

Elk gezin uniek: besluitvorming en maatwerk in intensieve ambulante interventies

Een kwalitatief onderzoek naar de besluitvorming en personalisatie van intensieve ambulante interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen

door

Merle de Ruiter

S4020839

Masteropleiding Pedagogische Wetenschappen (Orthopedagogiek)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Studiejaar 2024-2025

Onder begeleiding van dr. L. Visscher

Tweede beoordelaar: prof. dr A.A. de Boer

Datum van inleveren: 30 mei 2025

Afstuderen: juli 2025

10.128 woorden

Samenvatting

Gezinnen met meervoudige complexe problemen (GMCP) kampen met onderling verweven uitdagingen op meerdere levensdomeinen, die elkaar vaak versterken en generaties overstijgen. Hoewel Intensieve Ambulante Interventies (IAI) zoals MST, MDFT, IOG en PMTO beschikbaar zijn, blijkt hun effectiviteit voor deze diverse doelgroep beperkt. De vraag naar meer gepersonaliseerde benaderingen groeit, met interventies die beter aansluiten op de unieke en veranderende behoeften van gezinnen. Deze kwalitatieve studie onderzoekt hoe professionals binnen IAI besluiten nemen over de inzet van interventie-elementen en wat hen ondersteunt in het bieden van maatwerk. Acht professionals uit vier verschillende IAI-programma's binnen één organisatie werden geïnterviewd. Thematische analyse laat zien dat besluitvorming plaatsvindt in meerdere fasen van het traject en beïnvloed wordt door factoren zoals gezinsveiligheid, ouderlijke draagkracht, motivatie en samenwerking. De resultaten tonen verschillen in de ervaren flexibiliteit met betrekking tot het inzetten van een element; deze lijken samen te hangen met de mate van protocollering binnen de interventie. Professionals benoemen de behoefte aan ondersteuning via supervisie, reflectie en trainingen in het toepassen van maatwerk. Aanbevelingen voor de praktijk zijn onder andere het structureel inbedden van casusbesprekingen, aandacht voor professionele ontwikkeling tijdens werkbegeleiding, en het stimuleren van voortgangsmonitoring met instrumenten als de Outcome Rating Scale (ORS) en Session Rating Scale (SRS). Toekomstig onderzoek kan zich richten op de invloed van externe factoren op maatwerk en op hoe professionals omgaan met onzekerheid in besluitvorming en de rol van voortgangsmetingen in gedeelde besluitvorming met gezinnen.

Abstract

Families with multiple problems (FMP) face interrelated challenges in multiple life domains, which are often mutually reinforcing and cross-generational. Although Intensive Family Interventions (IFI) such as MST, MDFT, IOG and PMTO are available, their effectiveness for this diverse target group appears limited. There is a growing demand for more personalized approaches, with interventions that better meet the unique and changing needs of families. This qualitative study explores how professionals within IFI make decisions about the use of intervention elements, and what supports them in providing customized approaches. Eight professionals from four different IFI programs within one organization were interviewed. Thematic analysis shows that decision-making occurs at multiple stages of the pathway and is influenced by factors such as family safety, parental capacity, motivation and collaboration. The results show differences in perceived flexibility regarding the deployment of an element; these appear to be related to the degree of protocol within the intervention. Professionals mentioned the need for support through supervision, reflection and training in the application of customization. Recommendations for practice include structurally embedding case discussions, attention to professional development during work supervision and encouraging progress monitoring with tools such as the Outcome Rating Scale (ORS) and Session Rating Scale (SRS). Future research can focus on the influence of external factors on customization, and on how professionals deal with uncertainty in decision-making and the role of progress monitoring in shared decision-making with families.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methode	9
Onderzoeksontwerp	9
Populatie en steekproef	9
Concepten en instrumenten	10
Onderzoeksprocedure (incl. ethische kwesties).....	11
Analyseplan	11
Resultaten.....	13
Besluitvorming in de behandeling	13
Samenwerking met gezin	15
Afstemming op de hulpvraag	17
Discussie	21
Beslismomenten.....	21
Contextuele- en inhoudelijke overwegingen	22
Ervaren vrijheid in uitvoeren van maatwerk	24
Verbeteringen voor maatwerk	25
Sterktes en beperkingen	26
Aanbevelingen voor de praktijk.....	28
Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	28
Conclusie	29
Bijlagen.....	37
Bijlage A – Interviewleidraad	37
Bijlage B – Informatiebrief	39
Bijlage C – Toestemmingsverklaring	41
Bijlage D – Codeboom.....	42

Inleiding

Gezinnen met meervoudige complexe problemen (GMCP) worden gekenmerkt door moeilijkheden die zich over verschillende domeinen uitstrekken. Bodden en Deković (2016) onderscheiden zeven domeinen waarop deze gezinnen problemen kunnen ervaren: kindfactoren, ouderfactoren, opvoedingsproblemen, gezinsfunctioneren, contextuele factoren, sociaal netwerk en gezondheidszorg. Problemen binnen verschillende domeinen beïnvloeden elkaar vaak wederzijds of houden elkaar in stand, wat de problematiek kan verergeren (Belsky, 1980). Dit maakt de situatie voor de gezinnen bijzonder moeilijk, aangezien de vicieuze cirkel van problemen moeilijk te doorbreken is (Van Geuns et al., 2012). Daarnaast zijn de problemen binnen GMCP niet alleen chronisch, maar vaak ook intergenerationeel, wat inhoudt dat ze van generatie op generatie worden doorgegeven (Tausendfreund et al., 2016; Overbeek et al., 2020). Uit een studie van Bodden & Deković (2016) blijkt dat kinderen uit GMCP doorgaans een lagere levenskwaliteit ervaren dan kinderen uit gezinnen zonder dergelijke complexe problemen. Dezelfde studie toont aan dat zij ook meer internaliserende gedragsproblemen (zoals angst en depressie) en externaliserende gedragsproblemen (zoals agressie en impulsiviteit) vertonen dan gemiddeld. Daarnaast ontbreekt bij GMCP vaak een sociaal vangnet (Belsky, 1980). Mede daardoor zijn zowel ouders als kinderen vaak langdurig aangewezen op intensieve zorg (Bodden & Deković, 2016).

Gegeven de omvang van de problemen binnen GMCP is het essentieel om interventies in te zetten die aansluiten bij de complexe behoeften van deze gezinnen. Intensieve, langdurige thuishulp biedt vaak uitkomst voor GMCP. Deze ambulante interventies, vaak aangeduid als Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) of Intensieve Ambulante Interventies (IAI), omvatten een reeks gezinsgerichte programma's die zich richten op het verbeteren van het gezinsfunctioneren, het versterken van ouder-kindrelaties en het aanpakken van meervoudige problemen binnen verschillende levensdomeinen (Van der Steege, 2007). Ter verduidelijking: in dit onderzoek wordt gekozen voor de term "Intensieve Ambulante Interventies" (IAI). Dergelijke interventies worden onder andere ingezet om middelgebruik en/of delinquent gedrag te verminderen (Nederlands Jeugdinstituut, 2021; van der Stouwe et al., 2014), psycho-sociale problemen te verlichten (Damen et al., 2021), schoolverzuim te verminderen (Timmons-Mitchell et al., 2006) en het risico op uithuisplaatsing te verkleinen (Veerman et al., 2005). IAI-interventies zijn opgebouwd uit elementen die effectief zijn gebleken in de behandeling van GMCP (Van der Steege, 2007). Hierbij gaat het onder andere om het opbouwen van een goede behandelrelatie, het bevorderen van de motivatie van de cliënt en het bieden van een aanpak die aansluit bij de specifieke hulpvragen van het gezin

(Van Yperen et al., 2010).

Onderzoek naar bestaande IAI zoals Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionele Familietherapie (MDFT) en Parent Management Training Oregon (PMTO), toont echter aan dat de effectiviteit van deze programma's relatief beperkt is (Van der Pol et al., 2017; van der Stouwe et al., 2014). Uit een meta-analyse van Veerman et al. (2005) blijkt dat intensieve thuishulp de problemen vaak vermindert, maar zelden volledig oplost. Factoren zoals ouderlijke problematiek, waaronder verslaving en psychische gezondheid, spelen een belangrijke rol bij tegenvallende resultaten (Van Assen et al., 2023). Daarnaast laten studies uiteenlopende resultaten zien, waarbij de effectiviteit van intensieve thuishulp met name beperkt lijkt bij gezinnen met ernstige problematiek, zoals GMCP. Bovendien variëren de effecten van interventies, waarbij sommige slechts een klein effect hebben, terwijl andere een duidelijkere invloed laten zien. Zelfs binnen één studie kan de effectiviteit van dezelfde interventie verschillen (Evenboer et al., 2018). Deze bevindingen onderstrepen het gebrek aan consistent bewijs voor de effectiviteit van IAI.

Het beperkte succes van bestaande interventies werpt de vraag op in hoeverre deze daadwerkelijk aansluiten bij de specifieke behoeften van GMCP. De problematiek binnen deze gezinnen is vaak complex en onderling verweven: naast variaties in de aard en ernst van de problemen spelen ook intergenerationele overdracht, sociaaleconomische omstandigheden en structurele ongelijkheden een rol (Tausendfreund et al., 2016). Hierdoor is het de vraag of de huidige interventies voldoende recht doen aan de diversiteit en langdurigheid van hun ondersteuningsbehoeften. Dit blijkt ook uit de bevindingen van professionals die werken met deze interventies. Zij geven vaak aan dat zij aanzienlijke moeilijkheden ondervinden bij het bieden van zorg die daadwerkelijk past bij de unieke situatie van het gezin (Pacheco-Molero et al., 2024). Deze moeilijkheden benadrukken de relevantie van het verkrijgen van inzicht in hoe interventies beter toegespitst kunnen worden op GMCP.

Naar de effectiviteit van verschillende elementen binnen deze interventies voor GMCP, is reeds onderzoek verricht. Visscher et al. (2022) toonden aan dat de effectiviteit van een element mede afhangt van de subgroep waarop de interventie is gericht. Dit suggereert dat verschillende subgroepen binnen GMCP baat kunnen hebben bij een andere combinatie van interventie-elementen. Voorbeelden van dergelijke elementen zijn het vergroten van het oplossingsvermogen van gezinnen of het verbeteren van conflictbeheersing. De bevinding dat de effectiviteit van interventie-elementen kan variëren per subgroep, benadrukt het belang van het erkennen van de heterogeniteit binnen GMCP. Gezinnen verschillen namelijk sterk in hun

behoeften en problematiek, afhankelijk van de bredere context waarin zij leven (Holwerda et al., 2014) en de (culturele) diversiteit tussen gezinnen (McCabe et al., 2020). Kennis over deze werkzame elementen kan helpen deze flexibel toe te passen op modeltrouwe wijze (Lange, 2017).

Om de aansluiting met GMCP te vinden lijkt daarom een gepersonaliseerde, modulaire aanpak, waarbij behandelmethoden worden afgestemd op de specifieke behoeften van het gezin, een veelbelovende benadering. Dit wordt onder andere ondersteund door onderzoek bij kinderen met autisme en angststoornissen, waaruit blijkt dat modulaire, op maat gemaakte interventies positieve resultaten opleveren wanneer ze flexibel worden aangepast aan individuele behoeften (Anderson et al., 2021; Chiu et al., 2013). Bovendien hebben gepersonaliseerde behandelingen niet alleen binnen de psychotherapie, maar ook in de geneeskunde aanzienlijke ontwikkelingen doorgemaakt. In klinische settings worden patiënten door middel van diagnostische tests onderverdeeld in subgroepen op basis van ziektegerelateerde mechanismen, waarna medicatie specifiek op deze kenmerken wordt afgestemd (Hamburg & Collins, 2010). Waar in de geneeskunde steeds meer empirisch bewijs beschikbaar is voor gepersonaliseerde behandelmethoden, ontbreekt dergelijk overtuigend bewijs binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de jeugd- en gezinshulp nog grotendeels (Insel et al., 2010; Van Hattum, 2018). Ook in de wetenschappelijke literatuur is de aandacht voor gepersonaliseerde interventies binnen deze sectoren tot op heden beperkt gebleven (Ng & Weisz, 2016).

