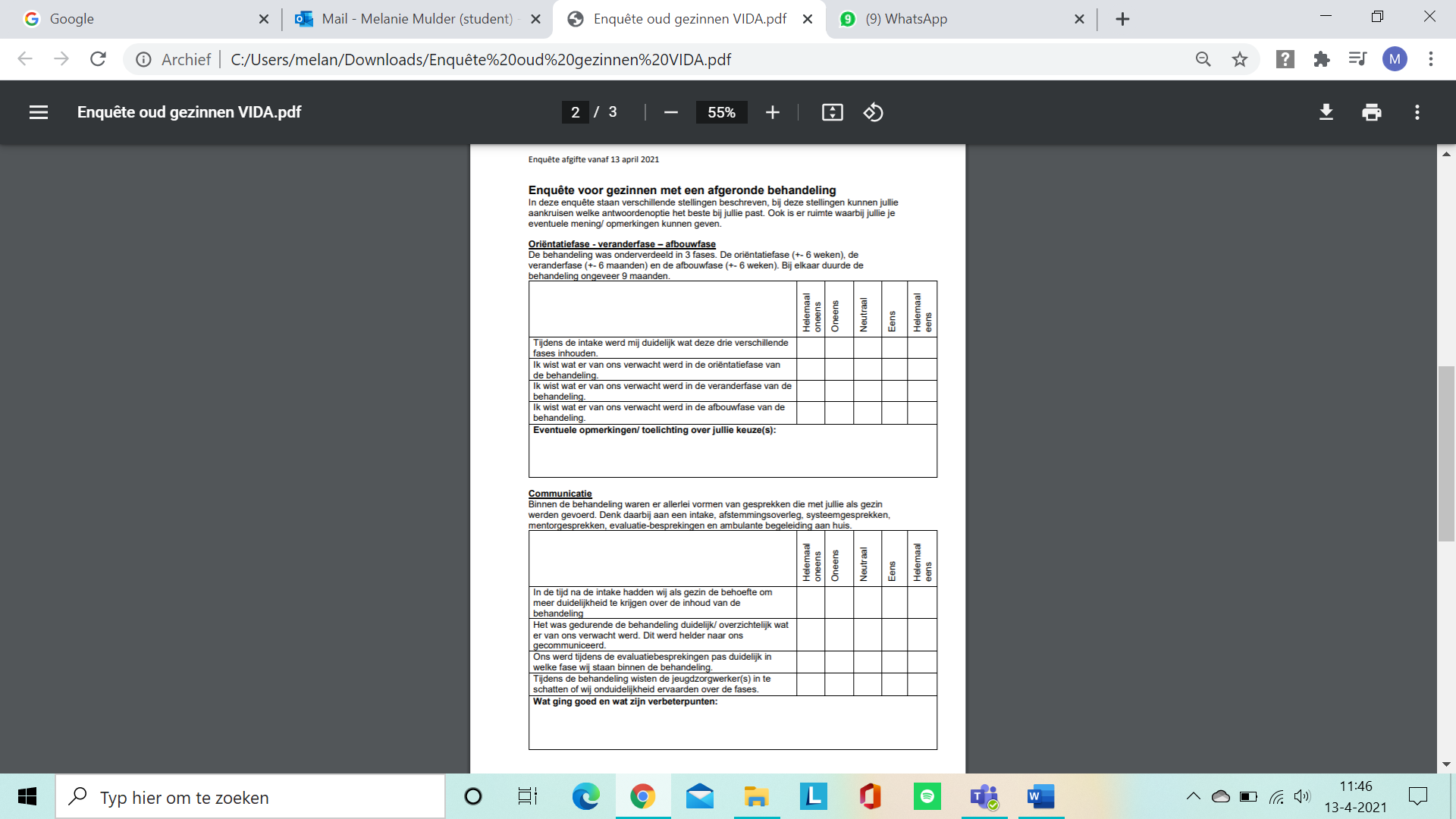


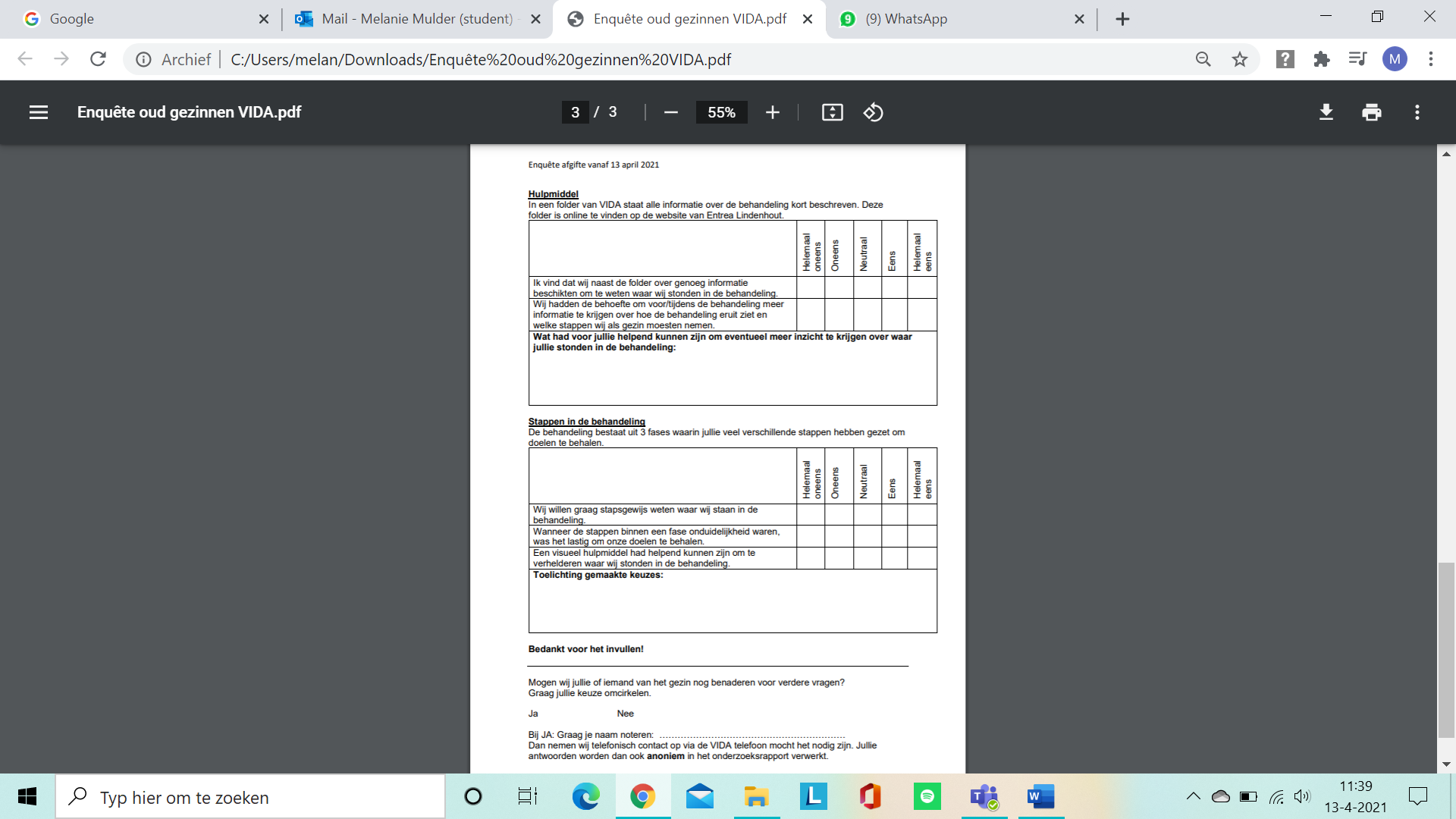




## Bijlage 6. Enquête voor gezinnen met een afgeronde behandeling op de groep







## Bijlage 7: Codeboom & uitleg

**Thema Onderwerpen Codes**

**Uitleg** **codeboom**

In de codeboom is niet terug te zien welke code belangrijker zijn dan de andere. Het is een overzicht van het gehele onderzoeksthema ‘fasering van Gezin Centraal’, met daarbij hoofdonderwerpen en alle codes uit verschillende transcripten.

**Totstandkoming codes:**

De codes in deze codeboom zijn tot stand gekomen door tijdens het analyseren van de interviews codes te geven aan belangrijke fragmenten. De codes zijn onderverdeeld in 4 onderwerpen: fasering, behandeling, communicatie en nieuw hulpmiddel. Deze onderwerpen zijn uitgelicht omdat deze van belang zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Aan de hand van de codes die onderverdeeld zijn in de verschillende onderwerpen konden er conclusies getrokken worden. In de codematrix in het rapport bij ‘Resultaten’ (zie hoofdstuk 4), is terug te vinden welke codes van groter belang is dan de andere codes.

