

Op weg naar het personaliseren van Intensieve Ambulante Interventies voor Gezinnen met Meervoudige en Complexe Problemen

Femke Veenstra, S4986253

Masterthese Orthopedagogiek, PAMA 5166.2024-2025

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

1^e beoordelaar: Dr. J. Knot-Dickscheit

2^e beoordelaar: Dr. A.E. Zijlstra

30-05-2025

Woorden: 10438

Samenvatting

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) kampen met een opeenstapeling van uitdagingen op verschillende levensdomeinen, wat leidt tot verhoogde risico's op uithuisplaatsing, psychische belasting en intergenerationele problematiek. Intensieve ambulante interventies (IAI), zoals Parent Management Training Oregon (PMTO) en Specialistische Ambulante Gezinshulp (SAG), zijn ontwikkeld om deze gezinnen ondersteuning op maat te bieden. Toch blijkt in de praktijk dat duurzame verandering lastig te realiseren is, onder andere doordat hulp soms onvoldoende aansluit bij de specifieke situatie en behoefte van het gezin. In dit kwalitatieve onderzoek is verkend hoe hulpverleners binnen PMTO en SAG beslissingen nemen over het inzetten van interventie-elementen. Acht hulpverleners zijn via semigestructureerde interviews bevraagd over hun afwegingen en ervaringen in het werken met GMCP. De interviews zijn thematisch geanalyseerd, waarbij is gekeken naar patronen in besluitvorming, afstemming en de ruimte die hulpverleners ervaren binnen de methodiek. Uit de resultaten blijkt dat besluitvorming geen eenmalig proces is, maar een voortdurende afstemming, mede op basis van veiligheid, draagkracht en samenwerking met ouders. SAG-hulpverleners ervaren veel ruimte om de interventie aan te passen aan het gezin, bijvoorbeeld in volgorde, tempo of inhoud. Binnen PMTO biedt de vaste structuur houvast, maar vraagt het om zorgvuldige afstemming op de behoeften van het gezin. Hulpverleners geven aan daarin ruimte te zoeken om toch recht te doen aan de specifieke situatie. De resultaten bieden aanknopingspunten om hulpverleners beter te ondersteunen in het maken van keuzes op maat. Vervolgonderzoek kan zich richten op de ervaringen van gezinnen bij deze afwegingen.

Abstract

Families facing multiple and complex problems (FMCP) often deal with an accumulation of challenges across various life domains, leading to increased risks of out-of-home placement, psychological strain, and intergenerational issues. Intensive ambulatory interventions (IAIs), such as Parent Management Training Oregon (PMTO) and Specialistische Ambulante Gezinshulp (SAG), have been developed to provide tailored support to these families. However, in practice, achieving sustainable change remains challenging, partly because the support does not always align with the specific needs and context of the family. This qualitative study explored how practitioners within PMTO and SAG make decisions about the use of intervention elements. Eight practitioners were interviewed using semi-structured interviews about their considerations and experiences working with FMCP. The interviews were thematically analyzed, focusing on patterns in decision-making, alignment with families, and the perceived flexibility within each method. The findings show that decision-making is not a one-time event, but a continuous process of adjustment based on child safety, parental capacity, and collaboration. SAG practitioners reported considerable freedom to tailor the intervention to the family, for example in sequence, pacing, or content. Within PMTO, the structured nature of the method offers support, but requires careful alignment with the family's situation. Practitioners indicated they seek room within these structures to respond to the specific context of the family. These findings offer insights into how practitioners can be better supported in making tailored decisions. Future research may focus on the perspectives of families themselves in relation to these professional choices.

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	2
ABSTRACT	3
INHOUDSOPGAVE	4
INLEIDING	5
METHODE	9
SETTING	9
ONDERZOEKSDESIGN	9
STEEKPROEF	10
INSTRUMENTEN	11
PROCEDURE	11
ANALYSE	12
RESULTATEN	12
PARTICIPANTEN	12
BESLUITVORMING	13
AFSTEMMING OP HET GEZIN	18
MAATWERK BINNEN VASTE KADERS	21
DISCUSSIE	25
STERKE EN ZWAKKE PUNTEN	28
AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK	29
LITERATUURLIJST	31
BIJLAGE 1: INTERVIEWLEIDRAAD	36
BIJLAGE 2: CODEBOEK	38

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) worden gekenmerkt door een opeenstapeling van problemen op verschillende levensgebieden (Van Assen et al., 2022; Tausendfreund et al., 2016). De opeenstapeling van problemen manifesteert zich op diverse gebieden, zoals kindfactoren (internaliserende en externaliserende problematiek), ouderfactoren (psychische of psychosociale problemen), gezinsfunctioneren (conflicten, communicatieproblemen), opvoedingsfactoren (inconsistentie, overbescherming), contextuele factoren (slechte huisvesting, financiële problemen), sociaal netwerkfactoren en hulpverleningsfactoren (Deković & Bodden, 2019). De combinatie van deze problemen bij GMCP hebben grote consequenties voor de maatschappelijke participatie, gezondheid en het welzijn van de gezinsleden (Evenboer et al., 2019). Deze opeenstapeling van problematiek ondermijnt niet alleen de stabiliteit van het gezin, maar ook de kans op een uithuisplaatsing van kinderen wordt aanzienlijk vergroot (Van Assen et al., 2020; Visscher et al., 2020).

GMCP worden vaak geconfronteerd met structurele armoede, financiële onzekerheid en trauma's uit het verleden, wat kan leiden tot chronische stress en een verhoogde psychische belasting voor ouders (Deković & Bodden, 2019). Deze voortdurende stress beïnvloedt niet alleen het welzijn van ouders, maar belemmert ook hun vermogen om emotioneel beschikbaar te zijn voor hun kinderen. Binnen deze gezinnen zijn sociale relaties vaak ontwricht, zowel binnen het gezin als daarbuiten, en is er sprake van complexe interactiepatronen die het oplossen van problemen bemoeilijken (Van Assen et al., 2019). Dit leidt ertoe dat kinderen niet op de juiste ondersteuning van ouders kunnen rekenen, wat kan resulteren in een ongezonde hechtingsrelatie (Capaldo & Perella, 2018). De gevolgen hiervan werken vaak intergenerationeel door: kinderen die zelf een onveilige hechting ontwikkelen, hebben later in hun leven mogelijk moeite om responsief te zijn voor hun eigen kinderen, waardoor de vicieuze cirkel van chronische en intergenerationele problematiek in stand blijft (Overbeek et al., 2021). De samenhang tussen de verschillende risicofactoren in een GMCP leidt tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychische, cognitieve en sociaal-emotionele problemen bij kinderen (Kolthof et al., 2014; Suor et al., 2017; Deković & Bodden, 2019). Omdat de problematiek zich op meerdere levensgebieden manifesteert en vaak doorwerkt over generaties heen, is het bieden van effectieve hulpverlening aan deze gezinnen een complexe uitdaging.

Vanwege de complexe problematiek in deze gezinnen blijken reguliere interventies vaak onvoldoende effectief in het duurzaam verbeteren van hun welzijn (Van Assen et al., 2021). Om aan de behoeften van GMCP te voldoen, zijn er verschillende intensieve

ambulante interventies (IAI) ontwikkeld. Deze interventies zijn ontworpen met het doel om het gezinsfunctioneren te versterken, uithuisplaatsing van kinderen te voorkomen, en gedragsproblematiek bij kinderen te verminderen (Van Assen et al., 2021; Visscher et al., 2020). De verschillende interventies vertonen overlappende kenmerken, zoals zorgverlening in de thuissituatie van het gezin, een focus op het gezin als geheel, hoge intensiteit, inzet van hulpverleners die zich kunnen aanpassen aan de specifieke behoeften van het gezin, en een kleine caseload van de hulpverleners (Van Assen et al., 2020). Evenboer et al. (2019) heeft een systematische review uitgevoerd waarin 30 IAI werden onderzocht. Hieruit is gebleken dat acht IAI een matige effectgrootte hadden van minimaal 0.5 op kernuitkomsten zoals opvoedingsstress of probleemgedrag van het kind. Vier van deze interventies, Multidimensionale Gezinstherapie (MDFT), Multi-Systemische Therapie (MST), Oudermanagementtraining Oregon (PMTO) en Triple P (niveau 4 en 5), zijn ontwikkeld voor gezinnen met zware opvoedproblemen. De overige vier interventies, Families First (FF), Intensieve Ambulante Gezinsondersteuning (IAG), Families First (FF), 10 voor de Toekomst (10vT) en Gezin Centraal, richten zich specifiek op GMCP.

Hoewel een aantal IAI's gericht zijn op het verbeteren van de situatie van GMCP, blijkt hun effectiviteit wisselend te zijn (Van der Pol, 2017; Van der Stouwe et al., 2014). Sommige studies laten verbeteringen zien in gedragsproblemen bij kinderen na het volgen van een IAI (Van Assen et al., 2020). Bij IAG wordt bijvoorbeeld gerapporteerd dat ouders minder opvoedstress ervaren en zich sterker voelen in hun rol (Damen et al., 2021). In praktijkonderzoek naar PMTO geven ouders bovendien aan dat het gedrag van hun kind verbetert en dat zij meer vertrouwen krijgen in hun opvoedaanpak (PI Research, 2023). Hoewel interventies zoals IAI resulteren in een afname van gedrags- en opvoedingsproblemen, blijft de problematiek bij jeugdigen en ouders na afloop van de behandeling vaak aanwezig. Dit duidt op een beperkte langdurige effectiviteit, ondanks de gemeten verbeteringen tijdens de interventie (Al et al., 2012; Veerman & De Meyer, 2015; Van Assen et al., 2020).

Voor het uitblijven van (langdurige) effecten zijn diverse mogelijke oorzaken aan te wijzen. Factoren zoals een gebrek aan motivatie bij gezinnen, onvoldoende aandacht voor de behoeften van het kind en inconsistentie in de uitvoering van interventies dragen hieraan bij (Schout et al., 2011; Alberth & Bühler-Niederberger, 2015; Visscher et al., 2020; Evenboer et al., 2018; Goense et al., 2016). Daarnaast worden GMCP door hulpverleners vaak als 'weerbarstig voor hulp' ervaren, wat zich uit in wantrouwen, zorg mijden, 'shoppen' bij verschillende hulpverleners en een lage motivatie om deel te nemen aan interventies (Van der

Steege, 2019). Dit wantrouwen wordt vaak versterkt door eerdere negatieve ervaringen met hulpverlening, waardoor gezinnen sceptisch blijven over nieuwe trajecten (Tausendfreund et al., 2016). De Richtlijn Gezinnen met Meervoudige en Complexe Problemen (2024) benadrukt dat het herstellen van vertrouwen een cruciale factor is voor succesvolle ondersteuning.

