



Interventie Gezinsverblijf: Wat wordt Ingezet en Waarom?

Een onderzoek naar de factoren die volgens professionals van invloed zijn op de inzet van modules in gezinnen die deelnemen aan de interventie Gezinsverblijf

Laura Atsma

S4873262

Master Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider en eerste beoordelaar: Dr. A.G. van Assen

Tweede beoordelaar: Dr. S. van der Steen

Mei 2025

Aantal woorden: 9855

Samenvatting (NL)

Met de interventie Gezinsverblijf wordt zicht verkregen op de gezinssituatie en passende hulp geboden. Deze hulp bestaat deels uit de inzet van diverse modules (interventies en behandelingen). Welke factoren invloed hebben op de besluitvorming rondom de inzet van de modules is onbekend. Volgens Van Yperen, Veerman & Bijl (2017) vormt inzicht in deze besluitvorming echter een eerste stap richting Resultaat Gerichte Ontwikkeling van Interventies. *Dit onderzoek had dan ook als doel om inzicht te krijgen in de factoren die volgens professionals van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf.* Eerst werd kwantitatief onderzocht welke modules zijn ingezet in gezinnen die tussen januari 2024 en maart 2025 deelnamen aan het Gezinsverblijf bij een jeugdzorgorganisatie in Noord-Nederland. Vervolgens zijn semigestructureerde interviews afgenomen met acht professionals om inzicht te krijgen in de besluitvorming omtrent de inzet van de modules. De resultaten laten zien dat pedagogische- en lichamelijke modules het meest zijn ingezet. Volgens de professionals zijn vooral algemene casusfactoren van invloed op de inzet van ‘de soort module’. Dit onderzoek levert ook nieuw inzicht op: professionals noemen ook een aantal specifieke casusfactoren die van invloed zijn op de inzet van een ‘specifieke module’ die niet in eerder onderzoek zijn genoemd. Professionele-, organisatie- en externe factoren hebben volgens de professionals ook invloed in mindere mate. Het onderzoek is een eerste stap van effectiviteitsonderzoek naar de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf en is daarmee een goede basis voor vervolgonderzoek naar de effectiviteit van de interventie Gezinsverblijf.

Abstract (ENG)

With a Family Stay intervention, insight is gained into the family situation and necessary help is provided. This help partly consists of the deployment of various modules (interventions and treatments). What factors influence decision-making around the deployment of the modules is unknown. However, according to Van Yperen, Veerman & Bijl (2017), insight into this decision-making is a first step towards Outcome-Focused Development of Interventions.

Therefore, this study aimed to gain insight into the factors that professionals believe influence the decision-making regarding the use of modules during the Family Stay. First, we quantitatively investigated which modules were deployed in families who participated in the Family Stay between January 2024 and March 2025 at a youth care organization in North of the Netherlands. Subsequently, semi-structured interviews were conducted with eight professionals to gain insight into the decision-making process regarding the deployment of the modules. The results showed that pedagogical- and physical modules were deployed most frequently. According to the professionals, general case factors in particular influence the deployment of 'the type of module'. This research also provides a new insight: professionals also mention several specific case factors not mentioned in previous research that influence the deployment of a 'specific module'. According to the professionals, professional-, organizational- and external factors have also influence, however to a lesser extend. By understanding the decision-making process, there is a good foundation for follow-up research into the effectiveness of the use of modules during the Family Stay intervention and is a good basis for follow-up research on the effectiveness of the Family Stay intervention.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

In 2017 waren er in Nederland naar schatting 27.317 gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Tuenten, Hooijsma en Donker, 2020). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen bestaan uit minimaal één ouder en één kind die langdurig kampen met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen (Van der Steege, De Veld & Zoon, 2020). Deze gezinnen ervaren vaak een veelvoud aan problemen in het kind-functioneren, het ouder-functioneren, de opvoeding, het gezinsfunctioneren, de contextuele factoren, het sociale netwerk en/of in de hulpverlening (Bodden en Dekovic, 2010). Daarnaast komt verslaving, tienerzwangerschap, alleenstaand ouderschap of een licht verstandelijke beperking vaker voor in deze gezinnen (Pannebakker et al., 2018; Van der Steege & Zoon, 2015). Deze gezinnen kenmerken zich doorgaans door een samenhang van problemen op meerdere gebieden waarbij de problematiek vaak chronisch en terugkerend is (Van der Steege, De Veld & Zoon, 2020).

Uit onderzoek komt naar voren dat door psychologische problemen in deze gezinnen vaker langdurige problemen in de opvoeding en in het gezinsfunctioneren zijn, waarbij er vaker sprake is van geweld en de kans op kindermishandeling groter is (Bodden en Dekovic, 2010; Van der Steege & Zoon, 2015). Het opgroeien in een gezin met meervoudige en complexe problemen kan voor kinderen een negatieve invloed hebben op verdere ontwikkeling en kan leiden tot taal- en cognitieve problemen, verminderde sociale vaardigheden, psychosociale problemen en gedragsproblemen (Evenboer, Rijnveld & Jansen, 2018; Maggi et al., 2010).

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat er voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen vaak ook problemen zijn in het realiseren van passende hulpverlening (Steketee & Van der Broucke, 2010). Gezinsleden hebben meestal al vanuit verschillende hulpverleningsorganisaties meerdere keren hulp gehad, maar een duurzame oplossing blijkt vaak niet realiseerbaar (Tausendfreund, Knot-Dickscheit & Knorth, 2017). Door de vele ervaringen met hulpverlening zijn deze gezinnen dan ook geneigd om alleen in crisis kortstondig een beroep te doen op de hulpverlening (Goderie & Steketee, 2003). In deze gezinnen nemen de problemen geleidelijk toe, waarbij de draagkracht afneemt (Hermanns, Mordang & Mulder, 2002).

Gezinsgerichte hulpverlening

Gezien de meervoudigheid en complexiteit van de problematiek is het voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen van belang om één plan en één regievoerder te hebben, in plaats van dat allerlei hulpverleningstrajecten naast elkaar en door elkaar heen lopen (Steketee, Jansma & Gilsing, 2015). Door samen met het gezin een integraal ‘gezinsplan’ op te stellen ontstaat helderheid en structuur en kan het benodigde veranderingsproces in gang worden gezet (Hermanns et al., 2012). In de uitvoering is het daarbij volgens Van Yperen en collega’s (2010) onder andere belangrijk dat de interventie past bij de problemen en aansluit bij de hulpvragen van het gezin. Interventies die worden gezien als veelbelovend voor deze gezinnen zijn voornamelijk diverse vormen van Intensieve Pedagogische Thuishulp (Van der Steege & Zoon, 2015). Ondanks de inzet van Intensieve Pedagogische Thuishulp zijn de uitkomsten bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen helaas vaak beperkt en is er vaak alsnog sprake van uithuisplaatsing een jaar na afsluiting (Van Assen et al., 2020).

Gezinsverblijf

Zoals hierboven beschreven lijkt Intensieve Pedagogische Thuishulp op lange termijn vaak beperkt effect te hebben. Toch is het binnen de jeugdhulp de taak om kinderen te beschermen en om gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Voor gezinnen waarbij het onvoldoende lukt om met behulp van Intensieve Pedagogische Thuishulp te komen tot een veilige opvoedsituatie zijn residentiële interventieprogramma’s ontwikkeld waarbij gezinnen worden opgenomen en behandeld (Harder et al., 2024). Deze interventies worden in de literatuur en praktijk ‘Gedeelde Gezinszorg met Verblijf’ of ‘Gezinsverblijf’ genoemd. Een Gezinsverblijf bestaat uit verblijf aan ouders en hun kinderen waarbinnen planmatig jeugdhulp wordt aangeboden, zodat de ouder en professionals tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en samen kunnen werken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis (Barth et al., 2023). Momenteel is onderzoek naar de interventie Gezinsverblijf zeer beperkt en zijn er geen overtuigende studies die de effecten aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp (Harder et al., 2024).

Interventie Gezinsverblijf bij een Jeugdorganisatie in Noord-Nederland

Een interventie Gezinsverblijf wordt onder andere aangeboden door een jeugdzorgorganisatie in Noord-Nederland. De jeugdzorgorganisatie biedt de interventie Gezinsverblijf aan, aan gezinnen met kinderen (0-18 jaar) die ernstig belemmerd worden in

hun ontwikkeling door een combinatie van opvoed- en gezinsproblematiek (Interventie Gezinsverblijf, 2023).

Om te overwegen of de interventie Gezinsverblijf in een gezin wordt ingezet, wordt binnen deze organisatie gebruikgemaakt van een afwegingskader. In het afwegingskader staat beschreven dat het Gezinsverblijf ingezet kan worden als uithuisplaatsing dreigt of al heeft plaatsgevonden, of om ernstige onveiligheid in het gezin te doorbreken. Daarnaast moet in ieder geval Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG) ingezet zijn, wat tot onvoldoende verbetering in de situatie van de kinderen heeft geleid. Of op dit moment is IAG niet gewenst en zou het waarschijnlijk onvoldoende opleveren vanwege de ernst van de situatie of de problematiek. Een ander punt vanuit het afwegingskader is dat de problematiek in het gezin met name systemisch, contextueel, relationeel of opvoed gerelateerd moet zijn. Daarnaast kan het Gezinsverblijf ook ingezet worden als het een opdracht vanuit de kinderrecht is. Ook zijn er verschillende contra-indicaties in het afwegingskader beschreven. Zo mag er geen sprake zijn van ernstig huiselijk geweld, ernstige psychiatrische problematiek, middelengebruik en problematiek (seksueel misbruik, criminaliteit, eerwraak, stalking, taalproblemen en/of licht verstandelijk beperking) moet geen veiligheidsrisico zijn voor andere gezinnen en mag de uitvoering van de interventie niet belemmeren. (Interventie Gezinsverblijf, 2023)

Met een opname bij het Gezinsverblijf wordt gepoogd een veilige plek te bieden waarin gezinnen kunnen ontwikkelen. Het uiteindelijke doel van een opname is dat het gehele gezin weer samen veilig terug kan keren naar huis (Interventie Gezinsverblijf, 2023). Gedurende het Gezinsverblijf krijgen ouders de mogelijkheid om ‘Goed Genoeg Opvoederschap’ te ontwikkelen. ‘Goed Genoeg Opvoederschap is ‘een stabiele, zorgzame en liefdevolle ‘bemoedering’ van het kind, waardoor het kind zich goed kan ontwikkelen’ (Kalverboer & Zijlstra, 2010 & Richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2020). Om “Goed Genoeg Opvoederschap” te kunnen realiseren wordt de interventie Gezinsverblijf binnen de organisatie ingedeeld met behulp van het model van Kok (1973), bestaand uit zowel het pedagogisch leefklimaat als specifieke therapeutische interventies. Hierbij wordt ingegaan op de eerste-, tweede- en derdegraads strategie (zie Bijlage 1).

De eerstegraadsstrategie binnen de Interventie Gezinsverblijf is gericht op het pedagogisch-/leefklimaat waarin gezinnen zich kunnen handhaven, veilig voelen en kunnen ontwikkelen (Interventie Gezinsverblijf, 2023; Kalverboer & Zijlstra, 2010)). Het pedagogisch leefklimaat wordt onder andere vormgegeven door dagelijkse routine, structuur, zinvolle dagbesteding, de regels en de omgang met elkaar (Interventie Gezinsverblijf, 2023).

Voorbeelden van deze domeinen zijn adequate fysieke zorg, affectief klimaat, flexibel en ondersteunend opvoederschap en interesse in het kind. Deze voorwaarden passen goed bij een open leefklimaat zoals onderzocht door Douma (2011) binnen de residentiële jeugdzorg. Binnen de Specialistische Jeugdzorgorganisatie wordt dit bekeken aan de hand van het Best Interest of the Child Model (BIC-Model). Het BIC-model bestaat uit veertien voorwaarden die nodig zijn voor een optimale ontwikkeling van het kind (Kalverboer & Zijlstra, 2010). Deze voorwaarden zijn gebaseerd op het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind, bestaand uit factoren van het gezin (1-7) en van de samenleving (8-14) (Kalverboer & Zijlstra, 2010).

