



University of Groningen

## Mixed-methods onderzoek naar de inhoud van de ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek

Evenboer, Els; Jansen, Danielle; Reijneveld, Menno

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2019

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Evenboer, E., Jansen, D., & Reijneveld, M. (2019). *Mixed-methods onderzoek naar de inhoud van de ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.

### Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

### Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

# Mixed-methods onderzoek naar de inhoud van de ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek

Eindrapportage



Dr. K.E. (Els) Evenboer  
Dr. D.E.M.C. (Danielle) Jansen  
Prof. dr. S.A. (Menno) Reijneveld

November 2019  
ISBN 978-94-034-2346-3

## Samenvatting

**Achtergrond:** Hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) is niet eenvoudig. De eigenschappen van het gezin en van de hulpverlener, de professionaliteit van de hulpverlener en de inhoud van de zorg bepalen de uitkomsten van het zorgtraject op de korte en op de langere termijn. In het verlengde hiervan speelt ook een goede samenwerking tussen organisaties en hulpverleners een belangrijke rol en de mate waarin zij afgestemde, integrale, hulp aan GMCP kunnen bieden. Er zijn bouwstenen, uitgangspunten en een richtlijn geformuleerd voor de aanpak van GMCP, maar er zijn weinig harde gegevens over de effectiviteit van integrale hulp. Dit leidt tot de volgende doelstellingen voor dit onderzoek: (1) het krijgen van inzicht in de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP vanuit het perspectief van hulpverleners en van GMCP; (2) het achterhalen van bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP ten aanzien van het zoeken en gebruiken van zorg door GMCP.

**Methoden:** Er is gebruik gemaakt van een mixed-method design waarin zowel kwantitatieve (deelstudie 1) als kwalitatieve data (deelstudie 2) zijn verzameld. In deelstudie 1 zijn gegevens verzameld door middel van vragenlijsten bij ouders/verzorgers (N=22), jongeren (N=6) en hulpverleners (N=18) die geworven zijn via de zorgorganisaties Odion (Intensieve Gezinsbegeleiding) en Reik (Ouder-Kind traject en Twaspanhuzen). Effectiviteit van de aangeboden zorg hebben we onderzocht door zelfredzaamheid voor en na de hulpverlening te meten, de ingezette technieken door hulpverleners en het welbevinden van ouders en jongeren. In deelstudie 2 zijn aanvullende data verzameld door middel van semigestructureerde interviews met ouders/verzorgers (N=21) en hulpverleners (N=14) die waren geworven via Odion, Reik, Limor, Humanitas en een huisartsenpraktijk in Genemuiden. De gegevens zijn verzameld in de periode 2015 – 2018.

**Resultaten:** Wat betreft effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP laat het onderzoek zien dat volgens de hulpverleners de zelfredzaamheid van GMCP na de hulpverlening licht lijkt te verbeteren op domeinen zoals huisvesting, huiselijke relaties, gezondheid, dagelijkse activiteiten, sociaal netwerk en sociaal-emotionele ondersteuning. De zelfredzaamheid op de domeinen opvang, lichamelijke verzorging en dagbesteding lijkt echter licht te verminderen. Tot slot blijft de zelfredzaamheid van GMCP op de domeinen financiën, geestelijke gezondheid en verslaving nagenoeg gelijk.

We zien dat hulpverleners inzetten op een breed scala aan technieken, variërend van het oppakken van meer praktische zaken (huishouden, GMCP helpen bij het onderhouden van contacten met verschillende organisaties (zoals schuldhulpverlening of school), en het opbouwen van een werkrelatie met het gezin (door bijv. aan te sluiten bij de directe vragen van het gezin, en te motiveren) tot het hanteren van technieken die gericht zijn op het bereiken van een gedragsverandering (gedragsoefening, feedback geven, herstellen gezagsverhoudingen, etc.). Hulpverleners zetten in de beginfase van de trajecten vooral in op het aansluiten bij het gezin, het opbouwen van een emotionele band met het gezin, het

stellen van doelen en het oppakken van praktische zaken. Later in het traject worden vaker technieken ingezet die zijn gericht op het bewerkstelligen van een gedragsverandering, het aanleren van opvoedingsvaardigheden en het stellen van grenzen en regels. Het merendeel van de technieken is gericht op de ouders/verzorgers. Slechts in enkele gevallen werden ook kinderen benoemd als de 'ontvanger' van een bepaalde techniek.

De resultaten laten zien dat GMCP, ondanks de problematiek die speelt binnen het gezin, relatief gelukkig zijn met hun leven. Wat betreft de verwachtingen van ouders/verzorgers en jongeren voorafgaand aan de hulpverlening zien we dat ze (op een enkeling na) veel verwachten te bereiken. Ouders/verzorgers waren verder vrij positief over de communicatie met hun hulpverlener, waarbij ze vonden dat er rekening werd gehouden met hun voorkeuren, ze blij waren met de voorlichting die ze kregen van de hulpverlener over een bepaald type hulp en dat ze het fijn vonden dat ze met de hulpverlener konden praten over zaken die niet goed waren gegaan. Jongeren zijn minder positief over de communicatie met hun hulpverlener en geven juist aan zich lang niet altijd gehoord te voelen en niet altijd te mogen meebeslissen over het type hulp dat wordt ingezet. Wat betreft sociale steun zien we dat ouders/verzorgers regelmatig contact hebben met bureaus, vrienden of familie maar dat ze zich niet altijd door hen gesteund voelen in moeilijke situaties.

In de interviews noemden hulpverleners en ouders/verzorgers als bevorderende factoren in de hulpverlening onder andere: een goede vertrouwensband tussen de hulpverlener en GMCP, een respectvolle en niet veroordelende houding van de hulpverlener ten opzichte van GMCP, het benoemen van positieve kenmerken of vaardigheden van GMCP door de hulpverlener, het GMCP succeservaringen laten op doen, het goed aansluiten bij het niveau en de behoeften van de GMCP door goed te luisteren, het geven van concrete handvaten door de hulpverlener aan de GMCP, een goede samenwerking tussen de betrokken hulpverleners en organisaties (alle neuzen dezelfde kant op) en het snel kunnen inschakelen van hulp ten behoeve van een adequate ondersteuning aan GMCP.

Als belemmerende factoren in de hulpverlening noemden hulpverleners en ouders/verzorgers onder andere de grote hoeveelheid tijd die hulpverleners kwijt zijn aan verslaglegging, last van bureaucratie, de betrokkenheid van meerdere hulpverleners bij één gezin waardoor er snel miscommunicatie ontstaat en gezinnen te vaak hun verhaal opnieuw moeten doen, het onvoldoende kunnen leveren van maatwerk omdat er nog te weinig organisatie- of domeinoverstijgend gewerkt wordt en de lengte van de wachtlijsten voor bepaalde typen hulp.

**Conclusie:** Wat betreft de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP concluderen we dat de zelfredzaamheid van GMCP door de interventies niet wezenlijk verandert maar dat GMCP desondanks toch relatief gelukkig zijn met hun leven. Het lijkt hulpverleners wel te lukken om de problemen van GMCP te stabiliseren en in sommige gevallen zelfs te zorgen voor een lichte vooruitgang. Op basis van de resultaten kan geconcludeerd worden dat er een breed scala aan technieken wordt aangeboden aan GMCP gedurende de hulpverlening. Deze hulpverlening lijkt zich met name te richten op de ouders/verzorgers en in veel mindere mate op het kind. Als bevorderende factoren wordt door de ouders/verzorgers en

hulpverleners met name het belang van goede persoonsgerichte zorg benadrukt waarbij op een respectvolle en niet veroordelende manier wordt gewerkt en waarbij aandacht is voor positieve kenmerken van het gezin. Als belemmerende factoren in de hulpverlening worden door ouders/verzorgers en hulpverleners genoemd de administratieve regeldruk, bureaucratie en de afstemming tussen en binnen organisaties en professionals.

Aanbevelingen vanuit het onderzoek voor de praktijk zijn het opbouwen van een vertrouwensband met alle individuele gezinsleden en met het gezin als geheel, het beter afstemmen binnen en tussen organisaties, het stellen van kleine en concrete doelen om het succesgevoel van gezinnen te vergroten en het meer vormgeven van het concept persoonsgerichte zorg in de hulpverlening aan GMCP. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek betreffen het onderzoeken van de effectiviteit van meervoudige alliéren (het opbouwen van een vertrouwensband met alle individuele gezinsleden en met het gezin als geheel), het onderzoeken in hoeverre het intensiever betrekken van het kind bij de hulpverlening aan GMCP haalbaar en effectief is en onderzoeken in hoeverre het bieden van nazorg bijdraagt aan effectievere resultaten op de langere termijn. Een aanbeveling voor beleid is om te bevorderen dat meer domein overstijgend gewerkt gaat worden, waarbij het de uitdaging is om de balans te zoeken tussen het uitvoeren van maatwerk en het kunnen verantwoorden van de gemaakte keuzes binnen de organisatie. Een aanbeveling voor het onderwijs is om (toekomstige) hulpverleners goed toe te rusten voor de arbeidsmarkt om met GMCP aan de slag te kunnen gaan, mede op basis van de resultaten van het huidige onderzoek. Een belangrijk onderdeel daarbij is het aanleren van reflectieve vaardigheden aan deze toekomstige professionals en het hen trainen in het aangaan van allianties met meerdere cliënten in een hulpverleningstraject.

# Inhoudsopgave

## Hoofdstuk 1 Introductie

1.1 Aanleiding	blz.6
1.2 Gezinnen met meervoudige en complexe problemen	blz.6
1.3 Problemen van gezinnen met meervoudige en complexe problemen	blz.6
1.4 Hulpverlening aan GMCP	blz.7
1.5 Onderzoeksvragen	blz.8

## Hoofdstuk 2 Methoden

2.1 Onderzoeksdesign	blz.9
2.2 Dataverzameling	blz.9
2.3 Data-analyse	blz.17

## Hoofdstuk 3 Resultaten

3.1 Onderbouwing vanuit de literatuur	blz.18
3.2 Resultaten vragenlijsten hulpverlener	blz.20
3.3 Resultaten vragenlijsten ouders/verzorgers en jongeren	blz.32
3.4 Resultaten interviews hulpverleners	blz.36
3.5 Resultaten interviews ouders/verzorgers	blz.42

## Hoofdstuk 4 Conclusie

4.1 Beantwoording onderzoeksvragen	blz.47
4.2 Nieuwe inzichten	blz.50
4.3 Aanbevelingen	blz.51
4.4 Conclusie	blz.53

## Referenties

<b>Bijlage 1</b> Informatiefolder hulpverleners	blz.59
<b>Bijlage 2</b> Informatiefolder ouders/verzorgers	blz.60
<b>Bijlage 3</b> Informatiefolder jongere	blz.61
<b>Bijlage 4</b> Overzicht met technieken	blz.62
<b>Bijlage 5</b> Overzicht meetconcepten	blz.64
<b>Bijlage 6</b> Training deurwaarders	blz.67
<b>Bijlage 7</b> Informatiefolder interviews	blz.70
<b>Bijlage 8</b> Topiclijsten semigestructureerde interviews	blz.72

# Hoofdstuk 1 - Introductie

## 1.1 Aanleiding

Recente studies laten zien dat de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) niet eenvoudig is (Joosse, Teisman, Verschoor, van Buuren, 2019; Kann-Weedage, Zoon, Addink, Van Boven, Berger & De Wilde, 2017). De combinatie van eigenschappen van het gezin, de eigenschappen en professionaliteit van de hulpverlener en de inhoud van de zorg staan nauw in relatie tot elkaar en bepalen de uitkomsten van het zorgtraject op de korte en op de langere termijn (Kann-Weedage et al, 2017). In dit hoofdstuk geven we een omschrijving van GMCP (paragraaf 1.2), bespreken we kort de problemen die GMCP ervaren (paragraaf 1.3) en gaan we in op wat er al bekend is over de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP (paragraaf 1.4). Tot slot bespreken we de onderzoeksvragen van dit rapport (paragraaf 1.5).

## 1.2 Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Naar schatting is in drie tot vijf procent van alle gezinnen in Nederland sprake van meervoudige en complexe problematiek; zij worden aangeduid als gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (GMCP). Het gaat om 75.000 tot 116.000 gezinnen, in onder andere de media veelal aangeduid als multiprobleemgezinnen (Richtlijn Multiprobleemgezinnen, 2015). Er is geen eenduidige definitie of beschrijving van multiprobleemgezinnen beschikbaar op basis van empirisch, wetenschappelijk onderzoek (Bodden & Dekovic, 2010; Drost, 2010; Morris, 2013; Verhallen, 2013). In de praktijk herkennen hulpverleners de gezinnen echter vrijwel direct; zij schetsen vaak dezelfde kenmerken van deze gezinnen. Een veelgebruikte definitie is: een gezin met meervoudige en complexe problemen is een gezin met minstens één volwassene en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van problemen op verschillende gebieden:

- op sociaaleconomisch gebied;
- op psychosociaal gebied bij de volwassene(n);
- op psychosociaal gebied bij de jeugdige(n).

De problemen zijn chronisch, complex en met elkaar verweven en ze gaan vaak van de ene generatie over op de andere. We spreken dus pas van een GMCP wanneer meerdere en complexe problemen over een langere tijd spelen binnen een gezin (Kann-Weedage, Zoon, Addink, Van Boven, Berger & De Wilde, 2017; Holwerda, Reijneveld & Jansen, 2014).

## 1.3 Problemen van GMCP

Veel GMCP hebben een lage sociaaleconomische status (SES), financiële problemen en wonen relatief vaak in slecht onderhouden woningen. Een lage SES vergroot de kans op opvoedmoeilijkheden bij de ouders en op emotionele- en gedragsmatige problemen bij het kind (Kann-Weedage et al, 2017). De opvoedmoeilijkheden van ouders/verzorgers komen vaak voort uit het feit dat het voor deze gezinnen lastiger is om te voorzien in belangrijke behoeften van kinderen zoals gezonde voeding of een rustige plek in huis om huiswerk te

maken. Daarnaast is de kans groter dat kinderen uit lage SES-gezinnen eerder in aanraking komen met criminaliteit, gezien de relatief arme buurten waarin ze wonen (Kann-Weedage et al, 2017; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014).

Bij GMCP is vaker sprake van opvoedmoeilijkheden, waarbij een rol speelt dat deze gezinnen veel last hebben van spanningen en stress (bijv. over financiën) en die dan weer kunnen leiden tot gebruik van minder sensitieve en consistente opvoedstrategieën (Kann-Weedage et al, 2017; Pannebakker et al, 2018; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014). Ouders hebben bijvoorbeeld een autoritaire opvoedstijl met harde straffen, of zijn juist afwezig en hebben geen controle over het gedrag van hun kind. Daarnaast hebben ouders soms onrealistische verwachtingen van het kind of van het ouderschap, wat weer kan leiden tot negatieve interacties met het kind. Huiselijk geweld, mishandeling en verwaarlozing komen eveneens voor. Deze opvoedproblemen zorgen ervoor dat er vaak sprake is van verstoorde hechtingspatronen in het gezin. Kinderen die mishandeld of verwaarloosd zijn, lopen een groter risico om dit later ook zelf te gaan doen in hun opvoeding (Kann-Weedage et al, 2017; Pannebakker et al, 2018; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014).