Naast deze inhoudelijke uitdagingen stuiten zorgverleners ook op structurele knelpunten bij het bieden van passende hulp. De complexiteit van de situatie leidt tot drie belangrijke typen problemen: organisatorische problemen, tekortkomingen in het ontwerp van interventies en knelpunten in de professionele relatie (Ghesquière, 1993). Een veelvoorkomend organisatorisch probleem is de gebrekkige coördinatie tussen hulpinstanties, wat kan resulteren in versnipperde zorg en een gebrek aan samenhang in de ondersteuning (Van der Steege, 2019). Daarnaast ligt er een risico bij het ontwerpen van interventies, waarbij de complexiteit van gezinsproblematiek soms wordt onderschat. Hulp die zich richt op één specifiek probleemgebied schiet vaak tekort in het meenemen van de samenhang tussen verschillende levensdomeinen, waardoor de effectiviteit van de interventie beperkt blijft (Tausendfreund, 2016). Tot slot kan een lange voorgeschiedenis met hulpverlening leiden tot gevoelens van wantrouwen, angst of vijandigheid bij gezinnen, wat een succesvolle samenwerking met hulpverleners bemoeilijkt (Tausendfreund, 2016). Het beschikken over de juiste vaardigheden en benaderingswijze is daarom essentieel voor zorgverleners die met GMCP werken (Van der Steege, 2019).

Om meer inzicht te krijgen in wat wel en niet werkt binnen IAI, kan het van belang zijn om te kijken naar de specifieke werkzame elementen die in deze interventies worden ingezet (Visscher et al., 2020). Visscher et al. (2018) brachten de werkzame elementen van verschillende IAI's in kaart en bundelden deze in een overzichtelijke taxonomie voor hulpverleners. Deze taxonomie biedt inzicht in welke elementen in de praktijk worden ingezet bij GMCP. Belangrijke werkzame elementen zijn onder andere 'inventariseren en ordenen van informatie', 'planning en evaluatie', 'werken aan verandering' en 'leren van opvoedingsvaardigheden'. Daarnaast spelen 'ondersteuning bij taken', 'activeren van sociale en professionele netwerken' en 'onderhouden van samenwerking' een rol (Visscher et al., 2018). Inzicht in deze elementen helpt bij het gericht inzetten van interventies en kan bijdragen aan een duurzamer effect van IAI bij GMCP. Deze elementen kunnen worden onderverdeeld in structuurelementen en praktijkelementen. Structuurelementen hebben betrekking op de manier waarop de interventie is georganiseerd, zoals de duur en intensiteit van de hulpverlening, en de aanwezigheid van supervisie en intervisie voor professionals.

Praktijkelementen daarentegen gaan over de inhoud van de interventie zelf, bijvoorbeeld de gebruikte technieken of werkvormen (Lee et al., 2014).

Het onderzoek van Visscher et al. (2020) toont aan dat de verschillende elementen niet altijd even vaak worden ingezet. De meest aangeboden elementen vielen onder 'leren van opvoedvaardigheden', 'planning en evaluatie', 'probleemverkenning', 'werken aan verandering' en 'onderhouden van de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener'. Terwijl de elementen die vielen onder 'helpen met concrete behoeften' en 'activeren van het sociale netwerk' het minst vaak werden aangeboden. GMCP hebben baat bij het oefenen van vaardigheden en strategieën die hun empowerment versterken (Damen et al., 2021, Visscher et al., 2020). Toch wordt juist het oefenen van vaardigheden minder aangeboden binnen deze interventies (Tausendfreund et al., 2015, Visscher et al., 2019) en worden veelvuldig instructies gegeven (Visscher et al., 2019).

Hoewel verschillende werkzame elementen van IAI's zijn geïdentificeerd, is er nog weinig bekend over hoe en waarom hulpverleners beslissen welke elementen in te zetten bij een specifiek gezin. Dit gebrek aan inzicht belemmert mogelijk een effectieve afstemming van hulp op de behoeften van GMCP (Visscher et al., 2020). De afstemming op de behoeften begint met het actief betrekken van ouders in het hulpverleningsproces, zodat de geboden ondersteuning zo goed mogelijk aansluit bij hun situatie en wensen (Richtlijn Samen Beslissen Over Passende Hulp, 2024). Volgens de Richtlijn Samen Beslissen Over Passende Hulp (2024) is hulp effectiever als gezinnen en jeugdprofessionals investeren in een goede samenwerking, waarbij er samen tot een beslissing wordt gekomen over passende hulp in het gezin. Ouders en jongeren kunnen alleen als gelijkwaardige partners meedenken en deelnemen wanneer zij goed geïnformeerd zijn. Een gezamenlijk opgesteld gezinsplan biedt structuur en samenhang en dient als leidraad voor het gewenste veranderingsproces binnen het gezin. Voor een blijvend effect is het van belang dat alle betrokkenen een gezamenlijke visie ontwikkelen op de vragen en/of uitdagingen (Richtlijn Samen Beslissen Over Passende Hulp, 2024). Een voorbeeld hiervan is het gebruik van feedback-informed personaliseren van interventies, waarbij de hulpverlener feedback van ouders gebruikt om de interventie op hun behoeften aan te passen (Tam & Ronan, 2017; Bodden et al., 2020). Dit houdt in dat er samen met het gezin wordt besloten welke elementen van interventies voor hun helpend kunnen zijn en toegepast zullen worden (Da Silva, 2023).

Hulpverleners hebben een belangrijke taak om in te schatten welke elementen van een IAI het beste bij het gezin zullen aansluiten. Dit vraagt om klinische en wetenschappelijke kennis van de hulpverleners. Er is echter nog weinig bekend over hoe het beslissingsproces

van hulpverleners verloopt, omdat deze beslissingen niet altijd door hulpverleners worden gedocumenteerd (Venturo-Conerly et al., 2013). Meer inzicht in deze beslissingsprocessen kan helpen om interventies te optimaliseren en zou ertoe kunnen leiden dat GMCP de ondersteuning krijgen die het best aansluit bij hun complexe behoeften. Dit onderzoek richt zich op het in kaart brengen en analyseren van de beslismomenten van hulpverleners die werken met IAI bij GMCP, met als doel inzicht te bieden in de afwegingen en keuzes die zij maken tijdens deze processen. Hier volgen de volgende onderzoeksvragen uit:

- 1) Welke afwegingen en keuzes maken professionals in het beslisproces over het inzetten van elementen in gezinnen met meervoudige en complexe problemen?
- 2) Wat zou professionals kunnen helpen om interventies (nog beter) toe te kunnen spitsen op de wensen en behoeften van een gezin?

Methode

Setting

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen een jeugdzorginstelling in Groningen en bij een jeugdzorginstelling in Drenthe, waar een medestudent aanvullend onderzoek uitvoerde. De professionals die aan dit onderzoek deelnamen, werkten binnen de ambulante zorg van deze jeugdzorginstellingen. Beide instellingen zijn gespecialiseerd in het bieden van hulp aan GMCP en bieden verschillende ambulante programma's aan. Voor het onderzoek in Groningen werd ervoor gekozen om zich te richten op professionals die werkten binnen Parenting Management Training Oregon (PMTO) en Specialistische Ambulante Gezinsondersteuning (SAG). Hoewel beide interventies een IAI zijn, verschillen zij in opbouw, doelgroep en werkwijze. PMTO is een methodiek die zich richt op gezinnen met zware opvoedproblematiek, waarbij het zich richt op het versterken van opvoedvaardigheden van ouders door middel van gestructureerde, protocol gestuurde sessies met een vaste opbouw. Binnen SAG wordt gewerkt met de methodiek van Intensieve Ambulante Gezinsondersteuning (IAG), die meer ruimte biedt voor maatwerk en systemisch werken, waarbij de hulpverlening wordt afgestemd op de specifieke situatie van het gezin. IAG is een IAI ontwikkeld specifiek voor GMCP.

Onderzoeksdesign

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, werd er een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek had een exploratief ontwerp en richtte zich op het verkrijgen van diepgaand inzicht in de beslismomenten van hulpverleners. De data werden verzameld door

middel van semigestructureerde interviews, waarvoor vooraf een interviewleidraad werd opgesteld. Semigestructureerde interviews bieden de mogelijkheid om een flexibel interviewprotocol te hanteren, waardoor onderzoekers diepgaand kunnen doorvragen op de ervaringen, opvattingen en gevoelens van de respondenten (Adeoye-Olatunde & Olenik, 2021). De interviewleidraad bevatte alleen open vragen. Het stellen van open vragen is een belangrijk onderdeel van kwalitatief onderzoek, omdat ze de respondent de vrijheid geven om zijn of haar afwegingen en keuzes gedetailleerd te beschrijven, wat kan leiden tot het naar voren brengen van onvoorziene thema's en diepere inzichten (Denny & Weckesser, 2022). Er was ruimte om tijdens het interview door te vragen, afhankelijk van de antwoorden van de respondenten. Door middel van interviews werd er inzicht gecreëerd in de afwegingen en keuzes die hulpverleners maken in het beslisproces over het inzetten van bepaalde elementen.

Steekproef

De doelpopulatie van dit onderzoek bestond uit professionals werkzaam in de ambulante zorg binnen jeugdzorginstellingen in Groningen en Drenthe. De steekproef in Groningen omvatte hulpverleners die werken met de interventies SAG en PMTO. Deze interventies werden geselecteerd, omdat binnen de andere ambulante programma's al lopende onderzoeken plaatsvonden. Er is bewust gekozen voor interventies waarin op dat moment geen ander onderzoek liep, om de bereidheid van hulpverleners om deel te nemen te vergroten. De deelnemers zijn geselecteerd via doelgerichte steekproeftrekking, waarbij hulpverleners actief zijn benaderd door de onderzoeker en de gedragswetenschapper binnen de betrokken jeugdzorginstelling. Het streven was om minimaal acht participanten te interviewen, waarbij vier uit SAG en vier uit PMTO werden geselecteerd. Indien er meer dan acht hulpverleners reageerden, werden de eerste vier respondenten van PMTO en de eerste vier van SAG geselecteerd voor deelname. Bij een tekort aan respondenten binnen een van de ambulante programma's werd ervoor gekozen om een ongelijke verdeling toe te passen, zodat er alsnog minimaal acht respondenten deelnamen aan het onderzoek. Het aantal van acht deelnemers werd als voldoende beschouwd om een eerste exploratief inzicht te verkrijgen in de beslisprocessen van hulpverleners. Uiteindelijk waren er acht reacties vanuit SAG en vier vanuit PMTO. De eerste vier respondenten van SAG werden geselecteerd en uitgenodigd voor een interview. De respondenten vanuit PMTO waren bekend met de onderzoeker, die op het moment van dataverzameling ook stageliep bij deze organisatie. In het contact is bewust ingezet op een neutrale houding, en tijdens de interviews is benoemd dat deelname vrijwillig was en antwoorden vertrouwelijk verwerkt zouden worden.