De tweedegraadsstrategie zijn alle interventies en behandelingen die gedurende het Gezinsverblijf beschikbaar zijn. Deze interventies kunnen worden aangeboden aan gezinnen, afhankelijk van de ervaren problematiek en complexiteit van de hulpvraag (Interventie Gezinsverblijf, 2023). In dit onderzoek zal het begrip ‘modules’ worden gehanteerd als overkoepelende term om de interventies en behandelingen binnen de interventie Gezinsverblijf aan te duiden. De modules bestaan uit pedagogische interventies, psychotherapeutische interventies en lichaamsgerichte interventies. In Tabel 1 is een overzicht weergegeven van de modules binnen de tweedegraadsstrategie van de interventie Gezinsverblijf.

Tabel 1

Modules binnen de tweedegraadsstrategie van de Interventie Gezinsverblijf

Pedagogische interventies	Psychotherapeutische interventies	Lichaamsgerichte interventies
- Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) - Multidimensional Familytherapy (MDFT) - Video-hometraining - Reguliere gezinsbehandeling - Systeem- en relatietherapie. - Schematherapie	- Cognitieve gedragstherapie (CGT) - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) - Attachment Based Family Therapy (ABFT) - Emotional Focused Therapy (EFT) - Ouder-kindpsychotherapie, - Modified Interaction Guidance (MIG)	- Adventure Therapie - Trauma Sensitieve Mindfulness

Noot. Overgenomen uit het ‘*Handboek Interventie Gezinsverblijf*’, door Interventie Gezinsverblijf, 2023. Voor nadere inhoudelijke beschrijvingen van de interventies wordt verwezen naar dit handboek.

De derdegraads strategie is het per gezin inpassen van vooral de tweedegraadsstrategie en het specifieke nadruk leggen op de eerstegraadsstrategie richting de eigenheid van ouders en hun kinderen. Uitgangspunten die hierbij horen zijn aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de ouder en het hanteren van een oplossingsgerichte theorie (de Shazer en Dolan, 2009).

Onderzoek naar de effectiviteit van modules

Binnen de Interventie Gezinsverblijf worden modules ingezet in een gezin afhankelijk van de ervaren problematiek en de hulpvraag (Interventie Gezinsverblijf, 2023). Het is echter nog onduidelijk wanneer welke module wordt ingezet en wat overwegingen van de professionals zijn om specifieke modules in te zetten in een gezin. Uit onderzoek blijkt dat het effect van interventies zeer divers kan zijn per gezin. Zo blijkt uit literatuuronderzoek van Barnhoorn en collega's (2013) dat of een interventie aansluit en effect heeft, onder andere te maken heeft met de gezinsfactoren. Zij vonden dat het soort problemen, de motivatie van ouder(s), het vertrouwen in een interventie, persoonlijkheidskenmerken en demografische variabelen invloed hebben op de uitkomst van een interventie (Barnhoorn et al., 2013). Vooral als het gaat over gezinnen met meervoudige en complexe problemen blijken interventies verschillende effecten te hebben. (Evenboer, Rijnveld & Jansen, 2018; Van Assen et al., 2020). Volgens Bearman & Wijsz (2015) komt dit vooral doordat veel interventies enkel onderzocht zijn bij enkelvoudige problemen, hoewel gezinnen vaak een combinatie van problemen hebben. Daarbij sluit de hulp niet altijd aan bij de wensen en behoeften van een gezin en werken niet alle werkzame elementen voor elk gezin op dezelfde wijze (Steketee, Jansma & Gilsing., 2015; Visscher et al., 2023). Volgens Visscher en collega's (2023) is het dan ook van belang om te weten voor wie welke elementen uit een behandeling effectief zijn, zodat interventies kunnen worden doorontwikkeld en professionals de beste keuzes kunnen maken voor het inzetten van een interventie.

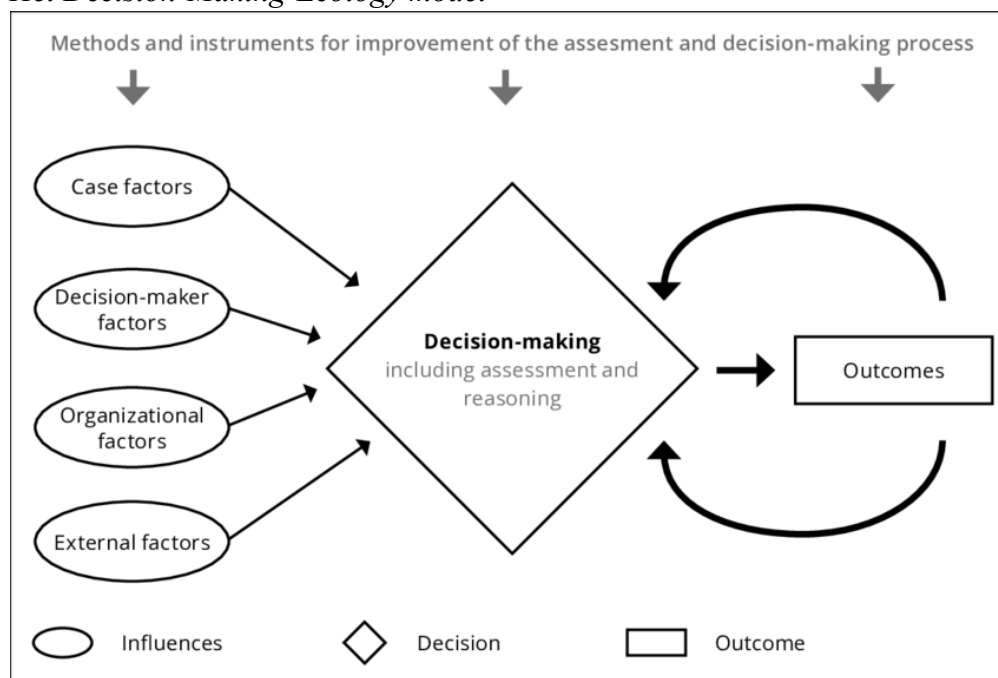
Besluitvorming bij inzet van modules

Gedurende het Gezinsverblijf kunnen dus verschillende modules worden ingezet. Uit voorgaand onderzoek blijkt daarnaast dat de inzet van een module een verschillend effect kan hebben afhankelijk van bepaalde gezinsfactoren (Barnhoorn et al., 2013; Steketee, Jansma & Gilsing., 2015; Visscher et al., 2023). In hoeverre professionals, welke betrokken zijn bij het inzetten van modules hiermee rekening houden is tot dusver onbekend. Daarnaast spelen mogelijk niet alleen gezinsfactoren mee in de besluitvorming omtrent de inzet van modules.

Om beter te kunnen begrijpen hoe besluiten in de jeugdzorg tot stand komen kan gebruik worden gemaakt van het theoretisch Decision-Making-Ecology model (DME-model) van Baumann en collega's (2011). Het DME-model is weergegeven in Figuur 1 en beschrijft de casus-, professional- (decision-maker), organisatie- en externe factoren die de besluitvorming beïnvloeden. Daarnaast laat het model ook zien dat eerdere uitkomsten vanuit het besluitvormingsproces van invloed zijn op de wijze waarop latere beslissingen worden genomen. Volgens Baumann en collega's (2011) kunnen besluiten niet los van de gehele context gezien worden.

Figuur 1

Het Decision-Making-Ecology model



Noot. Overgenomen van Baumann en collega's (2011)

Doel van het onderzoek en onderzoeksvragen

Kortom, voor gezinnen waarbij het onvoldoende lukt om met behulp van Intensieve Pedagogische Thuishulp te komen tot een veilige opvoedsituatie is er de interventie Gezinsverblijf (Harder et al., 2024). Behandelingen binnen de interventie Gezinsverblijf bestaan uit verschillende modules die kunnen worden ingezet afhankelijk van de ervaren problematiek (Interventie Gezinsverblijf, 2023). Echter, uit onderzoek blijkt dat het effect van interventies (modules) verschillend kan zijn per gezin, vooral als het gaat over gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Bearman & Weisz, 2015; Evenboer, Rijneveld & Jansen, 2018; Van Assen et al., 2020).

Binnen de jeugdzorg is steeds meer aandacht voor evidence-based handelen (Spanjaard, Veerman & Van Yperen, 2015). Voor de interventie Gezinsverblijf is onderzoek hiernaar zeer beperkt (Harder et al., 2024). Het is dan ook van belang om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf.

Om de effectiviteit van de interventie Gezinsverblijf te kunnen onderzoeken is zicht op welke modules worden ingezet voor wie een belangrijke eerste stap. Zo stellen Van Yperen, Veerman en Bijl (2017) dat het voornamelijk voor interventies die nog in ontwikkeling zijn en waarvan de inzet sterk contextafhankelijk, zoals bij de interventie Gezinsverblijf, een bottom-up benadering (Evidence Based Practice) voor effectiviteitsonderzoek passend is. Binnen deze bottom-up benadering staat Resultaatgericht Ontwikkelen van Interventies (RGOI) centraal. RGOI bestaat uit vier principes: aansluiting (afstemming op het ontwikkelingsniveau van de interventie), inbedding (resultaatbepaling geïntegreerd in de praktijk), benutting (brede inzet van verzamelde data) en samenwerking (tussen alle betrokken niveaus) (Van Yperen, Veerman en Bijl, 2017).

Van de vier principes is ‘aansluiting’ een eerste stap, waarin het van belang is inzicht te krijgen in wat werkt voor wie, wanneer en waarom (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017). Zonder zicht op de afwegingen die professionals maken bij het inzetten van specifieke onderdelen van een interventie, blijft de effectiviteit ervan in de praktijk moeilijk te bepalen of te verbeteren (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017).

Het doel van dit onderzoek is dan ook om inzicht te krijgen in welke modules worden ingezet binnen het Gezinsverblijf en de besluitvorming omtrent de inzet van deze modules. Daarnaast zal worden gekeken naar de eerste ervaringen van professionals met betrekking tot de werkzaamheid van het Gezinsverblijf. Deze inzichten vormen een belangrijke en noodzakelijke eerste stap om zicht te krijgen op de effectiviteit. In dit onderzoek is dan ook gepoogd de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:

- *Welke modules zijn ingezet bij de gezinnen die tussen januari 2024 en maart 2025 hebben deelgenomen aan de interventie Gezinsverblijf bij een specialistische jeugdzorgorganisatie in Noord-Nederland?*
- *Welke (casus-, professional-, organisatie- en externe-) factoren spelen een rol volgens professionals bij de besluitvorming omtrent de inzet van (modules binnen) de interventie Gezinsverblijf?*

- *Wat is volgens professionals de werkzaamheid van (modules binnen) de interventie Gezinsverblijf?*

Methode

Onderzoeksdesign

Om inzicht te krijgen in welke modules worden ingezet binnen het Gezinsverblijf is eerst kwantitatief onderzoek gedaan aan de hand van beschrijvende statistiek. Hierop volgend is kwalitatief onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in welke factoren volgens professionals van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van de modules, en de ervaren werkzaamheid volgens de professionals. Voor het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews met de professionals.

Steekproef

Om inzicht te krijgen van de inzet van modules zijn alle casussen binnen één Gezinsverblijf in Noord-Nederland tussen januari 2024 en maart 2025 geselecteerd.