In GMCP is zowel bij ouders/verzorgers als bij de kinderen regelmatig sprake van psychiatrische problemen (bijvoorbeeld depressie, angst of schizofrenie) of psychosociale problemen (zoals gedragsproblemen, verslavingsproblemen, crimineel gedrag of beperkte sociale vaardigheden). Ook cognitieve problemen, verstandelijke of fysieke beperkingen en gezondheidsproblemen komen veel voor (Kann-Weedage et al, 2017; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014). Deze problemen kunnen vervolgens weer moeilijkheden geven op andere gebieden, zoals op school of in het sociale netwerk van het kind (Kann-Weedage et al, 2017; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014).

GMCP hebben ook vaak een verstoord of afwezig sociaal netwerk, wat het gezin sociaal isoleert. Ook is er vaak sprake van beperkte vaardigheden om positieve relaties op te bouwen en te onderhouden. Kinderen die geïsoleerd opgroeien leren niet de vaardigheden om relaties op te bouwen en lopen een groter risico om op latere leeftijd ook zelf in een sociaal isolement te belanden (Kann-Weedage et al, 2017; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014).

Tot slot hebben GMCP vaak een lange, voor hen teleurstellende hulpverleningsgeschiedenis. Gezinsleden hebben daardoor dikwijls een diepgaand wantrouwen richting hulpverleners ontwikkeld en zijn niet langer gemotiveerd voor hulp. Problemen kunnen zich hierdoor nog verder opstapelen en een nog negatievere invloed hebben op de ontwikkeling van het kind (Kann-Weedage et al, 2017; Pannebakker et al, 2018; Van der Steege & Zoon, 2015; Zoon & Le Clercq, 2014).

#### **1.4 Hulpverlening aan GMCP**

Om GMCP te helpen hun problemen op te lossen en de consequenties hiervan te verminderen zijn er interventies beschikbaar. Echter, deze interventies richten zich vaak maar op een of twee levensdomeinen zoals het versterken van de opvoedingsvaardigheden of het hanteerbaar maken van gedragsproblemen, terwijl voor GMCP het juist van belang is



om tegelijkertijd op meerdere domeinen in te zetten (Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018; Holwerda, Reijneveld & Jansen, 2014) en bijvoorbeeld ook aandacht te besteden aan bijvoorbeeld de schuldenproblematiek en huisvestingsproblemen (Tausendfreund, 2015). Als deze problematiek niet structureel wordt aangepakt, blijft het gezin in de overlevingsstand, wat gepaard gaat met veel stress. Als mensen gebukt gaan onder chronische stress heeft dit tot gevolg dat het nauwelijks mogelijk is om de goede beslissingen te nemen en tot duurzame oplossingen te komen (Lünnemann, Loeffen, Steketee, Hoefsloot & Bel, 2017; Mullainathan en Shafir, 2013). Daarom is het van belang om, in overeenstemming met de piramide van Maslow, de basis van GMCP op orde te krijgen alvorens de overige complexe problemen van gezinsleden aan te pakken middels gezinsgerichte interventies (Mullainathan & Shafir, 2013).

Er zijn bouwstenen, uitgangspunten en een richtlijn geformuleerd voor de aanpak van GMCP, maar er zijn weinig harde gegevens over de effectiviteit van integrale hulp (Holwerda et al, 2014; Assen et al, 2019). De effectiviteit van hulpverlening aan GMCP is verder vaak context specifiek (Evenboer et al, 2018), wat maakt dat uitkomsten van onderzoek niet zomaar gegeneraliseerd kunnen worden. Daarnaast staan vaak niet de kenmerken en vragen van het gezin voorop, maar de (geprotocolleerde) methode van een interventie en het zorgaanbod. Dat kan het leveren van maatwerk belemmeren, en daarmee het bereiken van een positief resultaat (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012; Rots-De Vries et al, 2011).

In het verlengde daarvan spelen ook problemen in de samenwerking tussen organisaties en hulpverleners een belangrijke rol. Vaak zijn er wel voorzieningen voor deze gezinnen (Pommer & Boelhouwer, 2016), maar is er onvoldoende helderheid over ieders verantwoordelijkheid en wordt informatie ten behoeve van GMCP onvoldoende onderling gedeeld (STJ/TSD, 2013; Van Hattum & Van Hal, 2015; Boelhouwer et al, 2019). Een recente studie van Joesse et al (2019) bevestigt dit beeld. Organisaties besteden veel tijd, geld en capaciteit aan hulpverlening voor GMCP maar dit heeft vaak beperkt succes (Joesse et al., 2019; Nanninga, Jansen, Knorth, Reijneveld, 2018; Pannebakker et al, 2018).

## **1.5 Onderzoeksvragen**

Op basis van voorgaande is vooral aanvullend onderzoek nodig naar twee aspecten. Ten eerste betreft dit onderzoek naar welk type hulpverlening werkt voor GMCP. En ten tweede betreft dit onderzoek naar welke belemmerende en bevorderende factoren een rol spelen in dit proces van hulpverlening. Dit leidt tot de volgende doelstellingen voor dit onderzoek:

1. Het krijgen van inzicht in de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP;
2. Het achterhalen van bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP ten aanzien van het zoeken en gebruiken van zorg door GMCP;

## Hoofdstuk 2 – Methoden

### 2.1 Onderzoeksdesign

Het uitgevoerde onderzoek betrof een *mixed-methods design*, waarin een kwantitatieve dataverzamelmethode (vragenlijsten) en een kwalitatieve dataverzamelmethode (semigestructureerde interviews) zijn gecombineerd.

Het onderzoeksdesign van de studie betrof aanvankelijk, zoals omschreven in het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel, een *stepped-wedge design* waarin stapsgewijs een nieuwe interventie op basis van de veelbelovende elementen uit de literatuurstudie van Holwerda, Reijneveld en Jansen (2014) zou worden geïmplementeerd. Toen dit niet haalbaar bleek (zie voor verdere uitleg paragraaf 2.2.1., onder ‘werving’) is in 2015 besloten om over te stappen op een ander *quasi-experimenteel design*, waarbij in de experimentele groep werd samengewerkt met FACT-Jeugd teams (Leeuwarden, Dachten, Sneek, Groningen stad) en in de controlegroep met sociale wijkteams (Amsterdam, Zaanstad, Enschede). FACT-Jeugd is destijds als interventie voor de experimentele groep gekozen omdat bleek dat de elementen van de FACT-Jeugd werkwijze grotendeels overeenkwamen met de veelbelovende elementen van interventies voor GMCP uit een eerdere literatuurstudie met subsidie van Instituut Gak (Holwerda en collega’s, 2014). De inclusie via deze FACT-teams ging eveneens traag (zie voor verdere uitleg paragraaf 2.2.1., onder ‘werving’). Daarom is het onderzoek uitgebreid met een kwalitatief deel. Deze kwalitatieve gegevens zijn een aanvulling op de reeds verzamelde kwantitatieve gegevens.

### 2.2 Dataverzameling

In deelstudie 1 (kwantitatief) zijn gegevens verzameld door middel van vragenlijsten bij ouders/verzorgers, jongeren en hulpverleners via de zorgorganisaties Odion en Reik. In deelstudie 2 (kwalitatief) zijn gegevens data verzameld door middel van semigestructureerde interviews met ouders/verzorgers en hulpverleners via Odion, Reik, Limor, Humanitas en een huisartsenpraktijk in Genemuiden. Deze gegevens zijn verzameld in de periode 2015 – 2018.

#### 2.2.1 Kwantitatieve dataverzameling (deelstudie 1)

##### ***Procedure en werving***

###### *Gemeenten*

Eerst is de samenwerking gezocht met de sociale wijkteams van verschillende gemeenten verspreid over heel Nederland. Een (groot) aantal gemeenten gaf aan niet mee te willen werken aan het onderzoek om diverse redenen zoals bijv. tijdgebrek, praktische redenen (te druk met de transitie), financiële redenen of men zag de meerwaarde van het project niet in (Utrecht, Wormerland, Oostzaan, Dordrecht, Rheden, Waddinxveen, Zeist, Apeldoorn, Zwolle, Noordoostpolder, Leiden, Eindhoven, Almere, Enschede). De gemeenten Amsterdam (Samen Doen teams) en Zaanstad (sociale teams) gaven aan wel mee te willen werken aan

het onderzoek. In een later stadium werden daar ook de FACT-Jeugd teams bij betrokken om de inclusie te vergroten. FACT-Jeugd teams uit Leeuwarden, Drachten, Sneek en Groningen stad werden benaderd voor deelname aan het onderzoek en gaven aan deel te willen nemen.

Via deze gemeenten en FACT-Jeugd teams werden echter geen gezinnen geïnccludeerd. Er zijn door de onderzoekers veel werkbezoeken afgelegd en vergaderingen van teams bijgewoond. Kern daarbij was het motiveren van teams en kijken hoe bepaalde processen anders vorm konden worden gegeven teneinde de inclusie van GMCP te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn een versimpelde aanmeldprocedure van gezinnen voor hulpverleners en het vragen van GMCP voor deelname aan het onderzoek niet meer door hulpverleners laten doen, maar deze verantwoordelijkheid bij de onderzoekers te leggen. Ook deze aanpassingen in de manier van werken bleken niet het gewenste resultaat op te leveren. Gemeenten gaven keer op keer aan andere prioriteiten te hebben vanwege de transitie en transformatie van de jeugdzorg.

### *Specialistische organisaties*

Omdat de inclusie via gemeenten niet van de grond kwam is samenwerking gezocht met meerdere specialistische organisaties die hulp en ondersteuning boden aan GMCP. Het includeren van deze organisaties bleek ook lastig (o.a. vanwege deelname aan andere onderzoeken, hoge caseload van teams en tijdgebrek). Uiteindelijk hebben twee organisaties deelgenomen aan het onderzoek, te weten Odion en Reik. Odion was betrokken geraakt via het sociale wijkteam in Zaanstad en Reik via het eigen professionele netwerk. Odion is een organisatie in het westen van het land waar Intensieve Gezinsbegeleiding (IGB) wordt geboden aan GMCP waarbij er tevens sprake is van een licht verstandelijke beperking. De IGB-ers begeleiden de gezinnen zowel bij praktische taken (huishouden, postafhandeling, contact met andere instanties) als bij taken gerelateerd aan de opvoeding. Reik is een organisatie in het noorden van het land waar ook zorg wordt geboden aan mensen met een licht verstandelijke beperking en meervoudige en complexe problematiek. Bij REIK ontvingen deze gezinnen de interventies Ouder-kind traject en de Twaspanhuzen. Bij het Ouder-kind traject gaat het met name om het aanleren van "goed genoeg ouderschap", waarbij de veiligheid van het kind voorop staat. Er wordt ingezet op voldoende structuur in het dagelijkse leven en voldoende aandacht en verzorging voor de kinderen. Het gaat zowel om praktische zaken (runnen van het huishouden) als hulp op het gebied van ouderschap. Het gaat om training, begeleiding en behandeling waarbij ouders op locatie wonen en de begeleiders bereikbaar zijn tussen 8.30-21.00 uur. De Twaspanhuzen interventie zijn vijf woningen die vlak bij elkaar staan in een wijk waar de gezinnen tijdelijk wonen. In die huizen wonen ouders die extra opvoedondersteuning krijgen vanuit Reik en vanuit de "bijzondere burens" praktische ondersteuning. Deze "bijzondere burens" is een echtpaar dat naast de Twaspanhuzen woont om een oogje in het zeil te houden.

## *GMCP*

De hulpverleners werkzaam bij Odion en Reik werden geïnstrueerd over het doel van het onderzoek, de tijdsinvestering, wat het onderzoek ze oplevert en de manier waarop het onderzoek bij gezinnen onder de aandacht kon worden gebracht (zie bijlage 1). Ter ondersteuning van het verhaal van hulpverleners aan het gezin werd een informatiefolder voor de ouders/verzorgers (bijlage 2) en jongeren opgesteld (zie bijlage 3). Na een mondelinge toelichting van de professional tijdens een contactmoment met het gezin werd de informatiefolder door de hulpverlener aan het gezin mee naar huis gegeven. Tijdens het volgende contactmoment, een week later, werd aan het gezin gevraagd of men de informatiefolder had gelezen en begrepen en of men deel wilde nemen aan het onderzoek. Indien de ouder/verzorgaar aangaf mee te willen werken aan het onderzoek werd het telefoonnummer en emailadres doorgegeven aan de onderzoeker. De onderzoeksassistenten namen vervolgens telefonisch contact op met de ouder/verzorgaar om nogmaals het onderzoek toe te lichten en een huisbezoek in te plannen voor het ondertekenen van de toestemmingsverklaringen en het invullen van de eerste vragenlijst. Tijdens dit telefoongesprek werd door de onderzoekers ook gevraagd of een van de kinderen uit gezin, ouder dan 12 jaar, deel wilde nemen aan het onderzoek. Indien ja, dan kreeg ook de jongere tijdens het eerste huisbezoek een toestemmingsverklaring voorgelegd ter ondertekening. De vragenlijsten zijn op alle metingen ingevuld tijdens de huisbezoeken die de onderzoeksassistenten inplanden in overleg met de ouder/verzorgaar en de jongere. Hulpverleners vulden de vragenlijsten digitaal in.

### ***Meetmomenten***

Bij Odion zijn op vier meetmomenten (0 maanden, 6 maanden, 12 maanden, 18 maanden) gegevens verzameld en bij Reik op drie meetmomenten (0 maanden, 6 maanden, 12 maanden). Dat er bij Reik op één meetmoment minder gegevens zijn verzameld heeft te maken met het feit dat deze organisatie pas later aan het onderzoek is gaan deelnemen, waardoor het niet haalbaar was om een vierde meting te doen. De eerste meting (bij 0 maanden) is verricht bij de start van de interventie.

### ***Deelnemers***

Op de eerste meting (T0) waren er 22 ouders/verzorgers die deel wilden nemen aan het onderzoek en dus een vragenlijst hebben ingevuld, op de tweede meting (T1) vulden nog 18 ouders/verzorgers een vragenlijst in, op de derde meting (T2) 13 en bij de laatste meting (T4) hebben acht ouders/verzorgers de vragenlijst ingevuld (de laatste meting betrof alleen ouders/verzorgers vanuit Odion, zie reden hierboven). Op T0 waren er zes jongeren die deel wilden nemen aan het onderzoek en de vragenlijst hebben ingevuld, bij de tweede en derde meting waren dit er vier en bij de laatste meting (T4) hebben drie jongeren de vragenlijst ingevuld. Alle jongeren die deelnamen aan het onderzoek ontvingen hulp vanuit Odion; vanuit Reik waren de kinderen in alle gevallen nog te jong (< 12 jaar) om zelf een vragenlijst in te mogen vullen.

In totaal namen er 18 hulpverleners (Reik N=7, Odion N=11) deel aan het onderzoek omdat ze betrokken waren bij een of meerdere deelnemende gezinnen.

