

Kortdurende gezinsopnamen bij Mereo: welke factoren worden meegewogen in het behandelperspectief?

Masterthese Orthopedagogiek

PAMA5166

Master Pedagogische Wetenschappen, richting Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Noor Delwig (S3766438)

Eerste beoordelaar: Arjen van Assen

Tweede beoordelaar: Wendy Post

Datum: 11 augustus 2023

Woordenaantal: 6012

Samenvatting

Mereo is een zorgaanbieder die korte gezinsopnamen aanbiedt van vijf dagen om inzicht te krijgen in de gezinssituatie. Op basis van de gezinsopname wordt een behandelperspectief opgesteld, waarin advies voor verdere hulpverlening is opgenomen. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de factoren die van invloed zijn op het gezinsfunctioneren en hoe deze factoren vervolgens worden meegewogen bij het opstellen van een behandelperspectief. Uit acht semigestructureerde interviews, waarvan vier met ouders en vier met één hulpverlener, blijkt dat verhoudingen binnen het gezin, veiligheid, opvoeding en voorgeschiedenis centrale factoren zijn bij het opstellen van het behandelperspectief. Het onderzoek kent echter beperkingen, zoals een kleine steekproefomvang en een lage externe validiteit. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek zijn een grotere en meer gevarieerde steekproef, het betrekken van meerdere hulpverleners en het belichten van gezinnen met verschillende adviezen voor vervolghulp. Voor de praktijk wordt geadviseerd om meer vanuit de theorie te kijken welke factoren een rol spelen in het gezinsfunctioneren en deze factoren vervolgens mee te wegen in het behandelperspectief, zoals de ouder-kind relatie, de omgeving van het gezin en concrete opvoedingsvaardigheden. Ondanks de beperkingen biedt dit onderzoek waardevolle inzichten in effectieve hulpverlening aan gezinnen met meervoudige complexe problemen en draagt het bij aan de ontwikkeling en verbetering van de kortdurende gezinsopname als interventie.

Abstract

Mereo is a care provider that offers short family placements of five days to gain insight into the family situation. Based on the family placement, a treatment perspective is drafted, including advice for further assistance. The aim of this study was to gain insight into the factors that influence family functioning and how these factors are taken into account when formulating a treatment perspective. Eight semi-structured interviews were conducted, four with parents and four with one caregiver. The findings reveal that family dynamics, safety, parenting, and family history are central factors in formulating the treatment perspective. However, the study has limitations, such as a small sample size and a low external validity. Recommendations for future research include using a larger and more diverse sample, involving multiple caregivers, and examining families with different recommendations for follow-up support. A recommendation for practice is to adopt a more theoretical approach to identify factors influencing family functioning and incorporate these factors into the treatment perspective, such as the parent-child relationship, the social environment, and concrete parenting skills. Despite its limitations, this research provides valuable insights into effective assistance for families facing multiple complex problems and contributes to the development and improvement of short-term family admissions as an intervention.

Inleiding

Gezinnen met ernstige opvoedingsproblematiek en/of meervoudige problematiek

Uit cijfers van het Nederlands Jeugdinstituut blijkt dat 10,6% van de jongeren tussen 0 en 23 jaar in 2021 gebruik hebben gemaakt van jeugdzorg (NJI, 2023). De gezinnen die te maken krijgen met jeugdhulp zijn in veel gevallen gezinnen met meervoudige complexe problemen (Tausenfreund et al., 2016). Bij deze gezinnen is er sprake van een combinatie van verschillende problemen, zoals problemen met de opvoeding, huisvesting, gezondheid, financiële schulden, problemen van psychische aard, onderlinge relaties en herhaalde interacties met jeugdhulp of het strafrechtstelsel (Bodden & Dekovic, 2010).

Uit onderzoek van Hermanns et al. (2012) blijkt dat hulp vaak stagneert bij gezinnen met meervoudige complexe problemen doordat ze niet op de hoogte zijn van de beschikbare hulp of omdat ze eerder hulp hebben ontvangen die tot nu toe weinig heeft opgeleverd. Tausenfreund et al. (2016) stellen dat hulp bemoeilijkt wordt door vijf kenmerken. Allereerst zijn de problemen vaak met elkaar verweven, waardoor gezinnen moeilijkheden ondervinden bij het aanpakken van deze problemen in het dagelijks leven. Deze verwevenheid zorgt er tevens voor dat het gecompliceerd is voor hulpverleners om de juiste steun te bieden. Onderzoek in Nederland (Mehlkopf, 2008a; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019) wijst uit dat er vooral sprake is van financiële problemen in combinatie met een verstandelijke beperking en/of psychologische problemen. Een ander kenmerk van gezinnen met meervoudige complexe problemen is dat het probleemoplossend vermogen lager ligt dan bij gezinnen zonder meervoudige complexe problemen. De problemen zijn daarbij vaak chronisch van aard waardoor ze elkaar opvolgen en de situatie voor ouders kan voelen als een neerwaartse spiraal. Bovendien worden de kenmerken vaak transgenerationeel doorgegeven binnen families (van der Steege, 2009). Ten slotte wordt in het onderzoek van Mehlkopf (2008) genoemd dat verbeteringen in de praktijk vaak lastig te realiseren zijn of slechts tijdelijk zijn. Dit heeft te maken met de persistentie in het gedrag van ouders, maar mogelijk ook met de verschillen in interpretatie tussen ouders en hulpverleners.

Uit onderzoek blijkt dat kinderen die opgroeien in gezinnen met complexe problematiek een verhoogd risico hebben op problemen op diverse ontwikkelingsgebieden (Evans, Li. & Whipple, 2013). In de Nederlandse jeugd- en gezinshulpverlening is het uitgangspunt dat hulpverlening voor deze gezinnen zoveel mogelijk in de thuisomgeving wordt aangeboden. Bij aanhoudende veiligheids- of ontwikkelingsrisico's kan (dreigende) uithuisplaatsing noodzakelijk zijn (Richtlijn Uithuisplaatsing, 2022). In dit geval kan hulp met verblijf (bijvoorbeeld een gezinsopname) nuttig zijn om inzicht te bieden in het

gezinsfunctioneren. Op basis van deze inzichten kan worden beoordeeld of er in de thuissituatie voldoende basis is voor gezinsbehoud en of er vervolghulp noodzakelijk is (Vischer et al., 2019).

Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (hierna: IVRVK) stelt dat ieder kind recht heeft op bescherming en zorg die nodig is voor het welzijn van het kind (artikel 3 lid 2, IVRVK, 1989). Een uithuisplaatsing is alleen mogelijk als het in het belang van het kind noodzakelijk is (artikel 9, lid 1, IVRVK, 1989 en Bartelink et al., 2017).

Bartelink (2013) onderscheidt twee vormen van uithuisplaatsing. De eerste vorm treedt op wanneer ernstige gedrags- of ontwikkelingsproblemen van het kind ervoor zorgen dat de ouders niet langer in staat zijn om de opvoeding op zich te nemen. In deze gevallen stemmen de ouders vaak vrijwillig in met de uithuisplaatsing. De tweede vorm van uithuisplaatsing wordt toegepast om de veiligheid van het kind te waarborgen en vindt meestal plaats onder dwang. Bij het beslissen over een uithuisplaatsing spelen drie belangrijke overwegingen een rol: de aard en ernst van de problemen, de balans tussen draagkracht en draaglast en de mate van veranderbaarheid van het gezin (Van Dam & Ten Haaf, 1999). In 4% van alle gevallen wordt jeugdhulp met verblijf ingezet (CBS, 2022).

Kortdurende gezinsopname

Een kortdurende gezinsopname is een hulpverleningsvorm die ingezet kan worden om de gezinssituatie te verhelderen en een perspectief voor (verdere) hulpverlening te krijgen. Verder kan er tijdens de gezinsopname concrete hulpverlening worden geboden aan gezinnen. Er kan bijvoorbeeld worden ingezet op het ondersteunen van de opvoeding of het aanreiken van opvoedingsvaardigheden. Daarnaast kan er bij een gezin sprake zijn van een (dreigende) uithuisplaatsing waarvoor een intensieve observatie vereist is (Richtlijn uithuisplaatsing, 2023).

Mereo is een kleinschalige zorgaanbieder die kortdurende gezinsopnames aanbiedt waarbij gezinnen vijf dagen verblijven op een gezinslocatie. Het hoofddoel van de gezinsopname is inzicht krijgen in de interactiepatronen binnen het gezin, waarbij ieder lid van het gezin bewust gemaakt wordt van deze patronen. Er vinden gedurende de hele dag observaties plaats om een zo breed mogelijk beeld te creëren van de huidige situatie in het gezin. Vervolgens worden deze observaties inzichtelijk gemaakt voor de gezinsleden en worden handvaten geboden waarmee de patronen omgezet kunnen worden naar gezonde patronen (Mereo, 2022). Mereo focust hierbij op het creëren van verantwoordelijkheid voor

eigen gedrag en het doorbreken van problematische rolpatronen (bijv. ‘het ontspoorde kind’ of ‘de slachtofferrol’ van ouders). Dit doet Mereo onder andere door een ‘lik op stuk beleid’ te hanteren waarbij acties van de gezinsleden steeds worden gespiegeld op het moment dat ze zich voordoen. Een ander belangrijk aspect is dat het gezin tijdens de opname één vaste hulpverlener toegewezen krijgt die gedurende de hele week het gezin zal begeleiden.

In de interventiebeschrijving worden door Mereo een aantal theorieën genoemd die worden ingezet tijdens de gezinsopname. Dit zijn de relationeel emotieve therapie (hierna: RET), transactionele analyse, contextuele therapie en de narratieve werkwijze. Het uitgangspunt van de RET is dat psychische klachten niet ontstaan door de gebeurtenissen zelf, maar door de perceptie van die gebeurtenissen (Ellis & Joffe-Ellis, 2019).

Transactionele analyse is een psychologische theorie die zich richt op het begrijpen van menselijk gedrag en communicatiepatronen (Berne, 1961). De contextuele theorie legt de nadruk op het begrijpen van menselijk gedrag en relaties binnen de context van systemen, waarbij balans van geven en nemen, loyaliteit, generaties en contextuele ethiek centraal staan (Boszormenyi-Nagy, 1987). De narratieve werkwijze is een methode waarbij de cliënt wordt aangespoord om zijn of haar levensverhaal te vertellen (Walsh en Keenan, 1997).

Mereo stelt dat interacties binnen het systeem zorgen voor bepaalde constructieve patronen die tegelijkertijd in stand worden gehouden door deze interacties. Uit de literatuur is bekend dat problemen van gezinsleden elkaar vaak in stand houden en interacteren met elkaar (Leung en Slep, 2006). Ghandour et al. (2019) stellen dat het gedrag van kinderen een reactie is op het handelen van ouders. Acties die plaatsvinden in één deel van het gezin (systeem) beïnvloeden andere delen binnen het systeem, waardoor patronen ontstaan. Lewin (1946) stelt daarbij dat gedrag een functie is van de interactie tussen de persoon en zijn of haar omgeving. De kortdurende gezinsopname als interventie sluit aan bij deze opvattingen, omdat tijdens de opname het gezin en de bijbehorende interactiepatronen worden geobserveerd. Deze patronen worden vervolgens blootgelegd en ieder gezinslid wordt bewust gemaakt van deze patronen.

Behandelperspectief na gezinsopname

Mereo stelt na afloop van de gezinsopname een behandelperspectief op. Dit perspectief bevat zowel een observatie van de leerbaarheid van het gezin als een advies voor verdere hulpverlening. In het geval van een uithuisplaatsing kan Mereo hun visie geven op het eventueel terugplaatsen van kinderen binnen het gezin. Na afronding van de

gezinsopname wordt er in de meeste gevallen een vorm van nazorg ingezet waarbij het gezin begeleid wordt door externe hulpverleningsinstanties. Het behandelperspectief wordt besproken met het gezin, de hulpverleners van het nazorgtraject en de betrokken hulpverleners van Mereo.