Ondanks de achterstand ten opzichte van de geneeskunde, worden binnen de GGZ steeds vaker gepersonaliseerde interventies toegepast (Venturo-Conerly et al., 2023). Ook binnen de hulpverlening aan GMCP blijven dergelijke ontwikkelingen niet uit. Zo lijkt steeds meer steun te zijn voor een flexibel hulpaanbod binnen de jeugd- en gezinshulp (Knorth & Knot-Dickscheit, 2019), waarbij instrumenten zijn ontwikkeld om de cliëntrespons continu te monitoren, zodat de behandeling tijdig kan worden aangepast naar behoefte (Lei et al., 2012). Het personaliseren van behandelingen bouwt voort op eerder werk van psychologen die zich inzetten voor de ontwikkeling van empirisch onderbouwde behandelvormen. Deze zogeheten Empirically Supported Therapies (EST's) ontstonden als reactie op de toename van behandelingen zonder aantoonbare effectiviteit (Chambless & Hollon, 1998). Een concreet voorbeeld van een benadering die personalisatie ondersteunt, is Feedback Informed Treatment (FIT). FIT is een methode waarbij systematisch feedback van cliënten wordt verzameld om de effectiviteit van de behandeling te vergroten (Addink & Lekkerkerker, 2014). Dit gebeurt aan de hand van korte vragenlijsten zoals de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating

Scale (SRS) (Miller et al., 2006). FIT biedt aanknopingspunten om behandelingen beter te laten aansluiten bij de behoeften, ervaringen en doelen van gezinnen. FIT vormt daarmee een praktische toepassing van personalisatie in de hulpverlening.

Hoewel methoden zoals FIT laten zien hoe behandelingen afgestemd kunnen worden op individuele cliënten, zijn vergelijkbare personalisatiebenaderingen nog onvoldoende geïntegreerd binnen IAI. Gezien de grote heterogeniteit binnen GMCP is het essentieel om interventies verder te personaliseren, zodat deze beter aansluiten bij de unieke behoeften, mogelijkheden en context van elk gezin. Ondertussen maken professionals binnen IAI in de praktijk wel degelijk keuzes over welke elementen zij inzetten tijdens de behandeling. Het blijft echter grotendeels onduidelijk welke factoren deze keuzes beïnvloeden en welke overwegingen hierbij een rol spelen (American Psychological Association, 2016). Inzicht in hoe hulpverleners interventies personaliseren kan bijdragen aan een betere afstemming van de behandeling op de unieke behoeften van gezinnen (Holwerda et al., 2014). Daarnaast kan meer begrip van de factoren die deze beslissingen beïnvloeden, de effectiviteit van interventies voor GMCP vergroten (Weisz et al., 2012). Het voorgaande heeft geleid tot de hiernavolgende onderzoeksvragen:

- Hoe beslissen professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen over welke elementen zij inzetten?
- Wat zou professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen helpen om interventies nog beter te kunnen personaliseren?

In dit onderzoek zal in de methodesectie worden uitgelegd hoe de onderzoeksvraag wordt beantwoord. Vervolgens worden in de sectie resultaten de bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd. In de conclusie wordt ingegaan op de beantwoording van de onderzoeksvraag, een bespreking van de resultaten, en suggesties voor praktische toepassingen en verder onderzoek.

Methode

Onderzoeksontwerp

Om de onderzoeksvragen “Hoe beslissen professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen over welke elementen zij inzetten?” en “Wat zou professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen helpen om interventies nog beter te kunnen personaliseren?” te beantwoorden, is er gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode met een exploratief ontwerp. Kwalitatief onderzoek is een erkende methode binnen de sociale wetenschappen. Het stelt onderzoekers in staat om de resultaten representatief te maken voor de ervaringen en perspectieven van de onderzochte mensen, in plaats van die van de onderzoekers zelf (Cheong et al., 2023). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Deze methode is geschikt omdat zij de mogelijkheid biedt om verdiepende vragen te stellen en participanten vrij te laten in hun antwoorden. Hierdoor kunnen belangrijke thema's naar voren komen die vooraf niet waren voorzien. Het gebruik van semigestructureerde interviews sluit goed aan bij de aard van de onderzoeksvragen, omdat de focus ligt op het verkrijgen van inzicht in de beslissingen en overwegingen van professionals bij het personaliseren van interventies voor GMCP.

Populatie en steekproef

Voor dit onderzoek zijn semigestructureerde interviews afgenomen met ambulant hulpverleners van Yorneo. Yorneo is een organisatie die hulp biedt bij vragen of zorgen rondom de ontwikkeling van een kind of het gedrag dat een kind vertoont (Yorneo, z.d.). De participanten zijn allen werkzaam binnen Intensieve Ambulante Interventies (IAI) en hebben ruime ervaring met GMCP. Zie Tabel 1 voor meer informatie over de participanten. De gekozen IAI-interventies zijn: Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionale Familietherapie (MDFT), Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) en Parent Management Training Oregon (PMTO). Deze interventies zijn geselecteerd omdat ze in Nederland veelvuldig worden toegepast bij de hulpverlening aan GMCP. Bovendien vormen zij samen het volledige aanbod van IAI binnen Yorneo. In totaal zijn er acht participanten geïnterviewd, waarbij alle vier de interventies zijn vertegenwoordigd. De verdeling was als volgt: twee van MST, twee van MDFT, twee van IOG en twee van PMTO. Er is bewust gekozen om per interventie twee professionals te interviewen, zodat verschillende perspectieven binnen de interventie meegenomen werden. De deelnemers zijn geselecteerd door middel van een gemakssteekproef uit het netwerk (stageorganisatie) van de student. Dit betekent dat de keuze voor deelname voornamelijk werd gebaseerd op praktische overwegingen, zoals de beschikbaarheid van de professionals (Emerson, 2021). Om de

vertrouwelijkheid te waarborgen, zijn de gegevens van de participanten in de rapportage niet herleidbaar gemaakt.

Tabel 1

Achtergrondkenmerken participanten

	Functie	Programma	Jaren ervaring
Participant 1	Hulpverlener	MST	Minder dan 2 jaar
Participant 2	Hulpverlener	IOG	10 + jaar
Participant 3	Hulpverlener	PMTO	Tussen 2 en 10 jaar
Participant 4	Hulpverlener	MST	Minder dan 2 jaar
Participant 5	Hulpverlener	IOG	Tussen 2 en 10 jaar
Participant 6	Hulpverlener	MDFT	Tussen 2 en 10 jaar
Participant 7	Hulpverlener	MDFT	Tussen 2 en 10 jaar
Participant 8	Hulpverlener	PMTO	10 + jaar

Concepten en instrumenten

Voor het verzamelen van de data is er gebruikgemaakt van een semigestructureerde interviewleidraad, welke bestaat uit verschillende topics en open vragen. Deze leidraad is ontworpen om inzicht te krijgen in hoe professionals beslissingen nemen bij het personaliseren van interventies voor GMCP. De vragen zijn afgestemd op de belangrijkste concepten van het onderzoek, te weten: beslissingen in de hulpverlening, afwegingen en keuzes in het beslisproces en professionalisering van maatwerk.

De oorsprong van de interviewleidraad is gebaseerd op bestaande literatuur over het personaliseren van interventies voor GMCP's (bijvoorbeeld Weisz et al., 2012; Visscher et al., 2022). Aan de hand van deze literatuur zijn interviewvragen opgesteld die beogen de onderzoeksvragen te beantwoorden. De interviewleidraad begon met enkele inleidende vragen over de achtergrond van de hulpverlener. Daarna kwam het thema "beslissingen in de hulpverlening" aan bod, waarbij werd onderzocht hoe en welke keuzes hulpverleners maken binnen het hulpverleningsproces. Vervolgens werd stilgestaan bij "afwegingen en keuzes in het beslisproces", met vragen over wanneer en op basis waarvan bepaalde interventie-elementen worden ingezet. Tot slot komt het onderwerp "professionalisering van maatwerk" ter sprake, waarbij werd ingegaan op mogelijke verbeterpunten in het personaliseren van interventies voor GMCP. Hoewel de interviewleidraad in de voorbereidingsfase enkele keren werd herzien, is deze vanaf het eerste interview consistent toegepast. In Bijlage A is de gehele interviewleidraad bijgevoegd.

Onderzoeksprocedure (incl. ethische kwesties)

Om de IAI-hulpverleners te benaderen, werd door de onderzoeker contact gezocht met de voor dit onderzoek aangewezen contactpersonen binnen Yorneo. Zij verspreidden binnen de verschillende teams een door de onderzoeker opgestelde e-mail, waarin ook een brief over het doel van het onderzoek was bijgevoegd. Zie Bijlage B voor de informatiebrief. Om de herleidbaarheid van deelnemers te beperken, verliep de aanmelding uitsluitend via de onderzoeker.

Het eerste interview werd gezamenlijk afgenomen met een medestudent die hetzelfde onderzoek uitvoerde binnen een andere organisatie. Het gezamenlijk uitvoeren van het eerste interview had als doel de kwaliteit van de afname te verbeteren en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. De daaropvolgende interviews werden enkel door de onderzoeker zelf afgenomen. Van de acht interviews zijn er zes afgenomen via beeldbellen (Google Meet) en twee vonden fysiek plaats op een locatie van Yorneo. De gehele dataverzameling vond plaats tussen 17 februari 2025 en 20 maart 2025. De duur van de interviews varieerde tussen de 29 en 48 minuten.

Voor het transcriberen van de opnames is gebruikgemaakt van F4transkript, een programma dat beschikbaar is gesteld door de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). Dit programma maakte het mogelijk om de transcripties op een gestandaardiseerde en nauwkeurige manier uit te voeren. De audio-opnamen konden via de software op een zelfgekozen tempo worden afgespeeld. Dit vergemakkelijkte het handmatig transcriberen. De verzamelde data werden opgeslagen op de Y-schijf van de RUG, waartoe uitsluitend de onderzoekers en thesisbegeleiders toegang hebben.

Om de rechten van de deelnemers te waarborgen, werd aan het begin van het onderzoek een onderzoeksplan ingediend bij de Ethische Commissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen die het plan (PED-2324-S-0085) op 5 november 2024 goedkeurde. Voorafgaand aan het onderzoek werden de deelnemers middels een vooraf opgestelde informatieve e-mail geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hun rechten, waarbij werd benadrukt dat deelname vrijwillig is. Daarnaast ontvingen en ondertekenden de deelnemers een toestemmingsverklaring bij aanvang van het onderzoek, waarin werd opgenomen wat hun deelname inhield en welke maatregelen waren genomen om hun privacy te waarborgen. De toestemmingsverklaring is opgenomen in Bijlage C.

Analyseplan

De geluidsopnames van het onderzoek zijn getranscribeerd en vervolgens via Atlas.ti geanalyseerd. De verzamelde data zijn bestudeerd aan de hand van de gids van Braun en

Clarke (2006). De eerste stap in de analyse bestond uit het vertrouwd raken met de data. De onderzoeker had hierin reeds een begin gemaakt door zelf de interviews te transcriberen. Vervolgens zijn alle transcripties meerdere keren aandachtig gelezen. Op basis van vooraf vastgestelde codes (deductieve benadering) werd een codeboek opgesteld dat tijdens de analyse werd aangevuld met codes die voortkwamen uit de data (inductieve benadering). Aan de hand van dit codeboek zijn de codes geclusterd tot thematische categorieën. Hierbij is onderzocht hoe codes zich tot elkaar verhouden en hoe zij samengebracht konden worden tot overkoepelende thema's. De definitieve codeboom is opgenomen in Bijlage D. Het coderingsproces werd uitgevoerd in samenwerking met de eerder genoemde medestudent. De ontwikkeling van thema's werd tussentijds besproken en vergeleken, om te waarborgen dat alle relevante inzichten uit de data werden meegenomen.