### ***Meetconcepten en meetinstrumenten voor hulpverleners***

**Zelfredzaamheid.** Hulpverleners hebben gedurende het onderzoek de *zelfredzaamheid* van het gezin in kaart gebracht op 15 verschillende levensdomeinen, met de Zelfredzaamheidsmatrix (Lauriks, Buster, De Wit, van de Weerd, Theunissen, Schöenberger, en Fassaert, 2013). De domeinen betroffen: Financiën, Dagbesteding, Huisvesting, Huiselijke relaties, Geestelijke gezondheid, Lichamelijke gezondheid, Verslaving, Activiteiten van het dagelijks leven, Sociaal netwerk, Maatschappelijke participatie, Justitie, Lichamelijke verzorging, Sociaal-emotionele ondersteuning, Scholing en Opvang. Per domein kon een score behaald worden: (5) acute problematiek, (4) niet zelfredzaam, (3) beperkt zelfredzaam, (2) voldoende zelfredzaam en (1) volledig zelfredzaam. Daarnaast registreerden hulpverleners of er formele hulp, informele hulp (bijvoorbeeld vanuit het eigen netwerk) of geen hulp aanwezig was op het desbetreffende domein.

**Technieken.** Voor het registeren van de technieken werd gebruikt gemaakt van een reeds bestaande vragenlijst van Tausendfreund (2015), genaamd de "Verrichtingenlijst 10 voor Toekomst" en de IAG-handleiding (Van der Steege, Ligtermoet, Lekkerkerker en Van der Vliet, 2013). De hulpverleners registreerden ieder half jaar welke *technieken* (handelingen of activiteiten) ze uitvoerden als onderdeel van de behandeling van een deelnemend gezin. Deze technieken waren opgedeeld in een aantal categorieën, te weten (A) opbouwen en onderhouden van een werkkrelatie, (B) verzamelen van informatie, (C) werken aan (gedrags-)verandering, (D) oplossingen en ondersteuning vinden in de omgeving en (E) taken verlichten. Onder deze hoofdcategorieën vallen verschillende technieken, waarvan een compleet overzicht van de technieken is te vinden in bijlage 4. Hulpverleners konden aanvinken in de online vragenlijst welke technieken ze hadden toegepast bij het gezin en op wie deze gericht waren (ouders/verzorgers, kind(eren), omgeving).

### ***Meetconcepten en meetinstrumenten voor ouders/verzorgers en jongeren***

Middels vragenlijsten zijn bij ouders/verzorgers en jongeren gegevens verzameld over verschillende concepten teneinde de doelstellingen van het onderzoek te kunnen realiseren. Het betrof de verwachtingen over de toekomst, moeite met rondkomen, sociale steun, omgaan met de hulpverlening, omgaan met elkaar binnen het gezin, communicatie met de hulpverlener, hoe gelukkig ouders/verzorgers en jongeren zijn en de relatie tussen ouders/verzorgers en jongeren. Per meetconcept wordt hieronder benoemd bij welke informant (ouders/verzorgers en/of jongere) gegevens zijn verzameld. De gehele vragenlijst inclusief alle meetinstrumenten kan opgevraagd worden bij de auteurs.

**Verwachtingen over de toekomst (over 10 jaar) van de jongere.** Het betrof een bestaande vraag met 10 stellingen afkomstig uit de TRAILS-studie (Oldehinkel et al, 2015). Deze vraag is door zowel de ouders/verzorgers als jongeren ingevuld. De vragen hebben betrekking op

werk- en privé gerelateerde thema's, zoals verwachtingen van de jongere ten aanzien van het hebben van een fulltime/parttime baan over tien jaar en over de verwachting van de jongere hoever of dichtbij hij/zij over tien jaar zal wonen van zijn ouderlijk huis. Alle 10 de vragen kunnen beantwoord worden aan de hand van een vijfpuntschaal (zeer laag, laag, 50/50, hoog, zeer hoog). Wanneer een ouder/verzorger of jongere bijvoorbeeld '50/50' scoorde, betekende dit dat hij/zij de kans op bijvoorbeeld een fulltimebaan over 10 jaar op 50% schatte.

*Moeite met rondkomen.* De vraag komt uit de TakeCare cohortstudie (Verhage et al, 2016). Ouder/verzorgers werd gevraagd om aan te geven in welke mate ze in de afgelopen zes maanden moeite hadden om rond te komen van het gezinsinkomen. De antwoordcategorieën bij deze vraag waren (1) Nee, geen enkele moeite, (2) Nee, geen moeite, maar ik moet wel letten op mijn uitgaven, (3) Ja, enige moeite en (4) Ja, grote moeite.

*Sociale steun.* De vraag kwam uit de GezinsVragenlijst (GVL), de subschaal 'sociaal netwerk'. Ouders/verzorgers werd gevraagd in hoeverre ze sociale steun ontvingen vanuit hun eigen netwerk. Aan de hand van negen uitspraken werd aan de ouders/verzorgers gevraagd aan te geven in hoeverre ze het er mee eens of oneens waren. De antwoordcategorieën betroffen (1) volledig oneens, (2) tamelijk oneens, (3) noch eens/noch oneens, (4) tamelijk eens en (5) volledig eens.

*Omgaan met de hulpverlening.* Deze vragen komen uit de TakeCare cohortstudie (Verhage et al, 2016). Ouders/verzorgers en jongeren werd gevraagd naar hun omgang met de hulpverlening. Daarbij gingen de vragen over hoe vaak ouders/verzorgers en jongeren iemand nodig hebben (zoals een familielid, vriend of hulpverlener) bij het lezen van informatie over hulpverlening (bijv. bijsluiters, folders, websites), hoe zeker ze zijn bij het invullen van formulieren over de hulpverlening en hoe vaak ouders/verzorgers en jongeren problemen hebben om te weten te komen wat de ervaren problemen/klachten zijn. De antwoordcategorieën betroffen (1) altijd, (2) vaak, (3) soms, (4) af en toe en (5) nooit.

*Omgaan met elkaar binnen het gezin.* De vragen komen uit een subschaal van de Family Assessment Device (FAD), de Nederlandse versie van de 'General Functioning Scale' (De Wachter et al, 2018). Ouders/verzorgers werd gevraagd om op twaalf uitspraken omtrent omgaan met elkaar binnen het gezin antwoord te geven, op basis subschaal "algemeen functioneren". Bijvoorbeeld of ze kunnen rekenen op elkaar steun wanneer er moeilijkheden zijn, of ze kunnen praten over het verdriet dat ze voelen, of ze gevoelens naar elkaar toe kunnen uitten, of ze zich geaccepteerd voelen zoals ze zijn, of ze beslissingen kunnen nemen over hoe ze een probleem kunnen oplossen en of ze elkaar kunnen vertrouwen. De antwoordcategorieën betroffen (1) helemaal mee eens, (2) mee eens, (3) niet mee eens, (4) helemaal niet mee eens.

*Communicatie met de hulpverlener(s).* De vragen komen uit de TakeCare cohortstudie (Verhage et al, 2016). Ouders/verzorgers en jongeren werd gevraagd hoe ze de communicatie met de hulpverlener(s) ervaren. Verschillende thema's kwamen daarbij aan bod, te weten (1) besluitvorming en inbreng, (2) benadering door hulpverleners en (3) voorlichting en informatie. Aan elk thema was een aantal stellingen verbonden. Bijvoorbeeld bij thema 1 of de hulpverlener rekening houdt met de voorkeuren voor een bepaald type hulpverlening, of de hulpverlener de ouder/verzorger zelfstandig dingen laat regelen en of er een advies/behandeling wordt opgedrongen. Voorbeelden bij thema 2 betreffen of de hulpverlener de ouders/verzorgers en jongere serieus neemt, respecteert, vertrouwelijk omgaat met informatie en of de hulpverlener aandachtig luistert. Voorbeelden bij thema 3 betreffen of de hulpverlener voldoende voorlichting geeft aan wat de ouder/verzorger en jongeren kunnen hebben aan de hulpverlening, informatie geeft over verschillende typen hulpverlening en of de hulpverlener informatie geeft over hoe de ouder/verzorger kan omgaan met de problemen van de jongere. Daarbij konden ouders/verzorgers en jongeren antwoorden op basis van een vijfpuntschaal met (1) nee, (2) eigenlijk niet, (3) eigenlijk wel, (4) wel en (5) geen ervaring mee/weet ik niet.

*Hoe gelukkig bent u?* Deze vraag komt uit de Trails studie en betreft de schaal 'Happiness and Satisfaction' (Oldehinkel et al, 2015). Er werd aan ouders/verzorgers en de jongeren gevraagd hoe gelukkig ze over het algemeen genomen met hun leven zijn. De vraag betrof hoe gelukkig ze zijn op een schaal van (1) niet zo gelukkig, (2) tamelijk gelukkig, (3) heel gelukkig en (4) weet niet. Daarnaast konden ouders/verzorgers en de jongeren op een Visual Analogue Scale (VAS) aangeven op een schaal van 1-10 hoe gelukkig ze waren op dat moment en hoe tevreden of ontevreden ouders/verzorgers en jongeren zijn met hun leven.

*Relatie tussen ouders/verzorgers en jongeren.* De vragen komen uit de TakeCare cohortstudie (Verhage et al, 2016). Er werd jongeren gevraagd aan de hand van 17 vragen om aan te geven hoe ze vinden dat de vader/verzorger en moeder/verzorger met hen omgaat. Indien de jongere bij een van beide ouders in huis woonde, hoefden alleen de vragen over die desbetreffende ouder/verzorger ingevuld te worden. De vragen relateerden aan of ouders te streng zijn, de jongere vaak van veel negatieve gebeurtenissen de schuld krijgt, of ouders/verzorgers ze troosten als ze verdrietig zijn en of ouders/verzorgers laten merken dat ze van de jongere houden. De antwoordcategorieën lopen uiteen van (1) nee nooit, (2) ja, soms, (3) ja, vaak (4) ja, bijna altijd en (5) niet van toepassing.

Een compleet overzicht van de geïncludeerde meetconcepten en bijbehorende meetinstrumenten in de vragenlijsten voor ouders/verzorgers, jongeren en de hulpverleners is weergegeven in bijlage 5.

### **2.2.2. Kwalitatieve dataverzameling (deelstudie 2)**

#### *Werving*

Ter aanvulling op het kwantitatieve onderzoeksgedeelte (deelstudie 1) is gekozen om kwalitatieve data te verzamelen door middel van semigestructureerde interviews. (Deelstudie 2). Het hanteren van een mixed-method design maakt het beter mogelijk om de cijfers beter te kunnen interpreteren en duiden, met name bij een kleine onderzoeksgroep (Evers, 2015). Via Odion, Reik, Limor, Humanitas en een huisartsenpraktijk zijn ouders/verzorgers en jongeren benaderd voor deelname aan de semigestructureerde interviews. Ouders/verzorgers, jongeren en hulpverleners zijn in eerste instantie geworven via Odion en Reik. Deze twee organisaties namen al deel aan het kwantitatieve onderzoeksgedeelte. Daarnaast is via het professionele netwerk van de onderzoekers ook contact gezocht met andere organisaties die in het dagelijkse werken met deze gezinnen te maken kunnen hebben. Op deze manier kwamen we in contact met Limor (locatie Leeuwarden) en Humanitas (locatie Groningen). Limor is de Landelijke Instelling voor Maatschappelijke Ondersteuning en Rehabilitatie. De instelling is er voor mensen die om welke reden dan ook diep in de problemen zijn geraakt en nergens anders terecht kunnen. De doelgroep heeft complexe problemen, een niet-helpend netwerk, vaak nauwelijks zelfreflectie, onvoldoende sociale vaardigheden en echt geen hulp voor handen. Eerst wordt gezorgd voor stabiliteit en rust bij de cliënt. De interventie vanuit Limor is zo kort mogelijk en zo lang als nodig. Humanitas is een organisatie die praktische hulp, tips, vriendschappelijk contact en een luisterend oor biedt. Ze bieden ondersteuning op het gebied van eenzaamheid, opvoeden, opgroeien, detentie, thuisadministratie en verlies (rouwverwerking). Daarnaast is contact gezocht met een huisartsenpraktijk in Genemuiden (Overijssel) om ook een groep gezinnen te kunnen bereiken die wellicht nog niet in zorg zijn, maar waarvan de huisarts wel weet dat er problemen spelen op meerdere leefgebieden.

Verder zegden GGZ Drenthe en de gemeente Heerenveen toe om deel te nemen, maar deze toezegging heeft helaas niet geleid tot de afname van interviews. Bij GGZ Drenthe kwam inclusie door tijdgebrek aan de kant van GGZ Drenthe niet tot stand. Bij de gemeente Heerenveen waren er een aantal gemeentelijke processen en plannen die deelname aan het onderzoek in de weg stonden (o.a. dat er op verschillende niveaus in de gemeente toestemming moest worden gevraagd voor deelname aan het onderzoek). Dat leidde er uiteindelijk toe dat het niet meer mogelijk was om binnen de onderzoeksperiode gezinnen vanuit de gemeente te interviewen voor het onderzoek.

Tot slot gaf gerechtsdeurwaarderskantoor Syncasso aan te willen deelnemen aan het onderzoek, maar ook hier kwamen de interviews niet van de grond. Het is niet gelukt om via Syncasso gezinnen te benaderen voor deelname aan het onderzoek (vanwege handelingsverlegenheid bij de gerechtsdeurwaarders om het onderzoek ter sprake te brengen en gezinnen die aangaven niet mee te willen werken). Wel is in samenwerking met een expert op het gebied van hulpverlening aan GMCP een training gegeven aan de gerechtsdeurwaarders wat betreft de communicatie met en bejegening van deze gezinnen.



Deze training is tot stand gekomen op basis van een gezamenlijk initiatief van Syncasso en het UMCG. Hieraan namen vijftien gerechtsdeurwaarders deel (zie bijlage 6).

#### *Procedure werving GMCP*

De procedure voor het werven van GMCP voor de interviews startte met het informeren van de hulpverleners van de betrokken organisaties door de onderzoeker over het kwalitatieve gedeelte van het onderzoek (bijlage 7). De hulpverleners kregen vervolgens per email informatiefolders toegestuurd, die ter ondersteuning dienden bij de mondelinge toelichting van het onderzoek aan de ouder/verzorger en/of jongere tijdens een contactmoment. Indien de ouder/verzorger en/of jongere geïnteresseerd was om deel te nemen aan het interview ontvingen ze de informatiefolder en gaven ze mondelinge toestemming aan de hulpverlener om naam en telefoonnummer aan de onderzoeker door te geven. Vervolgens nam de onderzoeker contact op met de ouder/verzorger en/of jongere om het onderzoek en het interview nogmaals toe te lichten. Indien de ouder/verzorger en/of jongere ook zijn/haar mondelinge toestemming aan de onderzoeker gaf werd een huisbezoek ingepland voor de afname van het interview. Voorafgaand aan het interview tekenden de deelnemers een informed consent. De interviews werden afgenomen door twee onderzoeksmedewerkers tijdens een huisbezoek. Alle interviews zijn opgenomen middels een voicerecorder.

#### *Interviewschema*

De gegevens zijn verzameld via semigestructureerde interviews. De interviews waren gericht op het achterhalen van bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP ten aanzien van het zoeken en gebruiken van zorg door GMCP. Daarnaast hebben we ouders/verzorgers gevraagd om aan te geven welke problemen ze zelf ervaren en hoe ze de zorg ervaren hebben. Daarnaast hebben we hulpverleners gevraagd naar de interventie(s) die ze toepassen, wat die interventie voor hen inhoudt, op wie de interventie gericht is (kind(eren) en/of ouders/verzorgers, context), bevorderende en belemmerende factoren in het hulpverleningsproces en de mate waarin ze het sociale netwerk van GMCP betrekken. Informatie uit deelstudie 2 is daarmee zowel aanvullend op deelstudie 1 als nieuwe informatie.