Om inzicht te krijgen in de besluitvorming omtrent de inzet van modules zijn in dit onderzoek professionals in één gezinsverblijflocaatie in Noord-Nederland geïnterviewd. Het betrof hier professionals die tussen januari 2024 en maart 2025 betrokken waren bij de keuze voor het inzetten van modules binnen het Gezinsverblijf bij minimaal één casus. Van alle casussen waarbij modules zijn ingezet ($n=21$) zijn 10 betrokken professionals geselecteerd met behulp van een Random Number Generator. De professionals dienden daarbij te voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- De professional is betrokken geweest bij minimaal één van de gezinnen die deel hebben genomen aan de interventie Gezinsverblijf tussen januari 2024 en maart 2025;
- De professional is betrokken geweest bij de keuze voor het inzetten van modules binnen de interventie Gezinsverblijf;
- De professional geeft toestemming om deel te nemen aan het interview en is akkoord dat informatie wordt gebruikt voor het onderzoek.

De 10 professionals zijn vervolgens via de jeugdzorgorganisatie benaderd. De uiteindelijke steekproef bestond uit acht van de tien geselecteerde professionals.

Meetinstrument

Vragenlijst inzet modules. In dit onderzoek is eerst door middel van het enquête-softwareprogramma Qualtrics per casus geregistreerd welke modules, van de beschreven modules als in Tabel 1 in de inleiding is weergegeven, binnen het Gezinsverblijf zijn ingezet en wat de behandelduur van het Gezinsverblijf was. Om ethische redenen zijn hierbij geen verdere casus factoren uitgevraagd.

Interview overwegingen inzet modules. Het doel van de semigestructureerde interviews was om inzicht te krijgen in de factoren die volgens de professionals invloed hebben op de besluitvorming omtrent het inzetten van modules en de ervaren werkzaamheid. De semigestructureerde interviews bestonden uit een aantal standaard open vragen met daarin ook de mogelijkheid om hierop door te vragen. De onderzoeker volgde hierbij een interviewleidraad, waarbij de open vragen waren gericht op: de rol en functie van de professional, het algemene aanbod van modules, toegepaste modules in specifieke casussen, overwegingen bij het inzetten van modules, en de ervaren werkzaamheid voor gezinnen. Op de antwoorden van de professionals heeft de onderzoeker verder doorgevraagd om verdieping te krijgen in de genoemde factoren en afwegingen van de professional. Het format van de interviewleidraad is te vinden in Bijlage 2.

Procedure

Het onderzoek is goedgekeurd door de Ethische Commissie Pedagogische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen onder de code, PED-2425-0032.

Ten eerste is via Qualtrics de inzet van modules in kaart gebracht voor alle gezinnen die tussen januari 2024 en maart 2025 hebben deelgenomen aan de interventie Gezinsverblijf. Er is per casus door een professional werkzaam bij het Gezinsverblijf enkel aangegeven welke modules zijn ingezet en de behandelduur van de casus. Om ethische redenen zijn geen verdere persoonsgegevens uitgevraagd. De gegevens uit Qualtrics zijn vervolgens overgezet in een SPSS-bestand.

Aanvullend zijn de professionals in de steekproef via de gezinsverblijfororganisatie benaderd middels een informatiebrief per mail voor deelname aan een interview. Wanneer een professional open stond om mee te doen aan het onderzoek, werd de professional gevraagd om schriftelijk toestemming te geven. Een informed consent is opgesteld die de 8 professionals hebben ondertekend. Hierin werden de professionals geïnformeerd dat ze altijd mochten stoppen; dat de deelname vertrouwelijk is; de gegevens geanonimiseerd worden; de

opname na transcriberen wordt verwijderd, en het transcript voor een periode van 10 jaar zal worden opgeslagen op beveiligde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen.

Na het geven van toestemming werd door de onderzoeker een semigestructureerd interview afgenomen bij de professionals waarbij gebruik is gemaakt van een audio-opname. De interviews zijn afgenomen in de periode tussen 24 maart 2025 en 14 april 2025. De interviews zijn één op één door de onderzoeker met de professional afgenomen, om zo de kans op het beïnvloeden van elkaars antwoorden tegen te gaan. Zeven van de acht interviews zijn op de locatie van het Gezinsverblijf afgenomen en één interview is in een ruimte op een locatie van de Rijksuniversiteit Groningen afgenomen. De interviews duurden tussen de 27 en 51 minuten. De opnames van de interviews zijn door de onderzoeker vervolgens letterlijk getranscribeerd en overgezet in Atlas.ti.

Analyseplan

Om de eerste onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is gebruikgemaakt van beschrijvende statistiek. Per module is berekend welk percentage van de casussen deze module ontvingen. Middels kruistabellen is vervolgens onderzocht in hoeveel procent van de casussen verschillende modules samen werden ingezet.

De semigestructureerde-interviews met de professionals zijn door middel van kwalitatieve inhoudsanalyse geanalyseerd. Het doel van de kwalitatieve inhoudsanalyse was om patronen en thema's te ontdekken (Flick, 2018, p. 420). Vanuit het transcript werd eerst deductief gecodeerd aan de hand van een codeboom die is ontwikkeld op basis van theorieën en literatuur zoals beschreven in de inleiding. De deductieve codes bestonden uit de modules binnen de tweedegraadsstrategie zoals beschreven in het 'Handboek Interventie Gezinsverblijf' (Interventie Gezinsverblijf, 2023) en factoren als benoemd in het Decision-Making-Ecology model (Baumann et al., 2011). Daarnaast bestond de code 'casus factor' uit de subcodes 'gezins-', 'ouder-', 'kind-' en 'contextuele factoren', 'opvoedvaardigheden', 'ervaring met hulpverlening' en 'motivatie'.

Vervolgens is inductief gecodeerd met wat professionals noemden in de interviews. Opvallend was dat binnen de deductieve codes vaak verschillende onderwerpen aan bod kwamen. Zo benoemden professionals in relatie tot het hoofdthema 'externe factoren' onder andere onderwerpen als 'beleid en regelgeving', 'externe hulpverlening' en 'verwijzer'. Deze zijn als subcodes ondergebracht binnen de hoofdcode. Een volledig overzicht van de gebruikte hoofd- en subcodes is te vinden in Bijlage 3.

Na het coderen zijn de codes gecategoriseerd, waarbij de toegekende codes met elkaar werden vergeleken en samenhangende codes bij elkaar onder een overkoepelend thema werden gevoegd (Flick, 2018, 459). Voor het ordenen en interpreteren van de data is hierbij de structuur vanuit het DME-model van Baumann en collega's (2011) aangehouden.

Resultaten

Om antwoord te geven op de onderzoeksvragen zal eerst binnen de resultaten het beschrijvende beeld van de inzet van modules worden weergegeven. Het beschrijvend beeld bestaat uit de frequentie van de inzet van een module en het percentage overlap van de verschillende modules.

Inzet modules

In de analyse kwam naar voren dat 24 gezinnen de interventie Gezinsverblijf hebben gevolgd bij de jeugdzorgorganisatie tussen januari 2024 en maart 2025. Hiervan was bij 21 (87.5%) gezinnen het behandeltraject met ingezette modules bekend. De andere drie gezinsopnamen (12.5%) betrof een crisisplaatsing zonder behandeltraject. Van de 21 gezinnen was het gemiddelde behandeltraject 12 weken ($SD=3.4$). Hierbij zijn 48% van de behandeltrajecten regulier (12 weken) verlopen, 19% van de behandeltrajecten vroegtijdig gestopt (tussen de 3 en 10 weken) en 33% van de behandeltrajecten verlengd (tussen de 13 en 18 weken). Er werden per gezin gemiddeld 4.6 modules ingezet ($SD=1.4$, Range 2-7).

De meest ingezette modules zijn opvoedonderzoek (71,4%) en Adventure Therapie (66,7%). Video-hometraining, Systeem- en relatietherapie en Trauma Sensitieve Mindfulness is bij iets meer dan de helft van de gezinnen ingezet (52,4%). Bij slechts een klein deel van de gezinnen werd ingezet op gezinsbehandelingen en psychotherapeutische modules (<19%). Daarnaast is er in geen enkel gezin Attachment Based Family Therapy (ABFT), Emotional Focused Therapy (EFT), Ouderkind-psychotherapie en Modified Interaction Guidance (MIG) ingezet. In Tabel 2 is een overzicht te zien van de ingezette modules gedurende het Gezinsverblijf.

Tabel 2*Inzet van Modules binnen de Interventie Gezinsverblijf*

Module	n (%)
Opvoedonderzoek	15 (71.4%)
Adventure Therapie	14 (66.7%)
Video-hometraining	11 (52.4%)
Systeem- en relatietherapie	11 (52.4%)
Trauma Sensitieve Mindfulness	11 (52.4%)
Cognitieve gedragstherapie	4 (19%)
Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding	3 (14.3%)
Schematherapie	3 (14.3%)
EMDR	2 (9.5%)
MDFT	1 (4.8%)
Reguliere gezinsbehandeling	1 (4.8%)
ABFT	0 (0%)
EFT	0 (0%)
Ouder-kindpsychotherapie	0 (0%)
MIG	0 (0%)

Naast de frequentie van de inzet van een module is ook gekeken naar in welke mate de diverse modules samen werden ingezet gedurende het Gezinsverblijf. Hierin komt naar voren dat zowel Video-hometraining (47,6%), als Adventure Therapie (47,6%) vaak wordt ingezet in combinatie met Opvoedonderzoek. In 42,9% van de casussen wordt Adventure Therapie in combinatie met Trauma Sensitieve Mindfulness ingezet. Zowel Systeem- en relatietherapie, als Trauma Sensitieve Mindfulness wordt in 38.1% van de gezinnen ingezet in combinatie met opvoedonderzoek. In een derde van de gezinnen wordt Systeem- en relatietherapie ingezet in combinatie met Adventure Therapie (33.3%). Andere modules worden gedurende het Gezinsverblijf in mindere mate in combinatie ingezet (<28.6%). Een volledig overzicht van de mate waarin verschillende modules in combinatie worden ingezet gedurende het Gezinsverblijf is te vinden in Bijlage 4.

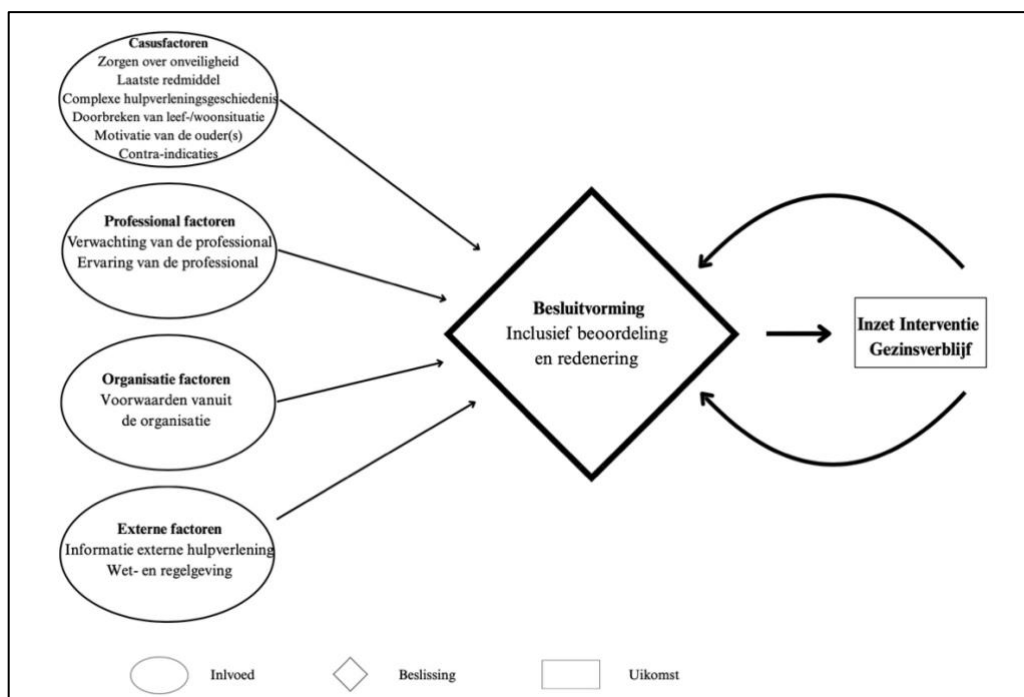
Besluitvorming inzet interventie Gezinsverblijf

Uit bovenstaande resultaten komt naar voren dat diverse modules in verschillende mate worden ingezet. De tweede onderzoeksvraag richt zich op de factoren die volgens de professionals invloed hebben op de besluitvorming omtrent de inzet van deze modules. Door de professionals wordt echter voorafgaand aan deze besluitvorming eerst overwogen of de interventie Gezinsverblijf wordt ingezet. Het is dan ook van belang inzicht te krijgen in de verschillende factoren die dit eerste besluit beïnvloeden. In Figuur 2 zijn de verschillende casus-, professional-, organisatie- en externe factoren weergegeven waarvan professionals

aangeven dat deze van invloed zijn op de besluitvorming omtrent het inzetten van de interventie Gezinsverblijf. De verschillende factoren zullen hieronder verder worden toegelicht.¹

Figuur 2

Factoren weergegeven aan de hand van het Decision-Making-Ecology model van Baumann en collega's (2011) over besluitvorming omtrent de inzet van de interventie Gezinsverblijf.