Ten slotte werden de bevindingen gerapporteerd aan de hand van deze thema's, met een uiteenzetting van de gegeven antwoorden, waarbij citaten ter ondersteuning werden weergegeven.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen van het onderzoek gepresenteerd op basis van de thema's die in de methode zijn beschreven. Elk thema wordt afzonderlijk besproken en onderbouwd met relevante citaten of bevindingen uit de data.

Besluitvorming in de behandeling

Keuzes in recente behandeling

Hulpverleners maken op verschillende gebieden keuzes die betrekking hebben op diverse aspecten van de behandeling. Zij werden gevraagd naar de keuzes die zij maakten tijdens een behandeling waarbij zij recent betrokken waren. Veel van hen gaven aan dat zij keuzes hadden gemaakt met betrekking tot de veiligheid in het gezin. Bij fysiek of verbaal geweld binnen het gezin werden direct vervolgstappen gezet. Zo gaf een participant aan recent een veiligheidsplan te hebben gemaakt met het gezin (R1). Een aantal hulpverleners benoemden dat zij keuzes maken ten behoeve van de samenwerking met ouders. Zo gaf iemand aan dit te doen door te kiezen voor een informele benadering, zoals wandelen met ouders of ergens een kop koffie drinken. Ook werd het hebben van aandacht voor de persoonlijke triggers van ouders genoemd (R8). Daarnaast werd vaak gekozen om het informele netwerk rondom het gezin in te schakelen, zoals scholen of familieleden, om een helder beeld te krijgen van de gehele context (R2, R6, R8). Het inzetten van een breder formeel netwerk kwam ook voor, zoals in het geval van spanningsklachten bij een jong kind: *“Het inzetten van specialisten zoals een PMT'er of een fysiohulpverlener is specifiek voor gezinnen en afhankelijk van de vraag.”* (R2). Een andere hulpverlener benoemde tijdens een recent behandeltraject ervoor te hebben gekozen in te zetten op de samenwerking tussen ouders (R5).

Overwegingen bij keuzes interventie-elementen

Hulpverleners benoemden verschillende overwegingen bij de keuze over welke interventie-elementen zij inzetten. Zo blijkt dat de context van het gezin een cruciale rol speelt. Hulpverleners kijken naar wat het gezin aankan, hun huidige situatie en of er sprake is van voorliggende problematiek, zoals psychische problemen bij ouders (R1, R2, R3, R8). Daarnaast wordt veiligheid door de meeste hulpverleners vaak expliciet meegewogen als een belangrijke overweging, vooral wanneer er sprake is van onveilige situaties zoals verslaving of agressie binnen het gezin. Hulpverleners stemmen de interventies af op de mate van veiligheid binnen het gezin: *“Maar kijk, veiligheid ga je natuurlijk, dat is stap één natuurlijk waar je aandacht voor gaat hebben.”* (R3). In gevallen van hoog-emotionele situaties of stress, wordt het interventieplan aangepast om eerst de acute problemen aan te pakken,

voordat er dieper wordt ingegaan op andere aspecten zoals gedragsveranderingen of communicatie, zo gaf de meerderheid van de hulpverleners aan. Twee hulpverleners (R3 en R7) gaven aan dat de keuze voor een interventie-element ook afhangt van het cognitieve niveau van ouders en de mate van zelfreflectie.

Beslismomenten

Beslissingen over de inhoud van de interventie, zoals de inzet van een interventie-onderdeel of de richting van de behandeling, worden op verschillende momenten binnen de behandeling genomen. Hulpverleners benoemden meerdere momenten waarop deze beslissingen plaatsvinden, zoals aan het begin van de behandeling, na evaluaties en tijdens de supervisie en werkbegeleiding. In de eerste fase van de behandeling, bij de start van de hulp, worden de doelen voor de komende periode vastgesteld en wordt er een plan gemaakt voor de interventies die ingezet gaan worden. Hulpverleners van de sterker geprotocolleerde interventies, zoals zij zelf aangaven, benoemden expliciet dat zij voorafgaand aan een gesprek al beslissen waar ze met het gezin mee aan de slag gaan. Zo gaf iemand aan: *“Je maakt beslissingen over de inhoud van de afspraak voordat je het gesprek plant. Dan moet je je doel helder hebben.”* (R7). Daarnaast gaven alle hulpverleners aan dat beslissingen vaak genomen worden tijdens of na een evaluatie. Vier hulpverleners gaven aan dat beslissingen ook flexibel kunnen worden aangepast op basis van de voortgang of het ontvangen van nieuwe informatie (R2, R3, R6, R7), waarbij een aantal hulpverleners benoemen dat het team en de gedragswetenschapper hier een belangrijke rol in spelen.

Heroverwegen keuzes

Naast inzicht in de momenten waarop beslissingen worden genomen, werden de hulpverleners gevraagd naar de signalen die invloed uitoefenen op het heroverwegen van een beslissing over de inzet van een interventie-onderdeel of de richting van de behandeling. De meerderheid van de hulpverleners gaf aan niet snel af te wijken van het gemaakte plan. De IOG-hulpverleners (R2 en R5) gaven echter aan zich flexibel op te stellen en wanneer nodig keuzes voor inzet van een element te heroverwegen als de context is veranderd. R5 zei hierover: *“Dat blijft kijken naar wat er voorliggend is. Maar ik probeer wel een beetje bij een soort van rode draad te blijven.”* Drie hulpverleners gaven aan dat wanneer een plan met ouders niet wordt uitgevoerd en/of niet het gewenste resultaat oplevert, dit reden is tot heroverweging (R3, R6, R8). Ook gaven hulpverleners aan dat wanneer ouders – verbaal of non-verbaal – laten merken niet achter het voorgestelde plan te staan, dit wordt gezien als een signaal om de aanpak te heroverwegen (R4, R6). *“Als ouders niet echt actief deelnemen of zichtbaar niet meewerken, bijvoorbeeld door oogrollen of het maken van excuses, dan weet ik*

dat er iets mis is en heroverweeg ik mijn aanpak.” (R4). Een hulpverlener benoemde dat het signaleren van weerstand of terughoudendheid bij ouders een reden kan zijn om de huidige ambulante interventie opnieuw te evalueren (R8). Twee hulpverleners beschreven dat het onderbuikgevoel ook meetelt bij het heroverwegen van een keuze:

“De sfeer doet heel erg mee en dat is ja, dat is een beetje onderbuikgevoel. Dus het kan best zijn dat ik een heel mooi plan heb om een heel mooi gezinsgesprek te voeren, waar het gaat over de positieve dingen, maar er gewoon eigenlijk echt iets is gebeurd waar het eerst over moet gaan, dat je eigenlijk af moet wijken van je plan en je eerst daarop moet richten, wat er daadwerkelijk voor je neus gebeurt.” (R6).

Samenwerking met gezin

Gezin betrekken

Zoals veel hulpverleners al aangaven, is de samenwerking met ouders van groot belang om de interventie te laten slagen. Alle hulpverleners benadrukten het belang van samenwerking en het verkrijgen van instemming van ouders bij het stellen van doelen. Daarnaast werd opgemerkt dat het essentieel is om ouders goed te informeren over de interventie en ingezette onderdelen, om hen op die manier gemotiveerd te houden (R1 en R7). De meerderheid van de hulpverleners gaf namelijk aan dat er alleen successen worden geboekt wanneer ouders zelf gemotiveerd zijn (R1, R4, R6, R7, R8). *“Ja, zij moeten wel aan het doel werken waarvan ze denken: daar hebben we wat aan. Als zij dat nog niet hebben, als zij daar geen motivatie voor hebben, gaat het niet op.”* (R7). De hulpverleners gaven ook aan dat het belangrijk is om gezinnen te laten zien dat hun stem telt en dat ze als team samenwerken. Ook een andere hulpverlener benadrukte dat het belangrijk is ouders te vragen wat voor hen nu prioriteit is (R1). Wat betreft de ervaringen van de hulpverleners bij het betrekken van gezinnen, gaven zij allen aan dat dit veelal makkelijk en soepel verloopt wanneer er daadwerkelijk naar de hulpvraag van ouders wordt geluisterd. Zo gaf een hulpverlener (R4) aan: *“Het gezin bepaalt waar zij hulp bij willen. Ik kan dat in de module gieten. Maar ik vind niet dat ik hen betrek, zij betrekken mij.”*

Wens gezin vs. professionele inschatting

Wanneer gezinnen niet direct de professionele inschatting van de hulpverleners delen, wordt geprobeerd de communicatie open te houden door in gesprek te blijven over wat het gezin zelf ervaart en hen vragen te stellen (R2, R3, R6, R7). Een andere hulpverlener (R5) benoemde dat het belangrijk is om stil te staan bij de gesprekken die ouders voorafgaand aan

de interventie met derden hebben gevoerd, zodat er zicht komt op hoe een gezin bij de interventie terecht is gekomen en met welke verwachtingen. Volgens een hulpverlener is er dan ook tijd nodig om te begrijpen waar ouders vandaan komen en de ‘port of entry’ hierin te vinden (R2). In gevallen waarin de afstemming met het gezin niet meer goed te vinden is, gaven twee hulpverleners aan dat dit het moment is om een casusregisseur van de gemeente te betrekken en vanuit samenwerking met het gezin en de gemeente te kijken of een andere interventie passender is (R4 en R6). Waarbij ook werd genoemd dat de gemeente kan helpen bij het overbrengen van een bepaalde boodschap. Zo geeft een hulpverlener het volgende aan:

“Uhm, kijk, als de gemeente als doel heeft om te zeggen: 'Nou, ouders worden zelf heel snel boos,' en de moeder zegt: 'Nou, het ligt aan het kind,' dan heb je al een punt waarop de gemeente wel iets moet zeggen en benoemen, bijvoorbeeld als er zorgen zijn of er meldingen zijn bij Veilig Thuis. Dus, nou ja, probeer je afstemming zo te maken dat de gemeente die boodschap kan geven, zodat we in de samenwerking kunnen blijven. Anders krijg je een hele moeilijke rol.” (R4).

Personalisatie van de interventie

Vrijheid interventie-inhoud

Uit de interviews bleek dat de hulpverleners vrijheid ervaren bij de uitvoering van de interventie, zij het binnen bepaalde kaders. Er bestaan vaste structuren en protocollen, maar de hulpverleners gaven aan dat hierbinnen ruimte is voor eigen invulling. Zoals een hulpverlener aangaf: *“Er zijn best wel wat vaste momenten waarop je ook vaste onderdelen inzet in die eerste zes weken en daarbuiten ben je zelf informatie aan het verzamelen.” (R1).* Hulpverleners benoemden verschillen in ervaren vrijheid tussen meer en minder geprotocolleerde interventies. Bij strikter geprotocolleerde interventies, zoals PMTO, wordt de vrijheid als beperkter ervaren: *“PMTO is echt wel geprotocolleerd, dus je moet wel trouw blijven aan de methodiek.” (R3).* Toch wordt ook hier ruimte gezien om de aanpak aan te passen aan het gezin: *“Je maakt het wel op maat per gezin” (R3).* Binnen minder strak geprotocolleerde interventies, zoals IOG, wordt meer flexibiliteit ervaren: *“Die doelen die staan wel aardig vast, maar hoe je inderdaad er komt, daar voel je vrijheid in.” (R2).* Ook binnen MDFT voelen hulpverleners bewegingsruimte: *“Het is wel een redelijk geprotocolleerde methode MDFT. Alleen binnen die kaders voel ik alle vrijheid.” (R7).* Daarbij werd aangegeven dat het persoonsafhankelijk is hoe je de gesprekken invult met het gezin (R6). Daarnaast benoemden twee hulpverleners dat de manier waarop interventies

worden uitgevoerd, kan verschillen per professional (R2 en R5). Toch is deze vrijheid niet onbeperkt; er is controle en overleg met collega's en gedragswetenschappers (R2). Sommige hulpverleners gaven aan dat hun vrijheid afhangt van hoe goed zij hun keuzes kunnen onderbouwen: *“Je hebt vrijheid als je het kan verantwoorden.”* (R4). R5 beschreef dat de mate waarin je als hulpverlener de vrijheid voelt voor het bepalen van de inhoud ook afhangt van ervaring met het programma. Tot slot benadrukken hulpverleners dat het belangrijkste uitgangspunt blijft: *“Je moet doen wat werkt.”* (R6).