De interviews zijn uitgevoerd aan de hand van een vooraf opgesteld interviewschema. Dit interviewschema is opgesteld aan de hand van beschikbare grijze en wetenschappelijke literatuur omtrent zorgverlening aan GMCP (o.a. Holwerda et al., 2014; Van der Steege & Zoon, 2015; Matos & Sousa, 2004). Het interviewschema is besproken met een onderzoeker van het UMCG, afdeling Gezondheidswetenschappen, met veel kennis op het gebied van kwalitatief onderzoek, om na te gaan of de interviewvragen duidelijk geformuleerd waren. Op basis daarvan werd een klein aantal aanpassingen doorgevoerd in de formulering van de vragen. Het aantal interviews dat in totaal is afgenomen is niet van tevoren vastgelegd; er is gestopt met het afnemen van interviews op het moment dat datasaturatie werd bereikt. Saturatie betekent dat er geen nieuwe informatie of thema's meer naar voren komen uit de interviews en het niet meer loont om extra interviews af te nemen. Op basis daarvan mag de

aanname gedaan worden dat alle relevante informatie verzameld is ten behoeve van de doelstellingen (Evers, 2015). De interviewschema's zijn opgenomen in bijlage 8.

#### *Deelnemende ouders/verzorgers*

In totaal zijn 21 ouders/verzorgers geïnterviewd. Het betrof zowel ouders/verzorgers die ook mee hadden gedaan aan het vragenlijstonderzoek (N=6) als ouders/verzorgers die nog niet eerder bij het onderzoek waren betrokken (N=15). In totaal zijn 14 hulpverleners van Odion, Reik, Humanitas en Limor geïnterviewd. Geen van de benaderde jongeren wilde deelnemen aan de semigestructureerde interviews.

### **2.3 Data-analyse**

De kwantitatieve gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS (versie 24.0) waarbij gebruik is gemaakt van descriptieve analyses. De kwalitatieve gegevens zijn geanalyseerd aan de hand van Atlas ti, versie 7. Twee onderzoeksassistenten hebben de kwalitatieve data uitgewerkt, door alle interviews verbatim te transcriberen, d.w.z. letterlijk uit te schrijven. Vervolgens zijn deze uitgeschreven gegevens gecodeerd. Het codeboek dat daarvoor gebruikt is, is ontwikkeld op basis van de eerste zes interviews met ouders/verzorgers en hulpverleners. Aan iedere code werd een definitie toegekend en deze definities werden verder aangescherpt gedurende het analyseproces. De twee onderzoeksassistenten hebben alle interviews onafhankelijk van elkaar gecodeerd. Wanneer er op basis van deze stap nieuwe codes ter sprake kwamen, werden deze toegevoegd aan het codeboek. Gebaseerd op deze codes zijn er vervolgens overstijgende thema's gerelateerd aan de doelstellingen uit de data gefilterd door de hoofdonderzoeker, op basis van het codeoverzicht in Atlas Ti. Data-saturatie is bereikt, omdat er geen nieuwe codes meer bij kwamen gedurende de analyse van de laatste interviews. Om de intersubjectiviteit te vergroten heeft een hoofdonderzoeker alle coderingen van de onderzoeksmedewerkers gecheckt.

## Hoofdstuk 3 – Resultaten

In paragraaf 3.1 van dit hoofdstuk wordt een samenvatting gegeven van de onderbouwing vanuit de grijze en wetenschappelijke literatuur omtrent werkzame elementen in de hulpverlening aan GMCP. In paragraaf 3.2 worden de resultaten gepresenteerd van de uitkomsten van de vragenlijsten ingevuld door de hulpverleners en in 3.3 de resultaten van de vragenlijsten zoals ingevuld door de ouders/verzorgers en de jongeren. Paragraaf 3.4 geeft de resultaten van de interviews met de hulpverleners en paragraaf 3.5 de resultaten van de interviews met de ouders/verzorgers.

### 3.1 Onderbouwing vanuit de literatuur

Deze onderbouwing vanuit de wetenschappelijke en grijze literatuur bouwt sterk voort op de rapportage die in een eerdere fase voor Instituut Gak is geschreven over effectieve hulpverlening aan GMCP (Holwerda, Reijneveld, Jansen, 2014).

#### *Onderbouwing vanuit de wetenschappelijke literatuur*

Onze systematische review naar effectieve hulpverlening aan multiprobleemgezinnen (Holwerda, Reijneveld, Jansen, 2014) laat zien dat een interventie met name veelbelovend is als deze de onderstaande kenmerken heeft, waar de beschikbare literatuur met name aanwijzingen geeft voor effectiviteit. Een dergelijke interventie:

- Voorziet in langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit van het gezin, waarbij in het eerste half jaar sprake is van meerdere bezoeken per week. Na dit half jaar – als de problemen onder controle zijn en geen intensieve begeleiding meer nodig is – worden de bezoeken langzaam afgebouwd tot bijvoorbeeld één contact per maand;
- Is gericht op het hele gezin/alle gezinsleden;
- Vindt plaats in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin;
- Biedt zo nodig praktische hulp en voorziet in de (materiële/financiële) basisbehoeften van het gezin;
- Sluit aan bij en versterkt de eigen kracht en zelfredzaamheid van het gezin en sluit aan bij de behoeften/vragen van het gezin;
- Betreft het gezin bij het opstellen van concrete haalbare doelen;
- Betreft het sociale netwerk van het gezin;
- Is met name gericht op gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden;
- Schakelt zo nodig specialistische hulp in voor deelproblemen via de professional (GGZ, verslavingszorg, e.d.);
- Voorziet in een lage caseload en voldoende uren per gezin, afgestemd op de problematiek van het gezin en de samenstelling van het gezin.

Daarnaast zijn de volgende kenmerken van belang voor de professionals die deze interventie uitvoeren: zij zijn voldoende getraind om tegemoet te komen aan de behoeften en noden van de gezinnen die zij helpen. Als bovengenoemde interventie met de bijbehorende

kenmerken en professionals wordt uitgevoerd is de kans op een succesvolle uitkomsten voor de participerende gezinnen het grootst.

#### *Onderbouwing vanuit de grijze literatuur*

Op basis van de grijze literatuur heeft een veelbelovende interventie met name de volgende kenmerken. Deze interventie heeft:

- Een gestandaardiseerde beoordeling van de stand van zaken op verschillende leefgebieden voorafgaand aan de start van de hulpverlening;
- Ondersteunt het gezin langdurig met wisselende intensiteit, waarbij er regelmatig contact met het gezin is;
- Zorgt voor adequate nazorg als de problemen onder controle zijn en geen intensieve begeleiding meer nodig is;
- Is gericht op het hele gezin/alle gezinsleden en biedt hulp op alle relevante leefgebieden;
- Sluit aan bij en versterkt de eigen kracht en zelfredzaamheid van het gezin;
- Sluit aan bij de belevingswereld en behoeften/vragen van het gezin;
- Wordt aangeboden in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin;
- Is met name gericht op gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden;
- Biedt daarnaast wordt zo nodig praktische, materiële hulp;
- Is niet vrijblijvend en betreft het gezin bij het opstellen van concrete haalbare doelen, waarbij ook het sociale netwerk wordt betrokken;
- Gaat uit van één gezin, één plan, één key professional, waarbij deze laatste de regie heeft, om te voorkomen dat te veel hulpverleners bij het gezin over de vloer komen. Zo nodig wordt specialistische hulp ingeschakeld voor deelproblemen.

Randvoorwaarden voor het uitvoeren van deze interventie zijn:

- Voldoende goed opgeleide en competente professionals, die het vertrouwen van het gezin kunnen winnen en hen verder kunnen helpen;
- Een lage caseload en voldoende uren per gezin;
- Voldoende mandaat/doorzettingsmacht voor de professional, zowel inhoudelijk als financieel;
- Goede samenwerking en afstemming en adequate informatie-uitwisseling tussen betrokken instanties;
- Voldoende commitment, overeenstemming en draagvlak op alle niveaus (politiek/bestuur, beleid en uitvoering);
- Goede en structurele (werk)begeleiding en deskundigheidsbevordering van en kennisuitwisseling tussen professionals

Veel genoemde knelpunten in de grijze literatuur zijn:

- Gebrek aan medewerking/motivatie en grote kans op vroegtijdige uitval van multiprobleemgezin;

- Gebrek aan/moeizame samenwerking, afstemming en overdracht tussen instanties;
- Interventies sluiten niet aan bij wensen en behoeften van gezin;
- Onvoldoende deskundigheid van betrokken professionals;
- Ontbreken van voldoende mandaat voor professionals;
- Beperkte rolopvatting van professionals;
- Lange wachtlijsten bij instanties/tekort aan capaciteit bij instanties;
- Bureaucratie;
- Gebrek aan financiering.

Bij de opzet van een interventie is het van belang bovengenoemde succes-bepalende kenmerken, knelpunten en aandachtspunten mee te nemen, zodat de kans op goede uitkomsten zo groot mogelijk is (Holwerda, Reijneveld, Jansen, 2014). Daarnaast is het van belang om rekening te houden met de context waarin de hulpverlening wordt uitgevoerd, aangezien deze context de werkzaamheid van interventies ook weer beïnvloedt (Evenboer, Reijneveld & Jansen 2018).

## **3.2. Resultaten vragenlijsten hulpverleners**

### **3.2.1 Achtergrondgegevens**

Achttien hulpverleners namen deel aan het onderzoek, allen vrouwen. De functies van de hulpverleners varieerden:

- Maatschappelijk werker (N=2);
- Casemanager (N=2);
- Sociaalpedagogisch hulpverlener (N=1);
- Gezinsbegeleider (N=13).

De ervaring van de hulpverleners met de doelgroep MPG varieerde van 1 jaar tot 11 jaar. De meeste hulpverleners hebben al een veel langer verleden in de hulpverlening (1 tot 25 jaar), maar dan met een andere doelgroep. Sommige hulpverleners hebben voor meer dan één gezin de vragenlijst voor het onderzoek ingevuld.

### **3.2.2 Type problematiek doelgroep**

We vroegen de hulpverleners welke problematiek binnen de deelnemende gezinnen speelde tijdens het onderzoek. De hulpverleners gaven aan dat er sprake was van de volgende problemen, in willekeurige volgorde:

- Een licht verstandelijke beperking;
- Verslavingsproblematiek;
- Autisme, ADD, ADHD;
- Weinig (zelf)vertrouwen;
- Beperkt zelfinzicht;
- Psychiatrische problematiek, waaronder borderline problematiek;

- Problemen met de communicatie;
- Problemen wat betreft het nakomen van afspraken;
- Problematiek voortkomend uit andere culturele achtergrond;
- Armoede (schuldenproblematiek).

### **3.2.3 Zelfredzaamheid gezinnen**

De zelfredzaamheid van de gezinnen is door de hulpverleners op alle meetmomenten in kaart gebracht. Hieronder bespreken we per zelfredzaamheidsdomein de uitkomsten over de verschillende metingen heen (0 maanden, 6 maanden, 12 maanden, 18 maanden).

#### **Financiën**

Wat betreft financiën zien we dat 15 van de 22 gezinnen op T0 door de hulpverlener op dit gebied beperkt zelfredzaam werden geacht en vijf gezinnen werden niet zelfredzaam bevonden. Twee gezinnen waren volgens de hulpverleners voldoende zelfredzaam op dit gebied. Er waren geen gezinnen met acute problematiek op dit domein. Wat betreft de ondersteuning op dit domein zien we dat het grootste gedeelte van de gezinnen formele ondersteuning kreeg. Een klein gedeelte kreeg geen ondersteuning op dit domein omdat ze voldoende zelfredzaam waren of omdat ze hiervoor steun ontvingen vanuit het informele netwerk. Bij een klein aantal gezinnen nam – volgens de hulpverlener – de zelfredzaamheid gedurende het onderzoek iets toe. Dit betrof met name de beperkt zelfredzame gezinnen. De meerderheid van de gezinnen vertoonde echter weinig tot geen vooruitgang, maar bleef vrij stabiel qua zelfredzaamheid op het gebied van financiën.

#### **Dagbesteding**

Wat betreft het domein dagbesteding (bijv. laagdrempelig arbeidsactivering of werk) zien we wisselende resultaten. Er zijn 10 gezinnen die door de hulpverleners als niet zelfredzaam worden beschouwd op dit domein bij de start van de interventie. Een kleiner aantal wordt als beperkt zelfredzaam (N=7), voldoende zelfredzaam (N=2) of volledig zelfredzaam (N=3) beschouwd door de hulpverleners. Ondanks de inzet van de hulpverlening aan deze gezinnen zien we op dit domein een lichte achteruitgang, omdat iets minder gezinnen door de hulpverleners als volledig zelfredzaam werden beoordeeld gedurende en na het hulpverleningstraject (de interventie). Resultaten laten tevens zien dat er gedurende de interventie steeds minder gezinnen formele hulp ontvangen op dit domein.

#### **Huisvesting**

Wat betreft de huisvesting waren de meeste gezinnen volgens de hulpverleners voldoende zelfredzaam (N=12). Een klein gedeelte van de gezinnen werd door de hulpverleners gekenmerkt als beperkt zelfredzaam (N=5) of volledig zelfredzaam (N=5). Gedurende het hulpverleningsproces zagen we een lichte stijging van het aantal volledig en voldoende zelfredzame gezinnen en nam het aantal gezinnen dat aan het begin van de interventie als beperkt zelfredzaam werd beschouwd af. Een klein deel van de gezinnen dat beperkt of voldoende zelfredzaam was ontving ook daadwerkelijke formele hulp op dit gebied. Geen

van de gezinnen ontving informele steun op het gebied van huisvesting gedurende het hulpverleningsproces.

### ***Huiselijke relaties***

De resultaten laten zien dat er bij één gezin bij aanvang van het onderzoek acute problematiek (zoals verwaarlozing of kindermishandeling) speelde (N=1). De overige gezinnen werden aan het begin van de interventies ingeschat als niet zelfredzaam (N=3), beperkt zelfredzaam (N=12), voldoende zelfredzaam (N=4) en volledig zelfredzaam (N=1). Wat betreft de scores op zelfredzaamheid op het domein van huiselijke relaties was een hele lichte vooruitgang waar te nemen gedurende de interventies. Iets minder gezinnen zijn niet of beperkt zelfredzaam en iets meer gezinnen voldoende of volledig zelfredzaam. Veruit de meeste gezinnen ontvingen formele hulpverlening op dit gebied (N=18), een kleiner gedeelte ontving (daarnaast) informele hulp (N=6).