Casusfactoren

Alle professionals geven aan dat het Gezinsverblijf vaak ingezet wordt in gezinnen waar er **zorgen over onveiligheid** zijn (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8). Professionals beschrijven het Gezinsverblijf als een **laatste redmiddel** waarbij men zich afvraagt of ambulant haalbaar is en of ambulant nog mogelijk is (1, 2, 5, 6). Professionals geven aan dat er meestal een **complexe hulpverleningsgeschiedenis** binnen het gezin is die nog niet heeft geleid tot het wegnemen van de zorgen (1, 2, 4, 7).

Daarnaast kan volgens de professionals **het doorbreken van de leef-/woonsituatie** op dit moment een overweging zijn om de interventie Gezinsverblijf in te zetten (1, 2, 4, 5 & 6). Dit kan volgens professionals naar aanleiding zijn van verschillende situaties. Zo stelt

¹ In de tekst zullen de factoren vetgedrukt worden weergegeven en de specifieke modules onderstreept worden weergegeven.

professional 1 over een gezin: *“Het gezin was ook wel heel afhankelijk van familie waardoor ze een toxische invloed heeft op hun functioneren [...] en omdat dat dan te doorbreken hebben we ook gezinsverblijf ingezet”*. Daarnaast geeft professional 2 aan dat een situatie is waarbij de leef-/woonsituatie doorbroken wordt wanneer het de vraag is of een kind weer thuis kan wonen, waarbij de professional vertelt over een gezin: *“Het was ook al heel snel duidelijk dat dit om verblijf ging want het ging om plaatsing naar huis. En dan is de vraag, "kunnen ze samen naar huis”*.

Daarnaast is de **motivatie van de ouders** voor de professionals van belang bij het inzetten van het Gezinsverblijf (4, 5, 8). Waarbij professional 5 aangeeft: *“Wij kunnen wel van alles willen maar als zij [ouders] geen motivatie hebben dan gaat het hem ook niet worden”*.

Ook geven professionals verschillende contra-indicaties aan. Zo mag er **geen sprake zijn van ernstig huiselijk geweld, ernstige psychiatrische problematiek, middelengebruik en problematiek moet geen veiligheidsrisico** zijn (1, 2, 6, 8). Daarbij geeft professional 6 aan over ernstige psychiatrische problematiek bij de ouder: *“als die beschadiging voorliggend is op kunnen opvoeden. Ja, moeten ze dan niet eerst op een behandelplek komen? Wij hebben een behandelaar in dienst, maar onze hoofdfocus is het kind.”*

Professional factoren

Naast de bovenstaande casusfactoren geven professionals ook aan het Gezinsverblijf alleen in te zetten wanneer zij **positieve verwachtingen hebben van slagen** (1, 2, 5, 6). Zo geeft professional 5 aan:

Ik had wel positieve gevoelens. Ik dacht dit kan niet anders dan een succes worden”.
[...] Weet je, [jong kind] is natuurlijk heel anders dan bij [een gezin] waar een [ouder kind] was met heel veel verantwoordelijkheidsgevoel. Die eigenlijk heel veel dingen doet, waarvan ik dacht daar, bij dit gezin kunnen we meer verantwoording leggen. En er is niet sprake van enorme verwaarlozing of huiselijk geweld. Die dingen spelen wel mee in [...], hoe ik het in ieder geval aanvlieg en kansen inschat dat iets gaat lukken of niet gaat lukken.

Professional 1 geeft daarbij aan dat ook **ervaring** van invloed is, waarbij de professional toelicht dat de juiste informatie verzamelen om tot een advies te komen ook iets is waar de professional in is gegroeid door de jaren heen.

Organisatie- en externe factoren

Professionals geven aan dat bij een intake niet alleen casusfactoren van invloed zijn maar ook de **voorwaarden vanuit de organisatie**, waarbij de professionals aangeven het afwegingskader zoals beschreven in de inleiding te gebruiken (1, 2, 8). Ook geven een aantal professionals aan **informatie van externe hulpverlening** te gebruiken om hun overweging te maken of de interventie Gezinsverblijf passend is (5, 6). Zo legt professional 6 uit:

Daar zijn verwijzers die hebben allemaal een dossier, er zijn allemaal hulpverleners die zijn al betrokken geweest. Daar is dossiervorming en verslaglegging van. Je wilt zo veel mogelijk input hebben om al te kunnen screenen van wat moet hier gebeuren.

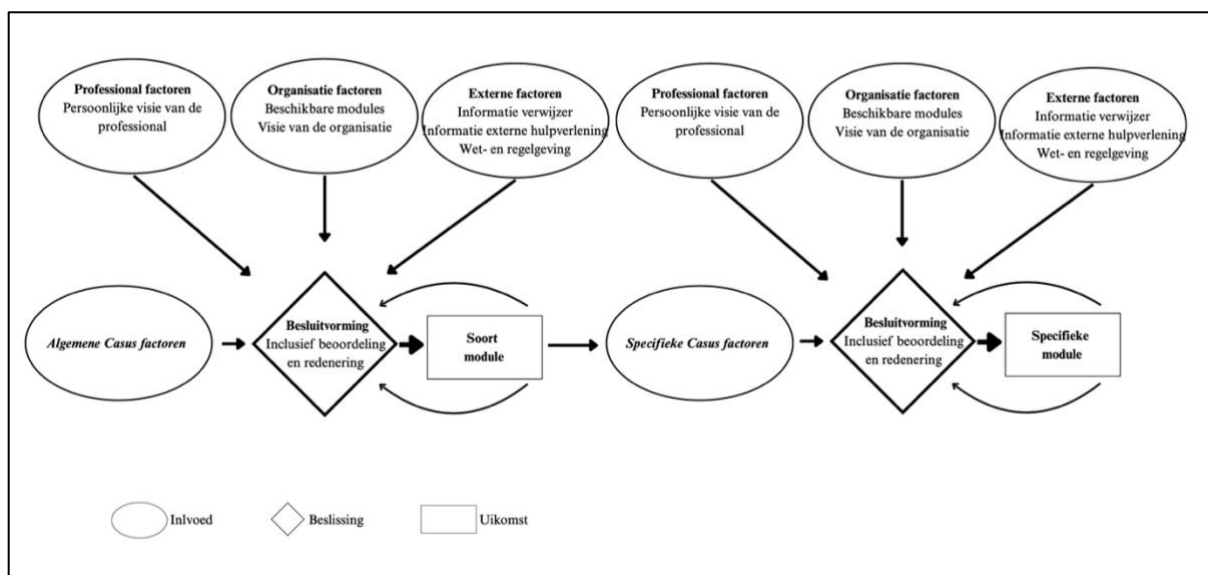
Daarnaast geeft professional 6 aan dat de **wet- en regelgeving** ook van invloed is op de keuze voor de inzet van de interventie Gezinsverblijf. Professional 6 legt uit dat goed moet worden afgewogen of het niet ambulant kan en geeft hierbij aan “*Want die vraag moet altijd heel goed gescreeend worden als het om het geld gaat.*”

Besluitvorming inzet modules

Wanneer de professional besluit om de interventie Gezinsverblijf in te zetten is de volgende overweging welke modules worden ingezet gedurende het Gezinsverblijf. De factoren die van invloed zijn op deze besluitvorming kunnen op meerdere niveaus worden geanalyseerd. Specifiek de casusfactoren die van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van modules kunnen op twee niveaus bekeken worden. Ten eerste zijn er een aantal *algemene casusfactoren* die volgens de professionals van invloed zijn op de inzet van een *soort module*. Ten tweede benoemen professionals dat bij de keuze van *specifieke modules* er meer *specifieke casusfactoren* een rol spelen in de besluitvorming. Naast de casusfactoren benoemen de professionals een aantal professional-, organisatie- en externe factoren welke van invloed zijn op het inzetten van een module. In Figuur 3 is een schematisch overzicht weergegeven van dit besluitvormingsproces.

Figuur 3

Schematische Weergave van Factoren welke volgens Professionals van Invloed zijn op de Besluitvorming omtrent de Inzet van Modules gedurende het Gezinsverblijf.



Algemene Casusfactoren besluitvorming inzet soort modules

Gezinsfunctioneren. Een casusfactor die door alle professionals in de interviews wordt genoemd is het gezinsfunctioneren, bestaand uit de **verstoorte gezinsrelaties** en **verstoorte patronen tussen de gezinsleden**. Professionals geven aan dat wanneer zorgen in het gezinsfunctioneren naar voren komen er vaak voor wordt gekozen om opvoedonderzoek in te zetten, gekoppeld aan Video-hometraining (1, 3, 6 & 8) en/of Adventure Therapie (1, 2, 4, 5, 6, 7 & 8) om door middel van observatie inzicht te krijgen in deze patronen. Zo geeft professional 8 aan dat Video-hometraining vaak wordt ingezet “*vanuit en voor de observaties voor zicht op de rollen en patronen op het gezin*”. Professional 2 geeft aan over Adventure Therapie:

Als er vragen zijn over een samenwerking in het gezin of er ligt een vraag en je wilt zicht krijgen op de patronen, dat krijg je natuurlijk ook wel in verblijf. Maar als je ze meeneemt, iets doen, dan komen die patronen vaak best wel eens aan het licht.

Professional 4 geeft daarnaast aan over Adventure Therapie “*als je daar alleen over praat dan wordt het meestal een ander beeld dan als je onder stress opdrachten moet doen en moet samenwerken*”.

Relatie ouders. Naast gezinsrelaties en gezinspatronen geven alle professionals ook **problematiek in de relatie tussen ouders** aan. Professionals geven aan dat wanneer er problematiek in de relatie tussen ouders lijkt te zijn, zij vaak inzetten op systeem- en relatietherapie (1, 2, 3, 4, 6 & 8). Zo geeft professional 3 aan dat haar reden om systeemtherapie in te zetten was *“omdat we ook horen de grootste zorg zit hem in de relatie, de communicatie van ouders. Die vlamt constant op, vanuit onbegrip, vanuit wat dan ook”*. Ook overwegen professionals vaak systeem- en relatietherapie in te zetten wanneer zij **problematiek in de rolverdeling in het ouderschap** zien (professional 4, 6, 7 & 8). Daarbij geeft professional 8 aan systeem- en relatietherapie in te zetten *“om die ouders daarin samen te laten samenwerken rondom die kinderen [...] om te kijken of de systeemtherapeut daar iets in kan betekenen of in ieder geval ruimte te maken voor een goede omgangsregeling.”*

Ouder-functioneren. Naast gezinspatronen en de relatie tussen ouders benoemen professionals ook modules in te zetten op **persoonlijke problematiek van de ouder** (3, 4, 5, 6) . Wanneer er zorgen zijn over problematiek van de ouder wordt er vaak ingezet op behandeling van de ouder. Professionals geven aan hiervoor Schematherapie, Trauma Sensitieve Mindfulness, EMDR en/of CGT in te zetten.