Uitdagingen bij personaliseren

Ten eerste ervaren meerdere hulpverleners onzekerheid over hun deskundigheid bij het toepassen van maatwerk, vooral in situaties die buiten hun expertise vallen. Dit wordt bijvoorbeeld duidelijk wanneer er wordt gesproken over kinderen met eetproblemen of ontwikkelingsstoornissen: *“Je kunt niet overal expert in zijn en dat is wel moeilijk verdragen, want je wordt soms wel ingezet als expert.”* (R5). Ook een andere hulpverlener gaf het volgende aan:

“Nou ja, goed, ik vind het soms lastig. Bij elk gezin waar ik start, elke jongere waar ik mee in gesprek ga, of bij echtparen, vraag ik me af: sluit ik wel aan? Ben ik wel de juiste persoon hiervoor? En daar zie ik altijd weer de uitdaging in, in de aansluiting van wat passend is voor dit gezin, voor deze ouders, of voor deze jongere. Nou ja, en dat vind ik soms wel lastig, om er goed achter te komen of ik echt het juiste doe.” (R7).

Een andere hulpverlener gaf daarbij aan dat het soms zoeken is of je wel de juiste hulpverlener bent voor het gezin en hoe daarin de afstemming binnen het team te vinden. Hierbij ontstaat de vraag of het, gezien de lange wachtlijsten, nog te verantwoorden is dat je als hulpverlener aangeeft iets niet te kunnen of te willen (R4). Een andere uitdaging met betrekking tot het leveren van maatwerk die door twee hulpverleners werd genoemd, zijn gezinnen met een andere culturele achtergrond, zoals gezinnen uit asielzoekerscentra of ouders met een licht verstandelijke beperking (LVB). Niet alle interventie-elementen zouden op elk gezin toepasbaar zijn (R2 en R8).

Afstemming op de hulpvraag

Behoeftebepaling start

Om als hulpverlener goed aan te kunnen sluiten bij de hulpvraag van het gezin, wordt aan het begin van het traject een inschatting gemaakt van de behoeften binnen het gezin. De meeste hulpverleners benadrukten dat het essentieel is om aan het begin van de behandeling

een zorgvuldige analyse te maken van de gezinssituatie. Dit gebeurt meestal in de eerste zes weken van het traject. Alle hulpverleners gaven aan dat er een grondige intake wordt uitgevoerd, waarin onder andere vragenlijsten worden afgenomen. Waarbij in de startfase vaak een genogram, sociogram en levenslijn worden opgesteld, en observaties van de interacties binnen het gezin plaatsvinden. Door deze stappen krijgt de hulpverlener een helder beeld van de problemen en krachten die spelen binnen het gezin. Het behandelplan wordt altijd in overleg met het gezin opgesteld, waarbij de hulpverleners de situatie evalueren en samen met de ouders bepalen welke doelen en interventies passend zijn. Zoals een hulpverlener benoemde: *“Het is altijd belangrijk dat we samen met de ouders kijken wat hun prioriteiten zijn.”* (R4). De focus ligt niet alleen op het probleemgedrag, maar ook op wat er goed gaat binnen het gezin. *“Nou, toen eerst ingezet op de krachten die er zijn hè, dus wat kan iedereen goed?”* (R5). De meerderheid van de hulpverleners gaf aan dat zij in de eerste gesprekken door open gesprekken te voeren met het gezin de hulpvraag helder proberen te krijgen, waarbij het belangrijk is om te luisteren naar wat ouders zelf het meest belangrijk vinden. Zoals een deelnemer het verwoordde: *“De kwaliteit om te mentaliseren, een beetje de 'Walk A Mile In Their Shoes'. Hoe is hun leven nou?”* (R4).

Monitoring effectiviteit

Om te onderzoeken of de ingezette interventie-elementen effectief zijn voor het gezin, worden verschillende werkwijzen ingezet. Alle hulpverleners benoemden ten eerste dat zij het gezin zelf vragen hoe zij de afspraak hebben ervaren, naderhand of aan het begin van een volgend gesprek. De hulpverleners van de meer geprotocolleerde interventies lieten weten dat zij vasthoudend zijn en erop vertrouwen dat de vooraf bedachte strategie zijn vruchten zal afwerpen. Zo zei een hulpverlener: *“Omdat we ook weten dat als we hè, dat heeft het onderzoek ook laten zien, dat als we het doen zoals het bedoeld is, dat het ook gewoon het beste werkt bij ouders.”* (R8). Naast de wekelijkse checkmomenten met het gezin, gaven alle hulpverleners aan dat er vaste evaluatiemomenten zijn om te controleren of de hulp aansluit bij de wensen van ouders. De gedragswetenschapper of supervisor binnen het team wordt hierbij als ondersteunend ervaren bij het toetsen van de beslissingen. Drie hulpverleners benoemden dat zij ooit gebruikmaakten van ORS en SRS, maar gaven aan dat zij – en waarschijnlijk ook hun collega's – dit niet meer gebruiken vanwege praktische belemmeringen. Twee hulpverleners gaven daarbij aan dat zij dit desondanks een waardevol instrument vinden (R2 en R8).

Professionalisering van maatwerk

Invloed richtlijnen en protocollen

Alle hulpverleners gaven aan dat richtlijnen een belangrijke rol spelen in hun besluitvorming over het personaliseren van de behandeling. Op de vraag welke invloed dit had, gaf een hulpverlener aan: *“Ja, ik denk, ik denk ergens natuurlijk wel behoorlijk, maar aan de andere kant heb je ook wel alle vrijheid.”* (R1). Daarbij werd door verschillende hulpverleners aangegeven dat zij het belang zien van richtlijnen en protocollen in het geval van specifieke risicosituaties, waarbij Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) (R2) en gevaar voor suïcide (R7) als voorbeelden werden gegeven. Zo gaf een hulpverlener (R2) aan: *“Ja, veiligheid bepaalt, maar de andere dingen geven meer richting, waaronder je dan zelf wel de vrijheid hebt om je doelen en je interventies te maken.”* (R2). Eén van de hulpverleners gaf aan dat met name de duur van de behandeling van grote invloed is (R5). Een andere hulpverlener benoemde dat de richtlijnen en protocollen ook een angstcultuur in stand zou houden, waarbij er niet meer gewerkt zou worden vanuit het belang van het kind, maar uit angst voor kritiek van collega's of derden. R7 zegt daarover: *“Ja, ik vind ze niet altijd ondersteunend, vind ze soms ook wel eens dat ik denk van ja, ik doe dit nu omdat ik het moet doen.”*

Omgang met starre richtlijnen

Alle hulpverleners geven aan dat wanneer de richtlijnen en/of protocollen niet goed aansluiten bij het gezin, er ruimte is voor overleg met collega's en gedragswetenschappers. R1 zei hierover: *“Nou, we hebben natuurlijk altijd wel bepaalde richtlijnen en kaders waaruit we kunnen werken, maar we zijn ook niet bang om toch out of the box te denken.”* Een hulpverlener van een minder geprotocolleerde interventie lijkt hier nog extra ruimte in te voelen: *“Nou ja, dan pas je ze gewoon aan. Ja, ik denk, het gaat uiteindelijk om als wij niet goed aansluiten en we willen ze wel binnenboord houden, dan ja, dan ga je goed luisteren naar wat de wens van ouders is.”* (R5). Ondanks dat alle hulpverleners enige ruimte, in meer of mindere mate, voelen om af te wijken van de protocollen en richtlijnen, werd er door drie hulpverleners genoemd dat zij denken dat de hoeveelheid ervaring in het werken in de ambulante hulpverlening meespeelt (R5, R7 en R8). Zij geven aan dat zij door hun ervaring makkelijker voorbij de kaders durven te kijken wanneer zij verwachten dat dit nodig is voor het gezin.

Verbeteringen ter ondersteuning van maatwerk

Tenslotte werden de hulpverleners gevraagd naar wat hen zou kunnen helpen om interventies nog beter te kunnen personaliseren. Vijf hulpverleners gaven het nut van supervisie en training binnen het team aan (R1, R2, R3, R6, R8). R2 zegt hierover: *“Het is fijn om gevoed te blijven worden door je organisatie in verschillende technieken die je kunt*

gebruiken.” Persoonlijke doorontwikkeling zou volgens deze hulpverleners bijdragen aan het nog beter kunnen aansluiten bij gezinnen. Naast supervisie en training wordt ook casusinhoudelijke afstemming met het team en/of de gedragswetenschapper genoemd als belangrijk onderdeel van het bieden van maatwerk (R1, R5). Twee hulpverleners gaven aan het een ingewikkelde vraag vinden om te beantwoorden en zeggen dan ook niet direct een goed antwoord te hebben (R2, R5). Een andere hulpverlener sprak de wens uit voor meer maatwerk voor de professional, waarbij er ruimte is om administratieve taken, zoals het uitschrijven van een behandelfase binnen de interventie, te verkorten om tijd te besparen (R6). Ook de rompslomp rondom het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) werd genoemd als onvoldoende helpend bij de professionalisering van maatwerk (R7).

Facilitering organisatie

Als laatste werd de rol van de organisatie benoemd. Een hulpverlener gaf aan dat de organisatie te allen tijde moet zorgen voor voldoende randvoorwaarden voor de uitvoering van maatwerk, waarbij het hebben van voldoende draagkracht binnen het team als essentiële voorwaarde wordt gezien om de hoeveelheid aanmeldingen gezamenlijk te kunnen dragen (R4). Een andere hulpverlener gaf aan dat de organisatie een verantwoordelijkheid heeft bij het aanrijken van passende trainingen, die niet enkel en alleen gaan om de SKJ-punten binnenhalen, maar ook specifiek gericht zijn op de doelgroep. R7 zei hierover: *“Daar heeft de organisatie gelukkig genoeg op gevonden. Dus in die zin is het voor ons geen probleem, maar ik weet dat het op heel veel andere plekken wel een probleem is.”* Als laatste werd genoemd door een hulpverlener dat professionalisering van maatwerk ten goede komt wanneer er meer zicht komt op welke ervaringen en zorgen ambulante hulpverleners in hun eentje dragen. Waarbij het volgens deze hulpverlener mooi zou zijn als elke organisatie een ‘aanlandplek’ zou hebben, waar je onderling met collega’s ervaringen kunt delen en van elkaar kunt leren. Het volgende werd hierover gezegd:

“Ik denk dat dat wel eens onderschat wordt, van hoe je met al die dingen of zorg, of al die ervaringen, in je eentje te verdragen hebt. Of het nou drie grote Dobermannen zijn die op je af komen rennen als je het hekje doorgaat, of weet je, het maakt niet uit. Ja, je hebt in je eentje best wel wat te verdragen.” (R5).

Discussie

In dit onderzoek stonden de volgende onderzoeksvragen centraal: “Hoe beslissen professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen over welke elementen zij inzetten?” en “Wat zou professionals binnen interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problemen helpen om interventies nog beter te kunnen personaliseren?”. Professionals maken tijdens de behandeling voortdurend kleine en grote keuzes over interventie-elementen. Dit onderzoek laat zien dat ambulant hulpverleners daarbij op verschillende momenten beslissingen nemen, beïnvloed door diverse factoren. Afhankelijk van de situatie en context ervaren hulpverleners wisselende ruimte om flexibel om te gaan met de inzet van interventie-elementen.