Instrumenten

De interviews werden afgenomen aan de hand van een semigestructureerde interviewleidraad, die werd opgesteld door de twee onderzoekers (Groningen en Drenthe) op basis van relevante en in de inleiding besproken literatuur en de vooraf verworven praktijkkennis. In de interviewleidraad (Bijlage 1) kwamen verschillende thema's aan bod. Eerst werden een aantal inleidende vragen gesteld over de achtergrond van de respondent, waarna werd overgegaan op het onderwerp "beslissingen in de hulpverlening". Hierbij werden vragen gesteld over het proces van de hulpverlening en de manier waarop hulpverleners tot bepaalde keuzes kwamen. Vervolgens werd ingegaan op "afwegingen en keuzes in het beslisproces", waarbij respondenten werden gevraagd naar de overwegingen en factoren die een rol speelden bij het nemen van beslissingen over het inzetten van elementen in gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Tot slot werden vragen gesteld over de "professionalisering van de hulpverlening", waarbij werd onderzocht welke verbeterpunten hulpverleners zagen in het personaliseren van interventies bij GMCP.

Procedure

De deelnemers van het onderzoek werden eerst gecontacteerd via de gedragswetenschappers van de verschillende ambulante teams. De hulpverleners die interesse toonden in het onderzoek ontvingen een e-mail van de onderzoeker met daarin informatie over het onderzoek en een toestemmingsformulier. Na schriftelijke toestemming werd samen met de hulpverlener een geschikte datum voor het interview afgesproken. De hulpverleners kregen de keuze om het interview fysiek of online af te nemen. De interviews werden uitgevoerd in februari en maart 2025 en hadden een duur van 25 tot 35 minuten. De interviews werden opgenomen met een audio-app, zodat de gegevens later getranscribeerd en gecodeerd konden worden. De hulpverleners gaven hiervoor vooraf hun toestemming. Alle transcripten werden gepseudonimiseerd en opgeslagen op de y-schijf van de RUG en de audio opnames werden van de apparatuur verwijderd. Alleen de onderzoekers en de thesisbegeleiders hadden toegang tot deze opslag. Voor het onderzoek werd toestemming verleend door de Ethische Commissie van de RUG (PED-2324-S-0085). Het transcriberen is gedaan doormiddel van het programma F4transkript. Het programma maakt het makkelijker om geluidsfragmenten nauwkeurig uit te werken, doordat je het geluid kunt vertragen en handige sneltoetsen kunt gebruiken. Hierdoor verloopt het transcriberen sneller en overzichtelijker.

Analyse

Voor de analyse werd gebruikgemaakt van Thematische Analyse (TA) volgens het stappenplan van Braun en Clarke (2006), om verschillende thema's en patronen binnen de data te kunnen identificeren. In de eerste fase is gestart met het vertrouwd raken met de data door het transcriberen en herhaald lezen van de interviews. Vervolgens werden in de tweede fase codes opgesteld (Bijlage 2). In eerste instantie dienden de onderwerpen uit de interviewleidraad hierbij als uitgangspunt (deductief), maar tijdens het analyseren zijn ook nieuwe, open codes ontwikkeld en toegevoegd (inductief). In de derde fase zijn deze codes gegroepeerd in overkoepelende thema's. Daarna werd in de vierde fase gekeken hoe deze thema's zich tot elkaar verhielden en welke substructuren zichtbaar werden. In de vijfde fase zijn de thema's benoemd en gedefinieerd, waarbij terug werd gekeken naar de oorspronkelijke data om de thematische indeling te onderbouwen. In de laatste fase zijn de thema's samengebracht en uitgewerkt in de resultaten (Braun & Clarke, 2006). Voor het transcriberen en coderen van de interviews is gebruikgemaakt van het programma Atlas.ti.

Resultaten

Participanten

Aan dit onderzoek namen acht hulpverleners deel, waarvan vier werkzaam binnen de SAG-methodiek en vier binnen de PMTO-methodiek (Tabel 1). De functieduur van de hulpverleners varieerde van 2 tot 10 jaar, met een gemiddelde van 5,75 jaar en een standaarddeviatie van 2,92 jaar.

Tabel 1

	Interventie	Functieduur (in jaren)
Hulpverlener 1	SAG	10
Hulpverlener 2	SAG	8
Hulpverlener 3	PMTO	5
Hulpverlener 4	PMTO	2
Hulpverlener 5	SAG	4
Hulpverlener 6	PMTO	5
Hulpverlener 7	SAG	3
Hulpverlener 8	PMTO	9

Besluitvorming

Het thema *Besluitvorming* richt zich op de verschillende soorten keuzes die hulpverleners maken tijdens het uitvoeren van hun interventie. Deze keuzes kunnen variëren van praktische aanpassingen tot inhoudelijke beslissingen over het verloop van de behandeling. Binnen dit thema zijn vijf codes onderscheiden: 1) beslismomenten (N=7), waarin hulpverleners reflecteren op concrete momenten waarop zij moesten ingrijpen of hun aanpak bijstelden, 2) keuze in de behandeling (N=8), die gaat over de mate van vrijheid die zij ervaren in het bepalen van het type behandeling of methodiek, 3) keuze in interventie-elementen (N=8), waarbij hulpverleners afwegingen maken in welke onderdelen zij inzetten of aanpassen, 4) vrijheid in vormgeven interventie-inhoud (N=7), waarin hulpverleners beschrijven in hoeverre zij ruimte ervaren om de inhoud van de interventie aan te passen aan het gezin, en 5) heroverwogen keuzes (N=7), waarin zij eerder genomen beslissingen herzien op basis van de voortgang of gezinssituatie.

Beslismomenten

Uit de gesprekken met de hulpverleners kwamen verschillende momenten naar voren waarop zij bewust stilstaan bij beslissingen die van invloed zijn op het verloop van de behandeling (N=7). Deze beslismomenten kunnen betrekking hebben op uiteenlopende aspecten van het hulpverleningsproces. Op basis van de antwoorden blijkt dat hulpverleners op verschillende momenten en om verschillende redenen keuzes maken die richting geven aan de behandeling. Vijf hulpverleners (R1, R3, R5, R6 en R7) geven aan dat zij hun keuzes voornamelijk maken tijdens de multidisciplinaire overleggen met de gedragswetenschapper of in overleg met de casemanager. Dit zijn voornamelijk keuzes over veiligheid (R1, R3, R6 en R7) of het vroegtijdig beëindigen van de behandeling (R1, R3, R6 en R7).

R7: “ik heb nu een gezin die ik eigenlijk een beetje aan het afronden ben, want dat is echt een samengesteld gezin waarin stiefvader totaal niet wil meewerken (...) ik heb gezegd: wij gaan hiermee stoppen. Dan houdt het hier op. En dat stem ik af bijvoorbeeld, en als we dit soort keuzes hebben, dan stem ik dat af met de gedragswetenschapper.”

Keuzes over de inhoud van de behandeling worden vaak samen met ouders genomen, bijvoorbeeld tijdens een evaluatiemoment. Volgens enkele hulpverleners (R1, R6, R7) staan deze evaluaties in principe vast, maar kunnen ze wanneer nodig worden verplaatst. De hulpverleners die met PMTO werken (R3, R4, R6 en R8) gaven allemaal aan ook wekelijks te evalueren tijdens de sessie met ouders, voornamelijk gericht op de successen. Hier bespreken

zij hoe ouders erbij zitten. Volgens een hulpverlener (R6) worden deze momenten gebruikt om te beoordelen of ze nog op het juiste pad zitten met de ouders.

R6: "ja en dan doordat je dus wekelijks met elkaar zit en dat dat je die sessies ook elke keer weer terug kan kijken, want daar zie je natuurlijk ook veel dingen wel weten van hé op in houding. Hoe zitten ouders erbij? Hoe geconcentreerd zijn ze"

Keuzes over de behandeling

Ook komt naar voren dat hulpverleners regelmatig keuzes maken over de vorm, richting en het tempo van de behandeling (N=8). Deze keuzes worden vaak beïnvloed door de situatie, draagkracht en behoeften van het gezin waarmee zij werken. In de interviews worden verschillende factoren benoemd die deze keuzes richting geven.

Vijf hulpverleners (R1, R3, R5, R6 en R7) geven aan dat veiligheid binnen het gezin een belangrijke factor is bij het maken van keuzes in de behandeling. Zij beschrijven dat dergelijke situaties vragen om zorgvuldige afwegingen, waarbij regelmatig gebruik wordt gemaakt van de meldcode en overleg met een gedragswetenschapper. Een veelvoorkomende beslissing die hierbij wordt genomen is of de behandeling tijdelijk moet worden vertraagd. Hulpverleners geven aan dat er soms eerst gewerkt moet worden aan het herstellen van veiligheid, voordat andere interventies effectief kunnen worden ingezet.

R3: "Kijk je kan niet alles tegelijk aanpakken. Soms moet je eerst zorgen dat het veilig genoeg is, en dan pas verder."

Vier hulpverleners (R1, R4, R6 en R7) geven aan dat de mate van weerstand bij ouders invloed heeft op de manier waarop zij de behandeling vormgeven. De twee SAG-hulpverleners (R1 en R7) benoemen dat zij, wanneer ouders zich terughoudend of wantrouwend opstellen, er regelmatig voor kiezen om eerst te investeren in het opbouwen van vertrouwen. Deze keuze komt voort uit de overtuiging dat er pas effectief behandeld kan worden als er eerst sprake is van een goede werkrelatie (R7). Wanneer ouders bij aanvang van het traject een duidelijke hulpvraag formuleren, geeft een hulpverlener (R=1) aan dat er juist sneller met de behandeling gestart kan worden.

R1: "Als ik als bijvoorbeeld hele argwanende ouders zijn of hele gestuurde klanten, ja dan, dan ga ik juist eerder veel meebewegen en aansluiten en. Maar als het echt echt eigenlijk gewoon ouders zijn die heel duidelijke vragen hebben, dan kan je gewoon veel. Ja is eigenlijk ook best wel leuk, vind ik. Dan kan je gewoon veel sneller schakelen"

De PMTO- hulpverleners (R4 en R6) geven aan dat zij bij deze gezinnen soms de keuze maken om rustiger te starten en eerst vertrouwen op te bouwen, maar nooit de methodiek aanpassen.