Het is van belang dat het behandelperspectief goed onderbouwd is, omdat een duidelijke doelgroepsonderbouwing en interventiebeschrijving voorwaarden zijn voor effectieve hulpverlening (Veerman en van Yperen, 2007). Daarnaast is het essentieel dat het behandelperspectief aansluit bij de vaardigheden van het gezin, zodat de hulpverlening in het vervolgtraject soepel verloopt en een eventuele latere uithuisplaatsing voorkomen kan worden.

Uit onderzoek van Vinnerljung en Sallnäs (2008) en Asif en Wells (2023) blijkt dat een uithuisplaatsing schadelijk is voor jeugdigen. Ten opzichte van hun leeftijdsgenoten vertonen jeugdigen die tijdens hun tienerjaren uit huis zijn geplaatst verhoogde percentages op de volgende gebieden: vroegtijdige sterfte, criminaliteit, slechte fysieke en mentale gezondheid, tienerouderschap, zelfredzaamheidsproblemen, werkloosheid en een lager opleidingsniveau. Jeugdigen die uit huis werden geplaatst wegens gedragsproblemen vertonen een hoog percentage ziekenhuisopnames voor psychische problemen.

Onderzoek door van Assen et al. (2020) toont aan dat ongeveer 24% van het aantal kinderen waarbij huisbezoeken als interventie worden ingezet, een jaar na het afsluiten van een zaak alsnog uit huis geplaatst worden. Wanneer besluitvorming goed onderbouwd is, betekent dit dat er rekening wordt gehouden met alle relevante interne en externe factoren die van invloed kunnen zijn op de uitkomst, waardoor het risico op fouten wordt verminderd en de kans op succesvolle resultaten wordt vergroot (Bauman et al., 2011). In de praktijk blijkt het echter lastig om te benoemen welke specifieke factoren meewegen in het opstellen van een behandelperspectief.

Doel en onderzoeksvragen

Zoals hierboven beschreven is een goed onderbouwd behandelperspectief van essentieel belang voor het effectief laten verlopen van de hulpverlening en het voorkomen van een uithuisplaatsing. Mereo heeft een interventiebeschrijving opgesteld met een theoretische onderbouwing, maar het is nog onduidelijk welke factoren een rol spelen bij het opstellen van een behandelperspectief. Daarom wordt met behulp van een beschrijvend onderzoek nagegaan welke factoren worden meegewogen. Verder wordt geanalyseerd hoe

hulpverleners in de praktijk handelen.

Dit onderzoek kan waardevolle informatie opleveren over effectieve hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Het kan inzicht geven in interacties binnen het gezin en zorgt ervoor dat Mereo meer onderbouwend aan het werk gaat. Daarnaast draagt het bij aan het bevorderen van kennis over kortdurende gezinsopnamen in het algemeen, waar relatief weinig onderzoek naar is gedaan. Op basis van dit inzicht en de aanbevelingen kan de besluitvorming beter ingekaderd worden.

Dit onderzoek heeft als doel om de verschillende elementen die van invloed zijn op het functioneren van het gezin in kaart te brengen. Vervolgens wordt gekeken hoe deze factoren worden meegewogen in het behandelingsperspectief. De onderzoeksvraag is daarom tweeledig:

- ‘Welke factoren worden meegewogen bij het opstellen van een behandelingsperspectief bij afsluiting van een kortdurende gezinsopname bij Mereo?’
- Hoe worden deze gezinsfactoren meegewogen in het behandelingsperspectief?’

Methode

Design

Dit onderzoek was gericht op het onderzoeken van de gezinsfactoren die in overweging worden genomen tijdens de gezinsopname bij Mereo en hoe deze factoren vervolgens worden geïntegreerd in het behandelingsperspectief. Het onderzoek betrof een kwalitatieve multiple case study op basis van interviews met vier hulpverleners en vier ouders. Er was sprake van een kwalitatieve analyse van de data.

Populatie en steekproef

De onderzoekspopulatie betreft alle gezinnen die een kortdurende gezinsopname hebben doorlopen bij Mereo. De doelpopulatie bestaat uit alle gezinnen die in de periode november 2022 tot en met april 2023 een gezinsopname hebben doorlopen. Een inclusiecriteria was dat de gezinsopname heeft plaatsgevonden binnen deze periode en volledig was afgerond. Er waren geen aanvullende criteria van toepassing. Er was sprake van een gemakssteekproef. De respondenten werden aangedragen door Mereo, op basis van bereidheid om mee te werken aan het onderzoek. Tijdens de gezinsopname werd ieder gezin begeleid door één vaste hulpverlener. De hulpverlener die het gezin bij de casus heeft

begeleid werd ook geïnterviewd. Hierdoor wordt zowel het perspectief van de ouders als van de hulpverleners belicht. Uiteindelijk zijn vier ouders en vier hulpverleners geïnterviewd.

Instrument

Om een beeld te krijgen van de factoren die worden meegewogen in het opstellen van een behandelperspectief bij kortdurende gezinsopnamen bij Mereo is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De interviews vonden plaats in drie fasen, volgens de methode episodisch interviewen van Flick (2000). In de eerste fase werden de respondenten open gevraagd om de gezinssituatie te beschrijven. Vervolgens werd open gevraagd naar de eigen ervaring van de respondenten met de kortdurende gezinsopname. Een vraag die hierbij werd gesteld was: *'Hoe vond u het om het traject te doorlopen?'* Deze open vragen gelden zowel voor de hulpverleners als gezinnen. Bij de hulpverleners werden nog een aantal aspecten bevraagd, zoals de hulpverleningskenmerken en welke overwegingen mee zijn genomen in het behandelperspectief. Aan hulpverleners werd bijvoorbeeld gevraagd: *'Wat viel je op toen het gezin bij jullie binnenkwam?'* In de tweede fase werd gericht doorgevraagd op welke factoren hebben meegespeeld in het behandelperspectief en hoe deze vervolgens werden meegewogen. Aan gezinnen werd gevraagd waar de behandeling volgens hen met name op gefocust was. In de laatste fase werd aan de respondent gevraagd of hij of zij nog iets wilde toevoegen aan de gegeven antwoorden.