Ook zijn deze vier onderwerpen de rode draad in de totstandkoming van de enquêtes.

## Bijlage 8. Codeverantwoording

**Afstemming betrokkenen** - Teamleden vinden het belangrijk als er afstemming is met de gezinnen of andere betrokkenen binnen de behandeling.

**Inhoud behandellijn** - Er wordt gesproken over hoe de gehele behandellijn eruit ziet, denk daarbij aan de opbouwende fases binnen de behandeling.

**Onduidelijkheid fasering** - De teamleden denken dat de gezinnen (het bespreken van) de fasering, dus de verschillende fases, onduidelijk vinden.

**Bewustwording belangrijk** - De teamleden spreken hierbij over het belang van de bewustwording van de fasering.

**Ideeën hulpmiddel** - Het benoemen van nieuwe mogelijke formats die zouden kunnen helpen bij de communicatie over de fasering.

**Beknopt bespreekbaar fasering** - De teamleden spreken uit dat fasering niet uitgebreid genoeg besproken is of dat het juist kort besproken wordt.

**Inhoudelijk bespreekbaar fasering**  - De teamleden spreken uit dat de fasering wel inhoudelijk besproken is met de gezinnen, met name iets meer in detail.

**Module Gezin Centraal** - Er wordt hierbij gesproken over de methodiek van Arjan Bolt (2018) die toegepast wordt op de behandelgroep.

**EB (Evaluatie Bespreking)** - Als hierover gesproken wordt dan heeft dit te maken met de gesprekken die drie keer plaatsvinden tijdens de behandeling. De doelen en het verloop van de behandeling worden besproken.

**Motivatie speelt rol** - Dit heeft betrekking op het behalen van de doelen en het behandeltraject binnen het aangegeven behandeltermijn.

**Al werkzaam** - Hierbij gaat het over de methodieken, formats en hulpmiddelen die al toegepast worden gedurende de behandeling en als werkzaam worden ervaren.

**Belang hulpmiddel** - Dat een methodiek, format of hulpmiddel een extra toevoeging is tijdens de communicatie van de behandeling en de fasering.

**Duidelijkheid fasering** - Als dit benoemd wordt dan vinden teamleden dat de fasering voldoende besproken wordt en ervan uit gaan dat de communicatie helder is.

**Extra interventie(s)** - Er wordt gesproken of er meerdere gesprekken moeten plaatsvinden of dat bepaalde methodieken (bv Duplo) meer naar voren moeten komen in de behandeling.

**Doelen** - Hierbij wordt er gesproken over de werkpunten/wensen van zowel ouders/verzorgers als die van de jongeren zelf, bij een EB worden ze geëvalueerd met alle betrokkenen binnen de behandeling. Gedurende de hele behandeling wordt er aan deze werkpunten/wensen gewerkt.

**Afstemmingsoverleg** - Dit is een bespreking nadat er een intake heeft plaatsgevonden, hierin worden bijvoorbeeld afspraken gemaakt met ouders/verzorgers en jongeren over de start van de behandeling, het verblijf en contactpersonen worden uitgewisseld (bv school).

**Bestaand formulier** - Binnen de behandelgroep wordt er al gebruik gemaakt van een bestaand intakeformulier (bijlage 2) of een afstemmingsformulier (bijlage 3).

**Tempoverschil behandeling** - Er wordt gesproken over mogelijke tempoverschillen tussen de jeugdzorgwerkers en de gezinnen, wat invloed kan hebben op het verloop van de behandeling.

**Bewustwording onbelangrijk** - Er wordt uitgesproken dat de bewustwording van de begrippen binnen de fasering minder of niet belangrijk zijn om te benadrukken gedurende de behandeling.

**Resultaat** - Er wordt gesproken over het (gewenste) resultaat van de behandeling.

**Behoefte betrokkenen** - Er wordt gesproken over de behoeften van de gezinnen en het netwerk binnen de behandeling en hoe hiermee omgegaan wordt.

**Folder** - Als hierover gesproken wordt gaat het over een boekje waarin het concept van VIDA beschreven staat. Dit boekje kan worden meegegeven aan de gezinnen bij een intakegesprek voor meer informatie.

**Methodiek** - Hierbij benoemen de teamleden expliciet dat zij gebruik maken een methodiek, in dit geval de methodiek van Gezin Centraal.