Vijf hulpverleners (R4, R5, R6, R7 en R8) benoemen dat zij in sommige gevallen de keuze moeten maken om een behandeling tijdelijk te beëindigen of aan te passen. Deze beslissing hangt vaak samen met de draagkracht van ouders en hun mogelijkheden om deel te nemen aan de behandeling. In situaties waarin ouders overbelast zijn of onvoldoende ruimte ervaren, wordt er samen gekeken of de behandeling haalbaar is (R4, R5, R6 en R8). Een hulpverlener benoemt bijvoorbeeld dat zij ervoor gekozen heeft om iemand uit het netwerk mee te nemen in de behandeling, zodat de behandeling behapbaar werd voor moeder (R8). Soms wordt ervoor gekozen om eerst andere vormen van hulpverlening in te zetten, of om de behandeling tijdelijk stop te zetten (R4 en R6).

R6: “Nou, in dit geval heb ik het gewoon afgesloten. Want het past niet. (...) Er moet eerst iets anders gebeuren voordat ouders ruimte hebben voor deze behandeling”

Keuzes in interventie-elementen

Alle acht de hulpverleners geven aan dat zij in de behandeling regelmatig keuzes maken over welke interventie-elementen zij inzetten, in welke volgorde en met welk doel. Deze beslissingen worden beïnvloed door factoren als de draagkracht van ouders, de behoeften van het gezin, het verloop van de samenwerking en de ruimte binnen de methodiek om af te wijken van de standaardopbouw.

Twee hulpverleners vanuit SAG (R1 en R5) benoemen dat zij niet altijd de standaardvolgorde van de modules aanhouden, maar keuzes maken op basis van wat op dat moment passend is voor het gezin. Soms wordt bijvoorbeeld pas later gestart met bepaalde onderdelen, of juist iets overgeslagen wanneer dit onvoldoende aansluit bij de situatie.

R1: “Ja, dat kun je heel erg bezig met gewoon. Nou, ik wil jou ontmoeten en ik laat alle papieren wel even aan de kant. En eerst kennis maken. Ja.”

Specifiek benoemen de twee PMTO-hulpverleners dat er een standaard volgorde is van interventieonderdelen, maar dat hier ook onderdelen in toe te voegen zijn die niet voor elk gezin nodig zijn (R3 en R8). Zij geven aan dat aanvullende onderdelen zoals emotieregulatie, zicht en toezicht of samen problemen oplossen, alleen worden ingezet wanneer dat nodig blijkt op basis van observaties in de thuissituatie of signalen van ouders.

R3: “Je hebt een aantal vaste thema’s, maar je hebt ook een aantal thema’s die je zelf in kan zetten als dat gepast is. Zoals Zicht en Toezicht, Samen Problemen dat zijn

extra thema's die je dan inzet. Of emotieregulatie kan je ook nog wel echt verdieping in maken. Terwijl je dat bij andere gezinnen dat niet aan de orde laat komen."

Daarnaast benoemt een hulpverlener (R6) dat er bij PMTO wel gekeken wordt naar de intensiteit van een interventie-onderdeel om dit zo goed mogelijk op ouders aan te passen.

Alle acht geïnterviewde hulpverleners geven aan dat zij de vorm van interventies zoveel mogelijk afstemmen op de kenmerken en behoeften van het gezin. Deze afstemming vindt plaats op basis van factoren als het ontwikkelingsniveau van het kind, de belastbaarheid van ouders, de gezinssituatie en de voorkeuren van ouders.

R5: "Nou, dat is inderdaad. Neem de denkwijze inderdaad, hè? Ik bedoel zo'n multiproblem- of LVB-gezin, die moet je echt bij de hand pakken, want die moet je echt soms begeleiden en die moet je meenemen in de processen."

Meerdere hulpverleners (R2, R4, R5 en R6) geven aan dat deze keuzes essentieel zijn voor het creëren van draagvlak en het laten aansluiten van de behandeling bij de leefwereld van het gezin.

Bij de SAG-hulpverleners ligt de nadruk ook op het gebruik van visuele hulpmiddelen zoals een framework en tekeningen, waarmee ze de problematiek van het gezin concreet kunnen maken en tegelijkertijd de betrokkenheid van ouders vergroten. Afhankelijk van de behoeften van het gezin worden deze hulpmiddelen ingezet (R1 en R5)

R1: "Wij hulpverleners zijn heel sterk in het praten. En kunnen ook heel veel praten, maar ouders en voor ouders is dat niet altijd even helder. En ik denk dat de kracht ook vooral zit in het visualiseren, het tekenen, het samenspel, dat ik daar heel veel meer krachten zie."

Vrijheid vormgeven interventie-inhoud

In de interviews benoemen hulpverleners verschillende ervaringen met betrekking tot de ruimte die zij ervaren in het vormgeven van de inhoud van interventies. Waar sommigen spreken over grote vrijheid in hoe en wat zij aanbieden, geven anderen aan te werken binnen strakkere methodische kaders.

Verschillende SAG-hulpverleners (R1, R2 en R5) geven aan dat zij een grote mate van autonomie ervaren in hoe zij de inhoud van hun interventies vormgeven. Deze vrijheid gebruiken zij om aan te sluiten bij de taal, voorkeuren en het tempo van ouders. Zo noemt een van de hulpverleners het gevoel te hebben om te kunnen *freewheelen* in een gezin (R2). Binnen de module kun je volgens een hulpverlener (R7) keuzes maken in hoe je iets aanbiedt aan het gezin.

R5: "Ja, We hebben in principe alle vrijheid wat we hebben, alle vrijheid, hè? Dus zijn die niet niet dat dat we iets moeten inzetten. Dat hoeft in principe niet, hè? Dat is aan onszelf."

Volgens een van de hulpverleners (R2) is deze vrijheid nodig om zo goed mogelijk bij ouders aan te kunnen sluiten.

De PMTO-hulpverleners (R3, R4, R6 en R8) geven aan minder vrijheid te ervaren in de interventie inhoud, en behandelen in principe methodiek trouw. Zij benoemen dat de eerste fase van de behandeling vaststaat. Na ongeveer tien sessies wordt gekeken of aanvullende onderdelen, zoals zicht en toezicht of emotieregulatie, kunnen worden toegevoegd. De inhoud van deze thema's ligt echter vast en kan niet worden aangepast.

R4: "Nou ja en nee. Nee, weet je het het programma staat vast, Dat is onderzocht en daarvan weten we, dit werkt als we het op deze volgorde doen, dus dat staat in die zin nou best wel vast."

De vrijheid zit hem bij PMTO, volgens een hulpverlener (R8), veel meer in het stuk van aanpassen op micro-niveau in het gezin, waarin bijvoorbeeld een 'beloningskaart' wordt aangepast op een specifiek kind.

R8: "Dus als je kijkt naar de duidelijke instructie of de beloningskaart dan ga je wel kijken van wat is er voor dit kind met deze specifieke hulpvraag nodig. Dus welke kenmerken horen juist bij nou ja dit gezin en dit kind. Maar de strategieën zijn hetzelfde maar de invulling kan heel divers zijn. Dus wat bij het ene kind werkt dat je er naast gaat staan en geen oogcontact hebt is voor het andere kind wel fijn dat er oogcontact is. Dus het zit op de micro waar je eigenlijk de verschillen gaat aanleggen."

Hoewel de inhoud van de strategieën binnen PMTO vastligt, benoemen twee hulpverleners (R4 en R8) dat zij de toepassing ervan aanpassen aan de specifieke kenmerken van het gezin, zoals de gezinsdynamiek, de problematiek en de ontwikkeling van het kind.

Heroverwegen keuzes

Meerdere hulpverleners (R1, R2, R3, R4, R5, R7 en R8) bespreken situaties waarin zij eerdere behandelkeuzes tijdens het traject moeten heroverwegen. Het gaat hierbij om momenten waarop blijkt dat de oorspronkelijke aanpak niet (meer) passend is, bijvoorbeeld door onvoldoende effect, beperkte draagkracht bij ouders of veranderingen in de gezinssituatie.

Verschillende hulpverleners (R1, R2 en R7) geven aan dat zij de behandeling soms moeten aanpassen wanneer blijkt dat de draagkracht van ouders beperkt is. In plaats van door

te gaan op de ingeslagen weg, kiezen zij ervoor om eerst andere dingen in te zetten of terug te gaan naar de basis.

R1: “Ja, dan moet je ook eerst weer andere dingen inzetten. Dan moet je eigenlijk weer terug eigenlijk weer een beetje aan de tekentafel, hè?”

Een andere hulpverlener (R3) benoemt dat het vaardigheidsniveau van ouders een rol speelt in het heroverwegen van keuzes. Als ouders moeite hebben om gedrag of vaardigheden eigen te maken, kijkt de hulpverlener hoe dit anders ondersteund kan worden. Twee hulpverleners (R4 en R5) benoemen het belang van het aanpassen van de ingezette hulp wanneer deze onvoldoende blijkt aan te sluiten bij het gezin. Daarbij wordt gezocht naar mogelijke aanpassingen of andere oplossingsrichtingen. Een van hen (R4) noemt dit proces 'troubleshooten', waarbij samen met ouders wordt besproken wat de hulp tot nu toe heeft opgeleverd en wat mogelijkheden zijn voor het vervolg van de behandeling.

R4: “Ja, Dat is eigenlijk ook wel met dat troubleshoot, hè van dat je die beslissing heb je genomen om het op die manier te doen. En dan ja, als het blijkt dat het toch te uitdagend is of te makkelijk is, dan pas je hem wat aan.”

Afstemming op het gezin

Het thema *Afstemming op het gezin* beschrijft hoe hulpverleners tijdens de behandeling proberen aan te sluiten bij de specifieke behoeften en dynamiek van gezinnen.

De code *Behoeftebepaling start* (N=7) gaat over het samen met ouders verhelderen van hulpvragen en doelen aan het begin van de behandeling. *Betrekken van het gezin* (N=8) beschrijft hoe hulpverleners ouders actief betrekken bij keuzes in de behandeling, waarbij zij zoeken naar een balans tussen ruimte geven en professionele regie nemen. Bij *Balanceren tussen ouderwens en professionele koers* (N=4) geven hulpverleners aan hoe zij omgaan met situaties waarin ouderwensen niet volledig passen binnen methodische kaders. Tot slot benoemen zij bij *Uitdagingen bij afstemmen op het gezin* (N=7) de grenzen die zij ervaren in het personaliseren van de hulp bij complexe gezinssituaties.

Behoeftebepaling bij de start van de behandeling

In de interviews benoemen hulpverleners (N=7) hoe zij bij de start van de behandeling aandacht besteden aan het verhelderen van de hulpvraag en de behoeften van het gezin.