Kind-functioneren. Ook het kindfunctioneren wordt door de professionals genoemd in de interviews. Professionals geven aan wanneer zij signalen van **problematiek in het kind-functioneren** signaleren voornamelijk cognitieve gedragstherapie in te zetten (4, 6, 7, & 8). Daarnaast benoemen verschillende professionals verschillende kindgerichte modules, zoals diagnostiek (2 & 4) en kind-gesprekken (6 & 8) in te zetten wanneer zij zorgen over het kind-functioneren hebben.

Contextuele factoren. Naast de factoren binnen het gezin geven de professionals aan dat wanneer zij **kwetsbaarheid in het gezinssysteem en/of in het sociale netwerk** van het gezin zien aan het einde van het Gezinsverblijf, dat zij vaak gezinsbehandeling inzetten (4, 5, 6, 7, 8). De professionals geven aan dat dit in de vorm van IAG of MDFT kan. Voorheen gebeurde dit ook wel gedurende het verblijf volgens Professional 8 maar dat *“[is] eigenlijk te veel van het goede nu dan. Dus nu reserveren we die vaak voor na de tijd”*.

Ervaring met hulpverlening. Ook zijn er een aantal algemene casus factoren die volgens de professionals van invloed zijn op het inzetten van meerdere modules. Zo geven

professionals aan dat de **eerdere ervaring van ouders met hulpverlening** invloed heeft op het wel of niet inzetten van een module (6 & 8). Zo stelt professional 8:

Soms geven ouders ook al direct aan dat ze dat helemaal niet willen omdat ze er slechte ervaringen mee hebben. [...] Dat is niet per se een reden om het dan niet te doen, maar dan kijken we of het haalbaar is.

Specifieke casusfactoren besluitvorming inzet specifieke modules

Bovenstaand zijn verschillende algemene casusfactoren genoemd die van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van een *soort module*. Daarnaast geven de professionals ook een paar specifieke casusfactoren aan die van invloed zijn op het inzetten van een *specifieke module*. Hieronder zullen per module de specifieke casusfactoren worden toegelicht.

Opvoedonderzoek. Uit de interviews met betrokken professionals blijkt dat het inzetten van opvoedonderzoek in veel gevallen als ‘**standaard**’ wordt beschouwd (professionals 1, 3, 5, 6 & 8). Het doel voor het inzetten van opvoedonderzoek is volgens de professionals het in kaart brengen van **goed genoeg opvoederschap** (2, 6, 7 & 8).

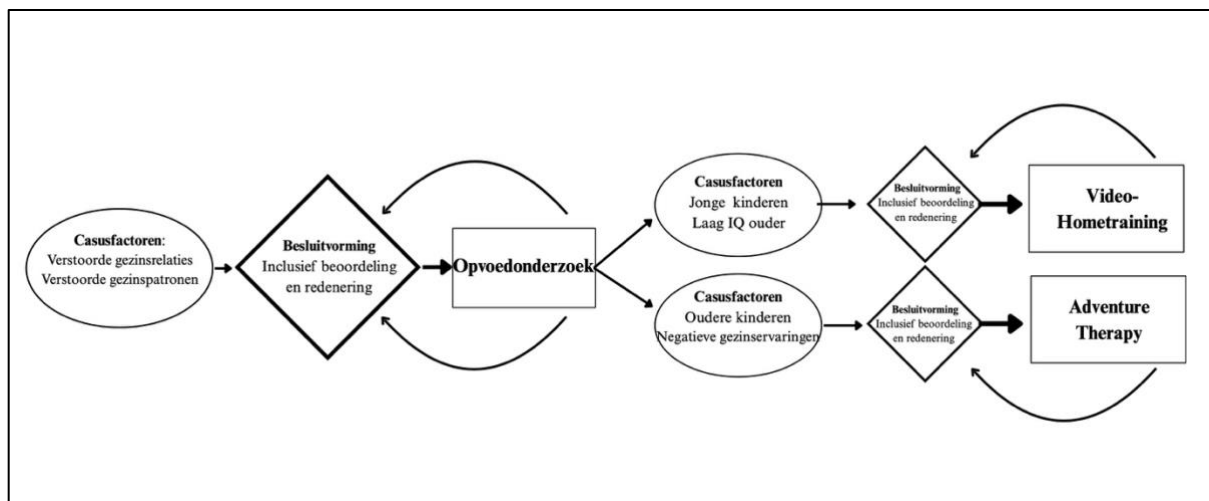
Video-home training. Professionals geven aan dat Video-hometraining voornamelijk wordt ingezet in de gezinnen met **jonge kinderen** (4,7 & 8). Eén van de professional (7) stelt “*zeker als de kinderen de leeftijd van onder de tien ongeveer betreft*”. Ook overwegen professionals Video-hometraining in te zetten bij **ouders met lager dan gemiddeld intelligentieniveau** om ouders op deze manier inzicht te kunnen geven in hun opvoeding (2, 3 & 4). Zo stelt professional 4: “*Juist omdat je jezelf dan terugziet, dat is vaak helpend voor ouders die beperkter zijn*”.

Adventure Therapie. De professionals geven aan bij **oudere kinderen** Adventure Therapie voornamelijk in te zetten (3, 4). Zo geeft professional 4 aan dat Adventure Therapie niet wordt ingezet “*als er bijvoorbeeld echt jongere kinderen zijn of als het om baby’s gaat bijvoorbeeld, maar dan is dat voor ouders bijvoorbeeld wel mooi als ze [ouders] samen zijn om dit te doen*” Daarnaast geven professionals aan dat voor gezinnen met een **negatieve gezinsgeschiedenis** vaak wordt overwogen om Adventure Therapie in te zetten (2, 6). Bijna alle professionals in de interviews geven aan dat zij Adventure Therapie inzetten in de

gezinnen omdat zij het gezin positieve gezinstijd gunnen (1, 2, 4, 5, 6, 7 & 8). Zo geeft professional 2 aan: *“omdat we [ouders] ook wel een leuk moment gunde en even iets leuks doen. Omdat ze ook best wel veel negatieve dingen hadden meegemaakt”*. Ook is een overweging van de professionals om Adventure Therapie in te zetten om gezinnen te laten werken aan gezinsherstel, door *“samen te ontdekken”* (2), *“te ervaren”* (2) en *“te leren samenwerken”* (6).

Figuur 4

Schematische Weergave van Casus Factoren welke volgens Professionals van Invloed zijn op de Besluitvorming omtrent de Inzet van Opvoedonderzoek, Video-hometraining en Adventure Therapie.



Schematherapie. De professionals geven aan dat wanneer de **eigen geschiedenis van de ouder** invloed lijkt te hebben op de **negatieve patronen in een gezin**, vaak wordt ingezet op Schematherapie voor de ouder (3, 4, 7 & 8). Zo stelt professional 3 over een gezin:

Schematherapie is hier ingezet om, om te gaan met problemen van vroeger. [...] Dat was van dusdanig veel invloed op haar thuissituatie doordat zij naar patronen ging die zij kende vanuit vroeger en [...] dat bracht ook enorm veel spanning tussen ouders. Dus om dat voor haar op een rijtje te zetten en ook, wanneer maak je keuzes die in lijn staan met wat jij wil.

Trauma Sensitieve Mindfulness. Een aanleiding om Trauma Sensitieve Mindfulness in te zetten is volgens de professionals trauma, stress en spanning die een ouder ervaart (1, 4, 5, 7

& 8). De professionals geven aan dat wanneer zij zien dat de **eigen geschiedenis van de ouder** mogelijk **negatieve invloed op de mentale veerkracht van de ouder** heeft, de professional vaak overweegt om Trauma Sensitieve Mindfulness in te zetten (1, 4, 5, 6, 7 & 8). Zo geeft professional 1 aan:

Ook omdat deze ouders vaak niet goed weten hoe ze moeten ontspannen en ze altijd aanstaan in een bepaalde overlevingsmodus. Dan is het mooi om daar ook iets op in te zetten en dan kan [Trauma Sensitieve] Mindfulness wel een mooie zijn.

Daarnaast benoemen professionals dat Trauma Sensitieve Mindfulness een ‘laagdrempelige’ **eerste stap voor traumaverwerking** kan zijn voor ouders en meestal ook een voorwaarde creëren om verdere behandeling in te zetten (7 & 8). Zo stelt professional 8: “Ook omdat dat (..) [het] juist een interventie is voordat je een behandeling in kan zetten vaak. Heel veel ouders zijn getraumatiseerd, of kinderen ook, die hier komen en zijn zo gespannen zeg maar dat er eigenlijk helemaal geen ruimte is om interventies op te pakken.”

EMDR. Wanneer **forse traumaklachten** van de ouder volgens de professionals dusdanig veel **zorgen over het functioneren van de ouder** richting het kind laten zien, geven professionals aan EMDR in te zetten (6, 7 & 8). Zo geeft professional 7 aan:

Als we gewoon forse traumaklachten horen als herbelevingen en vermijding, of juist meer arousals of min of meer prikkelbaarheid. [...] Als dat erg op de voorgrond staat en ouders daar steeds weer door geraakt worden, naar gedrag naar hun kinderen [toe] laten zien. Dan zetten we vaak echt meteen meer traumaverwerking in, zodat de herbelevingsklachten ook afnemen.

CGT. De professionals geven aan CGT in te zetten wanneer zij signaleren dat een **ouder wordt belemmerd in het functioneren door niet helpende gedachten** (6, 7, 8). Daarnaast geeft professional 6 aan dat een ouder “een bepaalde vaardigheid nodig [heeft] om **zelfreflectie te hebben**”.

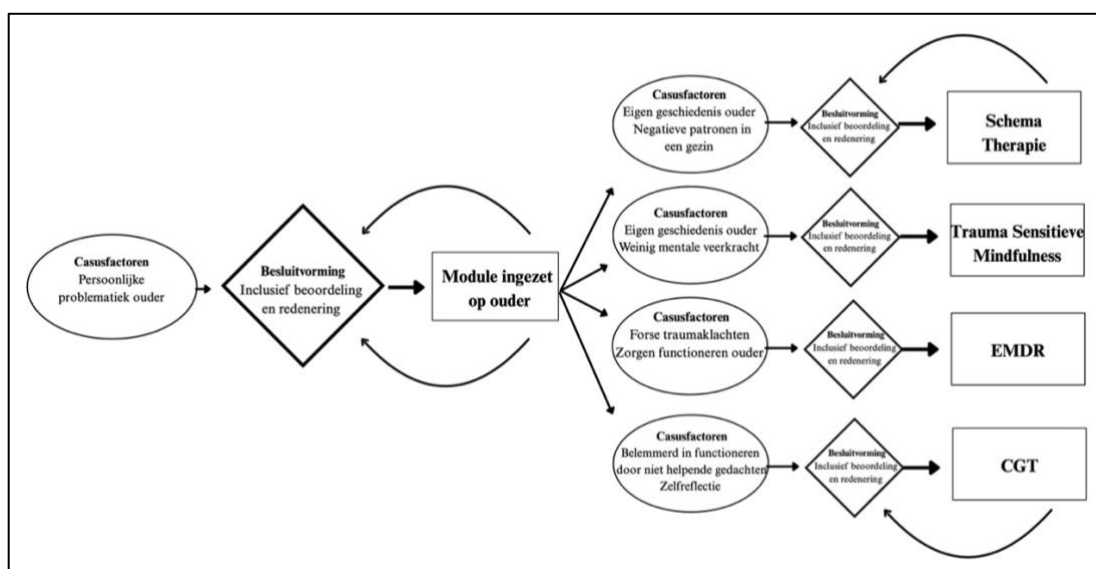
De professionals geven aan dat wanneer zij **kind-problematiek** signaleren zij er ook vaak voor kiezen om CGT in te zetten (4, 5, 8) Zo geeft professional 4 aan over een meisje in een gezin:

Ze had wel veel gedachtes waardoor ze vast kwam te zitten en zich niet helemaal, vooral in het begin in ieder geval, niet helemaal durfde te uiten daarover en ook onzeker was over haarzelf (...), dus vandaar dat CGT voor haar wel is ingezet.