### ***Geestelijke gezondheid***

Wat betreft de zelfredzaamheid op het gebied van de geestelijke gezondheid zien we dat aan het begin van de interventies de grootste groep gezinnen als niet (N=6) of beperkt (N=11) zelfredzaam wordt beoordeeld. Een kleiner gedeelte is voldoende zelfredzaam op dit gebied (N=5). Gedurende de hulpverleningsperiode treden geen grote veranderingen op in de zelfredzaamheid wat betreft geestelijke gezondheid voor GMCP. Dat betekent dat er volgens de hulpverleners geen vooruitgang zit de zelfredzaamheid van de ouders/verzorgers op het gebied van geestelijke gezondheid gedurende de interventies. Wat betreft de ondersteuning zien we dat er gedurende het onderzoek met name veel hulp kwam vanuit het formele netwerk, soms in combinatie met het informele netwerk.

### ***Lichamelijke gezondheid***

Wat betreft de zelfredzaamheid omtrent lichamelijke gezondheid lopen de scores van de gezinnen uiteen van niet zelfredzaam (N=5), beperkt zelfredzaam (N=5), voldoende zelfredzaam (N=2) tot volledig zelfredzaam (N=10). Er werd een kleine vooruitgang in zelfredzaamheid op dit gebied zichtbaar gedurende de interventies, want de groep niet-zelfredzaam werd iets kleiner en de groep voldoende zelfredzaam werd iets groter. Het grootste gedeelte van de gezinnen ontving op dit domein formele hulp, soms in combinatie met informele hulp. Een klein gedeelte ontving geen hulp; het gaat hier om de volledig zelfredzame gezinnen.

### ***Verslaving***

Veruit de meeste gezinnen zijn volgens de hulpverleners voldoende (N=4) of volledig zelfredzaam (N=12) op het gebied van verslaving en dat blijft zo gedurende de interventies. Een kleiner gedeelte had aan het begin van het hulpverleningstraject acute problematiek (N=1), is niet zelfredzaam (N=2) of beperkt zelfredzaam (N=5). Ook bij deze groep vond gedurende de interventie weinig vooruitgang plaats in zelfredzaamheid op dit gebied. Een relatief groot gedeelte van de gezinnen ontving geen formele of informele hulp op dit gebied

voor hun beperkte zelfredzaamheid. De groep met acute problemen, die niet of beperkt zelfredzaam was, ontving gedurende de interventie een combinatie van formele (de interventie) en informele hulp (bijv. vanuit sociaal netwerk) betreffende de verslavingsproblematiek.

### ***Dagelijkse activiteiten***

Wat betreft dagelijkse activiteiten (eten, wassen, aankleden enz.) zien we dat volgens de hulpverleners de meeste gezinnen beperkt (N=9) of voldoende (n=8) zelfredzaam waren aan het begin van het onderzoek. Een kleinere groep gezinnen was niet zelfredzaam (N=1) of volledig zelfredzaam (N=4). Er trad gedurende de interventies een lichte voortgang op, waarbij er iets minder beperkt zelfredzame gezinnen en wat meer voldoende zelfredzame gezinnen waren. De meeste gezinnen ontvingen op dit gebied formele hulp, soms in combinatie met informele hulp. Het aantal gezinnen dat geen ondersteuning ontving op dit gebied neemt af over de tijd.

### ***Sociaal netwerk***

Wat betreft het sociale netwerk van gezinnen zien we dat de scores van gezinnen uiteenlopen van niet zelfredzaam (N=3), beperkt zelfredzaam (N=12), voldoende zelfredzaam (N=6) tot volledig zelfredzaam (N=1). Over de duur van de interventies heen zagen we een lichte afname van het aantal gezinnen dat beperkt zelfredzaam was en iets meer gezinnen die voldoende zelfredzaam zijn geworden. Verder traden er geen grote veranderingen op in de zelfredzaamheid omtrent de sociale netwerken van de deelnemende gezinnen. Voor wat betreft de hulpverlening was deze met name formeel, soms in combinatie met informele hulp.

### ***Maatschappelijke participatie***

Wat betreft de maatschappelijke participatie van GMCP (deelname aan activiteiten in de maatschappij) zagen we dat een klein deel van de gezinnen niet zelfredzaam is (N=3) en een veel groter gedeelte beperkt zelfredzaam was (N=13) volgens de hulpverleners. De overige gezinnen waren voldoende zelfredzaam (N=5) of volledig zelfredzaam (N=1). Gedurende de interventies blijven de scores op dit terrein nagenoeg gelijk, waarbij er dus weinig voor- of achtergang zichtbaar was. De meeste gezinnen ontvingen formele hulp op dit domein. De groep die geen hulp ontving op dit domein werd gedurende de hulpverleningsperiode steeds kleiner, wat betekent dat steeds meer gezinnen formele hulp ontvingen op het gebied van maatschappelijke participatie.

### ***Justitie***

De meeste gezinnen werden voldoende (N=8) of volledig zelfredzaam (N=9) bevonden door de hulpverleners op het gebied van justitie (contact met politie en/of justitie). De rest van de gezinnen is niet zelfredzaam (N=2) of beperkt zelfredzaam (N=3). Ook op dit domein blijven de scores gedurende de interventies redelijk stabiel, met een lichte toename van het aantal



voldoende zelfredzame gezinnen. De meeste gezinnen ontvingen geen vorm van hulp op dit gebied. Een aantal gezinnen ontving hiervoor formele zorg.

### ***Lichamelijke verzorging***

Wat betreft de lichamelijke verzorging werden de meeste gezinnen aan het begin van het hulpverleningsproces door de hulpverleners gekenmerkt als beperkt (N=7) of voldoende (N=7) zelfredzaam. Een kleiner gedeelte is niet zelfredzaam (N=2) of volledig zelfredzaam (N=5). Het aantal gezinnen dat volledig zelfredzaam was op dit domein nam af gedurende de hulpverleningsperiode en werd door hulpverleners ingeschat als voldoende zelfredzaam. De meeste gezinnen ontvingen op dit domein informele hulp in het begin van het onderzoek, maar dit nam sterk af gedurende het onderzoek.

### ***Sociaal-emotionele ondersteuning***

Wat betreft de inschatting van hulpverleners omtrent de sociaal-emotionele ondersteuning zagen we de scores uiteenlopen van acute problematiek (N=1), niet zelfredzaam (N=9), beperkt zelfredzaam (N=8), voldoende zelfredzaam (N=2) tot volledig zelfredzaam (N=1). Er traden gedurende de interventies geen grote veranderingen op, er was alleen een lichte vooruitgang te zien van niet zelfredzame gezinnen naar beperkt zelfredzame gezinnen op dit domein. De meeste families kregen hierbij formele hulp, in een aantal gevallen in combinatie met informele hulp. De mate waarin informele hulp op dit domein geboden werd nam wel sterk af over de tijd.

### ***Scholing***

Wat betreft de scholing (ongeoorloofd schoolverzuim kinderen, leerplichtige kinderen die naar school gaan) zien we dat de meeste gezinnen aan het begin van de interventies voldoende (N=12) of volledig zelfredzaam (N=5) waren volgens de hulpverleners. Een kleiner gedeelte van de gezinnen had acute problematiek (N=1), was niet zelfredzaam (N=2) of beperkt zelfredzaam (N=1) volgens de hulpverleners. Wanneer we naar de hulp kijken zien we dat er relatief vaak informele hulp ingezet werd bij de gezinnen betreffende dit domein. Het aantal gezinnen dat geen hulp ontving op dit domein neemt af over de tijd en er wordt gedurende de interventie vaker informele of formele hulp geboden.

### ***Opvang***

Wat betreft het domein opvang (het regelen van formeel/informeel toezicht op kind wanneer een ouder er zelf niet is) zagen we dat de meeste gezinnen aan het begin van het onderzoek beperkt (N=4) of voldoende (N=15) zelfredzaam waren volgens de hulpverlener. Een kleiner gedeelte van de gezinnen werd niet zelfredzaam (N=1) of volledig zelfredzaam (N=1) bevonden. Gedurende het onderzoek nam het aantal gezinnen dat voldoende zelfredzaam is af en nam het aantal gezinnen dat beperkt zelfredzaam is toe. Wanneer we keken naar de ondersteuning op dit domein zagen we dat de meeste hulp formeel is gedurende het gehele hulpverleningstraject. Het aantal gezinnen waar geen formele of informele hulp werd ingezet op dit domein nam af gedurende de hulpverleningsperiode.

### 3.2.4 Uitgevoerde technieken

Hieronder bespreken we per hoofdcategorie welke technieken zijn toegepast in de interventies die werden aangeboden aan GMCP gedurende de onderzoeksperiode vanuit Odion en Reik.

#### A. *Het opbouwen en onderhouden van een werkrelatie*

Wat betreft de technieken die vallen onder de categorie “het opbouwen en onderhouden van een werkrelatie” zijn de resultaten als volgt:

- **A1 Kennismaken met het gezin:** deze techniek werd met name in de eerste fase van het hulpverleningstraject door alle hulpverleners bij alle verschillende organisaties toegepast. De inzet van deze techniek nam af naarmate het hulpverleningstraject vorderde.
- **A2 Invoegen:** Invoegen is het zoeken van aansluiting bij het gezin, nadat er kennis is gemaakt. Deze techniek werd gedurende het hulpverleningstraject aan GMCP doorlopend uitgevoerd door de hulpverleners. Deze techniek werd toegepast in samenspel tussen de hulpverlener, de ouder/verzorgers en de kinderen. Gedurende het onderzoek nam de focus op de ouder/verzorgers voor wat betreft deze techniek toe en richtte de hulpverlener zich minder op de kinderen.
- **A3 Bieden emotionele steun:** alle ouders/verzorgers ontvingen emotionele steun van de hulpverleners aan het begin van het hulpverleningstraject. Daarbij richtten hulpverleners zich minder op het bieden van emotionele steun aan de kinderen. Gedurende het hulpverleningstraject neemt het bieden van emotionele steun aan de ouders/verzorgers af.
- **A4 Communicatie over of feedback op de samenwerking tussen gezin en hulpverlener:** het communiceren over de samenwerking en het geven van feedback vormde een belangrijk onderdeel van het hulpverleningsproces en werd gedurende de hulpverleningstrajecten continue als techniek toegepast door hulpverleners. Daarbij richtten de hulpverleners zich met name op de ouders/verzorgers, om na te gaan hoe communicatie onderling tussen de ouders/verzorgers verliep. Deze techniek werd door hulpverleners ingezet tijdens huisbezoeken, niet tijdens telefonisch contact of contact per email.
- **A5 Conflicthantering:** Bij ongeveer de helft van de gezinnen die deelnamen aan het onderzoek werd deze techniek gedurende de interventies uitgevoerd en dat bleef stabiel naarmate het hulpverleningsproces vorderde. Bij deze techniek richtte de hulpverlener zich specifiek op de ouders/verzorgers, niet op de kinderen.
- **A6 Motivatie opbouwen en GMCP stimuleren:** het opbouwen van de motivatie van GMCP en hen stimuleren om deel te nemen aan het hulpverleningstraject speelde met name in de beginfase van de hulpverlening een belangrijke rol voor hulpverleners. Gedurende het verloop van het traject nam de inzet van deze techniek bij een aantal gezinnen enigszins af, maar het bleef in de meerderheid van de

gezinnen een belangrijke rol spelen. Ook voor wat betreft deze techniek richtte de hulpverlener zich met name op de ouder/verzorger.

### **B. Het verzamelen van informatie**

Wat betreft de technieken die vallen onder de categorie “het verzamelen van informatie” zijn de resultaten als volgt:

- **B1 Bespreken van de hulpvraag:** alle hulpverleners zetten deze techniek in gedurende het gehele hulpverleningstraject. Er is een hele lichte daling in de inzet van het bespreken van de hulpvraag naar het einde van het hulpverleningstraject. De hulpvraag werd over het algemeen besproken met de ouder/verzorger, slechts in een enkel geval werden kinderen betrokken.
- **B2 Bespreken van de perceptie van het gezin op mogelijke oplossingen:** hulpverleners zetten deze techniek met name in de beginfase van het hulpverleningstraject in. Vanaf zes maanden richting het einde van de interventie was een lichte daling te zien voor wat betreft het bespreken van de perceptie van het gezin op mogelijke oplossingen. Deze techniek werd gedurende het onderzoek uitsluitend toegepast gericht op de ouders/verzorgers en niet op het kind.
- **B3 Bespreken van krachten in en om gezin:** het bespreken van de sterke kanten (krachten) van het gezin en het benutten van hulpbronnen in de omgeving was een techniek die gedurende het gehele hulpverleningstraject bij nagenoeg alle gezinnen continu werd toegepast door de hulpverleners. Kinderen werden geen enkel moment betrokken bij de uitvoering van deze techniek.
- **B4 Doelen stellen met het gezin:** Bij aanvang van de interventies werd deze techniek door bijna iedere hulpverlener ingezet. De uitvoering van deze techniek neemt richting het einde van de interventie af.
- **B5 Evalueren en/of aanpassen van doelen en hulpverleningsproces:** het onderzoek liet zien dat deze techniek vanaf de tweede meting (ongeveer halverwege het hulpverleningstraject) frequent werd ingezet door alle hulpverleners, wanneer er doelen zijn gesteld met het gezin die gedurende de interventie werden geëvalueerd of aangepast.
- **B6 Werkpunten stellen met het gezin:** deze techniek ging om het omzetten van gestelde doelen in werkpunten (concrete actiepunten). De techniek werd gedurende het hulpverleningstraject met name in de beginfase ingezet door de hulpverleners. Zij richtten zich daarbij met name op de ouders/verzorgers en slechts in een enkel geval op de kinderen. Richting afronding van het traject nam de inzet van deze techniek sterk af.
- **B7 Evalueren of aanpassen van werkpunten:** In navolging van het opstellen van concrete actiepunten (werkpunten) met het gezin zagen we bij deze techniek dat hulpverleners het evalueren en aanpassen vooral inzetten vanaf zes maanden. Richting het einde van het hulpverleningstraject nam de toepassing van deze

techniek af. Slechts in een enkel geval werd ook het kind betrokken bij het evalueren van de werkpunten.

- **B8 Informatie inwinnen door participerende observatie:** Deze techniek werd door hulpverleners gedurende de interventies met name in de startfase ingezet (eerste 6 maanden) en nam af naarmate de interventies vorderden. Bij deze techniek werden relatief vaak de kinderen betrokken (of zijn onderdeel van de observatie zelf).
- **B9 Informatie inwinnen door gesprekken:** deze techniek werd tijdens het hulpverleningstraject het meest ingezet in de beginfase en nam af naar verloop van de interventie. In enkele gevallen werd het kind betrokken bij het inwinnen van informatie.
- **B10 Werken met observatie en (huiswerk)opdrachten:** deze techniek werd wisselend ingezet door hulpverleners. Deze techniek werd niet gedurende de eerste periode van de interventies ingezet; ongeveer halverwege de interventies werd door ongeveer de helft van de hulpverleners de techniek wel ingezet en in de laatste meting (na 12 maanden) nagenoeg niet meer.
- **B11 Bespreken van problemen in de communicatie en interactie tussen gezinsleden:** deze techniek werd consistent door hulpverleners ingezet gedurende het gehele hulpverleningstraject. Alleen in de laatste fase van het traject is deze techniek in een enkel geval ook gericht op de kinderen.
- **B12 Competentie-analyse:** deze techniek werd in de helft van de gevallen door hulpverleners ingezet tijdens het hulpverleningstraject. Dat blijft vrij consistent gedurende het traject en richtte zich met name op het analyseren van de competenties van de ouders/verzorgers.
- **B13 Netwerkanalyse:** deze techniek werd in de helft van de gevallen door hulpverleners ingezet tijdens het hulpverleningstraject. De inzet van de techniek nam licht af gedurende het traject en de hulpverlener richtte zich met name op de competenties van de ouders/verzorgers en slechts in een enkel geval werd ook het kind betrokken.
- **B14 Analyse van de veiligheid:** in iets meer dan de helft van de gevallen werd deze analyse in de beginfase van het hulpverleningstraject toegepast. Gedurende het hulpverleningstraject werd deze techniek steeds minder uitgevoerd. Ook voor wat betreft de inzet van deze techniek was de hoofdontvanger de ouder/verzorger.
- **B15 Analyse van de vrijetijdsbesteding:** In minder dan de helft van de gevallen werd deze techniek ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject. Van de hulpverleners die deze techniek wel inzetten gebeurde dit het meest in het begin van het traject, in de eerste zes maanden.
- **B16 Analyse van functioneren op school:** deze techniek werd ongeveer in driekwart van de hulpverleningstrajecten van gezinnen toegepast, met name in de beginfase van de interventies. Bij deze techniek zagen we dat de hulpverlener zich zowel richtte op de ouders/verzorgers als op het kind/de kinderen.