Verschillende hulpverleners (R1, R2, R5 en R6) geven aan dat het aan het begin van de behandeling niet altijd vanzelfsprekend is dat ouders een duidelijke hulpvraag kunnen formuleren. Dit verschilt per gezin en heeft volgens hen invloed op hoe het starttraject wordt ingevuld. Het vraagt van hulpverleners dat zij samen met ouders verkennen waar de behoeften liggen, zodat de ondersteuning zo goed mogelijk kan aansluiten. Een van de hulpverleners

(R5) benoemt dat zij soms door middel van gesprekken of observaties moet achterhalen wat gezinnen daadwerkelijk nodig hebben, en dat er ruimte moet zijn om deze hulpvragen gaandeweg verder te verduidelijken.

Naast het onderzoeken van de hulpvragen, benoemen een aantal hulpverleners (R3, R4 en R8) ook het belang van samen doelen opstellen. Hierbij is het uitgangspunt dat doelen aansluiten bij de eigen wensen en mogelijkheden van het gezin.

R1: "Nou ja eigenlijk wel allemaal tools om het gezin te laten vertellen wat zij belangrijk vinden, hè, waar hun doelen liggen. En dan ja gaandeweg gaan we dan een beetje kijken wat voor hun relevant is."

Een hulpverlener (R4) benoemt dat de start van de behandeling binnen PMTO een vaste structuur kent, maar de wijze waarop gestart wordt wel kan verschillen afhankelijk van het gezin. Zo kan er worden gekozen om extra observaties in te zetten of het tempo aan te passen aan de situatie van het gezin.

R4: "Ja, Dat is eigenlijk wel vaak hetzelfde, omdat we wel altijd beginnen... ja, PMTO is dus inderdaad wel zo ingedeeld, dus we weten altijd wel hoe dat eruit gaat zien. Maar bij het ene gezin doen we bijvoorbeeld nog een extra observatie in de thuissituatie. Of zien we het kind iets vaker. Dat is per gezin verschillend."

Betrekken van het gezin

Alle hulpverleners (N=8) gaven aan dat zij het belangrijk vinden om gezinnen actief te betrekken bij het behandelproces. Hulpverleners proberen ouders mee te nemen in de keuzes die zij maken en streven naar een gezamenlijke aanpak die aansluit bij de wensen en behoeften van het gezin.

De SAG-hulpverleners (R1, R2, R5 en R7) benadrukken het belang van gezamenlijke besluitvorming, waarbij ouders de ruimte krijgen om mee te denken, maar de hulpverlener zo nodig de regie neemt. Dit versterkt volgens hen het vertrouwen van ouders in het proces.

R5: "Ze hebben wel die vrijheid om er wat aan te doen, ik leg het ook bij hun neer. Mocht het niet gebeuren dan heb ik wel weer de regie ja."

De PMTO-hulpverleners (R3, R4, R6 en R8) geven ook aan dat zij ouders zoveel mogelijk betrekken, maar binnen de vaste structuur van de methodiek. Er wordt aangesloten bij de behoeften van ouders, maar er zijn grenzen aan flexibiliteit binnen de methodiek. Hulpverlener R4 beschrijft dat ouders soms extra uitleg nodig hebben over de opbouw van de PMTO-behandeling, terwijl andere ouders hierin minder behoefte hebben.

R4: "Daar nemen we ouders ook wel een mee. Sommige ouders geven we al wat meer uitleg over nou zo gaat de PMTO-behandeling eruitzien. Terwijl dat bij andere ouders

is dat niet zo nodig, want dan beginnen we gewoon. Soms hebben ouders wel vragen van, oh, wanneer komen we dan?”

Hulpverlener 8 benoemt dat het daarom soms ook moeilijk is om volledig tegemoet te komen aan de wensen van ouders, wanneer deze niet passen binnen het standaard behandeltraject.

Balanceren tussen ouderwens en professionele koers

Verschillende hulpverleners (N=4) laten weten hoe zij in de behandeling soms moeten balanceren tussen de wensen of verwachtingen van ouders en hun eigen professionele inschatting of methodische richtlijnen. Hulpverleners beschrijven dat zij regelmatig afwegingen moeten maken over hoe zij omgaan met situaties waarin ouderwensen niet volledig overeenkomen met wat zij professioneel noodzakelijk achten.

Verschillende hulpverleners (R2, R5, R6 en R8) benoemen dat het soms voorkomt dat de wensen van ouders niet helemaal aansluiten bij de richtlijnen van de behandeling. Hoewel dit volgens hen niet vaak gebeurt, geven zij aan dat zij proberen ouders hierin zoveel mogelijk mee te nemen. Tegelijkertijd benoemen zij dat er momenten zijn waarop zij duidelijke grenzen moeten stellen of gemaakte keuzes moeten bijstellen. Daarnaast geven hulpverleners (R2 en R8) aan dat sommige ouders soms schrikken van de systemische insteek van de behandeling, waarbij niet alleen naar het gedrag van het kind wordt gekeken, maar juist naar de bredere gezinscontext.

R2: “Kijk, ik kom wel eens bij ouders en die die die schrikken wel eens van de als ik vertel wat het inhoudt dat er zoveel naar het systeem wordt gekeken naar hun dat zij zou zeggen. Maar kom jij niet mijn kind gewoon fixen, weet je?”

Daarnaast benoemt hulpverlener R6 dat richtlijnen en protocollen, zoals de meldcode kindermishandeling of de vaste structuur van een methodiek van bijvoorbeeld PMTO, invloed hebben op de ruimte om af te wijken van de standaard aanpak. Dit betekent dat professionele keuzes soms leidend moeten zijn, ook wanneer ouders daar moeite mee hebben.

R6: "En dat vanuit haar oogpunt snap ik dat zij, want haar verwachting was vooral gericht op het gedrag van het kind en niet zozeer op het systeem en hoe ouders ermee omgaan. Terwijl binnen PMTO ligt die nadruk juist op ouders, dus dan is dat wel een verschil."

Uitdagingen bij afstemmen op het gezin

In de interviews beschrijven verschillende hulpverleners (N=7) dat zij in de behandeling soms tegen grenzen aanlopen bij het afstemmen van hun hulp op de complexe dynamiek van gezinnen. Hulpverleners benoemen dat het streven naar maatwerk niet altijd eenvoudig is,

vooral wanneer er sprake is van langdurige problematiek, beperkte veranderbereidheid of ingewikkelde gezinsstructuren.

Meerdere hulpverleners (R1, R2, R5 en R7) geven aan dat zij het soms lastig vinden om echt volledig aan te sluiten op gezinnen met veel complexe problematiek. Zij benoemen dat het belangrijk is om systemisch te werken en het hele gezin in beeld te brengen, maar dat dit in de praktijk niet altijd haalbaar is.

R1: “Ik vind langdurig gezinnen vind ik soms wat lastiger vind niet echt van die hele dat ik denk nou, ik wil gewoon weer beweging in een doel krijgen”

Hulpverlener R2 benoemt dat het samenwerken met verschillende partijen rondom een gezin soms spanning oplevert, vooral in het behouden van vertrouwen bij ouders. Daarnaast geven hulpverleners (R5 en R6) aan dat weerstand bij ouders een belangrijke uitdaging vormt.

Hulpverlener R6 benoemt dat de wanhoop bij ouders soms zo groot is, dat het lastig is om via duidelijke instructies weer aansluiting te vinden.

R6: “Ja, soms zie je de wanhoop zo ik zou of dat je dan nog maar bij duidelijke instructie bent maar ouders zoveel nood hebben in de grenzen stellen of in emotieregulatie dat je. Nou ja, dat vind ik. Dan is dan soms best lastig, maar uiteindelijk komt dat.”

Maatwerk binnen vaste kaders

Het thema *Maatwerk binnen vaste kaders* richt zich op de manier waarop hulpverleners de effectiviteit van hun interventies bewaken en verbeteren, terwijl zij werken binnen vastgestelde methodische richtlijnen en protocollen. Hulpverleners beschrijven hoe zij zoeken naar flexibiliteit binnen deze kaders en reflecteren op mogelijkheden om de zorg verder te optimaliseren. Om zodoende beter aan te sluiten bij de behoefte van gezinnen. Binnen dit thema zijn vier codes onderscheiden: 1) *monitoring effectiviteit* (N=6), waarin hulpverleners beschrijven hoe zij de voortgang en effectiviteit van de behandeling volgen en waar nodig bijstellen, 2) *invloed van methodische kaders, richtlijnen en protocollen* op vormgeven behandeling (N=8), waarin wordt besproken hoe deze kaders richting geven aan het handelen, maar soms ook als beperkend worden ervaren, 3) *flexibiliteit binnen methodische kaders, richtlijnen en protocollen* (N=6), waarin hulpverleners beschrijven hoe zij zoeken naar ruimte om af te stemmen op het gezin binnen bestaande structuren, en 4) *verbetering van maatwerk* (N=4), waarin hulpverleners suggesties doen om interventies beter aan te laten sluiten op de behoeften van gezinnen.

Monitoring effectiviteit

In de interviews beschrijven hulpverleners (N=6) hoe zij tijdens de behandeling de effectiviteit van hun interventies monitoren. Hulpverleners benoemen dat evaluatie en reflectie belangrijke onderdelen zijn om tijdig bij te kunnen sturen en de kwaliteit van de behandeling te bewaken.

Zowel binnen SAG als binnen PMTO wordt de voortgang volgens de hulpverleners regelmatig besproken met ouders. Binnen SAG vindt dit bijvoorbeeld plaats door geplande evaluatiemomenten, waarbij na ongeveer een half jaar samen met ouders wordt gekeken naar de behaalde doelen en de verdere koers van de behandeling (R1). Naast deze formele momenten houden hulpverleners tijdens de behandeling ook informeel zicht op de voortgang, door successen en knelpunten actief te bespreken met ouders. Daarnaast benoemen hulpverleners (R2, R5 en R6) dat de gedragswetenschapper een belangrijke rol speelt in het monitoren van de effectiviteit. De gedragswetenschapper fungeert hierbij als sparringpartner en biedt ondersteuning bij het maken van beslissingen over het voortzetten, aanpassen of beëindigen van de behandeling.

R6: “En dan hebben we daar wel het gesprek over van joh, want de casemanager wilde dat ik bleef, want ja, dan was er zicht in het gezin, maar dan neem ik samen met de gedragswetenschapper wel het besluit van, hé, nee, maar bij PMTO gaat stoppen. We merken nu geen verandering meer. Er moet eerst andere dingen worden en dat er hulp in het gezin blijft is heel goed, maar dan moet het even op een andere manier.”