Professional 8 geeft aan dat dit vooral wordt ingezet bij kinderen “*vanaf een jaar of 7/8*”.

Figuur 5

Schematische Weergave van Casus Factoren welke volgens Professionals van Invloed zijn op de Besluitvorming omtrent de Inzet van Schematherapie, Trauma Sensitieve Mindfulness, EMDR en CGT



MDFT. Professionals geven aan MDFT in te zetten aan het einde van het verblijf en doorlopend wanneer er **zorgen over de invloed van het sociaal netwerk** zijn (4, 5, 6, 7, 8). Zo stelt professional 5:

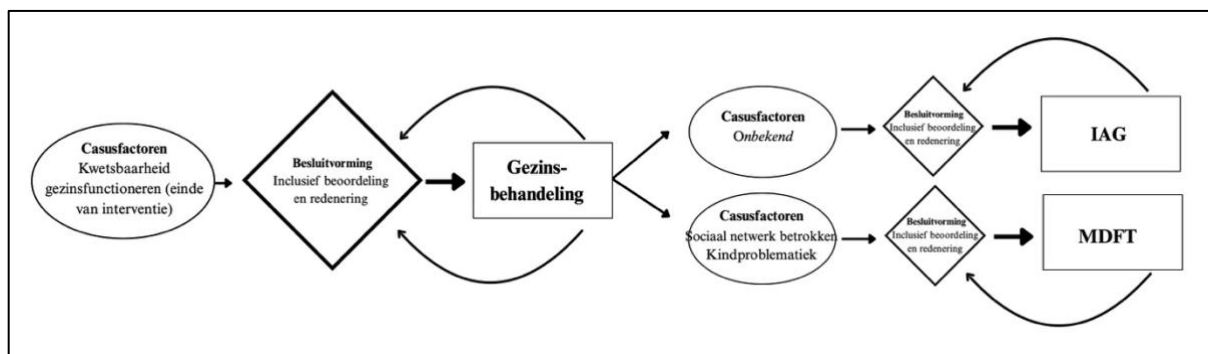
Je kijkt ook heel erg, net als contextuele therapie naar wat speelt er eigenlijk allemaal omheen. Wie zijn belangrijk in dit systeem, van vrienden tot opa's en oma's, wie de familieleden zijn (...) en hoe kunnen we mensen weer in verbinding met elkaar brengen zodat we het weer samen kunnen gaan doen.

Daarnaast wordt MDFT vaak ook ingezet aan het einde van en na het Gezinsverblijf als er **ernstige problematiek binnen het kind-functioneren** speelt (5,7). Zo stelt professional 7:

“Dat ouders hier met hun [kind] kwamen die niet naar school gaat en drugs gebruikt en weet ik allemaal, dan is dat een hele passende module dus dan kan je dat altijd inzetten”.

Figuur 6

Schematische Weergave van Casus Factoren welke volgens Professionals van Invloed zijn op de Besluitvorming omtrent de Inzet van IAG en MDFT



Overige modules. De professionals hebben in de interviews geen specifieke factoren genoemd voor de inzet van IAG, Systeem- en relatietherapie, ABFT, EFT, Ouder Kind Psychotherapie en MIG.

Professional factoren

Naast de casus factoren geven de professionals aan dat hun **persoonlijke visie** ook een rol speelt in de besluitvorming. In de interviews wordt vaak genoemd ‘ik vind’ of ‘ik denk’ (2, 5,6 & 7). Zo geeft professional 2 aan bij een casus waar ouders en de professionals niet op één lijn zaten: *“Dan denk ik ja maar ik vind wel dat jullie samen iets moeten gaan doen, door middel van systeemtherapie, want ik weet dat er bij jullie ook dingen spelen dat invloed heeft op het contact met jullie kind”.*

Organisatie- en externe factoren

Wat professionals aangeven dat ook invloed heeft op de besluitvorming, zijn de **beschikbare modules** binnen de jeugdorganisatie (2, 6 & 8). Zo vertelt professional 8 over een module die nu niet meer ingezet wordt: *“Die therapeut is toen vertrokken dus we hebben geen opties meer.”* Daarnaast geven de professionals aan vanuit de **visie van de jeugdzorgorganisatie** nadruk te leggen op de BIC-thema’s om te kijken of goed genoeg opvoederschap aan orde is of waar nog aan moet worden gewerkt (2, 3, 6). Bijkomend geven

verschillende professionals aan dat **informatie van de verwijzer** vaak ook van invloed is op de inzet van modules (1, 2, 3, 5 & 8). Zo geeft professional 1 aan:

Soms weet een verwijzer ook veel te vertellen die er al wat langer bij betrokken is. Dus die kan soms van een afstandje, vanuit een helicopterview, vertellen van dit zie ik bij ouders. Waarschijnlijk ligt hier hun kwetsbaarheid of is dit moeilijk te veranderen voor hen.

Ook geven de professionals aan dat zij in hun overweging om een module in te zetten **informatie vanuit externe hulpverlening** gebruiken die momenteel betrokken is of betrokken is geweest (1, 2, 4, 5, 6, 7 & 8). Zo vertelt professional 1: “*Dan kan je ook eerdere documentatie even lezen. Wat staat daarin ook qua advies, wat er eerder is ingezet, zodat je geen dubbele dingen doet.*” Of wordt hulpverlening niet ingezet omdat betrokken externe hulpverlening dit al inzet, zoals professionals 7 aangeeft over en gezin: “*Zij deden bijvoorbeeld ook al Video-hometraining. Dus dat hebben we toen niet ingezet*”. Daarnaast heeft de **wet- en regelgeving** volgens de professionals ook invloed op welke modules kunnen worden ingezet (6, 8). Zo legt professional 6 uit: “*wij werken vanuit de jeugdwet. Dus we hebben het over het kind en dan gaan we de ouder behandelen. Dus dat levert altijd met de zorgverwijzer op van ja krijgen we daar wel geld voor.*”

In Figuur 7 is een overzicht weergegeven van alle casus-, professional-, organisatie- en externe factoren die volgens de professionals van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het gezinsverblijf.

Figuur 7

Overzicht van Factoren die volgens Professionals van Invloed zijn op de Besluitvorming omtrent de Inzet van Modules gedurende de Interventie Gezinsverblijf.



Ervaren werkzaamheid interventie Gezinsverblijf

Naast inzicht in de factoren die van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van modules is de laatste onderzoeksvraag gericht op de werkzaamheid van het Gezinsverblijf volgens de professionals. De professionals geven in de interviews een bepaald aantal effecten aan. Zo geven de professionals aan dat zij ervaren dat de **constante betrokkenheid van een professional en de korte lijntjes** voor de gezinnen helpend is, waardoor **gezinnen zich gezien en geholpen voelen** (2, 3, 4, 6, 7, 8), **positieve ervaring opdoen met hulpverlening** (4, 6, 8), **ondersteuning na een sessie van een module** ontvangen (2, 6 & 8), een **goed beeld van opvoederschap** kan worden verkregen en een **passend advies** kan worden geformuleerd (3, 4, 7). Zo benoemd professional 2 in het interview:

[Wat] ik vooral aan de interventie Gezinsverblijf mooi vind, [is] dat ouders in eerste instantie een beetje wiebelig binnenkomen maar dat de zorg heel dichtbij is [en] de mensen die dus betrokken zijn op het verblijf, die zijn altijd beschikbaar. En dat ouders heel snel kunnen ventileren, of even tips krijgen. [...] Dat [de ouder] in zijn kracht is komen te staan. [De ouder] heeft even in een rustige omgeving kunnen oefenen zegmaar. [De ouder] heeft heel veel gehad aan de korte lijntjes met de TGW'ers. Dus [de ouder] kon snel sparren.

Daarnaast geven de professionals aan dat een passend advies in sommige gevallen kan betekenen dat opvoederschap niet goed genoeg is. Zo geeft professional 3 aan over een gezin:

Al snel bleek eigenlijk dat [de ouder] zelfs door één op één inzet van pedagogisch medewerkers [...] dusdanig gesteund moest worden in hele basale thema's, waardoor [de ouder] eigenlijk de zorg voor [de] kinderen niet kon dragen. Dus wij hebben in overleg met de gezinsvoogd uiteindelijk besloten om deze [...] kinderen eruit te halen.

In andere casussen hebben de ouders volgens de professionals juist veel geleerd en is er een positief beeld ontstaan van de opvoedvaardigheden van ouders. Zoals professional 4 aangeeft over een gezin waar eerder kinderen uit huis waren geplaatst: “*dat er nu een duidelijk advies lag en dat zij in ieder geval hebben kunnen laten zien dat ze het konden na deze omstandigheden.*”

Ervaren werkzaamheid specifieke modules

Naast dat professionals verschillende effecten ervaren voor de gezinnen die aan de interventie Gezinsverblijf deelnemen, geven professionals ook verschillende effecten aan die zij ervaren voor specifieke modules.

Zo geeft professional 4 aan te ervaren dat ouders door Video-hometraining hun **eigen gedrag beter begrijpen en kunnen veranderen** door het terug te zien, waarbij één van de ouders volgens professional 4 ook teruggaf: *“hé toen ik het beeld zag van dat en dat. [...] toen dacht ik van oh ja, dat kan ik de volgende keer misschien beter op die manier doen”*.

Professional 6 geeft over Video-hometraining aan in de gezinnen te ervaren dat een week tussen de sessies van de Video-hometraining voor sommige gezinnen te lang is, waarbij de professional toelicht: *“Dat is een groot tijdspad. Dus als ze terugkomt om die opname te bekijken dan moeten de ouders dat weer terughalen. En we zien dat heel veel ouders in het hier en nu, in het moment het moeten pakken.”*

Over Adventure Therapie geeft professional 4 aan dat de ervaren werkzaamheid vooral is dat gezinnen *“echt **ervaren** in plaats van het er over te hebben”*. Daarnaast geven professionals 5 en 6 aan dat gezinnen Adventure Therapie vaak ook als *“plezier”* ervaren wordt en benoemen *“gezinstijd”* als een positief element voor de gezinnen. Daarnaast vertelt professional 3 over Systeem- en relatietherapie dat het effect voor een gezin was:

Dat moeder sterker werd en zij meer ging aangeven van wat zij nodig had van bijvoorbeeld vader. Maar ook een vader die daardoor veel meer ging kijken van wat kan ik doen om ondersteunend te zijn aan jou. In plaats van heel erg zelf gericht te zijn.

Ook geeft professional 3 aan over Schematherapie bij ouders dat ouders door het herkennen van eigen patronen **krachtiger worden in eigen rol als ouder**.