Procedure

Het onderzoeksvorstel is goedgekeurd door de ethische commissie van Pedagogische Wetenschappen en voldoet aan de ethische voorwaarden:

- Het doel, de opzet en belasting van het onderzoek zijn vooraf benoemd.
- Er is sprake van gepseudonimiseerde interviews. De resultaten zijn niet herleidbaar tot gezinnen en hulpverleners.
- Deelnemers mogen stoppen zonder opgaaf van reden.

Gezinnen die in de periode september 2022 tot en met april 2023 deelnamen aan de kortdurende gezinsopname zijn via e-mail benaderd door Mereo met het verzoek om deel te nemen aan dit onderzoek. De gezinnen die mee wilden werken zijn vervolgens via e-mail benaderd door de student. In de informatiebrief is aangegeven dat deelname vrijwillig is en dat de respondenten op ieder moment mogen stoppen. Daarnaast is benoemd dat de respondenten niet verplicht zijn om een vraag te beantwoorden als ze dat niet willen. Zodra

toestemming is verleend zijn de interviews ingepland op locatie van Mereo. De interviews zijn opgenomen met opnameapparatuur. De data zijn opgeslagen volgens de richtlijnen van het data-management protocol van de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen. Ten slotte werden de interviews getranscribeerd.

Analyse

De interviews werden geanalyseerd met behulp van de software Atlas.ti, waarbij een kwalitatieve inhoudsanalyse werd toegepast. De interviews werden aanvankelijk gecodeerd op basis van de factoren die door de hulpverlener werden benoemd als onderdeel van het behandelperspectief. Vervolgens werd de Constant Comparative Methode gebruikt om te onderzoeken of er overlappende factoren waren. Het doel van deze methode was het identificeren van conceptuele overeenkomsten en het onderzoeken van de mate waarin de codes in staat waren om onderscheid te maken en patronen te herkennen in de gegevens (Boeije, 2002). Dit resulteerde in een lijst van elf factoren. Door middel van categorisering kwamen vier hoofdthema's naar voren. Hoewel er geen gebruik werd gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, werden de coderingen besproken met de begeleider van de student.

Resultaten

Er zijn in totaal acht interviews gehouden bestaande uit vier ouders en vier hulpverleners. Een beschrijving van de kenmerken van de respondenten is te vinden in tabel 1. Daarnaast is aangegeven welke vorm van vervolghulp is geadviseerd na afloop van de gezinsopname.

Tabel 1

Kenmerken respondenten

Respondenten	Gezinsstructuur	Advies vervolghulp
Gezin 1	Moeder Dochter, 13 jaar Zoon, 11 jaar Dochter, 9 jaar Zoon, 4 jaar	Advies nog onbekend

Gezin 2	Vader Moeder Zoon, 18 jaar Dochter, 16 jaar Zoon, 11 jaar	Geen vervolghulp
Gezin 3	Vader Moeder Dochter, 16 jaar Dochter, 14 jaar	Ambulant
Gezin 4	Vader Zoon, 3 jaar Zoon, 1 jaar	Ambulant

Op basis van de inhoudsanalyse zijn vier hoofdthema's geïdentificeerd die worden meegewogen in het opstellen van het behandelperspectief. Ieder hoofdthema bevat verschillende factoren van het behandelperspectief (zie tabel 2).

Tabel 2

Hoofdthema's met bijbehorende subcodes

Hoofdthema's	Factoren bij behandelperspectief
Verhoudingen binnen het gezin	Rolverdeling binnen het gezin Parentificatie Regie van ouders Communicatie Samenwerken van ouders
Veiligheid	Veiligheid
Opvoeding	Leerbaarheid van ouders Opvoedingsvaardigheden van ouders
Voorgeschiedenis	Eerdere hulpverlening Hechting Eigen verleden van ouders

Verhoudingen binnen het gezin

Zowel de hulpverlener (H1) als ouders (O1, O2, O3, O4) gaven aan dat **de rolverdeling tussen gezinsleden** centraal staat bij het opstellen van een behandelperspectief. Een hulpverlener (hulpverlener 1) gaf bijvoorbeeld aan dat de hiërarchie binnen het gezin een belangrijk aspect is in het behandelperspectief. Hierbij wordt onder andere gekeken of ouder(s) de leiding nemen in de opvoeding en of deze leiding wordt geaccepteerd door de kinderen.

'In het systeem kijken we heel erg naar het gezin... hebben we heel erg geconstateerd in die eerste week dat het oudste meisje eigenlijk de leiding had (...). En die kinderen konden ook ouders splitten en dat ouders ruzie gingen maken over de kinderen, over die twee meiden (...), waardoor ouders niet op één lijn stonden. En ook echt niet samenwerkten. En heel veel frustratie bij vader. Want ja, die was toch wel de leider in huis. En moeder die echt volledig onderdanig was aan het oudste meisje (hulpverlener 1, gezin 3).

Een ouder zegt hier bijvoorbeeld over, O1:

'Uiteindelijk zag je gewoon van dat er eigenlijk heel veel zorgen vanuit mijn dochter kwam, dat ze niet het vertrouwen had dat ik als leidende factor weer het gezin kan leiden of kan begeleiden.' (ouder 1, gezin 1)

Voor diverse casussen (gezin 1 en gezin 3) wordt door de hulpverlener aangegeven dat **parentificatie** een belangrijk aspect is dat wordt meegewogen in het behandelperspectief. Een parentificatie houdt in dat een jeugdige langdurig de rol van ouder op zich neemt met de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden. Voor het behandelperspectief wordt gekeken of kinderen in staat zijn deze rol los te laten en ouders de regie terug te geven. Een hulpverlener zegt hier het volgende over:

'Ja dat jij de taak van je moeder overneemt, waardoor kinderen dat niet accepteren en die gaan natuurlijk strijden met jou en indirect zeg je tegen moeder 'ik ga het wel doen' en daarom luisteren de kinderen ook niet naar moeder.' (Hulpverlener 1, gezin 1)

‘Want uiteindelijk, grappig genoeg, het gedrag wat het oudste meisje laat zien is natuurlijk niet goed maar ergens is het ook zorgen, want zij zorgt, zij houdt het systeem bij elkaar. Dus een ja, een parentificatie uiteindelijk.’ (hulpverlener 1, gezin 3)

De hulpverlener benadrukt dat er in het behandelperspectief rekening gehouden wordt met zowel de parentificaties van de kinderen als die van de ouders zelf, die voortkomen uit hun eigen jeugdervaringen. Er wordt voor het behandelperspectief gekeken of ouders in staat zijn om hun eigen jeugdervaringen los te koppelen van de opvoeding van hun kinderen.