Verder wordt het gebruik van behandeldoelen genoemd als hulpmiddel om de voortgang zichtbaar te maken. Hulpverlener R4 geeft aan dat doelen tijdens evaluaties als referentiepunt dienen om samen met ouders te beoordelen of de behandeling effect heeft. Binnen PMTO is er daarnaast extra aandacht voor het monitoren van succeservaringen. Hulpverlener R3 benoemt dat in iedere sessie wordt stilgestaan bij de successen die ouders en kinderen behalen, waardoor er continu zicht is op de voortgang.

R3: “We zijn natuurlijk met PMTO wel heel erg bezig of gericht op op op successen hè? Dingen die lukken en Als we dus Als de dingen die je inzet als die succesvol zijn.”

Invloed van methodische kaders, richtlijnen en protocollen op vormgeven behandeling

Alle hulpverleners (N=8) geven aan dat richtlijnen, protocollen en methodische kaders invloed hebben op de manier waarop zij hun behandeling vormgeven. Hulpverleners beschrijven dat deze kaders zowel helpend kunnen zijn als beperkend in hun streven naar maatwerk.

Vanuit de SAG-hulpverleners (R1, R2, R5 en R7) wordt benoemd dat zij over het algemeen veel vrijheid ervaren in het opbouwen van hun behandeling. De modules binnen SAG fungeren als richtlijn, maar zijn niet altijd leidend. Hulpverlener R2 geeft aan dat wanneer het gaat om veiligheid, er wel gewerkt wordt volgens de meldcode en dat de gedragswetenschapper hierbij een ondersteunende rol speelt. Richtlijnen worden door deze hulpverlener vooral ervaren als hulpmiddelen om de behandeling zorgvuldig uit te voeren. Hulpverlener R5 bevestigt dit en benoemt dat richtlijnen juist steun kunnen bieden bij twijfel of complexe casuïstiek.

R5: "ja zeker ja, zeker in die richtlijnen die jou op helpen, zeker als je echt niet meer weet, dan moet je moet je richtlijn erbij pakken dan. Dan moet je wel een beetje of je ja of je op de goede weg bent. Daar kun je echt heel veel dingen uithalen, he."

Hulpverlener R7 geeft aan dat richtlijnen en protocollen in het dagelijkse werk weinig invloed hebben, behalve dat bepaalde onderdelen leiden tot extra administratief werk. Hulpverlener R1 benoemt dat protocollen vanuit de organisatie soms knellend kunnen zijn en de aansluiting bij gezinnen kunnen bemoeilijken. Ook wijst R1 erop dat veel werkwijzen nog individualistisch zijn opgebouwd, waardoor het lastig kan zijn om systemisch te werken.

R1: "Bij gezinsbehandeling eigenlijk gewoon alleen al een behandelplan klopt eigenlijk al niet hè, want die wordt al geschreven op aangemelde kind, terwijl het natuurlijk altijd een systemisch probleem is."

Binnen PMTO geven alle vier de hulpverleners (R3, R4, R6 en R8) aan dat de methodiek leidend is en hun behandeling sterk beïnvloedt. De vaste opbouw en werkwijze binnen PMTO worden als belangrijk en noodzakelijk gezien, mede vanwege de wetenschappelijke onderbouwing van de methodiek. Hulpverlener R8 benadrukt dat het belangrijk is om de methodiek trouw te blijven, juist omdat deze goed onderzocht en effectief bewezen is. Hulpverlener R6 geeft aan dat er ondanks de strakke kaders binnen PMTO nog wel ruimte is om binnen de sessies aan te sluiten bij de behoeften van ouders, zolang de kern van de methodiek behouden blijft. Ook benoemt hulpverlener R3 dat richtlijnen invloed hebben, maar dat het als hulpverlener belangrijk is om hierin een bewuste afweging te maken, eventueel ondersteund door een gedragswetenschapper.

R3: "Ja die neem ik wel mee. Het is een soort combinatie van wat je dan, ook wel intuïtie, maar ook inderdaad richtlijnen die je wel meeneemt of wel weer even scherp hebt. Deels beïnvloedt het je. En de methodiek natuurlijk wel heel erg voorop staat dat wat je gaat doen, dus dat beïnvloedt je wel heel erg in je werk."

Flexibiliteit binnen methodische kaders, richtlijnen en protocollen

Hulpverleners beschrijven op welke manier zij flexibiliteit proberen toe te passen binnen bestaande methodieken, richtlijnen en protocollen, vooral wanneer deze onvoldoende aansluiten bij de behoeften van het gezin. Hulpverleners beschrijven dat zij zoeken naar flexibiliteit binnen de bestaande kaders, maar soms ook de grenzen hiervan ervaren.

Hulpverlener R1 benoemt dat wanneer de richtlijnen te veel botsen met de behoeften van het gezin, er kritisch gekeken moet worden of de huidige behandeling nog passend is. Wanneer de ruimte voor maatwerk onvoldoende blijkt, kan het nodig zijn om te stoppen en te kijken naar andere vormen van hulp.

R1: “Ja dan dan dat dat schuurt dan wel, want ergens heb ik het wel al heel veel vrijheid en ook al heel veel aangepast. En dan is daar wel een beetje een grens, hè? Dan is het wel. Ja ja dit dit verkoopt deze winkel.”

Hulpverlener R2 geeft aan dat richtlijnen bedoeld zijn als sturingsmiddel, maar dat het belang van het gezin altijd voorop moet staan. Deze hulpverlener benoemt dat het belangrijk is om hierover actief af te stemmen, bijvoorbeeld met een gedragswetenschapper.

Bij de PMTO-methodiek geven hulpverleners (R3, R4, R6 en R8) aan dat zij soms ervaren dat de methodiek niet volledig aansluit bij de situatie van een gezin. In zulke gevallen wordt geprobeerd om de standaard PMTO-aanpak iets meer toe te spitsen op het gezin, bijvoorbeeld door het tempo aan te passen of de nadruk te verleggen binnen de standaard onderdelen. Echter geven zij ook aan dat de methodiek als geheel leidend blijft en dat structurele veranderingen in de opbouw niet plaatsvinden. Hulpverlener R8 benoemt dat zij ouders wel probeert te motiveren om de standaard PMTO-aanpak een kans te geven, maar dat het veranderen van de methodiek zelf niet aan de orde is.

R8: “Dan zal ik proberen het gezin te motiveren om het wel te doen. Dat is eigenlijk wat het is. En soms doe je net dan anders, maar in principe veranderen we de interventies niet.”

Verbetering voor maatwerk

Vier hulpverleners (R1, R5, R7 en R8) doen in de interviews suggesties om de geboden hulp beter af te stemmen op wat gezinnen nodig hebben. Hulpverleners geven aan dat samenwerking, kennisdeling en gerichtere voorbereiding belangrijke aandachtspunten zijn om de kwaliteit van hulp verder te verbeteren.

Hulpverlener (R5 en R7) benoemen dat meer samenwerking tussen collega's kan bijdragen aan effectievere hulpverlening. Hulpverlener R5 geeft aan dat het werken in duo's

voordelen biedt, omdat hierdoor beter inzicht kan worden verkregen in de gezinsdynamiek en er onderling gespard kan worden over de aanpak.

R5: “Lastige vraag, wat zou mij een beetje kunnen helpen? Ja, dan moet je, dan moet je met. Dat moet je met twee mensen dat gezin toe met hè? Dat zie je echt gewoon met collega’s. Daar moet niet alleen gaan doen, maar dan moet je met ja, dan moet. Je moet je gaan zorgen dat dat je met zijn tweeën inzicht van met zijn tweeën zie je. Veel meer kun je met de taken verdelen, kun je makkelijker met elkaar sparren.”

Hulpverlener R7 ervaart dat binnen organisaties vaak nog eilandjes bestaan, waarbij onvoldoende gebruik wordt gemaakt van elkaars expertise. Volgens deze hulpverlener zou meer organisatie-brede samenwerking de kwaliteit van maatwerk kunnen versterken.

Daarnaast benoemt hulpverlener R8 dat een nog specifiekere evaluatie van de behandeling kan bijdragen aan effectievere hulp. Binnen PMTO worden sessies standaard opgenomen, en hulpverlener R8 ziet hierin mogelijkheden om op basis van terugkijken van de opnames gerichter bij te sturen in de gezinnen. Hulpverlener R1 noemt het belang van een beter voorbereid voortraject. Hij stelt voor om gezinnen al vroeg te voorzien van een algemene oudertraining, zodat zij sneller een gemeenschappelijke taal ontwikkelen en de behandeling effectiever kan starten.

R1: “Ik heb wel eens gezegd dat Ik vind dat alle gezinnen die binnenkomen bij elke eigenlijk gewoon een algemene oudertraining moeten krijgen, zodat je sneller dezelfde taal spreekt en sneller tot een bepaalde diepte kan komen of heel erg gericht met dit stukje met hun bezig. En nu moeten ze eigenlijk ook die algemene. Sommige gezinnen moeten een beetje de algemene taal nog met mij gaan opzoeken dan.”

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de afwegingen en keuzes die hulpverleners maken tijdens het beslisproces over het inzetten van interventie-elementen binnen gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Daarnaast is onderzocht wat professionals nodig zouden kunnen hebben om deze interventies nog beter te laten aansluiten op de wensen en behoeften van het gezin.

In dit onderzoek is verkend op welke momenten hulpverleners keuzes maken in hun behandeling, en welke overwegingen hierbij een rol spelen. Uit de interviews komt naar voren dat deze keuzes vaak worden beïnvloed door factoren zoals draagkracht van ouders, veiligheid in het gezin en hoe de samenwerking met ouders verloopt. Hoewel dit per situatie

kan verschillen, wordt duidelijk dat besluitvorming meestal niet één vast moment is, maar eerder een proces waarin hulpverleners blijven meebewegen en bijstellen. Ook wordt zichtbaar dat hulpverleners binnen beide methodieken zoeken naar manieren om hun hulp aan te laten sluiten op wat gezinnen nodig hebben. Dit begint vaak al in de start van het traject, maar loopt ook door tijdens de rest van de behandeling. Daarbij maken ze keuzes over de inhoud en aanpak van de hulp, maar ook over hoe ze ouders meenemen in het proces. Tegelijkertijd geven hulpverleners aan dat volledige afstemming niet altijd haalbaar is. De ruimte voor maatwerk wordt soms beperkt door vaste werkwijzen, regels binnen de organisatie of de mate waarin ouders zelf actief betrokken kunnen zijn.