In de interviews geeft professional 8 aan over Trauma Sensitieve Mindfulness dat het de module is die het minst afgezegd wordt door ouders. De professionals geven aan dat ouders door Trauma Sensitieve Mindfulness **leren voelen en herkennen** wat er speelt in hun lijf (4, 6, 8). Waarbij Professional 8 toelicht over Trauma Sensitieve Mindfulness: *“omdat ouders echt daardoor minder stress ervaren en leren daar anders mee om te gaan zegmaar. Op een manier die kennelijk ook niet heel belastend is.”*

Discussie

Conclusie

Het doel van dit thesisonderzoek was om inzicht te krijgen in welke modules worden ingezet binnen het Gezinsverblijf en de besluitvorming omtrent de inzet van deze modules. In dit onderzoek werd deze besluitvorming onderzocht aan de hand van het DME-model (Baumann et al., 2011). Daarnaast is gekeken naar de eerste ervaringen van professionals met betrekking tot de werkzaamheid van het Gezinsverblijf.

Ten eerste komt in het onderzoek naar voren dat er gedurende de interventie Gezinsverblijf in meer dan de helft van de casussen wordt ingezet op pedagogische- en lichaamsgerichte modules. Psychotherapeutische modules en gezinsbehandelingen worden in veel mindere mate ingezet (<19%).

Ten tweede komt in het onderzoek naar voren dat professionals voornamelijk factoren benoemen die van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van de interventie Gezinsverblijf, die overeenkomen met het afwegingskader van de jeugdzorgorganisatie. Opvallend is dat de professionals, naast de beschreven factoren als in het afwegingskader, ook de motivatie van de ouder benoemen als belangrijke factor. Dit sluit aan bij voorgaand onderzoek waaruit blijkt dat motivatie van invloed is op het resultaat van een interventie (Barnhoorn et al., 2013; Van Yperen et al., 2010).

Ten derde is het opvallend dat professionals in de besluitvorming casusfactoren noemen die op twee niveaus kunnen worden bekeken. Ten eerste zijn er algemene casusfactoren die volgens de professionals van invloed zijn op de inzet van een soort modules. Hierbij komen de casusfactoren die de professionals benoemen grotendeels overeen met de factoren die Bodden en Dekovic (2010) beschrijven over gezinnen met meervoudige en complexe problemen: het kind-functioneren, het ouder-functioneren, de opvoeding, het gezinsfunctioneren, de contextuele factoren, het sociale netwerk en de hulpverlening.

Wat opvallend is, is dat de professionals enkel 'opvoeding' niet expliciet noemen als casusfactor die invloed heeft op de besluitvorming omtrent de inzet van een module. Echter, opvoeden houdt in dat ouders hun kind begeleiden bij de ontwikkeling, waarbij een aantal principes dit positief beïnvloeden (Sanders, 2012). Zo kan een ouder die goed voor zichzelf zorgt en ontspannen is, gemakkelijke en met meer geduld beschikbaar zijn voor zijn of haar kind (Sanders, 2012). Daarnaast is ook een veilige en stimulerende omgeving van belang, wat gedurende het verblijf voornamelijk in de eerstegraadsstrategie plaatsvindt dat is gericht op het pedagogisch-/leefklimaat (Interventie Gezinsverblijf, 2023; Kalverboer & Zijlstra, 2010).

Naast de algemene casusfactoren wordt volgens de professionals de besluitvorming omtrent specifieke modules beïnvloed door specifieke casusfactoren. Zo wordt om zicht te krijgen op gezinspatronen in gezinnen met jonge kinderen bijvoorbeeld Video-hometraining ingezet en in gezinnen met oudere kinderen vaak Adventure Therapie. Ook wanneer er problematiek bij de ouder wordt gesignaleerd geven de professionals aan verschillende modules in te zetten afhankelijk van de ernst en de gevolgen van de problematiek. Uit de interviews komt daarentegen naar voren dat de inzet van modules wanneer er zorgen zijn over het functioneren van een kind enkel bestaat uit CGT of kind gesprekken en diagnostiek, afhankelijk hoe duidelijk de problematiek is. Ook bij de inzet van gezinsbehandeling aan het einde van het Gezinsverblijf komt naar voren dat IAG of MDFT ingezet wordt afhankelijk van de zorgen die er nog zijn.

In de specifieke casusfactoren waarvan de professionals aangeven dat deze van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van een module worden casusfactoren genoemd bij modules die niet eerder in onderzoek naar voren zijn gekomen. Zo geven professionals bijvoorbeeld aan Video-hometraining in te zetten bij ouders met een lager dan gemiddeld intelligentieniveau. In de beschrijving van de module Video-hometraining en in onderzoek wordt het intelligentieniveau van ouders echter niet genoemd. Daarnaast geven de professionals bijvoorbeeld aan dat zij Video-hometraining en Adventure Therapie inzetten voor opvoedonderzoek om zicht te krijgen op het gezinsfunctioneren. Beide modules zijn echter ontwikkeld voor behandeling met als doel door te reflecteren de opvoedvaardigheden en de daarmee samenhangende interactievaardigheden van de ouders te verbeteren, waardoor het gezin weer positief kan functioneren en de kinderen kunnen ontwikkelen (Eliëns, 2022; Wijnands & Scheres, 2019). Men kan zich daarbij afvragen in hoeverre observatie gedurende de inzet van een module passend is.

Ten vierde noemen professionals ook verschillende professional-, organisatie en externe factoren die van invloed zijn op de besluitvorming omtrent het inzetten van modules, zoals Baumann en collega's (2011) ook beschrijft in het DME-model. Zo heeft volgens de professionals eigen visie en ervaring invloed op de besluitvorming. Dit is een bekend fenomeen welke Schön in 1984 ook al beschreef in zijn boek *"The Reflective Practitioner, How Professionals Think in Action"*. Ook kunnen de organisatie- en externe factoren volgens de professionals van invloed op de besluitvorming. Dit sluit aan bij het ecologisch model van Bronfenbrenner (1979), waarin wordt gesteld dat verschillende factoren op verschillende niveaus elkaar wederzijds beïnvloeden.

Als laatst zijn er verschillende aspecten waarvan de professionals aangeven te ervaren dat deze werkzaam zijn voor de gezinnen. Hierin valt op dat de professionals voornamelijk positieve effecten beschrijven voor modules die ook het meest worden ingezet. Dit is mogelijk te verklaren gezien Baumann en collega's (2011) ook stellen dat eerdere uitkomsten vanuit het besluitvormingsproces van invloed zijn op de wijze waarop latere beslissingen worden genomen. Wanneer professionals positieve effecten van de inzet van een module zien is het ook logisch dat zij deze module ook vaker inzetten.

Methodologische reflectie

De factoren die van invloed zijn op de besluitvorming van de professionals zijn veelzijdig en complex waardoor het gebruik van semigestructureerde interviews, waarbij door kon worden gevraagd op onderliggende redentie, een adequate methode was om de besluitvorming in kaart te brengen. Ook leek op basis van de afgenomen interviews theoretische saturatie op te treden waarbij in verschillende interviews dezelfde onderwerpen werden aangehaald.

Daarnaast kon door gebruik te maken van het DME-model van Baumann en collega's (2011) een goed kader worden gesteld voor het analyseren van de data en het weergeven van de resultaten. Hierdoor is in dit onderzoek een overzichtelijk beeld verkregen van de factoren die van invloed zijn op de besluitvorming van een professional omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf.

Door inzicht te verkrijgen in de factoren die volgens de professionals van invloed zijn op besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf, kan dit onderzoek gezien worden als een eerste stap van effectiviteitsonderzoek. Waar eerder onderzoek zich vooral richt op de effectiviteit van de verschillende modules, biedt dit onderzoek een verdiepend perspectief op 'waarom' de specifieke modules worden ingezet in een gezin. Zoals ook Van Yperen, Veerman en Bijl (2017) benadrukken is dit een belangrijke eerste stap richting het door ontwikkelen en verbeteren van interventies in de praktijk. Zo stellen zij dat zonder zicht op de afwegingen die professionals maken bij het inzetten van specifieke modules, de effectiviteit ervan in de praktijk moeilijk te bepalen of te verbeteren is (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017).

Het onderzoek had ook een aantal beperkingen. Zo bestond de steekproef van dit onderzoek uit professionals binnen eenzelfde jeugdzorgorganisatie. Uit de resultaten blijkt dat organisatiefactoren, zoals de visie van de organisatie en de beschikbare modules binnen de organisatie, invloed hebben op de besluitvorming. Gezien de invloed van de

organisatiefactoren is het aannemelijk dat de resultaten niet één op één kunnen worden generaliseerd naar de besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf in andere organisaties. Daarnaast is gedurende het interview voornamelijk ingegaan op de casusfactoren. Hierdoor zijn de professional-, organisatie- en externe factoren in dit onderzoek enigszins wat onderbelicht. Ook is er in geen enkele casus in de steekproef Attachment Based Family Therapy (ABFT), Emotional Focused Therapy (EFT), Ouder Kind Psychotherapie en Modified Interaction Guidance (MIG) ingezet. Er is naar aanleiding van dit onderzoek dus weinig bekend over de inzet van deze modules gedurende het gezinsverblijf.

Aanbevelingen voor onderzoek

In dit onderzoek is in kaart gebracht welke casusfactoren voor professionals een rol spelen bij het inzetten van modules. Het is nog onbekend in hoeverre deze modules ook daadwerkelijk effectief zijn voor deze gezinnen. In toekomstig onderzoek zou een volgende stap kunnen worden gezet richting RGOI. RGOI kenmerkt zich als: “het beschrijven, theoretisch onderbouwen, monitoren en op effectiviteit onderzoeken van interventies” (Van Yperen, Veerman & Bijl, 2017). In dit onderzoek is inzicht verkregen in waarom modules gedurende het Gezinsverblijf worden ingezet. In toekomstig onderzoek zou is het dan ook aan te raden om verder in te gaan op de theoretische onderbouwing en het monitoren van de ingezette modules. Door dit verder te onderzoeken kan worden gekeken in hoeverre een module binnen de interventie Gezinsverblijf effectief is voor een gezin met specifieke casusfactoren.

Praktijk Implicaties

Uit dit onderzoek komt naar voren dat de inzet van de interventie Gezinsverblijf grotendeels overeenkomt met het afwegingskader van de organisatie. Echter, voor de besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf geven professionals aan dat dit voornamelijk een eigen afweging van de professional is (soms in overleg met andere professionals). Professionals benoemen in de interviews dat niet altijd concreet wordt beschreven welk doel met een specifieke module beoogd wordt te behalen. Van Yperen, Veerman & Bijl, (2017) stellen echter dat het hebben van concrete en meetbare doelen een essentieel onderdeel is van het onderbouwen en door ontwikkelen van interventies. Voor de praktijk wordt dan ook geadviseerd om het besluitvormingsproces rondom de inzet van modules concreet en transparant te maken, waarbij ook aangeraden wordt om meetbare doelen op te stellen per specifieke module en deze doelen te blijven monitoren.

Kortom, dit onderzoek laat zien dat er verschillende casus-, professional-, organisatie- en externe factoren van invloed zijn op de besluitvorming omtrent de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf. In het onderzoek is hiermee inzicht verkregen in welke module waarom wordt ingezet. Het onderzoek is daarmee een eerste stap van effectiviteits-onderzoek naar de inzet van modules gedurende het Gezinsverblijf.