‘ (...) en ik ging de parentificatie uitleggen, dus hoe zij eigenlijk, wat zij zelf van hun ouders niet hebben gekregen, want moeder had geen bescherming van haar ouders gekregen, want die waren heel druk met dat bedrijf bezig. Hoe zij dus uiteindelijk dit bij hun kinderen gingen halen.’ (hulpverlener 1, gezin 2)

De mate van **regie van ouders** wordt door de hulpverlener benoemd als een belangrijk aspect in het behandelperspectief. Er wordt hierbij gekeken of ouders de zorg voor de kinderen op zich nemen en niet andersom. *‘Ja voor mij is de positie van ouders heel zwaarwegend, want zodra ouders de leiding niet hebben weet je gewoon zeker dat het niet goed gaat met de kinderen.’ (hulpverlener 1, gezin 3)*

In een casus (gezin 2) benadrukt de hulpverlener expliciet dat de kinderen met name behoefte hebben aan leiding van ouders om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen.

‘ (...) ze bemoeiden zich ook met elkaar, ze voedden elkaar op. Ik zei, jullie hebben echt de leiding niet. En dit zijn kinderen die hebben leiding nodig, maar leiding nodig in het leren van wat kan je allemaal zelf doen, in plaats van hoe loop jij te klagen dat alles wat je niet lukt, niet lukt. Want ze maken jullie verantwoordelijk voor hun eigen ding.’ (hulpverlener 1, gezin 2).

In een specifieke casus (gezin 3) wordt door de hulpverlener (hulpverlener 1) benoemd dat er tijdens een gezinsopname rekening gehouden wordt met de mate van autonomie van elk individu en hun vermogen om hierover effectief te **communiceren**. Er wordt tijdens de

gezinsopname geobserveerd of de gezinsleden in staat zijn om een verbinding te maken tussen emoties en denken, waarbij de emoties niet de overhand hebben. Dit wordt vervolgens meegewogen in het behandelperspectief. *‘Uiteindelijk dus heel erg kijken naar hoe autonoom is iedereen (...) maar dat ze daarin ook kunnen communiceren in plaats van dingen af te dwingen.’* (hulpverlener 1, gezin 3).

Gedurende de gezinsopname wordt door de hulpverlener (in het geval van meerdere ouders) geobserveerd of ***ouders in staat zijn om samen te werken*** en of zij op één lijn staan.

‘Onze visie is natuurlijk dat ouders altijd de leiding moeten hebben en dat ouders altijd samenwerken. Zodra ouders niet gaan samenwerken gaan kinderen splitten en in die split nemen kinderen de leiding over. Onze visie is echt zodra er chaos ontstaat, chaos ontstaat door de kinderen, ontstaat een dictator. En de dictator is tussen aanhalingstekens en degene die eigenlijk dat gezin gaat leiden en de regie overneemt. Dat zijn kinderen en die kunnen dat niet en die mogen dat niet. Dat horen ouders te doen.’ (hulpverlener 1, gezin 3).

Veiligheid

Volgens de hulpverlener heeft veiligheid de hoogste prioriteit. Uit de interviews met de hulpverlener komt naar voren dat diverse aspecten met betrekking tot veiligheid worden meegewogen in het opstellen van een behandelperspectief. Er wordt gelet op de veiligheid van het kind ten opzichte van de ouder. Bijvoorbeeld door ouders waarbij sprake is van middelengebruik niet toe te staan voor gezinsopname en door extra alert te zijn wanneer er signalen zijn vanuit eerdere hulpverlening dat ouder(s) mogelijk onveilig zijn. Daarnaast wordt er gekeken naar de veiligheid van de ouders wanneer de kinderen agressief gedrag vertonen. Hulpverlener 1 stelt: *‘Maar we hebben ook wel kinderen gehad dat ik denk ja; ogenschijnlijk niks gevaarlijks, maar ik kan niet de veiligheid van deze moeder garanderen als ze teruggaan. Maar dat melden we dan ook altijd (...).’* (hulpverlener 1, gezin 1)

Opvoedingsvaardigheden

Voor alle casussen wordt door de hulpverlener benoemd dat ***de leerbaarheid van ouders*** geobserveerd wordt. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen ouders die ‘niet willen’ of ‘niet kunnen’ leren. Daarnaast geeft de hulpverlener aan dat het van belang is voor het behandelperspectief dat zowel ouders als kinderen aantonen dat ze actief betrokken zijn

bij de theorie en oefeningen die door de hulpverlener worden aangeboden tijdens de gezinsweek. Op het moment dat de hulpverlener het gevoel heeft dat ouders niet leerbaar zijn kan de gezinsopname worden stopgezet. De hulpverlener bij gezin 1 geeft aan:

‘Wat ik ook meeneem is of ouders leerbaar zijn, of er een mate is van zelfreflectie, we hadden laatst bijvoorbeeld een moeder, bij alles wat ik zei vloog ze op als een bos vlooien, constant: ja maar... Op gegeven moment heb ik na de tweede dag gezegd, laten we even zitten. Uiteindelijk zit je hier om je kind weer thuis te krijgen, dat wil je graag, maar je zit hier wel om iets te leren. Wil je eigenlijk wel wat leren? ‘Nee, geef mijn kind terug’. Ook op zo’n toon natuurlijk. En dat kind was in 2 dagen tijd van het pleeggezin helemaal huilen en emotioneel. En dan zeg ik ook ja jongens ik stop nu.’
(hulpverlener 1, gezin 1)

De hulpverlener beoordeelt de aanwezigheid van specifieke **opvoedingsvaardigheden** bij ouders, evenals hun vermogen om aan te sluiten bij (de leeftijd van) de kinderen. De vaardigheden die door de hulpverlener worden genoemd zijn:

- Is de ouder betrouwbaar?
- Biedt de ouder een veilige omgeving? Is de ouder veilig?
- Biedt de ouder structuur?
- Maakt de ouder contact?