Deze discussie kent een driedelige opbouw. Allereerst worden de momenten besproken waarop hulpverleners besluiten welke interventie-elementen zij inzetten tijdens het hulpverleningstraject. Voorbeelden van dergelijke momenten zijn de aanvang van de behandeling en het moment waarop de situatie van het gezin verandert. Vervolgens wordt ingegaan op contextuele en inhoudelijke overwegingen die van invloed zijn op het keuzeproces. Tot slot wordt stilgestaan bij de ruimte die hulpverleners ervaren om flexibel met deze keuzes om te gaan.

Beslismomenten

De bevindingen van dit onderzoek wijzen op de variëteit aan beslismomenten die hulpverleners ervaren bij het bepalen van de inhoud van interventies in de behandeling van GMCP. De professionals maken keuzes op verschillende tijdstippen binnen het behandeltraject, afhankelijk van de voortgang en de specifieke behoeften van het gezin. In de vroege fase van de behandeling, bij de start van het traject, worden de doelstellingen voor de behandeling vastgesteld. Gedurende de behandeling worden vervolgens verdere beslissingen genomen, vaak na evaluaties en in overleg met collega's en gedragswetenschappers. Het valt op dat hulpverleners binnen PMTO, een sterk geprotocolleerde interventie, aangeven de behandeling minder vaak aan te passen. Zij blijven nauwer binnen de kaders van de interventie. Daarentegen lijken hulpverleners van IOG, de minst geprotocolleerde interventie, vaker de richting van de behandeling bij te stellen op basis van wisselende omstandigheden. Dit suggereert dat tussen sterk en minder sterk geprotocolleerde interventies verschillen bestaan in zowel het aantal van beslismomenten als de timing daarvan. Deze veronderstelling vindt steun in de literatuur. Zo kent de PMTO-interventie een sterk theoretisch onderbouwde structuur, waarbij interventies in een vaste en doordachte volgorde worden toegepast (Sigmarsdóttir et al., 2015). Daarentegen geven IOG-hulpverleners in dit onderzoek aan vaker

te reageren op nieuwe informatie die tijdens de behandeling beschikbaar komt. Dit sluit aan bij de opzet van het IOG-programma, waarin ruimte bestaat om interventies en instrumenten flexibel toe te passen gedurende het traject (Van Rooijen, 2019). De benadering van IOG lijkt daarmee beter aan te sluiten bij de complexe en veranderlijke hulpvragen van GMCP. Dit wordt ondersteund door bevindingen van Van Yperen et al. (2019), die stellen dat een flexibele inzet van werkzame elementen passend kan zijn bij deze doelgroep, mits er wordt voldaan aan belangrijke randvoorwaarden zoals voortgangsmonitoring en adequate supervisie.

Contextuele- en inhoudelijke overwegingen

Hulpverleners maken voortdurend afwegingen over de inzet van specifieke interventieonderdelen. Deze afwegingen zijn zelden gebaseerd op één vast moment of protocol, maar vloeien voort uit een combinatie van professionele inschattingen, signalen uit het gezin en de specifieke context waarin het gezin zich bevindt. Drie factoren wegen volgens de hulpverleners van het huidige onderzoek het zwaarst mee tijdens het beslisproces: de veiligheid binnen het gezin, de emotionele draagkracht van de ouders en de mate van motivatie en samenwerking met het gezin.

Allereerst is de veiligheid binnen het gezin een essentiële overweging. Hulpverleners benadrukken dat het waarborgen van een veilige omgeving voor het kind de hoogste prioriteit heeft. Hulpverleners in dit onderzoek gaven aan dat het proces van interventie doorgaans begint met het herstellen van de veiligheid. Dit houdt in dat een structurele aanpak noodzakelijk is voordat andere interventies kunnen worden toegepast. Deze werkwijze komt overeen met de bevindingen van Bartelink et al. (2012), die aangeven dat bij signalen van onveiligheid eerst een aantal vastgestelde stappen moet worden gevolgd. Tegelijkertijd blijkt uit de literatuur dat de inschatting van veiligheid door hulpverleners sterk kan variëren (Bartelink, 2018), en dat deze beoordeling niet altijd overeenkomt met de beleving van ouders (Turnell et al., 2018). Aangezien de beoordeling van veiligheid per professional kan verschillen en niet altijd overeenkomt met de beleving van ouders, leidt dit tot uiteenlopende opvattingen over wanneer veiligheid prioriteit moet krijgen. Dit maakt het deels tot een persoonsafhankelijke afweging.

De emotionele draagkracht van ouders is een tweede factor die sterk meespeelt bij de overwegingen rondom het inzetten van een interventie-element. Hulpverleners in dit onderzoek merkten op dat de mate van emotionele belasting van ouders bepalend is voor hun vermogen om effectief bij te dragen aan de behandeling van hun kind. Dit heeft direct invloed op het tempo, de timing en de inhoudelijke keuzes binnen het behandelproces. Dit sluit aan bij onderzoek van Van Assen et al. (2023) dat concludeerde dat ouderproblematiek de kans op

goede resultaten verkleint. Ouders die zelf onder zware stress staan of die emotioneel belast zijn, bijvoorbeeld door eerdere trauma's of psychische problematiek, zijn vaak minder in staat om tijdens een behandeling nieuwe opvoedvaardigheden aan te leren. Dit kan de motivatie en betrokkenheid van het gezin ondermijnen. In gevallen waar ouders zelf onvoldoende draagkracht hebben, worden hulpverleners vaak genoodzaakt om meer tijd te besteden aan het ondersteunen van de ouders. Dit beïnvloedt de intensiteit en aard van de interventies. De afstemming van de behandeling op de ouders' emotionele situatie lijkt een essentieel aspect in de effectiviteit van IAI. De constatering dat hulpverleners in dit onderzoek regelmatig te maken hebben met psychische problemen van ouders, sluit aan bij eerdere bevindingen van Ribner en Knei-Paz (2002) en Cowen (2001), waaruit blijkt dat dergelijke problematiek frequent voorkomt binnen GMCP. In lijn met deze bevindingen benadrukken Tausendfreund et al. (2016) dat de effectiviteit van hulpverlening in aanzienlijke mate onder druk kan komen te staan door de aanwezigheid van complexe sociale en psychische problemen binnen het gezinssysteem. Zij signaleren een spanningsveld waarbij hulpverleners enerzijds recht moeten doen aan deze kwetsbaarheden, terwijl zij anderzijds de aanwezige krachten en hulpbronnen binnen het gezin niet uit het oog mogen verliezen. Dit impliceert dat professionals voortdurend moeten balanceren tussen het bieden van passende ondersteuning bij psychische belasting en het bevorderen van de eigen regie en veerkracht van gezinnen.

De mate van motivatie en samenwerking met het gezin blijkt volgens de geïnterviewde hulpverleners een andere belangrijke factor te zijn in het beslissingsproces. Hulpverleners gaven aan dat bij tekenen van verminderde motivatie of onvoldoende samenwerking het nodig is het ingezette interventie-element te heroverwegen en nieuwe benaderingen te zoeken. Deze werkwijze sluit aan bij bevindingen van Bodden en Deković (2016) die beschrijven dat beperkte betrokkenheid van GMCP een veelvoorkomend obstakel vormt, met negatieve gevolgen voor het behandelverloop. Van Yperen (2003) benadrukt in dit verband dat de motivatie van ouders een cruciale voorwaarde is voor het behalen van positieve resultaten. In het huidige onderzoek gaven hulpverleners aan dat een gebrek aan motivatie of een moeizame samenwerking de effectiviteit van de behandeling bemoeilijkt, zoals zichtbaar werd in situaties waarin gezinnen terughoudend waren om actief deel te nemen. Hulpverleners gaven in dit onderzoek aan voortdurend af te stemmen op de bereidheid van het gezin om samen te werken. De motivatie van zowel ouders als kinderen wordt daarbij regelmatig geëvalueerd, omdat deze in hoge mate bepalend is voor het verloop en de effectiviteit van de interventie. Dit maakt het essentieel om interventie-elementen flexibel aan te passen aan de mate van motivatie binnen het gezin. Deze bevinding sluit aan bij de literatuur. Zo blijkt uit onderzoek

van Baartman en Dijkstra (1987) en Carey (1989) dat hulpverleners en gezinnen vaak verschillende verwachtingen hebben over het doel en de resultaten van de behandeling. Dit kan de samenwerking bemoeilijken. Het belang dat hulpverleners in dit onderzoek hechten aan afstemming en samenwerking komt hiermee in een breder perspectief te staan: de bereidheid tot samenwerking is geen vanzelfsprekendheid, maar vraagt voortdurende aandacht en bijsturing. Het onderzoek van De Greef (2019) ondersteunt dit, door te stellen dat samenwerking tussen hulpverlener en ouder een noodzakelijke voorwaarde is voor effectieve ambulante jeugdhulp. Daarmee bevestigen de bevindingen uit dit onderzoek dat motivatie en samenwerking niet alleen invloed hebben op het verloop van de interventie, maar ook een directe rol spelen in de afwegingen die hulpverleners maken bij het kiezen van een passend interventie-element.

Ervaren vrijheid in uitvoeren van maatwerk

Hulpverleners binnen dit onderzoek ervaren een aanzienlijke vrijheid in het personaliseren van interventies en het leveren van maatwerk. Dit stelt hen in staat om beter in te spelen op de unieke behoeften van ieder gezin. Dit proces van maatwerk werd veelal door hulpverleners gezien als een belangrijke factor in het succes van de behandeling omdat het hen in staat stelt om een interventieplan te creëren dat optimaal aansluit bij de specifieke situatie en dynamiek van het gezin. Dit sluit aan bij de bevindingen van Anderson et al. (2021) en Chiu et al. (2013), die rapporteerden dat modulaire, op maat gemaakte behandelingen goede resultaten opleverden. Deze vrijheid wordt door hulpverleners echter niet alleen als een kracht, maar ook als een uitdaging ervaren. De geïnterviewde hulpverleners gaven aan voortdurend te balanceren tussen hun professionele expertise en de noodzaak om hun aanpak af te stemmen op de behoeften van het gezin. Hoewel deze ruimte hen in staat stelt om interventies flexibel aan te passen aan veranderende gezinssituaties, vraagt het tegelijkertijd om continue afwegingen en bijsturing. Het bepalen van de grenzen van hun professionele handelingsruimte werd daarbij als complex beschreven. Hoewel deze vrijheid door sommige hulpverleners als uitdagend werd ervaren, werd zij tegelijkertijd gezien als een belangrijke voorwaarde om adequaat te kunnen inspelen op veranderende omstandigheden binnen het gezin.

Uit huidig onderzoek blijkt dat veel hulpverleners het belangrijk vinden om niet gebonden te zijn aan starre protocollen, maar juist om ruimte te hebben interventies aan te passen aan de voortgang en situatie van het gezin. Zo blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat hulpverleners het tempo en de inhoud van de interventies flexibel afstemmen op de veranderende omstandigheden binnen het gezin. Deze vrijheid in personalisatie stelt hen in

staat beter te reageren op wat het gezin op dat moment nodig heeft. Dit sluit aan bij de bevindingen van Driesen en Besselink (2016) die benadrukken dat hulpverleners de behoefte hebben om een eigen stijl te ontwikkelen, waarbij zij elementen uit verschillende interventies combineren. Ook de richtlijnen voor GMCP onderstrepen het belang van flexibiliteit, waarbij wordt aangegeven dat hulpverleners zich moeten kunnen aanpassen aan de veranderende context in het gezin in plaats van strikt een vaste volgorde te volgen (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2020). Hoewel Yperen (2003) eerder het trouw blijven aan de interventierichtlijnen als werkzame factor benoemde, leggen de huidige richtlijnen voor GMCP juist meer nadruk op flexibiliteit.