- **B17 Introduceren en afnemen van vragenlijsten:** deze techniek werd nagenoeg niet ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject.
- **B18 Nabespreken van vragenlijsten:** in het verlengde van de vorige techniek werd deze techniek ook nagenoeg niet ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject.
- **B19 Maken en bespreken van video-opnames:** Deze techniek werd in iets meer dan de helft van de gevallen in de eerste fase van de interventies ingezet, daarna daalde de inzet van deze techniek en gebruiken hulpverleners de techniek nagenoeg niet meer richting het einde van de interventie.
- **B20 Maken genogram:** Het maken van een genogram houdt in dat een overzicht wordt gemaakt van alle belangrijke gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden in het gezin zoals verhuizingen, verbroken contacten etc. en de informele en formele zorg die het gezin ontvangt. Deze techniek werd nagenoeg niet ingezet gedurende het hulpverleningstraject, slechts in een enkele gevallen werd in de beginfase van het traject een genogram gemaakt.

### **C. Werken aan (gedrags-)verandering**

Voor wat betreft de technieken uit de categorie “werken aan (gedrags)verandering” laten de resultaten het volgende zien:

- **C1 Bespreken van een specifieke situatie of probleem binnen het gezin:** deze techniek werd gedurende de interventies door alle hulpverleners ingezet. Daarbij lag het zwaartepunt van de inzet van deze techniek in de beginfase van de interventies, met een lichte afname richting het einde van het traject.
- **C2 Een probleem in observeerbaar gedrag beschrijven:** bij ongeveer de helft van de gezinnen werd deze techniek door hulpverleners ingezet. Daarbij lag het zwaartepunt van de inzet van deze techniek in de beginfase van het hulpverleningstraject, met een lichte afname richting het einde van het traject. De techniek was met name gericht op de ouders/verzorgers.
- **C3 Adviezen en instructies voor gedragsverandering:** deze techniek werd door alle hulpverleners ingezet, in het begin van het traject met name gericht op de ouders/verzorgers en in een later stadium van het hulpverleningstraject ook in enkele gevallen gericht op het kind.
- **C4 Gedragsoefening:** deze techniek werd door alle hulpverleners gedurende het gehele hulpverleningstraject ingezet, met name gericht op de ouders/verzorgers en slechts in een enkel geval op het kind. De inzet van deze techniek gedurende het gehele traject is vrij stabiel, met een lichte afname richting het einde van het traject.
- **C5 Feedback geven op gedrag:** deze techniek werd door alle hulpverleners gedurende het gehele hulpverleningstraject ingezet, met name gericht op de ouders/verzorgers en slechts in een enkel geval op het kind.
- **C6 Bespreken en oefenen van dagelijkse routine en dagelijks functioneren van het gezin:** deze techniek werd door alle hulpverleners ingezet, met name gericht op de

ouders/verzorgers en slechts in een enkel geval op het kind. De inzet van deze techniek nam wel licht af naarmate traject vorderde.

- **C7 Activerende huishoudelijke begeleiding:** ongeveer driekwart van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject. De inzet van deze techniek bleef vrij stabiel gedurende het traject en richtte zich op de ouders/verzorgers.
- **C8 Oefenen van communicatie en interactie in het gezin:** ongeveer driekwart van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject. De focus ligt op de ouders/verzorgers, maar ook kinderen werden af en toe betrokken bij de uitvoering van deze techniek.
- **C9 Werken aan vaardigheden voor het omgaan met cognities en emoties:** ongeveer driekwart van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject. De focus lag op de ouders/verzorgers, maar ook kinderen werden af en toe betrokken bij de uitvoering van deze techniek.
- **C10 Werken aan gezagsverhouding in het gezin:** in iets meer dan de helft van de gezinnen werd structureel gewerkt aan de gezagsverhoudingen gedurende het hulpverleningstraject. Deze techniek was met name gericht op de ouders/verzorgers, maar in enkele gevallen ook op het kind.
- **C11 Werken aan samenwerking tussen opvoeders:** iets meer dan de helft van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject, primair gericht op de ouders/verzorgers.
- **C12 Informeren over en oefenen van opvoedingsvaardigheden:** het merendeel van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het gehele hulpverleningstraject, waarbij een lichte daling te zien is richting het einde van het traject. De inzet van de techniek is primair gericht op de ouders/verzorgers. In een enkel geval werd een kind hierbij betrokken.
- **C13 Interventies rondom vrijetijdsbesteding:** een grote minderheid van de hulpverleners zette deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject. In de beginfase van de trajecten werd deze techniek vaker ingezet dan richting het einde van het hulpverleningstraject. Deze techniek richtte zich zowel op de ouders/verzorgers als op het kind.
- **C14 Aandacht voor psychische en/of verslavingsproblematiek:** deze techniek werd gedurende het hulpverleningstraject bij de meerderheid van de gezinnen toegepast. De inzet van de techniek bleef nagenoeg stabiel gedurende het traject en richtte zich met name op de ouder/verzorger.
- **C15 Aanbieden van therapeutische materialen:** een minderheid van de hulpverleners gaf aan deze techniek in te zetten gedurende het hulpverleningstraject. De inzet van de techniek nam gedurende het traject af. Deze techniek werd zowel voor ouders/verzorgers als voor kinderen ingezet.
- **C16 Het geven of stimuleren van educatie:** de meerderheid van de hulpverleners bood deze techniek aan gedurende het hulpverleningstraject, iets vaker gericht op de

ouders/verzorgers dan op het kind. De inzet van deze techniek nam gedurende het traject licht af.

- **C17 Nazorg:** Geen van de hulpverleners gaf aan nazorg te bieden gedurende het hulpverleningstraject.
- **C18 Potlood- en papiertraining:** deze techniek leert gezinnen om op een specifieke manier om te gaan met problemen en keuzes te maken. De techniek werd nagenoeg niet ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject van gezinnen en dat blijft stabiel richting het einde van de trajecten.
- **C19 Storende en helpende gedachten:** de inzet van deze techniek door hulpverleners is heel wisselend; de techniek werd af en toe ingezet halverwege het hulpverleningstraject van een aantal gezinnen.
- **C20 Thermometer en 1<sup>e</sup> hulpkartaal:** deze techniek werd nagenoeg niet ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject en dat blijft stabiel. Een enkele hulpverlener zette deze techniek in de beginfase van het traject in.
- **C21 Opstellen van veiligheidsplan:** deze techniek werd in iets minder dan de helft van de gevallen ingezet door hulpverleners, met name in de beginfase van het hulpverleningstraject. De techniek was met name gericht op de ouders.
- **C22 Oplossingsgerichte gesprekstechnieken hanteren:** alle hulpverleners zetten deze techniek in gedurende het hulpverleningstraject. De inzet van de techniek bleef nagenoeg stabiel. De techniek was met name gericht op de ouders/verzorgers, slechts in enkele gevallen werd hierbij het kind betrokken.
- **C23 Stimuleren ouderlijke betrokkenheid:** alle hulpverleners zetten deze techniek in gedurende het gehele hulpverleningstraject maar werd met name ingezet in de beginfase en halverwege het hulpverleningstraject. De hulpverlener richtte zich hier met name op de ouders/verzorgers, slechts in enkele gevallen werd hierbij het kind betrokken.
- **C24 Werken aan sociale vaardigheden:** in nagenoeg de helft van de trajecten werd deze techniek ingezet door hulpverleners. De inzet van de techniek is het hoogst in de beginfase van het traject en nam af naarmate het hulpverleningstraject vorderde. De techniek was met name gericht op de ouders/verzorgers.
- **C25 Gezinsoverleg:** in nagenoeg de helft van de hulpverleningstrajecten werd deze techniek ingezet door hulpverleners. De inzet van de techniek bleef redelijk stabiel gedurende de trajecten en richtte zich zowel op de ouders/verzorgers als op de kinderen.

#### ***D. Oplossingen en ondersteuning vinden in de omgeving***

Voor wat betreft de technieken uit deze categorie laten de resultaten het volgende zien:

- **D1 Mobiliseren van sociale steun en opbouwen sociaal netwerk:** deze techniek werd in de beginfase van het hulpverleningstraject ingezet door ongeveer de helft van de hulpverleners. Naarmate de trajecten vorderden werd de techniek steeds minder vaak ingezet door de hulpverleners.

- **D2 Ondersteunen van gezin bij contact met instanties:** deze techniek werd door alle hulpverleners ingezet, gedurende het gehele hulpverleningstraject. Er zat een lichte stijging in de inzet van deze techniek gedurende de trajecten, waarbij er dus aan het einde van de trajecten meer aandacht aan werd geschonken door de hulpverleners.
- **D3 Begeleiden van gezin bij contact met instanties:** deze techniek werd door alle hulpverleners ingezet, gedurende de gehele looptijd van alle trajecten. Er zat een lichte stijging in de inzet van deze techniek gedurende de trajecten, waarbij er dus aan het einde van de trajecten meer aandacht aan werd geschonken door de hulpverleners.
- **D4 Verwijzen naar dienst- of hulpverlenende instanties:** deze techniek werd in de beginfase van de hulpverleningstrajecten nagenoeg door alle hulpverleners ingezet. De inzet van deze techniek nam af gedurende de trajecten en werd aan het eind van het hulpverleningstraject nog maar sporadisch ingezet.
- **D5 Verwijzen naar lotgenoten:** deze techniek werd nagenoeg niet ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject.

#### ***E. Taken verlichten***

Voor wat betreft de technieken in deze categorie laten de resultaten het volgende zien:

- **E1 Ondersteunende huishoudelijke begeleiding:** deze techniek werd door ongeveer de helft van de hulpverleners ingezet gedurende het hulpverleningstraject. De inzet van deze techniek nam af naarmate de trajecten vorderden.
- **E2 Hulp bij administratie en financieel beheer:** deze techniek werd in iets meer dan de helft van de trajecten continu ingezet door hulpverleners gedurende het hulpverleningstraject. In een aantal trajecten gaven de hulpverleners aan deze techniek helemaal niet in te zetten.
- **E3 Gezinslid bij crisis ergens anders onder brengen:** deze techniek werd in de eerste fase van het hulpverleningstraject enkele keren toegepast door de hulpverlener, in de laatste fase van de trajecten is deze techniek door één hulpverlener nog ingezet.
- **E4 Afstemmen met externe hulpverleners:** nagenoeg alle hulpverleners gaven aan deze techniek in te zetten gedurende het gehele hulpverleningstraject.
- **E5 Organiseren van zorg:** nagenoeg alle hulpverleners gaven aan deze techniek in te zetten gedurende het gehele hulpverleningstraject.



### **3.3 Resultaten vragenlijsten ouders/verzorgers en jongeren**

In deze paragraaf presenteren we de resultaten van de vragenlijsten die zijn ingevuld door ouders/verzorgers en jongeren. De resultaten dragen bij aan het beantwoorden van de onderzoeksvraag in hoeverre de hulpverlening voor deze gezinnen effectief is gebleken.

#### **3.3.1 Achtergrondgegevens ouders/verzorgers en jongeren**

Aan het onderzoek namen deel:

- Geslacht: 4 mannen en 18 vrouwen
- Leeftijd bij aanvang: 22 tot en met 67 jaar (gemiddelde leeftijd 42.7 jaar)
- Werkstatus bij aanvang:
  - Heeft betaald werk (N=4)
  - Is arbeidsongeschikt (N=8)
  - Heeft een bijstandsuitkering (N=3)
  - Is huisvrouw (N=6)
  - Studeert (N=1)

De achtergrondgegevens van de deelnemende jongeren:

- Geslacht: twee meisjes en vier jongens
- Leeftijd bij aanvang: 12 tot en met 16 jaar (gemiddelde leeftijd 14.2 jaar)
- Opleidingsniveau bij aanvang:
  - Basisschool (N=1)
  - Voorgezet speciaal onderwijs (N=1)
  - VMBO (praktijk, basis, kader) (N=1)
  - MBO (niveau 1/2) (N=2)
  - Praktijkonderwijs (PRO) (N=1)

#### **3.3.2 Omgaan met elkaar binnen het gezin**

De resultaten laten zien dat gedurende het hulpverleningstraject weinig vooruitgang of achteruitgang te zien is. De resultaten laten onder andere zien dat ouders/verzorgers en jongeren het lastig vinden om met elkaar plannen te maken om gezamenlijk iets te gaan doen omdat ze elkaar niet altijd genoeg begrijpen (communicatie). Het merendeel van de ouders/verzorgers geeft wel aan te kunnen vertrouwen op de gezinsleden, bijvoorbeeld wanneer ze zich verdrietig voelen of zich er nare gebeurtenissen voordoet. Een enkele ouder/verzorger geeft aan hier gedurende het hulpverleningstraject niet over te kunnen praten met zijn/haar gezinsleden, met als gevolg geen grote (positieve of negatieve) veranderingen op dit gebied. Verder laten de uitkomsten zien dat ouders/verzorgers andere gezinsleden altijd accepteren zoals ze zijn, ook al doen er zich onderling problemen voor. Deze mening van ouders/verzorgers blijft nagenoeg stabiel gedurende het hulpverleningstraject, terwijl het gevoel om samen met gezinsleden problemen op te lossen juist wat afneemt richting het einde van het traject.

### **3.3.3 Relatie tussen jongeren en ouders/verzorgers**

We vroegen de jongeren vanuit hun perspectief naar de relatie met hun ouder(s)/verzorger(s) te kijken. De resultaten van de vragenlijst laten zien dat de relatie tussen jongeren en hun ouder(s)/verzorger(s) een constante positieve relatie is gedurende het hulpverleningstraject. Het gaat dan om zaken als troost ontvangen in periodes waarin het wat minder gaat, hulp ontvangen van je ouders/verzorgers wanneer je dat nodig hebt en het gevoel hebben dat je ouders/verzorgers van je houden. Slechts één jongere geeft halverwege het hulpverleningstraject aan minder goed overweg te kunnen zijn ouders/verzorgers, maar richting het einde van het traject is de jongere hier weer positiever over.