De hulpverlener geeft hierbij aan:

‘Nou wel heel erg, hoe zijn omgang met de kinderen is. Hoe de kinderen op hem reageren. Of hij aan kan sluiten bij het kind, bij die kinderen. Of hij echt ook wel bezig is om contact met ze te maken. Of hij structuur kan bieden. Dat zag er echt goed uit. (...) Kan hij deze kinderen opvoeden. En is hij betrouwbaar voor deze kinderen, is hij veilig. Kan hij... beschermt hij?’. (hulpverlener 1, gezin 4)

Tevens kijkt de hulpverlener of ouders in staat zijn om rust te bewaren: *‘Kijk, zodra ouders zelf mee gaan gillen, dan weet je bijvoorbeeld dat die kinderen het heel snel overnemen.’*
(hulpverlener 1, gezin 1)

Voorgeschiedenis

In de interviews (gezin 1, gezin 2 en gezin 3) komt naar voren dat de **eerdere ervaring met hulpverlening** niet wordt meegewogen in het behandelperspectief. De hulpverlener geeft aan dat Mereo algemene informatie ontvangt over gezinnen, maar geen dossiers. Echter, als ouders weerstand vertonen als gevolg van eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening wordt daar wel rekening mee gehouden (hulpverlener 1, interview gezin 4). De hulpverlener zegt hierover het volgende:

'Nee, vaak willen ouders het wel vertellen. Weet je het probleem is, voordat je het weet zit je in zo 'n dramadriehoek, want dan zitten zij over die hulpverleners en dan moeten wij helpen en zeggen van ja je hebt gelijk, maar je gaat ook geen andere collega's afvallen.' (hulpverlener 1, gezin 4)

Een ouder zegt hierover het volgende, O4:

'(...) ik wilde camera's hebben omdat ik gewoon slechte ervaring heb met hulpverlening en om later wel en nietes te voorkomen van oké jij zegt dit, ik zeg dat, laten we de camerabeelden bekijken. Dingen die niet kloppen, dan wil ik dat via de camerabeelden achterhalen zeg maar. Maar ze hadden gewoon gezegd van dat gaan we niet doen, zo werken wij niet. Achteraf was het gewoon goed gekomen allemaal en was het niet echt nodig die camera's.' (ouder 4, gezin 4)

Bij gezinnen waar eventueel sprake is van **hechtingsproblematiek** wordt meegewogen in het behandelperspectief in hoeverre de ouder(s) in staat zijn om zich te binden aan het kind.

'Hij is geadopteerd, dan weet je toch ook wel vaak... dat zijn ook ouders... mensen die wat moeite hebben met hechting, zelf. Het was hem ook verteld dat hij een hechtingsstoornis had, dus dan kijk je wel heel erg van is hij in staat om zich te verbinden aan die kinderen? En zijn deze kinderen ten dienste van hem of kan hij echt zeggen van 'nee deze kinderen ga ik opvoeden, ik ben hun vader' en neemt hij zijn verantwoordelijkheid? (...). Maar daar kijk je wel echt even naar van kan hij aansluiten, daarom zei ik, aansluiten bij deze kinderen of draait het te veel om hem?' (hulpverlener 1, gezin 4)

Ten slotte wordt in het behandelperspectief rekening gehouden met het *eigen verleden van de ouders*, aangezien dit van invloed kan zijn op de manier waarop zij zelf de opvoeding vormgeven. Hierbij gaat de hulpverlener aan de slag met de parentificaties en loyaliteiten van de ouders. De hulpverlener van gezin 4 zegt hierover:

'Dus ik ben wel heel erg met hem aan het werk gegaan over zijn eigen verleden, over zijn eigen relatie met zijn vader en moeder, zijn adoptieouders. Hij heeft natuurlijk zelf ook best een verleden, ook van gesloten gezeten. En nogmaals de invloed van zijn adoptie, daar kijk ik vaak wel naar... daar kijken we vaak wel naar met adoptieouders. Ja heel eerlijk, onze ervaring is inmiddels wel dat ouders die geadopteerd zijn echt wel problematische ervaringen... veel dingen hebben meegemaakt, die ook wel problematisch kunnen zijn voor het vervolg van hun leven. Dus ik heb daar heel erg bij hem op ingestoken.' (hulpverlener 1, gezin 4)

Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht krijgen in welke factoren van invloed zijn op het gezinsfunctioneren en hoe deze factoren vervolgens worden meegewogen in het behandelperspectief. Er zijn in totaal acht interviews gehouden bestaande uit vier interviews met ouders en vier interviews met één hulpverlener. Uit de interviews komt naar voren dat de verhoudingen binnen het gezin, veiligheid, opvoeding en de voorgeschiedenis centrale aspecten zijn die worden meegewogen in het opstellen van een behandelperspectief.

Bij het opstellen van het behandelperspectief wordt met name gekeken of ouders de regie hebben binnen het gezin. Als er sprake is van parentificatie, waarbij kinderen de rol van ouder op zich nemen, is het van belang dat zij deze verantwoordelijkheid kunnen loslaten en ouders de regie weer kunnen nemen. Daarnaast wordt geobserveerd of ouders in staat zijn om effectief samen te werken en op één lijn te staan. Tijdens de gezinsopname wordt gelet op de mate van autonomie van alle gezinsleden en hun vermogen om effectief met elkaar te communiceren.

De veiligheid van het gezin staat centraal. Er wordt gekeken naar de veiligheid van het kind ten opzichte van de ouder en omgekeerd. Middelengebruik bij ouders kan een reden zijn om een gezinsopname te weigeren. Wanneer er signalen zijn uit eerdere hulpverlening dat ouders (of kinderen) onveilig zijn wordt dit nauwlettend in de gaten gehouden.

De opvoedingsvaardigheden van ouders worden beoordeeld in het behandelperspectief, waarbij voornamelijk gekeken wordt of ouders leerbaar zijn. Daarnaast wordt geobserveerd of ouders specifieke opvoedingsvaardigheden bezitten, zoals betrouwbaarheid, het bieden van een veilige omgeving, het bieden van structuur en het maken van contact met de kinderen. De hulpverlener beoordeelt ook het vermogen van ouders om rust te bewaren, aangezien kinderen snel het gedrag van hun ouders overnemen.