Uit de interviews bleek dat hulpverleners regelmatig afwegingen maken over hoe zij de behandeling vormgeven, waarbij keuzes over inhoud, tempo en volgorde vaak afgestemd worden op de situatie van het gezin. Deze afwegingen worden volgens de geïnterviewden veelal beïnvloed door factoren zoals de veiligheid van kinderen, de draagkracht en de betrokkenheid van ouders. Besluitvorming wordt daarbij niet beschreven als een eenmalige handeling, maar als een continu proces, waarin bijgestuurd wordt op basis van veranderingen in de gezinssituatie of nieuwe inzichten die tijdens de behandeling ontstaan. Dit sluit aan bij de Richtlijn Gezinnen met Meervoudige en Complexe Problemen (2024), waarin het belang wordt benadrukt van langdurige, intensieve zorg die afgestemd is op de behoeften en context van het gezin. Evaluatiemomenten met ouders en gedragswetenschappers worden in dit proces genoemd als belangrijke reflectiemomenten. Verschillende SAG-hulpverleners gaven aan dat zij soms onderdelen van de methodiek overslaan of pas later inzetten, wanneer deze op dat moment onvoldoende lijken aan te sluiten bij de situatie van het gezin. Vanuit de verschillende literatuur is dit logisch te verklaren, aangezien SAG meer gericht is op GMCP. GMCP hebben vanwege de complexe problematiek meer behoefte aan gepersonaliseerde hulp, waarbij gekeken wordt naar de specifieke behoeften per gezin (Evenboer et al., 2019, Richtlijn Samen Beslissen Over Passende Hulp, 2024). PMTO-hulpverleners benoemden daarentegen dat zij interventieonderdelen in principe niet overslaan, maar dat zij binnen de vaste opbouw met name variëren in tempo of accenten. Dit zou samen kunnen hangen met het meer strak omliggende karakter van de methodiek (Albrecht & PI Research, 2009). Albrecht & PI Research benoemen dat een gestructureerde aanpak en voortdurende kwaliteitsbewaking essentieel zijn voor het succes van PMTO. Hulpverleners uit zowel SAG als PMTO benoemden dat besluitvorming niet uitsluitend wordt gestuurd door de methodiek, maar ook samenhangt met professionele reflectie, overleg met collega's en samenwerking met ouders.

Tegelijkertijd gaven sommige hulpverleners aan dat niet alle beslissingen expliciet worden vastgelegd, waardoor besluitvorming soms ook impliciet of intuïtief verloopt.

Hulpverleners proberen hun aanpak af te stemmen op de wensen en mogelijkheden van gezinnen. Deze afstemming begint vaak al in de startfase van de behandeling, waar samen met ouders wordt gezocht naar hulpvragen en doelen, en blijft ook in latere fases belangrijk. Dit sluit aan bij de Richtlijn Samen Beslissen Over Passende Hulp (2024), waarin wordt benadrukt dat gedeelde besluitvorming bijdraagt aan effectievere ondersteuning. Tegelijkertijd geven sommige hulpverleners aan dat volledige afstemming niet altijd haalbaar is. Zo kan beperkte samenwerking tussen betrokken instanties of een negatieve hulpverleningsgeschiedenis van ouders leiden tot terughoudendheid of wantrouwen van ouders ten opzichte van hulpverleners en het hulpverleningsproces. Dit komt overeen met bevindingen van Tausendfreund et al. (2016), die aangeven dat gezinnen met een lange voorgeschiedenis in de hulpverlening vaker kampen met wantrouwen en een beperkte betrokkenheid bij het hulpverleningsproces. Dit vraagt mogelijk van hulpverleners om voortdurend te balanceren tussen aansluiten bij gezinnen en het behouden van professionele richting.

Uit de interviews kwam naar voren dat hulpverleners voortdurend zoeken naar manieren om hun ondersteuning zoveel mogelijk af te stemmen op het gezin, binnen de grenzen van bestaande methodische structuren en protocollen. Binnen SAG gaven hulpverleners aan relatief veel ruimte te ervaren om af te wijken van de standaard volgorde of inhoud van modules. Zij noemden dat onderdelen soms worden overgeslagen of pas later worden ingezet, wanneer deze op dat moment niet passend lijken. Binnen PMTO werd beschreven dat de methodiek strikter is opgebouwd, maar dat er enige ruimte wordt ervaren om binnen de vaste structuur te variëren in tempo of volgorde, zolang alle onderdelen uiteindelijk maar aan bod komen. Daarnaast gaven meerdere hulpverleners aan dat richtlijnen en protocollen zowel steunend als beperkend kunnen zijn. Enerzijds bieden zij houvast bij complexe casuïstiek of bij twijfel, anderzijds kunnen zij ook als belemmerend worden ervaren. Bijvoorbeeld wanneer zij de ruimte voor afstemming op het gezin beperken. Voor PMTO-hulpverleners lijkt de vaste methodische structuur juist bij te dragen aan het vertrouwen in de effectiviteit van de behandeling, mede doordat deze gebaseerd is op wetenschappelijke onderbouwing (Albrecht & PI Research, 2009). Tot slot deden enkele hulpverleners suggesties om maatwerk verder te versterken, zoals het verbeteren van de samenwerking tussen collega's en gedragswetenschappers, een meer gezamenlijke start met gezinnen, en het creëren van meer flexibiliteit binnen bestaande kaders.

Sterke en zwakke punten

Het onderzoek kent verschillende sterke punten. Door middel van semigestructureerde interviews was er ruimte om door te vragen op relevante onderwerpen, wat bijdroeg aan de diepgang van de verkregen data en hielp om uitspraken van respondenten beter te begrijpen binnen de context waarin zij werken (Silverman, 2015). Er werden open vragen gebruikt, waardoor hulpverleners hun keuzes en overwegingen in eigen woorden konden toelichten. Dit hielp om meer uitgebreide en persoonlijke antwoorden te krijgen, in plaats van dat respondenten zich beperkten tot vaste antwoordcategorieën (Denny & Weckesser, 2022). Hierdoor kon het onderzoek waardevolle inzichten bieden in hoe hulpverleners omgaan met besluitvorming, afstemming op gezinnen en het werken binnen methodische richtlijnen.

Ook biedt het onderzoek meerwaarde doordat het zich richt op twee verschillende werkwijzen binnen de jeugdhulp voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen: SAG en PMTO. Het onderzoeken van beide methodieken was niet het doel op zich, maar doordat hulpverleners uit beide interventies zijn geïnterviewd, werd het wel mogelijk om bredere inzichten op te doen. Zo werd duidelijk hoe keuzes en afstemming eruit kunnen zien binnen verschillende kaders. Dit maakt de resultaten waardevol voor een grotere groep professionals.

Naast sterke punten kent het onderzoek ook een aantal beperkingen. Een eerste beperking van dit onderzoek heeft te maken met de omvang en de selectie van de steekproef. Er is gewerkt met een kleine groep respondenten (N=8), die allemaal werkzaam zijn binnen dezelfde jeugdzorgorganisatie en binnen slechts twee specifieke intensieve ambulante interventies (SAG en PMTO). Daarnaast zijn de hulpverleners geselecteerd via een doelgerichte steekproef, waarbij bestaande contacten en netwerken zijn gebruikt. Omdat er geen sprake was van randomisatie en deelname vrijwillig was, is het mogelijk dat vooral hulpverleners die positief stonden tegenover het onderwerp zich hebben aangemeld. Hierdoor kan sprake zijn van self-selection bias. Deze factoren beperken de representativiteit van de steekproef en brengen beperkingen met zich mee voor de populatievaliditeit (Scheepers & Tobi, 2021).

Een tweede beperking is dat in het onderzoek uitsluitend het perspectief van hulpverleners is meegenomen. Ouders, jongeren of andere betrokkenen zijn buiten beschouwing gelaten. Hierdoor is niet inzichtelijk hoe de keuzes en afwegingen van hulpverleners worden ervaren door gezinnen zelf, of in hoeverre deze daadwerkelijk aansluiten bij hun behoeften. Hoewel dit buiten de onderzoeksdoelstelling en -vraag viel, had

een combinatie van perspectieven wel kunnen bijdragen aan meer diepgang en contrast in de bevindingen.

Ook de relatie tussen de onderzoeker en een deel van de respondenten kan van invloed zijn geweest op de verkregen data. De onderzoeker kende voorafgaand aan het onderzoek alle PMTO-hulpverleners. Dit kan van invloed zijn geweest op de manier waarop deze respondenten hun ervaringen verwoordden. Aangezien PMTO-hulpverleners geacht worden methodiektrouw te werken en niet te veel af te wijken van het protocol, is het denkbaar dat zij zich in het interview terughoudend opstelden of meer sociaal wenselijke antwoorden gaven. Dit vormt een risico voor de betrouwbaarheid van de data, omdat het mogelijk leidt tot een minder genuanceerde weergave van hun afwegingen in de praktijk.

Aanbevelingen voor de praktijk

Het huidige onderzoek richtte zich op de beslissingen die hulpverleners nemen binnen de interventies PMTO en SAG. Het laat zien op welke momenten deze keuzes worden gemaakt en welke factoren daarbij een rol spelen.

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten biedt, is het perspectief beperkt tot twee van de acht intensieve ambulante interventies (IAI's) met bewezen effectiviteit voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (Evenboer et al., 2019). Omdat iedere interventie verschillende kaders en mate van handelingsvrijheid kent, is het wenselijk dat toekomstig onderzoek zich ook richt op hulpverleners die werken binnen andere IAI's. Dit kan inzicht geven in hoe besluitvorming en afstemming vorm krijgen binnen uiteenlopende methodische contexten. Om het vervolgens nog wat breder te trekken zouden gezinnen zelf betrokken kunnen worden. In dit onderzoek is uitsluitend gekeken naar de ervaringen van hulpverleners, waardoor het onduidelijk blijft in hoeverre hun keuzes aansluiten bij de wensen en behoeften van ouders en jongeren. De recent verschenen Richtlijn *Samen Beslissen Over Passende Hulp* (2024) onderstreept het belang van gelijkwaardige samenwerking tussen hulpverleners en gezinnen. Door ook ouders en jongeren actief te bevragen, kan worden onderzocht hoe zij het beslisproces ervaren, of zij zich voldoende gehoord voelen, en wat zij belangrijk vinden in passende hulpverlening.

Daarnaast is het aan te raden om in toekomstig onderzoek ook aandacht te besteden aan de effecten van de gemaakte keuzes. Dit onderzoek biedt een eerste stap in het in kaart brengen van het beslisproces, maar laat nog open wat de impact is van deze keuzes op de effectiviteit van de behandeling, de voortgang van gezinnen of de tevredenheid van cliënten. De Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (2020) onderstreept het

belang van het monitoren van voortgang. Inzicht in welke keuzes bijdragen aan positieve uitkomsten kan het beslisproces verder versterken en onderbouwen.