Een ander punt is dat bij een aantal geïnterviewde hulpverleners de vraag leefde in hoeverre de vrijheid en flexibiliteit bij het personaliseren van de behandeling begrensd is in het toepassen van maatwerk. De meerderheid van de hulpverleners zag dat de mate waarin je de vrijheid voelt om maatwerk toe te passen, afhangt van onder andere de mate van ervaring en persoonlijkheid van de hulpverlener. Hulpverleners binnen dit onderzoek gaven aan onzekerheid te ervaren over de grenzen van hun professionele rol en de mate waarin zij maatwerk mogen bieden. Dit komt overeen met het onderzoek van Pacheco-Molero et al. (2024), waarin wordt aangegeven dat veel hulpverleners onzekerheden ervaren over hun bekwaamheid in het bieden van gezinsgerichte zorg. Deze onzekerheid neemt toe wanneer de voortgang van de behandeling onvoldoende zichtbaar is. Hulpverleners in dit onderzoek gaven aan dat ze instrumenten zoals de ORS/SRS niet meer gebruiken om de voortgang te meten, wat niet alleen de voortgang minder zichtbaar maakt, maar mogelijk ook bijdraagt aan de ervaren onzekerheid.

Verbeteringen voor maatwerk

Uit dit onderzoek blijkt dat hulpverleners verschillende mogelijkheden zien om het beleid en de richtlijnen rondom maatwerk in IAI te verbeteren. Een van de meest genoemde suggesties betreft het belang van teamgerichte supervisie en training. Hulpverleners gaven aan dat voortdurende ondersteuning en doorontwikkeling cruciaal zijn om effectiever maatwerk te kunnen leveren. Dit benadrukt het belang van voortdurende professionalisering, zodat hulpverleners zich blijvend kunnen ontwikkelen en adequaat kunnen inspelen op de complexe behoeften van deze gezinnen. Hulpverleners binnen dit onderzoek onderschreven het belang van supervisie en training, niet alleen voor het verwerven van specifieke behandeltechnieken, maar ook voor hun persoonlijke en professionele ontwikkeling. Deze ondersteuning stelt hen in staat om adequaat en flexibel in te spelen op de uiteenlopende situaties die zich in de praktijk voordoen. Deze bevinding sluit aan bij de studie van Van Yperen et al. (2019),

waarin het belang wordt benadrukt van actieve reflectie op het eigen handelen, met name wanneer interventies worden toegepast die (nog) niet volledig evidence-based zijn. Daarnaast werd het belang van casusinhoudelijke afstemming genoemd als een belangrijke factor voor het succesvol uitvoeren van maatwerk. Hulpverleners gaven aan dat er voldoende mogelijkheden zouden moeten zijn om met het team en/of de gedragswetenschapper te overleggen voor de inbreng van nieuwe casussen. Dit zou hen in staat stellen om behandelingen beter af te stemmen en met elkaar van gedachten te wisselen over de beste aanpak voor elk gezin.

Het laatste punt dat naar voren kwam, is de administratieve last die een belemmering zou vormen voor het leveren van maatwerk in de zorg voor gezinnen. Hulpverleners gaven aan dat taken zoals methodiekgetrouwe rapportages en verplichtingen rondom het Kwaliteitsregister Jeugd veel tijd vergen, waardoor er minder ruimte overblijft om interventies optimaal af te stemmen op de unieke behoeften van gezinnen. Deze bevinding wordt ondersteund door het onderzoek van Pascoe, Waterhouse-Bradley en McGinn (2023). Hun systematische synthese van kwalitatieve studies toonde aan dat starre protocollen en gestandaardiseerde rapportages niet alleen tijdrovend zijn, maar ook een negatieve impact hebben op de professionele identiteit van sociaal werkers. De auteurs rapporteerden daarnaast dat hulpverleners gevoelens van stress en onzekerheid ervaarden, voortkomend uit het voortdurende gevoel zich te moeten indekken. Het verminderen van administratieve lasten zou dus kunnen bijdragen aan een effectievere en flexibelere inzet van interventies, doordat hulpverleners zich in die gevallen meer kunnen richten op de inhoudelijke en wisselende behoeften van gezinnen.

Sterktes en beperkingen

Een sterkte binnen dit onderzoek is dat er door middel van semi-gestructureerde interviews, voldoende ruimte is geweest om door te vragen over onderwerpen die beoogden antwoord te geven op de onderzoeksvragen. Daarnaast kregen de participanten de ruimte om, binnen de kaders van het interview, aanvullende informatie te delen die zij relevant achtten voor de beantwoording van de centrale onderzoeksvragen. Dit kan de motivatie om deel te nemen aan toekomstig onderzoek vergroten (Taylor, 2009). Alle geïnterviewde hulpverleners gaven aan bereid te zijn om de onderzoeksresultaten gezamenlijk met de andere participanten te bespreken. Dit wijst mogelijk op een sterke betrokkenheid bij het onderzoeksproces en op bereidheid tot verdere participatie in toekomstig praktijkgericht onderzoek.

Een tweede sterkte is dat er voor dit onderzoek vier intensieve ambulante interventies zijn geïnccludeerd, waarbij van iedere interventie een tweetal hulpverleners heeft deelgenomen

aan het onderzoek. Hiermee is een verscheidenheid aan hulpverleners geïnterviewd, waarmee de representativiteit van dit onderzoek voor IAI-hulpverleners groter is dan wanneer enkel hulpverleners van één interventie betrokken zouden zijn geweest.

Een derde sterkte is dat de inhoudsvaliditeit is vergroot door gebruik te maken van onderliggende theorieën bij de opbouw van de interviewleidraad. Dit betekent dat de interviewleidraad is gebaseerd op bestaande wetenschappelijke literatuur (bijvoorbeeld Weisz et al., 2012; Visscher et al., 2022), dit vergroot de relevantie en diepgang van de vragen ten opzichte van het onderzoeksdoel. Vervolgens is de vertaalslag gemaakt naar begrijpelijke, praktijkgerichte taal om de aansluiting met de hulpverlener te verbeteren (constructvaliditeit), waardoor de kans is vergroot dat dit onderzoek heeft gemeten wat het beoogde te meten (Scheepers et al., 2020).

Naast de sterktes van dit onderzoek, zijn er ook enkele beperkingen. Ten eerste gaven enkele hulpverleners aan dat ze de vraag “Wat zou u kunnen helpen om interventies nog beter te personaliseren?” moeilijk te beantwoorden vonden vanwege de brede formulering. Dit zou ertoe kunnen hebben geleid dat de vraag op verschillende manieren werd geïnterpreteerd. Mogelijk heeft dit geleid tot uiteenlopende antwoorden van de geïnterviewde hulpverleners (Hsiung, 2010).

Een tweede beperking betreft het aantal afgenomen interviews. Vanwege het tijdsbestek en de draagkracht van de hulpverleners is ervoor gekozen om acht hulpverleners te betrekken bij het onderzoek. Deze keuze was mede bedoeld om de bereidheid voor deelname te waarborgen. Volgens onderzoek van Hennink en Kaiser (2022) zou verzadiging echter pas optreden bij een minimum van negen interviews in een dergelijk onderzoek. Men spreekt van verzadiging wanneer aanvullende interviews geen nieuwe inzichten, thema's of codes meer opleveren (O'Reilly & Parker, 2013). Dit zou kunnen betekenen dat de resultaten minder volledig zijn. Hoewel het aantal interviews het aanbevolen minimum niet bereikte, nam de hoeveelheid nieuwe informatie naarmate het aantal gesprekken toenam slechts beperkt toe. Dit wijst mogelijk op verzadiging en op het feit dat de verzamelde data wellicht voldoende was om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Een derde beperking van dit onderzoek is dat de betrouwbaarheid van het coderingsproces mogelijk is beïnvloed door subjectieve interpretaties van de onderzoekers. Hoewel gestreefd is naar consistentie in het coderen, onder meer door gezamenlijk een codeboek op te stellen en afstemming tijdens het analyseproces, is geen formele meting van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uitgevoerd. Hierdoor kan niet met zekerheid worden

vastgesteld in hoeverre de coderingen overeenkomen met onafhankelijke uitvoering. Dit beperkt mogelijk de objectiviteit van de analyse (Gibbs & Flick, 2018).

Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan om maatwerk binnen IAI verder te versterken. Allereerst wordt aanbevolen om structureel voldoende ruimte te creëren voor casuïstiekbesprekingen en om de inbreng van nieuwe casussen actief te stimuleren. Regelmatig overleg met collega's en gedragswetenschappers biedt hulpverleners de mogelijkheid om gezamenlijk te reflecteren op complexe gezinssituaties en om interventies beter af te stemmen op de behoeften van gezinnen (Van Goor & Naber, 2017). Daarnaast is het belangrijk om supervisie en intervisie niet alleen te richten op inhoudelijke behandeltechnieken, maar ook op de professionele ontwikkeling en zelfreflectie van hulpverleners. Uit de interviews blijkt dat meerdere hulpverleners onzekerheid ervaren over hun deskundigheid bij het toepassen van maatwerk, vooral in complexe situaties of wanneer gezinnen kenmerken hebben die buiten hun eigen expertise vallen. Door aandacht te besteden aan de persoonlijke groei en de professionele identiteit van hulpverleners kan hun handelingsbekwaamheid in complexe situaties worden versterkt (Boenink, 2004; Windish, 2005). Ten slotte wordt aanbevolen om het gebruik van meetinstrumenten voor het monitoren van de voortgang, zoals de ORS of SRS, te stimuleren. Aangezien veel beslissingen en heroverwegingen afhankelijk zijn van de ervaren voortgang binnen het gezin, kan een structurele voortgangsmeting hulpverleners ondersteunen bij het maken van onderbouwde keuzes gedurende het behandeltraject (Duncan et al., 2003).

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek kunnen enkele suggesties worden gedaan voor vervolgonderzoek. Een belangrijke richting voor verder onderzoek betreft de invloed van bredere contextuele factoren op de mogelijkheden om maatwerk te bieden binnen de hulpverlening aan GMCP. In dit onderzoek gaven hulpverleners aan dat hun keuzes niet alleen worden beïnvloed door de gezinssituatie, maar ook door factoren zoals beleidsregels, financieringsstructuren en de mate van methodiekgebondenheid. Deze contextuele invloeden hangen nauw samen met de eerder besproken ervaren vrijheid in het vormgeven van maatwerk. Verdere verkenning van deze externe invloeden kan bijdragen aan een beter begrip van de randvoorwaarden waarbinnen maatwerk effectief vorm kan krijgen. Hierbij zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden in hoeverre ruimte voor professionele autonomie verschilt tussen organisaties of regio's en welke effecten dit heeft op de inhoud en effectiviteit van de geboden hulp.

Een tweede aanbeveling is om nader onderzoek te doen naar hoe hulpverleners omgaan met professionele onzekerheid in het beslisproces. Uit de interviews kwam naar voren dat hulpverleners regelmatig twijfels ervaren over de grenzen van hun rol, vooral wanneer zij maatwerk leveren in complexe en veranderlijke gezinssituaties. Vervolgonderzoek kan zich richten op de manier waarop hulpverleners met verschillende opleidingsniveaus en ervaringsjaren hiermee omgaan, en welke rol supervisie, intervisie en teamcultuur hierin spelen. Daarnaast kan worden onderzocht welke vormen van ondersteuning of scholing bijdragen aan het versterken van handelingsbekwaamheid en zelfvertrouwen bij het nemen van maatwerkbeslissingen.

Ten slotte zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het gebruik en de impact van voortgangsmetingen binnen de besluitvorming van hulpverleners. In dit onderzoek gaven meerdere hulpverleners aan dat zij keuzes over interventieaanpassingen vaak baseren op hun inschatting van de voortgang. Dit proces verloopt echter in verschillende mate systematisch, afhankelijk van de soort interventie. Toekomstig onderzoek kan inzicht bieden in de wijze waarop dergelijke meetinstrumenten kunnen bijdragen aan een beter onderbouwde besluitvorming tijdens de behandeling, en in hoeverre zij behulpzaam kunnen zijn bij het gezamenlijk vormgeven van beslissingen met gezinnen.