De voorgeschiedenis van het gezin, met name de ervaringen met eerdere hulpverlening, wordt in de meeste gevallen niet meegewogen in het behandelperspectief. Echter, als ouders weerstand vertonen als gevolg van negatieve ervaringen met hulpverlening wordt daar wel rekening mee gehouden. Ook wordt gekeken naar mogelijke hechtingsproblematiek bij ouders en hoe dit van invloed kan zijn op de opvoeding.

Hoewel de resultaten inzicht geven in de factoren die een rol spelen bij het opstellen van een behandelperspectief, waren er enkele beperkingen binnen dit onderzoek. In de eerste plaats was de steekproefomvang beperkt. Er was een vijfde (slechthorend) gezin bereid om deel te nemen aan het onderzoek, maar vanwege gebrek aan onderzoeksbudget kon er geen tolk worden ingezet tijdens het interview. Daarnaast zijn alle interviews zijn afgenomen bij één hulpverlener, wat mogelijk een eenzijdig beeld kan geven. Deze hulpverlener leidt echter de gezinsopnamen, waardoor gezinnen voornamelijk door haar worden ondersteund. De andere hulpverleners zijn meer op de achtergrond betrokken, waardoor zij wellicht minder inzicht hebben in welke factoren worden meegewogen in het behandelperspectief. Een gevolg van het betrekken van één hulpverlener is dat het onderzoek een lage externe validiteit heeft. Er is geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat andere hulpverleners die betrokken zijn bij de gezinsopname andere factoren zouden kunnen meewegen (Avellar et al., 2016).

In dit onderzoek zijn twee verschillende soorten adviezen voor vervolghulp gegeven, namelijk 'ambulante hulp' en 'geen vervolghulp'. Gezin 1 had het traject van de gezinsopname nog niet volledig afgerond, waardoor het advies nog onbekend was. Adviezen met betrekking tot een uithuisplaatsing of terugplaatsing van de kinderen zijn niet meegenomen.

Uit de interviews blijkt dat er bij de beoordeling van de verhoudingen binnen het gezin geen aandacht wordt besteed aan de ouder-kind relatie, terwijl uit onderzoek blijkt dat deze relatie een aanzienlijke invloed heeft op de ontwikkeling van het kind. Volgens Grey (2006) draagt de ouder-kind relatie bij aan de fysieke, emotionele, sociale en cognitieve ontwikkeling van het kind en heeft deze een cruciale invloed op het welzijn van het kind.

Grey (2006) benadrukt daarnaast dat een verstoorde ouder-kind relatie kan leiden tot toenemende gedragsproblemen bij het kind.

Het behandelperspectief richt zich bij de opvoedingsvaardigheden op het beoordelen van betrouwbaarheid, veiligheid, en contact. Dishion en Patterson (2006) beschrijven in hun onderzoek dat opvoedingsvaardigheden zoals controle en disciplineren, positieve aanmoediging, betrokkenheid en consistentie voorspellers zijn van minder agressief- en risicovolgedrag bij kinderen. Belsky (1993) onderstreept daarbij dat slechte opvoedingsvaardigheden een risico vormen voor kindermishandeling.

Bij het opstellen van een behandelperspectief wordt over het algemeen geen rekening gehouden met de ervaring van het gezin met eerdere hulpverlening. Onderzoek toont echter aan dat gezinnen met meervoudige complexe problemen vaak negatieve ervaringen hebben met de hulpverlening, wat leidt tot vermindering van zorg en/of zorgverlamming bij de hulpverleners (van Assen et al, 2020; Tausenfreund et al., 2016).

Het circumplex model van huwelijks- en familiesystemen (Olson, 2000) beschrijft drie fundamentele dimensies die van invloed zijn op het gezinsfunctioneren, namelijk: gezinscohesie, flexibiliteit en communicatie. Gezinscohesie verwijst naar de emotionele band tussen gezinsleden en onderzoekt hoe gezinssystemen de balans vinden tussen afstand en saamhorigheid onder de gezinsleden. Flexibiliteit richt zich op aspecten zoals leiderschap, onderhandelingsstijlen, rolrelaties en relatierregels, waarbij het evenwicht tussen stabiliteit en verandering binnen het gezinssysteem centraal staat. De derde dimensie, communicatie, bestudeert diverse aspecten waaronder luistervaardigheid, spreekvaardigheid (niet voor anderen spreken), het delen van gevoelens, het vasthouden aan het onderwerp, duidelijkheid, respect en aandacht. Uit de interviews is gebleken dat een aantal van deze aspecten niet worden meegewogen in het behandelperspectief.

Naast deze drie dimensies is vanuit het ecologische model van Bronfenbrenner (1979) bekend dat het mesosysteem, bestaande uit interacties tussen microsystemen zoals de familie, de wijk, de vriendenkring en school, invloed kunnen uitoefenen op het individu en daarmee op het functioneren van het gezin. Onderzoek van Brown, Orsi en Chen (2019) wijst uit dat de omgeving en omgevingsfactoren een aanzienlijke rol kunnen spelen bij een mogelijke terugval in de hulpverlening na een vorm van residentieel verblijf. Dit benadrukt het belang van het betrekken van de omgeving tijdens de gezinsopname.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de praktijk

Voor vervolgonderzoek wordt aanbevolen om een grotere en meer gevarieerde steekproef te gebruiken en het perspectief van meerdere hulpverleners te belichten. Daarnaast wordt geadviseerd om gezinnen met een advies voor uithuisplaatsing of terugplaatsing van de kinderen te includeren. De besluitvorming omtrent het behandelperspectief berust momenteel grotendeels op het inschattingsvermogen van de hulpverlener die de gezinsopname begeleidt. Een aanbeveling is om dieper in te gaan op het tot stand komen van de besluitvorming en om alle interne en externe factoren te identificeren die van invloed kunnen zijn op dit proces (Bauman, 2011).