Literatuurlijst

- Baumann, D. J., Dalglish, L., Fluke, J., & Kern, H. (2011). The decision-making ecology. *American Humane Association*.
- Bearman, S.K. & Weisz, J.R. (2015). Review: Comprehensive treatments for youth comorbidity – evidence-guided approaches to a complicated problem. *Child and Adolescent Mental Health* 20, 3, 131–141
https://weizlab.fas.harvard.edu/files/jweisz/files/bearman_et_al-2015-child_and_adolescent_mental_health.pdf
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Jansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H., & Raat, H. (2013). Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd
 Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector. *Verwey-Jonker Instituut*
- Barth, R. P., Zeinstra, L. T., Lee, B. R., & Harder, A. T. (2023). Shared Family Care: Out-of-Home Care Programs for Serving Parents and Children Together. *Residential Treatment For Children & Youth*, 41(1), 24–46.
<https://doi.org/10.1080/0886571X.2023.2202889>
- Berrick, J.D. (2017). The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection. *Oxford University Press*.
- Bodden, D., & Dekovic, M (2010). Multiprobleemgezinnen ontrafeld. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 259-271.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. *Harvard University Press*
- Douma, J. (2011). Handreiking pedagogisch klimaat. *Landelijk Kenniscentrum LVG/Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra*.
- Eliëns, A.I.T. (2022). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving ‘Video-hometraining in gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd’. *Nederlands Jeugdinstituut*. www.nji.nl/jeugdinterventies.
- Evenboer, K.E., Rijeneveld, 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>
- Flick, U., (2018) *An introduction to qualitative research*. (6th). SAGE
- Goderie, M & Steketee, M.J. (2003) Gezinnen in onbalans. Onderzoek naar het bereiken van gezinnen in probleemsituaties. *Verwey-Jonker Instituut*.
- Harder, H., Zeinstra, L., Barth, R., & Lee, B. (2024). Gedeelde Gezinszorg met Verblijf:

- Intensieve Interventies voor Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen. *Jeugd in Ontwikkeling*, 1(2). <https://doi.org/10.54447/JiO.18127>
- Hermanns, J., Mordang, H & Mulders, L. (2002). *Jeugdhulp thuis. Een alternatief vooruithuisplaatsing*. Uitgeverij SWP.
- Hermanns, J., Klap, A., Smit, K., & Zwart, A. (2012). *Wraparound Care in de jeugdzorg. Implementatie van Intensieve Pedagogische Thuishulp*. Uitgeverij SWP.
- Interventie Gezinsverblijf. (2023). *Handboek Interventie Gezinsverblijf*
- Kalverboer, M. & Zijlstra, E. (2010). *Het belang van het kind in het Nederlandse recht. Voorwaarden voor ontwikkeling vanuit een pedagogisch perspectief*. Uitgeverij SWP.
- Kokorelias, K.M., Gignac, M.A.M., Naglie, G., & Cameron, J.I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *Health Services Research*, 19(1), 1–11.
- Kok, J.F.W. (1997). Specifiek opvoeden. Orthopedagogische theorie en praktijk. *De Tijdstroom*.
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2010). The social determinants of early child development: An overview. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46(11), 627–635. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2010.01817.x>
- Richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming (2020) ‘Goed genoeg opvoederschap’: Richtlijn gezinnen met meervoudige en complexe problemen.
- Pannebakker, N.M., Kocken, P.L., Theunissen, M.H.C.M., van Mourik, K., Crone, M.R. Numans, M.E., Reijneveld, S.A. (2018). Services use by children and parents in multiproblem families, *Children and Youth Services Review*, 84, 222-228,
- Pijnenburg, H.M., & Van Hattum, M. (2013). *Integratief werkzame factorenmodel voor de jeugdsector*. Intern rapport. Nijmegen: HAN/Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd.
- Sanders, M. (2008). *Positief Ouderschap*.
- Schön, D.A. (1984). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Ashgate Publishing Limited.
- Shazer, de S. & Dolan, Y. (2008). *Oplossingsgerichte therapie in de praktijk. Wonderen die werken*. Hogrefe Uitgevers B.V.
- Steketee, M., Jansma, A., & Gilsing, R., (2015, april) Wat werkt bij multiprobleemgezinnen? Ervaringen uit Rotterdam. *Verwey & Jonker instituut* <https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/2771-multiprobleemgezinnen-web-2.pdf>
- Steketee, M., & Vandenbroucke, M. (2010). Typologie voor een strategische aanpak van

- multiprobleemgezinnen in Rotterdam: Een studie in het kader van Klein maar Fijn - CEPHIR. *Verwey-Jonker Instituut*.
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2017). Gezinnen in multiprobleemsituaties. Jonge onderzoekers over de jeugdzorg: Enkele problemen uitgelicht. *SWP Uitgeverij*. 11-22
- Tuenter, T., Hooijsma, M. & Donker, A. (2020) Gezinnen met meervoudige en complexe problemen in 2017. Een analyse met behulp van CBS microdata. *Nederlands Jeugd Instituut*. <https://www.nji.nl/uploads/2021-06/Gezinnen%20met%20meervoudige%20en%20complexe%20problemen%20in%2017.pdf>
- Van Assen, A. G., Knot-Dickscheit, J., Post, W. J., & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104994>
- Van der Steege & Zoon (2015). *Richtlijn Jeugdhulp en Jeugdbescherming Multiprobleemgezinnen*
- Van der Steege, M., De Veld, D. & Zoon, M. (2020). Richtlijn: Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. *Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut*.
- Van Yperen, T., Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. *Nederlands Jeugdinstituut*.
- Van Yperen, T., Veerman, J.W. & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland. ISBN 978 90 477 1003 5
- Visscher, L., Evenboer, E., Reijneveld, M., Scholte, R., & Jansen, D. (2023). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: wat werkt voor wie, en hoe komt dat? *Kind en Adolescent Praktijk*, 22(3), 24-30
- Wijnands, P. & Scheres, M. (2019). *Handboek Adventure Therapie met kinderen, jongeren en hun gezinnen: Ervaringsleren als therapievorm*. ISBN: 9789082651515

Bijlage 1

Interventie Gezinsverblijf, met behulp van het model van Kok (1973)

	Eerstegraadsstrategie: Leefklimaat	Tweedegraadsstrategie: Algemeen	Derdegraadsstrategie: Specifiek
Het behandelmodel van Kok (1973)	Het scheppen en in stand houden van (voorwaarden voor) een leefmilieu (statisch en dynamisch) waarin cliënten zich kunnen handhaven en/of ontwikkelen	Het methodisch groepswork	Het per cliënt gericht bijkleuren/inpassen van de eerste- en tweedegraadsstrategie
Jeugdzorg-organisatie (2023)	Het leefklimaat, welke een leefmilieu initieert waarin een gezin zich kan handhaven, veilig voelen en ontwikkelen. Binnen de organisatie wordt hierbij uitgegaan van de Best Interest of the Child Model (BIC-Model) (Kalverboer & Zijlstra, 2010).	Alle trainingen en behandelingen die kunnen worden ingezet: Pedagogische interventies: - Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) - Multidimensional Familytherapy (MDFT) - Video-hometraining - Reguliere gezinsbehandeling	Het per gezin bijkleuren/inpassen van vooral de tweedegraadsstrategie en het specifieke nadruk leggen op de eerstegraadsstrategie richting de eigenheid van ouders en hun kinderen. Een derdegraadstrategie kan dan bestaan uit de manier waarop de individuele dagstructuur verloopt, afspraken voor bezoek worden gemaakt en hoe de

		- Systeem- en relatietherapie (Emotionally focussed therapy). Psychotherapeutische interventies: - Cognitieve gedragstherapie (CGT) - EMDR - Attachment Based Family Therapy (ABFT) - Emotional Focused Therapy (EFT) - Ouder-kindpsychotherapie, - Modified Interaction Guidance (MIG) - Schematherapie Lichaamsgerichte interventies: - Adventure Therapie - Trauma Sensitieve Mindfulness.	begeleiding is met betrekking is tot eigen taken en verantwoordelijkheden. Uitgangspunten die hierbij horen zijn aansluiten op het ontwikkelingsniveau van de ouder en het hanteren van een oplossingsgerichte theorie (de Shazer en Dolan, 2009).
--	--	--	--

Noot. Overgenomen uit het ‘Handboek Interventie Gezinsverblijf’, door Interventie Gezinsverblijf, 2023.

Bijlage 2

Interviewleidraad voor interviews met professionals

Vragen:

Hoe verloopt een interventie Gezinsverblijf?

Wat is uw functie binnen de interventie Gezinsverblijf?

Wat is het algemene aanbod van modules voor een gezin?

Wat zijn de overige modules die worden ingezet?

Welke overwegingen maakt u bij het inzetten van een module bij een gezin?

Bij [casus] zie ik dat er is ingezet op [modules], kunt u toelichten waarom u voor deze modules bij dit gezin heeft gekozen?

Hoe bepaalt u of een module past bij een gezin?

Wat levert het inzetten van [genoemde modules] volgens u op voor een gezin/ [casus]?

Zijn er nog andere dingen die u wilt bespreken?

Bijlage 3
Codeboek

Thema	Code	Subcode
Gezinskenmerken	Gezins-factoren	Gezinssamenstelling
		Etniciteit
		Leeftijden
		Sociaal-economische status
	Ouder-factoren	Gezinsfunctioneren
		Ouderschap
		Relatie ouders
		Mentale veerkracht
		IQ
		Verslaving
	Kind-factoren	Delinquentie
		Internaliserende problematiek
		Externaliserende problematiek
		Trauma
		Internatiserende problematiek
Externe factoren	Opvoedingsvaardigheden	Externaliserende problematiek
		Opvoedbehoeften
		Kindfunctioneren
		Trauma
	Contextuele factoren	
	Ervaring met hulpverlening	Actieve hulpverlening
		Hulpverleningsgeschiedenis
Professional-factoren	Veiligheid	Kindermishandeling
		Huiselijk geweld
	Motivatie	Uithuisplaatsing
		Veiligheid algemeen
	Beleid en regelgeving	
	Externe hulpverlening	
	Verwijzer	
Organisatie-factoren	Eigen visie	
	Ervaring	
	Structuur van de organisatie	
	Visie en missie	
	Beschikbare middelen	
	Overige organisatie factoren	

Interventie	Inzet interventie gezinsverblijf Pedagogisch leefklimaat	BIC Structuur Zinvolle dagbesteding Regels Omgang met elkaar TGW'er
	Pedagogische modules	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding (IAG) Multidimesnional Familytherapy (MDFT) Video-hometraining Reguliere gezinsbehandeling Systeem- en relatietherapie Opvoedonderzoek Schematherapie Regie Anders
	Psychotherapeutische modules	Cognitieve gedragstherapie (CGT) EMDR Attachment Based Family Therapy (ABFT) Emotioal Focused Therapy (EFT) Ouder-kindpsychotherapie Modified Interaction Guidance (MIG) Kindgerichte diagnostiek Kindgesprekken
	Lichaamsgerichte modules	Adventure Therapie Trauma Sensitieve Mindfulness
Ervaren werkzaamheid Proces	Afstemming Intake MDO Regie	

Vetgedrukt = deductief gecodeerd

Normaal = inductief gecodeerd



Bijlage 4

Overlap in modules gedurende de Interventie Gezinsverblijf

	IAG	MDFT	VHT	Reguliere gezins- behandeling	Systeem en relatie therapie	CGT	EMDR	ABFT	EFT	Ouder-kind psychotherapie	MIG	Schematherapie	Adventure Therapie	Mindfulness	Trauma Sensitieve	Opvoedonderzoek
IAG	-															
MDFT	0	-														
VHT	4.8%	4.8%	-													
Reguliere gezins-behandeling	0	0	0	-												
Systeem en relatie therapie	4.8%	0	28.6%	0	-											
CGT	4.8%	0	9.5%	0	9.5%	-										
EMDR	4.8%	0	4.8%	0	0	0	-									
ABFT	-	-	-	-	-	-	-	-								
EFT	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Ouder-kind psychotherapie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
MIG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-					

Schematherapie	0%	0	4.8%	0	9.5%	4.8%	0%	-	-	-	-			
Adventure Therapie	9.5%	4.8%	28.6%	4.8%	33.3%	19%	4.8%	-	-	-	-	9.5%		
Trauma Sensitieve	4.8%	4.8%	28.6%	4.8%	38.6%	14.3%	4.8%	-	-	-	-	4.8%	42.9%	
Mindfulness														
Opvoedonderzoek	14.3%	4.8%	47.6%	0	38.1%	14.3%	9.5%	-	-	-	-	0%	47.6%	38.1%



university of
 groningen

faculty of behavioural
and social sciences