Conclusie

Dit onderzoek biedt inzichten in het proces van besluitvorming door hulpverleners bij interventies voor GMCP. De resultaten tonen aan dat de keuzes die professionals maken over interventieonderdelen worden beïnvloed door een combinatie van contextuele en inhoudelijke overwegingen: de veiligheid binnen het gezin, de emotionele draagkracht van ouders, de motivatie van het gezin en de samenwerking met het gezin. Contextuele overwegingen hebben daarbij niet alleen betrekking op gezinsspecifieke factoren, maar ook op bredere kaders zoals beleidsregels. Bovendien blijkt dat hulpverleners, mede afhankelijk van de aard van de interventie, in wisselende mate handelingsruimte ervaren om interventies te personaliseren op basis van de specifieke behoeften van het gezin. Er is een duidelijk spanningsveld tussen de wens om flexibiliteit te behouden en de noodzaak om vast te houden aan geprotocolleerde methodieken. Dit onderzoek benadrukt dat de ruimte voor maatwerk essentieel is voor het succes van de behandeling, maar ook dat er onzekerheden en barrières bestaan, zoals de administratieve lasten en de onzekerheid over de grenzen van de professionele rol van de hulpverleners. Om de effectiviteit van ambulante hulpverlening verder te verbeteren, wordt aanbevolen om de professionalisering van hulpverleners te blijven stimuleren door middel van supervisie en training, en om meer ruimte in te bouwen voor

casusbesprekingen. Ook zou het gebruik van meetinstrumenten, zoals de ORS/SRS, kunnen ondersteunen bij de besluitvorming en de samenwerking met gezinnen kunnen bevorderen. Ten slotte biedt dit onderzoek aanknopingspunten voor vervolgonderzoek, met name naar de invloed van externe factoren op maatwerk in de hulpverlening en de rol van onzekerheid en professionalisering in het beslissingsproces van hulpverleners.

Literatuurlijst

- Addink, A., & Lekkerkerker, L. (2014). *Feedback informed treatment in jeugd- en opvoedhulp: Een onderzoek bij Trias naar het werken met FIT*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Feedback-Informed-Treatment-in-jeugd--en-opvoedhulp.pdf>
- American Psychological Association. (2016). *Clinical decision making in mental health practice* (J. J. Magnavita, Ed.; First edition). American Psychological Association. <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4394511>
- Anderson, C. M., Iovannone, R., Smith, T., Levato, L., Martin, R., Cavanaugh, B., Hochheimer, S., Wang, H., & Iadarola, S. (2021). Thinking small to think big: Modular approach for autism programming in schools (MAAPS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(1), 193–211. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04532-1>
- Baartman, H. E. M., & Dijkstra, J. S. (1987). Multi-problem gezinnen. II: De opvoedingsproblematiek. *Tijdschrift Voor Orthopedagogiek*, 26, 2–20.
- Bartelink, C. (2018). Dilemmas in child protection. Methods and decision-maker factors influencing decision-making in child maltreatment cases [Dissertatie]. Rijksuniversiteit Groningen.
- Bartelink, C., Ten Berge, I., De Kwaadsteniet, L., Witteman, C., & Van Yperen, T. A. (2012). Beter beslissen bij vermoedens van kindermishandeling. Gestructureerde werkwijze verbetert kwaliteit besluitvorming. *Jeugdkennis*, 6.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320–335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/famp.12144>
- Boenink, A.D., Oderwald, A.K., Jonge, P. de, Tilburg, W. van, & Smal, K. (2004). Assessing student reflection in medical practice. The development of an observer-rated instrument: Reliability, validity and initial experiences. *Medical Education*, 38, 368–377.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Carey, R. (1989). How values affect the mutual goal setting process with multiproblem families. *Journal of Community Health Nursing*, 6, 7–14.

- Cheong, H.-i., Lyons, A., Houghton, R., & Majumdar, A. (2023). Secondary Qualitative Research Methodology Using Online Data within the Context of Social Sciences. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231180160>
- Chiu, A. W., Langer, D. A., McLeod, B. D., Har, K., Drahota, A., Galla, B. M., Jacobs, J., Ifekwunigwe, M., & Wood, J. J. (2013). Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly*, 28(2), 141–153. <https://doi.org/10.1037/spq0000017>
- Cowen, P. S. (2001). Effectiveness of a parent education intervention for at-risk families. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 6, 73–82.
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., Westerdijk, I., & Scholte, R. H. J. (2020). Parental empowerment and child behavioral problems in single and two-parent families during family treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 29(10), 2824–2835. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01795-1>
- De Greef, M. (2019). Addressing the alliance: The parent-professional alliance in home-based parenting support: Importance and associated factors [Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen]. HAN University of Applied Sciences.
- Driesen, I., & Besselink, P. (2016). Over normaliseren en moraliseren: De werkzame bestanddelen van de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 25(3), 39–57. <https://doi.org/10.18352/jsi.494>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., Brown, J., & Johnson, L. D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3–12.
- Emerson R.W. (2021). Convenience Sampling Revisited: Embracing Its Limitations Through Thoughtful Study Design. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 115(1), 76–77. <https://doi.org/10.1177/0145482X20987707>
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (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>
- Gibbs, G., & Flick, U. (2018). *Analyzing qualitative data* (Second edition). SAGE. <https://methods.sagepub.com/book/analyzing-qualitative-data-2e>
- Hamburg, M. A., & Collins, F. S. (2010). The path to personalized medicine. *New England Journal of Medicine*, 363, 301–304. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1006306>

- Hennink, M., & Kaiser, B. N. (2022). Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. *Social Science & Medicine*, 292, 1-10.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114523>
- Holwerda, A., Reijneveld, S., & Jansen, D. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht* [The effectiveness of treatment for multiproblem families: an overview]. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Hsiung, P.-C. (2010). *Reflexivity: The research relationship*. In *Lives and legacies: A guide to qualitative interviewing*. University of Toronto Scarborough. Geraadpleegd op 20 december, van <https://www.utoronto.ca/~pchsiung/LAL/reflexivity/relationship>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748–751.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
- Knorth, E. J., & Knot-Dickscheit, J. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Stand van zaken en perspectieven voor theorie en praktijk. In J. Knot-Dickscheit & E. J. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 492-508). Theorie en Praktijk. Rotterdam: Lemniscaat.
- Lange, A. (2017). *From implementation to alliance: The role of therapist adherence within Multisystemic Therapy*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Lei, H., Nahum-Shani, I., Lynch, K., Oslin, D., & Murphy, S. A. (2012). A “SMART” design for building individualized treatment sequences. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 21–48. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
- McCabe, K. M., Yeh, M., & Zerr, A. A. (2020). Personalizing behavioral parent training interventions to improve treatment engagement and outcomes for culturally diverse families. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 41–53.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S221222>
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). *Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing, real-time assessment feasible*. *Journal of Brief Therapy*, 5(1), 5–22.
<https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/1%20Using%20Formal%20Client%20Feedback.pdf>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2021, december 8). *Multidimensionele familietherapie (MDFT)*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 27 januari, van <https://www.nji.nl/interventies/multidimensionele-familietherapie-mdft>

- Ng, M. Y., & Weisz, J. R. (2016). Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(3), 216–236. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- O'Reilly, M., & Parker, N. (2013). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research*, 13(2), 190–197. <https://doi.org/10.1177/1468794112446106>
- Overbeek, M. M., Gudde, L. M., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2023). 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>
- Pacheco-Molero, M., García-Ruiz, J., & Sánchez-Moreno, J. (2024). Barriers perceived by professionals in family-centered early intervention services: A systematic review of the current evidence. *Journal of Early Intervention*, 46(3), 215–236. <https://doi.org/10.1007/s13158-024-00401-5>
- Pascoe, K. M., Waterhouse-Bradley, B., & McGinn, T. (2023). Social workers' experiences of bureaucracy: A systematic synthesis of qualitative studies. *The British Journal of Social Work*, 53(1), 513–532. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcac087>
- Ribner, D. S., & Knei-Paz, C. (2002). The client's view of a successful helping relationship. *Social Work*, 47, 379–387.
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. (2020, juni 16). *Eén vaste hulpverlener*. Geraadpleegd op 18 april 2015, van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen/effectief-casemanagement-en-de-houding-van-de-professional/een-vaste-hulpverlener/>
- Scheepers, P., Tobi, H., & van den Brink-Muinen, A. (2020). *Onderzoeksmethoden voor de sociale wetenschappen* (3e herz. dr.). Noordhoff.
- Sigmarsdóttir, M., Thorlacius, O., Guðmundsdóttir, E. V., & DeGarmo, D. S. (2015). Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Child outcomes in a nationwide randomized controlled trial. *Family Process*, 54(3), 498–517. <https://doi.org/10.1111/famp.12109>
- 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.2016.1140802>

- Taylor, S. A. (2009). Engaging and Retaining Vulnerable Youth in a Short-term Longitudinal Qualitative Study. *Qualitative Social Work*, 8(3), 391–408.
<https://doi.org/10.1177/1473325009337848>
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An Independent Effectiveness Trial of Multisystemic Therapy with Juvenile Justice Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 227–236.
- Turnell, A., et al. (2018). *Veiligheid in gezinnen: Een zaak voor iedereen | 39 Signs of Safety Comprehensive Briefing Paper* (April 2020). Resolutions Consultancy. Geraadpleegd op 2 december 2024, van
<https://knowledgebank.signsofsafety.net/resources/introduction-to-signs-of-safety/signs-ofsafety-comprehensive-briefing-paper/signs-of-safety-comprehensive-briefing-paper-en/signs-ofsafety-comprehensive-briefing-paper>
- Van Assen, A., Post, W., Grietens, H., & Knot-Dickscheit, J. (2023). 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. M., Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (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 Steege, M. (2007). *Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom: Naar een gouden standaard. Jeugdbeleid*, 1(1), 41–50. Geraadpleegd op 10 november, van
<https://www.nji.nl/uploads/2021-06/IPTkomttotwasdom.pdf>
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. 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 Geuns, H., Hermanns, J., & Cloin, M. (2012). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen?* Verwey-Jonker Instituut. <https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/2771-multiprobleemgezinnen-web-2.pdf>
- Van Goor, R., & Naber, P. (2017). *Handreiking casuïstiekbespreking in Ouder- en Kindteams*. Amsterdam: Kenniswerkplaats Transformatie Jeugd Amsterdam (KeTJA).
- Van Hattum, M. (2018). *Samenwerken als uitdaging voor effectieve jeugd- en opvoedhulp (Intreerede lector Werkzame Factoren in de Jeugd- en Opvoedhulp)*. HAN University of Applied Sciences Press. Geraadpleegd op 14 november, van

- https://www.han.nl/nieuws/2020/12/han-lector-van-hattum-bepleit-meervoudige-alliantie-in-jeugd-en-opvoedhulp/samenwerken_als_uitdaging_voor_effectieve_jeugd-_en_opvoedhulp_door_marion_van_hattum_web.pdf
- Van Rooijen, P. (2019). *Methodiekhandleiding IAG*. Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, T. A. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. NIZW.
- Van Yperen, T. A., van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. NJi.
- Van Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., & Visscher, L. (2019). Werkzame elementen in het werken met gezinnen met meervoudige en complexe problemen. In J. Knot-Dickscheit, & E. J. Knorth (Eds.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 402-420). Lemniscaat.
- Veerman, J. W., Janssens, J., & Delicat, J. W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.
- 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., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., van Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. M. C. (2022). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, 61(2), 571–590. <https://doi.org/10.1111/famp.12620>
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., et al. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 274–282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Windish, D.M., Price, E.G., Clever, S.L., Magaziner, J.L., & Thomas, P.A. (2005). Teaching medical students the important connection between communication and clinical reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1108-1113.
- Yorneo. (n.d.). *Ons verhaal*. Yorneo. Geraadpleegd op 2 december 2024, van <https://www.yorneo.nl/over-ons/ons-verhaal>

Bijlagen

Bijlage A – 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 terug denken 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 uw keuze voor de inzet van specifieke onderdelen binnen de interventie?
	Op welke wijze betreft u gezinnen bij het bepalen van de inhoud van de hulp? - Op welke manier past u dit toe?
	Hoe handelt u in situaties waarin de wensen van het gezin afwijken van uw professionele inschatting? - 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 dat de hulp nog goed aansluit?
Afwegingen en keuzes in het beslisproces	Op welke momenten neemt u beslissingen over de richting van de interventie?