In het kader van het behandelperspectief wordt geadviseerd om meer vanuit de theorie te kijken welke factoren een rol spelen in het gezinsfunctioneren en deze factoren vervolgens mee te wegen in het behandelperspectief. In de huidige behandelperspectieven wordt onvoldoende rekening gehouden met de drie eerdergenoemde dimensies van Olson (2000), de sociale context, de ouder-kind relatie en ervaringen met eerdere hulpverlening. Daarnaast wordt geadviseerd om meerdere opvoedingsvaardigheden mee te wegen, zoals beschreven in het onderzoek van Dishion en Patterson (2006).

Hoewel nader onderzoek noodzakelijk is, biedt dit onderzoek waardevolle inzichten in de factoren die worden meegewogen bij het opstellen van een behandelperspectief tijdens een gezinsopname bij Mereo. Het draagt bij aan een beter begrip van effectieve hulpverlening aan gezinnen met meervoudige complexe problemen en biedt een basis voor verdere ontwikkeling en verbetering van de kortdurende gezinsopname als interventie.

Bronnenlijst

Addink, A., Geurts, E., Haspels, M., Lange, M. de (2015). Richtlijn residentiële jeugdhulp. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.

Asif, N., Breen, C., & Wells, R. (2023). Influence of placement stability on developmental outcomes of children and young people in out-of-home care: Findings from the Pathways of Care Longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 106145.

Assen, A., van. Knot-Dickscheit, J., Post, W. M., & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114,

Avellar, S. A., Thomas, J., Kleinman, R., Sama-Miller, E., Woodruff, S. E., Coughlin, R., & Westbrook, T. R. (2016). External validity: the next step for systematic reviews? *Evaluation Review*, 41(4), 283–325.

Bartelink, C., ten Berge, I., van Vianen, R. (2017) Richtlijn uithuisplaatsing. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.

Bartelink, C. (2011). Uithuisplaatsing: Wat werkt?

Baumann, D. J., Fluke, J. D., Dalglish, L., & Kern, H. D. (2013). The Decision-Making ecology. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 24–38). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199973729.003.0002>

Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413–434.

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis Psychotherapy*. New York: Grove Press.

Bodden, D., & Dekovic', M. (2010). Multiprobleemgezinnen ontrafeld [Multi-problem families unraveled]. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek*, 49(6), 259–271.

Boeije, H. (2002). A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews. *Quality & Quantity* 36, 391–409.

Boszormenyi-Nagy, I. (1987). Foundations of contextual therapy: Collected papers of Ivan Boszormenyi-Nagy, MD.

Bronfenbrenner, U. (1979) Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Dev Psychol.*;22: 723-742.

Brown, S. M., Orsi, R., & Chen, P. C. B. (2019). Child, family, and case characteristics associated with reentry into Out-of-Home care among children and youth involved with child protection services. *Child Maltreatment*, 25(2), 162–171.

Dam, C. van & Haaf, N. ten (1999). Besluitvorming bij uithuisplaatsing. Een evaluatieonderzoek naar het functioneren van een instrument om de kwaliteit van besluitvorming bij uithuisplaatsing te verbeteren. Utrecht: SWP.

Dishion, T. J., & Patterson, G. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 503–541). New York: Wiley.

Ellis, A., & Joffe-Ellis, D. (2019). Rational emotive behavior therapy (Second, Ser. Theories of psychotherapy series). American Psychological Association.

Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child Development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396.

Flick, U. (Ed.) (2000). *Episodic interviewing*. SAGE Publications Ltd.

Ghandour, R., Sherman, L., Vladutiu, C., Ali, M., Lynch, S., Bitsko, R., Blumberg, S. (2019). Prevalence and Treatment of Depression, Anxiety, and Conduct Problems in US Children. *J Pediatr*. 206: 256-267.

Hermanns, J., Klap, A., Smit, K., & Zwart, A. (2012). Wraparound Care in de jeugdzorg. Implementatie van Intensieve Pedagogische Thuis hulp. SWP.

Interventiebeschrijving Mereo, (2022).

Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (Eds.). (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: theorie en praktijk*. Lemniscaat.

Leung DW, Slep AM. Predicting inept discipline: The role of parental depressive symptoms, anger, and attributions. *J Consult Clin Psychol*. 2006 Jun;74(3):524-34.

Lewin, K. (1946). Behavior and development as a function of the total situation. In L. Carmichael (Ed.), *Manual of child psychology* (pp. 791–844). John Wiley & Sons, Inc.

Mehlkopf, P.J. (2008a). Een kwestie van goed regelen: Over multiprobleemgezinnen, coördinatie van zorg en gezinscoaching. handreiking bij implementatie. Gouda, The Netherlands: JSO Expertisecentrum voor Jeugd, Samenleving en Opvoeding.

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167.

Steege, M. van der (2009). Multiprobleemgezinnen. In *Handboek kinderen en adolescenten: problemen en risicosituaties*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G.C., Knorth, E.J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services, *Child & Youth Services*, 37:1, 422.

Veerman, J. W.; van Yperen, T. A. (2007). Degrees of Freedom and Degrees of Certainty: A Developmental Model for the Establishment of Evidence-Based Youth Care. *Evaluation and Program Planning*, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 212–221.

Verenigde Naties. (1994). Verdrag inzake de rechten van het kind ([Rev. ed.]).

Vinnerljung, B., & Sallnäs, M. (2008). Into adulthood: A follow-up study of 718 young people who were placed in out-of-home care during their teens. *Child & Family Social Work*, 13(2), 144–155

Vischer, A-F. W. K., Knorth, E. J., Post, W. J., Knot-Dickscheit, J., Mulder, J. M. V., & Grietens, H. (2019). Het Expertisecentrum voor Behandeling en Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie: het belang van een tijdige beslissing over de beste plek voor het kind. In J. Knot-Dickscheit, & E. J. Knorth (editors), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (blz. 426-438). (Ortho-Reeks). Lemniscaat.

Walsh, W. M., & Keenan, R. J. (1997). Narrative family therapy. *The Family Journal*, 5(4), 332–336.

Internetbronnen

<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/44/36-duizend-jongeren-in-de-jeugdhulp-slapen-niet-thuis>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/85099NED>

<https://www.nji.nl/cijfers/jeugdzorg>

<https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/jeugdhulp-2022/inleiding>