In het onderzoek kwam het belang van de gedragswetenschapper naar voren in het maken van beslissingen. Verschillende hulpverleners benoemden dat zij beslissingen vaak doen in overleg met de gedragswetenschapper en dit zien als een waardevolle samenwerking. Een systematische literatuurreview door Nooteboom en collega's (2022) benadrukt dat interprofessionele samenwerking, waaronder die tussen hulpverleners en gedragswetenschappers, kan bijdragen aan effectieve besluitvorming in de jeugdhulp. Een aanbeveling voor de praktijk is om gedragswetenschappers te (blijven) betrekken bij de casuïstiek, door structurele overleggen te plannen met de hulpverleners. Op die manier kunnen hulpverlener en gedragswetenschapper samen beslissingen maken en de hulp zo mogelijk nog beter afstemmen op het gezin.

Literatuurlijst

- Adeoye-Olatunde, O. A., & Olenik, N. L. (2021). Research and scholarly methods: Semi-structured interviews. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, 4(10), 1358–1367. <https://doi.org/10.1002/jac5.1441>
- Al, C. M., Stams, G. J. J., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & Van Der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1472–1479. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2012.04.002>
- Alberth, L., & Bühler-Niederberger, D. (2015). Invisible children? Professional bricolage in child protection. *Children And Youth Services Review*, 57, 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2015.08.008>
- Albrecht, G. & PI Research. (2009). PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: één hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging. In *Professionele kwaliteit in Jeugdzorg en Jeugdonderzoek* (pp. 99–108). PI Research. https://pmt.nl/documenten/professionals/pmto_zo_uitvoeren_dat_het_effectief_is_ee_n_hulpmiddel_voor_opleiding_supervisie_en_kwaliteitsborging.pdf
- Bodden, D. H. M., Stikkelbroek, Y. A. J., & Braet, C. (2020). Werken op maat: protocollair, transdiagnostisch of modulair? In C. Braet & S. Bögels (Red.), *Protocollaire behandelingen voor kinderen en adolescenten met psychische klachten* (Vol. 1, pp. 635–652). Boom Uitgevers.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Child maltreatment: An attachment theory perspective. *Encyclopaideia*, 22(50), 29–41. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1822>
- Da Silva, D. R. (2023). Personalizing youth psychotherapy: The road ahead. *Clinical Psychology Science and Practice*, 30(1), 66–69. <https://doi.org/10.1037/cps0000134>
- Damen, H., Scholte, R. H., Vermulst, A. A., Van Steensel, P., & Veerman, J. W. (2021). Parental empowerment as a buffer between parental stress and child behavioral problems after family treatment. *Children and Youth Services Review*, 124, 105982. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2021.105982>
- Deković, M., & Bodden, D. H. M. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Kenmerken en verschillende typen. In J. Knot-Dickscheit & E. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 52–74). Lemniscaat.

- Denny, E., & Weckesser, A. (2022). How to do qualitative research? *BJOG an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(7), 1166–1167.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.17150>
- Evenboer, K., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children And Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>
- Evenboer, E., Jansen, D., & Reijneveld, M. (2019). Effecten van interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Nationaal onderzoek. In J. Knot-Dickscheit & E. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 296–331). Lemniscaat.
- Gezinnen met meervoudige en complexe problemen*. (2024). Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming. <https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen>
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-problemgezinnen: Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Garant.
- Goense, P. B., Assink, M., Stams, G., Boendermaker, L., & Hoeve, M. (2016). Making ‘what works’ work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 106–115. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.08.003>
- Kolthof, H. J., Kikkert, M. J., & Dekker, J. (2014). Multiproblem or multirisk families? A Broad review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Behaviour*, 02(04). <https://doi.org/10.4172/2375-4494.1000148>
- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Cammack, N., Strieder, F. H., Chorpita, B. F., & Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>
- Nooteboom, L. A., Mulder, E. A., Vermeiren, R. R. J. M., Eilander, J., Van Den Driesschen, S. I., & Kuiper, C. H. Z. (2022). Practical recommendations for Youth care professionals to improve evaluation and reflection during multidisciplinary team discussions: an Action Research project. *International Journal of Integrated Care*, 22(1). <https://doi.org/10.5334/ijic.5639>
- Overbeek, M. M., Gudde, L. M., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multi-problem families in intensive specialised multi-family therapy: Theoretical

- description and case study report. *Journal Of Family Therapy*, 45(1), 81–93.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12320>
- PI Research. (2023). *Effectiviteit van PMTO in de praktijk: Uitkomsten juni 2022 – juni 2023*.
 PI Research. https://www.piresearch.nl/files/2413/pmto_factsheet_2023.pdf
- Samen beslissen over hulp*. (2024). Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming.
<https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-hulp>
- Scheepers, P., & Tobi, H. (Red.). (2021). *Onderzoeksmethoden* (10e druk). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Schout, G., De Jong, G., & Zeelen, J. (2011). Beyond Care Avoidance and Care Paralysis: Theorizing Public Mental Health Care. *Sociology*, 45(4), 665–681.
<https://doi.org/10.1177/0038038511406591>
- Silverman, D. (2015). *Interpreting qualitative data* (5th ed.). SAGE Publications.
- Suor, J. H., Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., & Cicchetti, D. (2017). A life history approach to delineating how harsh environments and hawk temperament traits differentially shape children’s problem-solving skills. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(8), 902–909. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12718>
- Tam, H., & Ronan, K. (2017). The application of a feedback-informed approach in psychological service with youth: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 55, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.005>
- Tausendfreund, T., Metselaar, J., Conradie, J., De Groot, M. H., Schipaanboord, N., Knot-Dickscheit, J., Grietens, H., & Knorth, E. J. (2015). Self-reported care activities in a home-based intervention programme for families with multiple problems. *Journal of Children S Services*, 10(1), 29–44. <https://doi.org/10.1108/jcs-07-2014-0034>
- 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), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2015.1052133>
- Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Post, W., & Grietens, H. (2019). Kinder- en jeugdcoaching: Het belang van kindgerichte hulpverlening bij gezinnen met complexe en meervoudige problematiek. In J. Knot-Dickscheit & E. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 453–467). Lemniscaat.
- Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Post, W., & 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, 104994. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104994>

- Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Grietens, H., & Post, W. (2021). Fidelity and flexibility of care activities in child-centered youth care for children growing up in families experiencing complex and multiple problems. *Children And Youth Services Review*, 123, 105923. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105923>
- Van Assen, A., Post, W., Grietens, H., & Knot-Dickscheit, J. (2022). Child and Youth Coaching in families experiencing complex and multiple problems: A longitudinal evaluation study. *Child & Family Social Work*, 28(2), 321–336. <https://doi.org/10.1111/cfs.12964>
- Van Der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Van Der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & Van Der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- Van der Steege, M. (2019). Hulp aan multiprobleemgezinnen vereist professionaliteit: Gebruik van de richtlijn. In J. Knot-Dickscheit & E. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en praktijk* (pp. 189–204). Lemniscaat.
- Veerman, J. W., & De Meyer, R. E. (2015). Consistency of outcomes of home-based family treatment in The Netherlands as an indicator of effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 59, 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.11.001>
- Venturo-Conerly, K. E., Reynolds, R., Clark, M., Fitzpatrick, O. M., & Weisz, J. R. (2023). Personalizing youth psychotherapy: A scoping review of decision-making in modular treatments. *Clinical Psychology Science and Practice*, 30(1), 45–62. <https://doi.org/10.1037/cps0000130>
- Visscher, L., Evenboer, K., Jansen, D., Scholte, R., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J., Reijneveld, S., & Van Yperen, T. (2018). Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.030>
- Visscher, L., Jansen, D. E. M. C., Evenboer, K. E., Van Yperen, T. A., Reijneveld, S. A., & Scholte, R. H. J. (2019). Interventions for families with multiple problems: Similar

contents but divergent formats. *Child & Family Social Work*, 25(1), 8–17.

<https://doi.org/10.1111/cfs.12646>

Visscher, L., Evenboer, K., Scholte, R., Van Yperen, T., Knot-Dickscheit, J., Jansen, D., & Reijneveld, S. (2020). Elucidating care for families with multiple problems in routine practice: Self-registered practice and program elements of practitioners. *Children And Youth Services Review*, 111, 104856.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104856>

Visscher, L., Jansen, D., Scholte, R., Van Yperen, T., Evenboer, K., & Reijneveld, S. (2022). Elements of care that matter: Perspectives of families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 138, 106495.

<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106495>

Bijlage 1: Interviewleidraad

Inleidende vragen	Wat is uw functie? Hoe lang doet u dit werk al? Welke van de ambulante programma's werkt u mee?
Beslissingen in de hulpverlening	Wilt u eens terugdenken aan uw laatste gezin? - Welke keuzes maakte u binnen de behandeling? Kunt u toelichten hoe u bepaalt wat er nodig is bij de start van een behandeling voor een gezin met meervoudige complexe problemen? In hoeverre heeft u de vrijheid om de inhoud van de interventie te bepalen? Welke overwegingen beïnvloeden wat u wel of niet inzet binnen de interventie? Op welke wijze betreft u gezinnen bij het bepalen van de inhoud van de hulp? - Hoe gaat dit dan precies? Wat zijn uw ervaringen hiermee? Hoe handelt u in situaties waarin de wensen van het gezin over de inhoud van de hulp afwijken van uw idee daarover? - Wat doet u op het moment dat u afwijkt? Welke uitdagingen ervaart u bij het personaliseren van interventies?

	- Waarom en hoe gaat u hiermee om? Hoe houdt u in de gaten of de hulp nog goed aansluit bij het gezin?
Beslismomenten	Op welke momenten neemt u beslissingen over de inhoud van de interventie? Welke signalen zorgen ervoor dat u tijdens de interventie een eerder gemaakte beslissing over de inhoud van de hulp opnieuw overweegt?
Maatwerk binnen vaste kaders	In hoeverre beïnvloeden bestaande richtlijnen en protocollen uw beslissingen bij het personaliseren van de interventie? - Hoe gaat u om met situaties waarin die richtlijnen en protocollen niet volledig aansluiten bij de behoeften van het gezin? Wat zou u kunnen helpen om interventies nog beter te kunnen personaliseren?

Bijlage 2: Codeboek

Algemene informatie	Functie Interventie Ervaring
Besluitvorming	Keuzes in de behandeling Keuzes in interventieonderdelen Beslismomenten Heroverwegen keuzes Vrijheid in vormgeven interventie-inhoud
Afstemming hulpverlening	Behoeftbepaling bij de start van de behandeling Betrekken van het gezin Balanceren tussen ouderwens en professionele koers Uitdagingen bij afstemmen op het gezin
Maatwerk binnen vaste kaders	Monitoring effectiviteit Invloed van methodische kaders, richtlijnen en protocollen Flexibiliteit binnen methodische kaders, richtlijnen en protocollen Verbetering voor maatwerk