### **3.3.4 Omgaan met de hulpverlening**

We vroegen ouders/verzorgers en jongeren hoe ze omgaan met de hulpverlening die ze ontvingen. Wat we zien gedurende het hulpverleningstraject is dat de meerderheid van de ouders/verzorgers nooit of heel af en toe met anderen (familie, vrienden) praat over de problemen/klachten die ze ervaren. Dat blijft min of meer stabiel gedurende het hulpverleningstraject. Verder geeft meer dan de helft van de ouders/verzorgers aan zelf informatie te verzamelen via internet of informatiefolders over de klachten/problemen die spelen binnen het gezin. Ouders/verzorgers geven aan dit met name in de beginfase van het hulpverleningstraject te doen en niet zo zeer halverwege en richting einde van het traject. Verder geven ouders/verzorgers aan dat ze zichzelf capabel genoeg achten om formulieren omtrent de hulpverlening (aanmeldingsformulieren e.d.) in te vullen. Een enkeling zoekt daarbij hulp vanuit familie/vrienden of hulpverleners, met name in de beginfase van het hulpverleningstraject en minder halverwege of richting het einde van het traject.

We vroegen tevens aan jongeren hoe ze omgaan met de hulpverlening. De resultaten laten zien dat in lijn met de resultaten van de ouders/verzorgers de meeste jongeren slechts af en toe hulp te vragen bij het lezen van informatie over de hulpverlening en het begrijpen van deze informatie tijdens de beginfase van het hulpverleningstraject. Ze verzamelen heel weinig informatie (bijvoorbeeld op internet) om beslissingen te nemen omtrent klachten en problemen die ze ervaren. Daarnaast praten ze ook slechts af en toe met mensen (familie, vrienden) over hun klachten/problemen, waarbij die behoefte gedurende het hulpverleningstraject ook afneemt voor alle jongeren.

### **3.3.5 Verwachtingen over de hulpverlening en communicatie met de hulpverlener**

We vroegen de ouders/verzorgers en jongeren wat ze voorafgaand aan het hulpverleningstraject verwachtten en hoe ze de communicatie met de hulpverlener hebben ervaren gedurende het hulpverleningstraject. Wanneer we kijken naar de verwachtingen voorafgaand aan het hulpverleningstraject dan zien we dat de meerderheid van de ouders/verzorgers aangaven te verwachten veel te bereiken met de hulpverlening. Een enkele ouder is gematigd positief. De antwoorden van de jongeren op deze vraag lopen

uiteen van positieve tot matig negatieve verwachtingen. Er is één jongere die aangeeft helemaal geen verwachtingen te hebben ten aanzien van de hulpverlening.

Ouders/verzorgers waren gedurende het gehele hulpverleningstraject over het algemeen erg positief zijn over de communicatie met de hulpverleners. Ze vinden dat de hulpverleners rekening houden met hun voorkeuren, dat ze met elkaar kunnen praten over dingen gedurende het hulpverleningsproces die niet goed zijn gegaan, dat ze serieus worden genomen, dat ze zich gerespecteerd voelen, dat er naar ze geluisterd wordt, dat ze voorlichting krijgen over een bepaald type hulpverlening en informatie krijgen over hoe om te gaan met problemen van het kind. Een aantal ouders/verzorgers gaf aan dat het gevoel heerste dat een advies of behandeling werd opgedrongen. Dit speelde met name in de beginfase van het traject.

De ervaringen van jongeren wat betreft de communicatie met de hulpverlener zijn minder positief gedurende het gehele hulpverleningstraject. De jongeren gaven aan dat er niet genoeg met ze gepraat wordt wanneer er dingen fout zijn gegaan gedurende het hulpverleningstraject, ze niet altijd mogen meebeslissen over het type hulp dat ze ontvangen en ze niet altijd genoeg geïnformeerd of meegenomen worden over alle keuzes die ze hebben. De jongeren zijn wel positief over het feit dat hulpverleners genoeg tijd voor ze uittrekken om te luisteren naar hun verhaal, dat de hulpverleners netjes omgaan met de informatie die ze geven (privacy) en over de hoeveelheid uitleg die ze krijgen over wat de hulpverlening die ze ontvangen inhoudt.

### **3.3.6 Sociale steun**

We vroegen ouders/verzorgers hoeveel sociale steun ze ervaren vanuit hun netwerk. Eén groep ouders/verzorgers (iets minder dan de helft) ervoerde gedurende het gehele hulpverleningstraject weinig sociale steun vanuit de omgeving (vrienden, familie, burens). Een meerderheid van de ouders/verzorgers geeft aan regelmatig op te trekken met vrienden, familie en burens gedurende het gehele hulpverleningstraject. Wat betreft het ontvangen van steun in moeilijke situaties gaf de meerderheid van de ouders/verzorgers aan dat ze op dat moment niet altijd terecht kunnen bij familie, vrienden of burens. In die situaties voelen ze zich niet gesteund door hun sociale omgeving.

### **3.3.7 Moeite met rondkomen**

De resultaten van de vragenlijsten van de ouders/verzorgers voor wat betreft deze vraag variëren per fase van het hulpverleningstraject. De resultaten laten zien dat bij aanvang van het hulpverleningstraject veruit de meerderheid van de gezinnen aangeven dat ze "enige moeite" of "grote moeite" hebben om rond te komen. Richting het einde van het hulpverleningstraject neemt het aantal gezinnen dat "grote moeite" heeft met rondkomen af en dat deze gezinnen nu aangeven "enige moeite met rondkomen" te hebben en "nee, geen moeite maar moet wel op mijn uitgaven letten". Een enkeling geeft gedurende het gehele hulpverleningstraject aan "geen moeite" te hebben met het rondkomen.

### **3.3.8 Verwachtingen over de toekomst**

We vroegen ouder/verzorger en jongeren naar de verwachtingen over de toekomst (10 jaar vooruitkijkend). Vanuit het perspectief van de ouders/verzorgers zijn de verwachtingen over de toekomst van hun kind gedurende het gehele hulpverleningstraject vrij positief. Het merendeel van de ouders/verzorgers verwachtte zowel aan het begin als aan het einde van het traject dat hun kind een parttime of fulltimebaan en een partner zal krijgen en dat hij/zij tenminste één kind zal krijgen. Daarnaast gaven nagenoeg alle ouders/verzorgers gedurende het gehele traject aan dat ze verwachten dat hun kinderen bij ze in de buurt blijven wonen en niet naar de andere kant van het land zullen verhuizen. Wanneer we vragen in welke sector ze hun kind later aan het werk zien gaan dan zien we dat transport, detailhandel, entertainmentindustrie, het leger en in de ICT het meest genoemd worden gedurende het gehele traject.

Net als bij de ouders/verzorgers vroegen we de jongeren ook naar hun verwachtingen over de toekomst (“over 10 jaar”) omtrent werk, een relatie en of ze dicht bij hun ouders in de buurt blijven wonen of niet. De resultaten laten zien dat alle jongeren over het algemeen veel vertrouwen hebben in de toekomst en dat ze ervan uit gaan dat ze over 10 jaar een parttime of fulltimebaan hebben. Daarnaast denkt de helft van de jongeren dat ze over 10 jaar een (parttime of fulltime) werkende partner heeft. Ook jongeren geven allemaal consistent aan dichtbij het ouderlijke huis in de buurt te willen blijven wonen. Aan het einde van het hulpverleningstraject is er één jongeren die aangeeft de kans vrij groot te achten dat hij ver weg woont van zijn ouderlijk huis. Jongeren zien zichzelf met name aan het werk in de zorg, bij de overheid, in de industrie, bij een groothandel, in het transport, bij het leger en in de mode-industrie.

### **3.3.9 Hoe gelukkig zijn ouders/verzorgers en jongeren?**

We vroegen de ouders/verzorgers hoe gelukkig ze over het algemeen genomen met hun leven waren. De meeste ouders/verzorgers gaven aan tamelijk tot heel gelukkig te zijn met hun leven. Er werd ook gevraagd om hun leven een cijfer te geven. Aan het begin van het hulpverleningstraject lagen de cijfers tussen de 5 en de 10, waarbij de meeste gezinnen hun leven met een 7 beoordeelden. De cijfers werden gedurende het hulpverleningstraject positiever en lagen bij de laatste meting tussen de 7 en de 10.

We vroegen tevens aan de jongeren hoe gelukkig ze over het algemeen genomen zijn met hun leven. Daarbij gaven de jongeren aan dat ze tamelijk tot heel gelukkig zijn, iets wat we gedurende het hulpverleningstraject constant zien blijven. Geen enkel kind geeft aan (tamelijk) ongelukkig te zijn. Wanneer ze hun leven een cijfer mogen geven loopt deze uiteen tussen de 7 en de 10. Dat betekent dat de jongeren aangeven gedurende het gehele hulpverleningstraject over het algemeen redelijk tot heel gelukkig te zijn.

### 3.4 Resultaten interviews hulpverleners

Hieronder worden de resultaten besproken van het kwalitatieve onderzoeksgedeelte. Paragraaf 3.3.1 geeft de resultaten weer voor wat betreft de bevorderende factoren in de hulpverlening aan GMCP en paragraaf 3.3.2 de resultaten voor wat betreft de belemmerende factoren.

#### 3.4.1 Bevorderende factoren in de hulpverlening aan GMCP

Tijdens het semigestructureerde interviews vroegen we aan hulpverleners wat vanuit hun perspectief die onderdelen van de hulpverlening zijn die de effectiviteit van deze hulpverlening bevorderen. Hulpverleners gaven aan dat aansluiten bij de situatie van het gezin en bij het verstandelijk niveau van de gezinsleden een belangrijk uitgangspunt is bij het verlenen van hulp aan GMCP.

*"Ja, aansluiten en luisteren. Ik heb natuurlijk te maken, met al mijn gezinnen waar ik kom is er altijd sprake van een verstandelijke beperking. En overvraging is de grootste valkuil van mij als begeleider. Dus bij mijn allereerste contact ben ik heel erg aan het zoeken; wie heb ik voor me, wat is het niveau...ja, eigenlijk ben ik vanaf het eerste contact daarmee heel hard aan het werk zeg maar."*

*"En bij dit gezin is het dus heel knap dat zij zich irriteerde aan het feit dat ik mijn jas over de bank heen legde. En maar bij heel veel gezinnen moet ik mijn jas over de bank heen leggen. Maar zij is een nieuw gezin en zij heeft een nieuw huis en ik ben uiteindelijk, ik kom in hun huis en ik kan wel hulpverlenertje gaan spelen, maar als ik dus niet aansluit dan werkt het niet."*

Het opbouwen van een samenwerkingsrelatie op basis van gelijkwaardigheid is volgens hulpverleners van essentieel belang om een verandering te weeg te brengen binnen deze gezinnen. Op basis daarvan kan een vertrouwensrelatie worden opgebouwd die de basis vormt voor het effectief hulp kunnen verlenen. *"Soms dan is het gewoon hier staat dat het gedaan moet worden dus dan gaan we dat gewoon maar doen zodat het volgens het...zoals dat wij het hebben willen dat het gedaan wordt. Daarmee ga je toch naast de cliënt staan maar zorg je wel dat het gedaan wordt wat moet. En...vaak is het pas als cliënten zelf een probleem ervaren dat ze gemotiveerd zijn om ergens aan te werken."*

*"Dus dat hebben we een hele tijd gedaan. Meegaan naar alle afspraken, deden we al maar nu had het een andere naam. We gingen mee overal naartoe en we kwamen elke dag rond avondeten om haar gewoon te helpen van hoe lukt dit, je moet koken, je hebt twee kleine kindjes. Dat ze echt nou, direct voelde dat ze wat aan ons had zeg maar. He, dat we letterlijk naast haar stonden om te helpen. En nou je ziet gewoon dat we dat nou, een aantal weken doen we eigenlijk nog, maanden hebben gedaan en wat een band we met haar opgebouwd hebben en hoeveel vertrouwen er is ontstaan. Door ons in haar, maar ook vanuit haar in ons. Door gewoon nu op alle gebieden ingang hebben."*

Het gezin op relatief korte termijn succeservaringen laten opdoen om vertrouwen te krijgen in de hulpverlening helpt volgens hulpverleners bij het vergroten van de motivatie van gezinsleden en het bereiken van meer positieve uitkomsten. *"Ja, het opdelen in kleine stukjes, kiezen wat de prioriteit heeft, daar eerst aan werken en succeservaringen laten opdoen. Dat hoort ook wel bij het opbouwen van het vertrouwen in de relatie met de hulpverlener. Als eerst pakken wij ook altijd de financiën aan moet ik erbij zeggen omdat dat het grootste probleem vaak is wat tegenwerkt, anders kun je ook niet echt aan de opvoeding werken."*

Het structureel bieden van emotionele ondersteuning aan het gezin, ongeacht waar je je als hulpverlener in het hulpverleningstraject bevindt. *"Heel veel emotieregulatie bieden en dingen in perspectief kunnen plaatsen waardoor ze het gesprek goed in ging, waardoor er ook meer vertrouwen kwam."*

Als hulpverlener een open houding aannemen waarin je probeert geen veroordelende houding aan te nemen en juist probeert om met concrete handvaten gezinnen zelf in hun kracht te zetten. *"De vaardigheden van mij om daar zicht op te krijgen: het achterover leunen, het niet invullen voor een ander, een open houding, het doorvragen, goed checken of het klopt en je het goed begrijpt. Dus dat stuk, we noemen dat oplossingsgericht werken dat moeder ook zelf vertelde wat er aan de hand was en dat heeft heel erg gewerkt. Dus een open houding."*

*"Maar ik denk wat wel heel belangrijk is geweest, is dat ik iets vond van dat haakje maar ik heb niet tegen haar gezegd van 'dat ga je niet doen, want dat is niet goed'. Ik heb haar aangehoord en heb gezegd 'oh ja dat is een idee, dat zou je kunnen doen. Wat zou je nog meer kunnen doen?'. Dus ik heb het niet afgewezen zeg maar, waardoor zij wel openstond om met mij te denken van wat zou ik nog meer kunnen doen."*

Als hulpverlener je hulpverleningsstijl en het type hulpverlening dat je aanbiedt ook aanpassen aan het gezin waarmee je werkt. *"En dat ja, probeer ik dan weer binnen die grenzen wel luchtig en leuk te maken, dat kan ook wel. Maar ja, daar pas ik dan wel met mijn stijl dan weer op aan. En eigenlijk is het bij iedereen bij wie je voor de deur staat, doe je het gewoon weer anders."*

*"Soms zijn er echt ernstige dingen gebeurd. Dus is het, in die zin is het heel verschillend. En soms sta ik ook voor de deur en denk: 'nou, we gaan dit en dit doen'. En dan kom je binnen en dan, nou dan is er van alles aan de hand. En dan moet dat eerst opgelost worden willen mensen verder."*

Hulpverleners geven aan dat het erg belangrijk is om in de hulpverlening aan gezinnen te werken met een open en transparante houding. Het gezin ook het gevoel geven dat er naar ze geluisterd wordt en daarbij vooral ook eerlijk blijven in wat mogelijk is en wat niet. *"En ik*