Welke signalen zorgen ervoor dat u tijdens de interventie een beslissing opnieuw overweegt met betrekking tot een bepaald element?

Professionaliseren van
maatwerk

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 B – Informatiebrief



**rijksuniversiteit
groningen**

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

INFORMATIE VOOR PRAKTIJKPROFESSIONALS

ONDERZOEK NAAR DE ERVARINGEN VAN HULPVERLENERS MET HET PERSONALISEREN VAN INTERVENTIES VOOR GEZINNEN PED-2324-S-0085

> Waarom krijg ik deze informatie?

De Rijksuniversiteit Groningen doet, in samenwerking met de Hogeschool Windesheim en in samenwerking met masterstudenten van de RuG en Hogeschool Windesheim, onderzoek naar de ervaringen van hulpverleners met het personaliseren van interventies voor gezinnen. Dit doen we door middel van interviews. We zijn benieuwd hoe u interventies voor gezinnen toespitst op hun specifieke wensen en behoeften en wat u zou kunnen helpen om dit mogelijk (nog) beter te kunnen doen. Middels deze brief willen we u vragen om mee te doen aan dit onderzoek.

Het onderzoek wordt in uw regio uitgevoerd door Merle de Ruiter en Femke Veenstra, masterstudenten Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek, onder begeleiding van Jana Knot-Dickscheit en Loraine Visscher. Hogeschool Windesheim voert dit onderzoek uit in de regio Overijssel.

> Moet ik meedoen aan dit onderzoek?

Meedoen aan het onderzoek is vrijwillig. Wel is uw toestemming nodig. Lees deze informatie daarom goed door. Stel alle vragen die u misschien heeft, bijvoorbeeld omdat u iets niet begrijpt. Pas daarna besluit u of u wilt meedoen. Als u besluit om niet mee te doen, hoeft u niet uit te leggen waarom, en zal dit geen negatieve gevolgen voor u hebben. Dit recht geldt op elk moment, dus ook nadat u hebt toegestemd in deelname aan het onderzoek.

> Waarom dit onderzoek?

Door middel van dit onderzoek hopen we beter zicht te krijgen op hoe interventies voor gezinnen worden toegespitst op de specifieke wensen en behoeften van gezinnen en wat professionals nodig hebben om dit (nog) beter te kunnen doen. Deze informatie kan helpen om interventies in de toekomst mogelijk beter te (kunnen) personaliseren en uiteindelijk de uitkomsten van interventies en de tevredenheid van gezinnen met deze interventies vergroten.

> Wat vragen we van u tijdens het onderzoek?

Indien u toestemming geeft voor deelname aan het interview zullen we een interview met u inplannen. Dit interview duurt ongeveer 60 minuten. Dit kan telefonisch of online (via Google Meet) en kan op een moment dat u het beste schikt. Indien u daar toestemming voor geeft wordt het interview opgenomen, zodat we het op een later moment kunnen uitwerken.

> Welke gevolgen kan deelname hebben?

Naast de tijdsinvestering heeft deelname aan dit onderzoek geen voor- of nadelen voor u.



➤ **Hoe gaan we met uw gegevens om?**

Als u zich aanmeldt voor het onderzoek, bewaren wij uw naam en e-mailadres op een beveiligde server van de RUG (y-schijf). Alleen het onderzoeksteam heeft toegang tot uw persoonsgegevens. Aan uw persoonsgegevens koppelen we een respondentnummer. De persoonsgegevens worden apart bewaard van de onderzoeksdata.

De informatie die in dit onderzoek wordt verzameld, wordt verwerkt in masterscripties en in eventuele wetenschappelijke artikelen. De uitkomsten zullen op geen enkele manier herleidbaar zijn tot u.

Conform de richtlijnen van de Rijksuniversiteit Groningen worden de onderzoeksdata en uw persoonsgegevens (naam en e-mail) tot tien jaar na afloop van dit onderzoek bewaard (tot 01-08-2035). Daarna worden alle gegevens verwijderd.

U hebt ten alle tijden het recht om zich terug te trekken uit het onderzoek. U kunt dat tot uiterlijk 1-04-2025 doen door een mail te sturen naar Loraine Visscher (l.visscher@rug.nl). Wanneer u zich terugtrekt uit het onderzoek (alvorens de data zijn geanalyseerd en gebruikt) worden uw gegevens direct verwijderd en dus niet tien jaar bewaard.

Indien u op de hoogte gehouden wil worden van de uitkomsten van dit onderzoek en/of eventueel vervolgonderzoek kunt u dit aangeven op het toestemmingsformulier.

➤ **Wat als u mee wilt doen of meer wil weten?**

Als u mee wilt doen aan het onderzoek kunt u zich opgeven door een mail te sturen naar de masterstudent (Merle de Ruiter, via m.m.w.de.ruiter@student.rug.nl).

U kunt altijd vragen stellen over het onderzoek: nu, tijdens het onderzoek, en na afloop. Dit kan door Loraine Visscher te e-mailen. Als u vragen of zorgen heeft over uw rechten als onderzoeksdeelnemer of de uitvoering van het onderzoek, vragen wij u allereerst contact op te nemen met Loraine Visscher (l.visscher@rug.nl). Mocht dit niet voldoende zijn kunt u ook contact opnemen met de Ethische Commissie Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: ec-bss@rug.nl.

Als u vragen of zorgen heeft over hoe er met uw persoonsgegevens wordt omgegaan, kunt u ook contact opnemen met de Functionaris Gegevensbescherming van de Rijksuniversiteit Groningen: privacy@rug.nl.

Als onderzoeksdeelnemer heeft u recht op een kopie van deze onderzoeksinformatie.

Bijlage C – Toestemmingsverklaring



**rijksuniversiteit
 groningen**

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

**GEÏNFORMEERDE TOESTEMMING
 ONDERZOEK NAAR DE ERVARINGEN VAN HULPVERLENERS MET HET
 PERSONALISEREN VAN INTERVENTIES VOOR GEZINNEN
 PED-2324-S-0085**

- Ik heb de informatie over het onderzoek gelezen. Ik heb genoeg gelegenheid gehad om er vragen over te stellen.
- Ik begrijp waar het onderzoek over gaat, wat er van me gevraagd wordt, welke gevolgen deelname kan hebben, hoe er met mijn gegevens wordt omgegaan, en wat mijn rechten als deelnemer zijn.
- Ik begrijp dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is. Ik kies er zelf voor om mee te doen. Ik kan op elk moment stoppen met meedoen. Als ik stop, hoef ik niet uit te leggen waarom. Stoppen zal geen negatieve gevolgen voor mij hebben.
- Ik geef hieronder aan waar ik toestemming voor geef.

Toestemming voor deelname aan het onderzoek:

- ☐ Ja, ik geef toestemming voor deelname; deze toestemming loopt tot 01-08-2035
☐ Nee, ik geef geen toestemming voor deelname

Toestemming voor het maken van audio- of schermopnames tijdens het onderzoek:

- ☐ Ja, ik geef toestemming voor het maken van audio- of schermopnames van mij als deelnemer.
☐ Nee, ik geef geen toestemming voor het maken van audio- of schermopnames van mij.

Toestemming voor de verwerking van mijn persoonsgegevens:

- ☐ Ja, ik geef toestemming voor het bewaren van mijn persoonsgegevens zoals vermeld in de onderzoeksinformatie. Ik weet dat ik tot 01-08-2025 kan vragen om mijn gegevens te laten verwijderen. Ook als ik besluit om te stoppen met deelname, kan ik hierom vragen.
☐ Nee, ik geef geen toestemming voor het bewaren van mijn persoonsgegevens.

Toestemming voor het gebruiken van mijn gegevens voor ander onderzoek:

- ☐ Ja, ik geef toestemming voor het delen van niet-herleidbare, anonieme, onderzoeksgegevens met nationale en internationale onderzoekers op het gebied van jeugdhulp
☐ Nee, ik geef geen toestemming voor het delen van niet-herleidbare onderzoeksgegevens met nationale en internationale onderzoekers op het gebied van jeugdhulp

De resultaten van het onderzoek:

- ☐ Ja, ik wil per mail op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek. Mijn mailadres is:
☐ Nee, ik wil niet op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek.

Volledige naam deelnemer:	Handtekening deelnemer:	Datum:

Volledige naam aanwezige onderzoeker:	Handtekening onderzoeker:	Datum:

De aanwezige onderzoeker verklaart dat de deelnemer uitvoerig over het onderzoek is geïnformeerd.

U heeft recht op een kopie van dit toestemmingsformulier.

Bijlage D – Codeboom

Onderstaand wordt de definitieve codeboom weergegeven, waarin alle gebruikte codes zijn ondergebracht in thema's. De codes die tijdens het coderingsproces inductief tot stand zijn gekomen, zijn in het overzicht onderstreept weergegeven.

Thema	Code	Beschrijving
Inleidende vragen	Functie	De rol en verantwoordelijkheden van de hulpverlener binnen de behandeling.
	Programma	Het soort programma waarbinnen de behandeling plaatsvindt.
	Ervaring	Aantal jaar dat de hulpverlener werkt binnen IAI.
Besluitvorming in de behandeling	Keuzes in de behandeling	Beslissingen over de vorm en richting van de behandeling.
	Overwegingen bij keuze Interventie-elementen	Overwegingen bij de keuze van specifieke elementen binnen de interventie
	Beslismomenten	De momenten tijdens de interventie waarop belangrijke keuzes worden gemaakt over de richting en inhoud van de behandeling.
	Heroverwegen keuzes	Situaties waarin eerder gemaakte beslissingen opnieuw worden geëvalueerd en eventueel bijgesteld op basis van nieuwe informatie of veranderende omstandigheden.

Samenwerking met het gezin	Gezin betrekken	De manier waarop gezinnen worden meegenomen in besluitvorming en uitvoering.
	Wens gezin vs. professionele inschatting	De afwegingen en handelwijze van hulpverleners wanneer hun professionele inschatting afwijkt van de wensen van het gezin.
Personalisatie van de interventie	Vrijheid interventie-inhoud	De mate waarin hulpverleners interventies kunnen aanpassen.
	Uitdagingen bij personaliseren	Factoren die het moeilijk maken om interventies aan te passen aan de specifieke behoeften van een gezin.
Afstemming op de hulpvraag	Behoeftebepaling start	Het proces van vaststellen wat nodig is aan het begin van de hulp.
	<u>Monitoring effectiviteit</u>	De manier waarop professionals in de gaten houden of de geboden hulp nog steeds aansluit bij de behoeften van het gezin en de gewenste resultaten oplevert.
Professionalisering van maatwerk	Invloed richtlijnen en protocollen	De mate waarin bestaande richtlijnen en protocollen de beslissingen van de professional beïnvloeden bij het vormgeven van de interventie.
	Omgang starre richtlijnen	De strategieën die professionals hanteren wanneer richtlijnen onvoldoende flexibel zijn om goed aan te sluiten bij de

behoeften van een gezin.

Verbeteringen ter
ondersteuning van maatwerk

Suggesties en mogelijke
aanpassingen in beleid en
protocollen om meer ruimte
te bieden voor
gepersonaliseerde
interventies.

Facilitering organisatie

De rol van een organisatie in
het ondersteunen en
professionaliseren van
maatwerk.