*ben zelf een heel open persoon. En dat maakt ook wel dat cliënten zich snel op hun gemak voelen bij mij krijg ik het terug van cliënten en ook wel van collega's hun feedback. Ja...ik vind het dan zo gek om over jezelf te zeggen, eigenlijk. Ik krijg dan dat voornamelijk terug van collega's en het heel erg luisteren en heel veel gevoelsreflecties geven vooral. Want daarmee zeg je het nog niet dat je het ermee eens bent, maar daarmee zeg ik wel dat ik de cliënt heb gehoord."*

In de hulpverlening aan GMCP is van belang om als hulpverlener indien nodig ook sturende en dwingende hulp te bieden. *"En op dit moment is de Jeugdbescherming op vrijwilliger kader aanwezig. Maar ik verwacht dat er uiteindelijk een dwangkader op gaat komen. Ja. En daar ben ik ook transparant over naar meneer. Dat ik zeg dat ik vind, dat ik wens dat hij weer een leuke vader is en niet de vader die het steeds ontglipt en daardoor uit zijn slof schiet zeg maar. Dat is veel gewenster en niet dat het uit de hand loopt zoals dat nu regelmatig doet."*

Over het betrekken van alle gezinsleden bij de hulpverlening lopen de meningen erg uiteen. Hulpverleners geven aan vooral per gezin een afweging te maken of kinderen er wel of niet bij betrokken worden en laten dat afhangen van factoren als de leeftijd van de kinderen, het type problematiek dat speelt binnen een gezin en ook de expertise van de hulpverlener zelf om dit op een goede manier te kunnen doen. *"Ik probeer eigenlijk altijd de problemen van ouders helemaal buiten de kinderen te bespreken alleen soms bespreken ouders al zoveel dat ik ervoor kies om kinderen er wel bij te betrekken zodat zij het voor de kinderen kunnen kaderen en dat zij het minder heftig horen."*

*"Hm, dat is een ding waar we vorig jaar ons best wel in verdiept hebben. En dat dat nu vorm moet gaan krijgen. Is dat we merken dat we weinig doen met de kinderen. De kinderen die komen. De begeleiders, we hebben ook allemaal MBO-begeleiders en die weten ook niet allemaal even goed van hoe ga je dan met zo'n kind om van wat kan je dan wel zeggen en wat kan je niet vragen."*

*"Tuurlijk betrekken we kinderen er weleens bij of hebben we samen met de ouders en de kinderen een gesprek. Dat vinden ouders soms ook wel lastig om over bepaalde onderwerpen te spreken. Ehm, bijvoorbeeld in bepaalde situaties ehm.. waarin we bijvoorbeeld meekijken, denk aan een drinkmoment of een spelmoment met het gezin, dan komen we weleens meekijken. Dan is het wel zo dat we ook wel contact hebben met het kind maar dan meer als doel om nou ja wat voorbeeldgedrag te geven."*

Ook voor wat betreft het benutten van het sociale netwerk rondom het gezin lopen de meningen van hulpverleners uiteen. Wanneer we hulpverleners vragen hoe het gesteld is met het sociaal netwerk van de gezinnen die ze begeleiden geven ze aan dat de meeste gezinnen maar een beperkt of geen sociaal netwerk hebben. Daarnaast is het vaak zo dat wanneer er een netwerk rondom het gezin aanwezig is, deze niet altijd een positieve invloed heeft op het gezin. *"Heel vaak is het toch heel moeilijk om mensen uit het netwerk iets*

*blijvends te laten doen, voor echt hele lange termijn. Of beginnen ze enthousiast maar zien ze toch dat het heel veel werk is en krabbelen ze dan terug."*

Hulpverleners geven aan dat er ook gezinnen zijn die juist wel over een steunend netwerk beschikken, bijvoorbeeld familie of een kerkelijke gemeenschap. *"Ze heeft ook wel een heel sterk netwerk van haar kerk om haar heen staan. Die ook de bezoeken begeleidt van de andere kinderen die niet thuis wonen, die ook een oogje in het zeil houden en ook zeggen als er dingen niet goed gaan. Ook een steunend netwerk is ook een zekere succesfactor bij dit gezin."* Hulpverleners geven aan voor sommige gezinnen gebruik te maken van vrijwilligersorganisaties ten behoeve van het vergroten van het sociale netwerk van gezinnen (bijvoorbeeld het organiseren van netwerkvergaderingen).

Naast de inhoud van de hulpverlening die wordt aangeboden zijn er ook organisatorische factoren die het proces van hulpverlening op een positieve manier kunnen beïnvloeden. We vroegen hulpverleners welke bevorderende factoren zij ervaren in het hulpverleningsproces. Daarbij gaven ze aan dat een goede samenwerking binnen en tussen organisaties van groot belang is om op een goede manier hulp te kunnen verlenen aan GMCP. Snel toegang kunnen krijgen tot hulp en snel kunnen schakelen binnen en tussen organisaties om zorg op- of af te schalen draagt volgens de hulpverleners bij aan betere zorg aan GMCP. *"Dan komen zij in beeld want dan hebben we indicaties nodig van hen. En op het moment dat iemand uitstroomt en bijvoorbeeld geen nazorg wil van ons maar er moet wel begeleiding blijven dan brengen we het gebiedsteam op de hoogte en dan is er een gesprek en dan nemen zij bijvoorbeeld de casus over als het gaat om enkelvoudige problematiek."*

*"Dan komen er voornamelijk gesprekken en zorgoverleggen. Want op een gegeven moment zijn er zoveel mensen betrokken. Wordt er eerst een zorgoverleg gepland met wie gaat wat oppakken. Wie gaat dit communiceren met moeder? Zodat één iemand de regie heeft binnen de casus."*

De ruimte krijgen om nazorg te bieden heeft voor het gezin grote voordelen volgens de hulpverleners. Hulpverleners zijn op deze manier in staat om de zorg af te schalen, maar wel een vinger aan de pols te houden en te kunnen opschalen indien nodig. *"En zij is vervolgens uitgestroomd en dan kunnen wij vanuit de subsidie die we krijgen nog drie maanden nazorg bieden, en dat hebben we gedaan."*

Professionals geven aan dat het af en toe buiten de gebaande paden mogen treden en daarin de juiste weg weten te bewandelen een bevorderende factor is in de hulpverlening. Ook wanneer er officieel vanuit de interventie of het programma dat wordt aangeboden geen tijd is. *"Op een gegeven moment werd er gezegd 'je mag niet meer met gezinnen mee naar de huisarts' of iets wat want er is geen geld voor, of geen tijd voor. Nou ja weet je, dat kun je allemaal wel bedenken maar de praktijk is toch als jij moeder hebt die bijvoorbeeld verslaafd is aan cocaïne, dan wil je haar je haar toch bij de [organisatie X] hebben als het effe*



*kan. En als jij daar dan een handje bij kan helpen door haar te ondersteunen dan doe je dat. Ja dan ga je niet zeggen 'nee dat kan niet meer, we mogen niet meer mee.'*

*"Voor de begeleiders is het kennis hebben van die regelgeving en waar je bepaalde zaken kunt halen. Toeslagen aanvragen, de potjes, dat je dat soort dingen goed weet."*

Het ontvangen van supervisie en intervisie van/met collega's wordt door hulpverleners als erg waardevol ervaren en draagt volgens hen bij aan goede hulpverlening. Ze benoemen daarbij dat het ook voorkomt dat je als hulpverlener in een tunnelvisie terecht komt. *"En toen zei ik: 'ik vind het oké dat jij even wat meer tijd nodig hebt om erover na te denken en om het te laten bezinken, maar ik vind het heel fijn om er wel verder met je op terug te komen want misschien heb jij er wel hele andere ideeën over'. En een week later hebben we het daarover kunnen hebben. En ik heb uiteindelijk ook wel mijn teamleider ook nog een keer in de situatie meegenomen om het er nog een keer over te hebben."*

### **3.4.2 Belemmerende factoren in de hulpverlening aan GMCP**

We hebben tevens aan hulpverleners gevraagd welke belemmerende factoren ze ervaren in de hulpverlening aan GMCP. Daarbij gaven hulpverleners aan de lange wachtlijsten bij veel gespecialiseerde jeugd- en gezinshulporganisaties een belemmerende factor te vinden. Deze wachtlijsten maken dat GMCP lang niet altijd op relatief korte termijn adequate hulp ontvangen en daarmee tegelijkertijd ook het vertrouwen in de hulpverlening verliezen. *"Kijk, je probeert daarin natuurlijk wel van alles en het ligt er natuurlijk ook een beetje aan waar het om gaat. Als er gezinsvoogden bij betrokken zijn en het gaat om een kind die echt een behandeling nodig heeft. Dan probeer je natuurlijk wel met z'n allen een weg te vinden dat het zo snel mogelijk kan. Dat je bij verschillende organisaties iemand aanmeldt. Dus ja, we proberen wel. Maar ja we hebben ook gewoon intern bijvoorbeeld bepalingen, daar kan je natuurlijk proberen vaart achter te zetten maar goed als er een wachtlijst is dan kan het soms ook niet sneller."*

*"En dat gaat ook een aantal weken goed maar hij had gewoon opname nodig om uit de situatie te komen. En dat duurt gewoon heel erg lang. Dat is altijd heel jammer, dat dingen binnen de hulpverlening altijd lang moeten duren. Je moet altijd lang wachten. En dat kunnen verslaafden sowieso niet."*

Een andere belemmerende factor is een stroeve samenwerking binnen en tussen organisaties waardoor het soms lang duurt voordat er opgeschaald kan worden, bijvoorbeeld ten behoeve van een (tijdelijke) opname of uithuisplaatsing. Wanneer de afstemming binnen en tussen organisaties stroef en langzaam verloopt heeft dat een negatieve invloed op het gezin. Hulpverleners benoemen daarbij vaak het gezegde "van het kastje naar de muur gestuurd worden". *"Nou ik denk dat dat komt omdat kijk dit is echt een multiprobleemgezin hoor wat dat betreft. Het komt omdat ze eigenlijk: ten eerste worden ze allemaal van het kastje naar de muur gestuurd en ten tweede dan worden ze ergens geplaatst in een beschermde woonvoorziening en dan zeggen ze "we kunnen het wel aan en*

*we zijn deze doelgroep gewend". Maar serieus drie dagen later dan wordt ze er alweer uitgezet omdat ze zich niet aan de afspraken houdt en zich agressief gedraagt. Ja.. dat wisten ze van tevoren dat dat zou kunnen dus, dan sta je weer op straat. Dan valt daar weer een hulpverlener weg, dus dat is gewoon heel lastig."*

Hulpverleners geven aan dat ze over het algemeen te weinig tijd hebben om deze gezinnen adequaat te kunnen ondersteunen, omdat er vaak te lichte (of geen) indicaties worden afgegeven. Doordat de caseload per hulpverlener te hoog is, blijft er per gezin te weinig tijd over om zowel praktisch als inhoudelijk te kunnen begeleiden. Willen ze wel op beide gebieden ondersteuning geven dan worden die uren vaak niet vergoed. *"Of indicaties die niet worden afgegeven of te kleine indicaties die worden afgegeven waar je het dan mee moet doen als er dan een crisis is kun je niks, bij wijze van. Dan moet je voor een spoedindicatie, nou die is er pas na 3,4 weken. Dus dat soort dingen en dan de uren die je extra hebt gedraaid krijgt [organisatie Y] dan ook gewoon niet betaald."*

*"Daarnaast is het zo de mensen die werken onregelmatig omdat je in een 24-uurs setting eigenlijk zit. Dus de begeleiders werken overdag en 's avonds. Wat weer inhoudt ook in de weekenden. En in de weekenden kan je niets oppakken. Als je 24 uur werkt en je hebt een weekenddienst gehad dan heb je nog één dienst in de week en als dat nou een late dienst is. Ja dan is er die week al geen tijd om met jouw cliënt te gaan bellen naar organisaties om dingen in kaart te kunnen brengen. Dat lukt allemaal niet, dan ben je alweer een week verder."*

Hulpverleners geven verder aan dat ze het belemmerend vinden werken dat ze zoveel aan verslaglegging en verantwoording moeten doen. Ze geven daarbij tevens aan dat deze verantwoording steeds uitgebreider moet, wat als consequentie heeft dat een hulpverlener minder tijd kan besteden aan een gezin. *"Ja weet je, als je kijkt naar, je moet natuurlijk je verslaglegging doen. Daar word ik helemaal knettergek van."*

### 3.5 Interviews ouders/verzorgers

Paragraaf 3.4.1 geeft de bevorderende factoren in de hulpverlening aan GMCP weer en paragraaf 3.4.2 gaat in op de belemmerende factoren in de hulpverlening aan GMCP.

#### 3.5.1 Bevorderende factoren in de hulpverlening aan GMCP

We hebben gezinnen gevraagd welke *bevorderende factoren* ze ervaren met betrekking tot de hulpverlening die ze ontvangen. Als een van de positieve ervaringen met de hulpverlening geeft een aantal ouders/verzorgers aan dat hun houding ook echt is veranderd, doordat ze vanuit de hulpverlener concrete handvaten daarvoor kregen aangereikt. *"Hebben we in therapieën geleerd en eh...soms weet ik het ook niet en dan schakel ik ze in van 'hoe doe ik dit? Want ik weet niet hoe ik het brengen moet'. En dan is het soms wel fijn als je even een frisse blik van buitenaf hebt. Want dat ervaar ik best als heel prettig."*

*"Ja, ik denk dat als zij als hulpverlenende instantie handvaten aanreiken en er wordt constant niks mee gedaan. Ja dan zakt hun natuurlijk ook de moed in de schoenen. En dat is logisch. En ik heb me wel heel erg blanco opgesteld en heel erg open zo van 'zeg het me maar en ik doet het. Maakt me niet uit en dan zien we wel of het werkt. En als het werkt dan doen we dat en wat niet werkt dat stoppen."*

Daarnaast geven ouders/verzorgers aan dat het vertrouwen hebben in de hulpverlener een positieve uitwerking heeft op het hulpverleningsproces. Dat vertrouwen krijgen ouders/verzorgers ook door hoe hulpverleners ze tijdens het hulpverleningstraject benaderen. Het is de wisselwerking tussen de hulpverlener en de gezinsleden, aldus ouders/verzorgers. *"Ehm, haar vermogen om als, ook al is de situatie nog zo hectisch, chaotisch, moeilijk en emotioneel zwaar, om toch ehm.. met een oplossing te komen. En een stappenplan te bedenken en hoe nu verder."*

*"Maar ook wel heel daadkrachtig. Maar ook direct spijkers met koppen slaan. Ehm, bam direct met oplossingen komen. Desnoods in het gesprek iemand erbij halen die nou ja er meer over wist. Direct een verwijfsbrief voor medicatie en gesprek daarover houden. Dit zorgt voor onrust, dit zorgt daarvoor, daarvoor, daarvoor en daarom wil het niet. Prima, bam-bam-bam-bam, rust."*

*"Ja, echt en ehm haar begrip heel erg. Haar eindeloze begrip. Enorm ruimdenkend maar ook vooral een heel liefdevol mens. Gewoon een mens-mens. Niet van ik zit hier omdat ik mijn geld moet verdienen en mijn werk maar even moet doen en eh 'thats it'. Ze levelde heel erg. Dus ze vond zichzelf niet meer of minder als mij. Of als wie dan ook, ehm...kon zich heel goed verplaatsen in mij en ook heel goed mij weer rustig krijgen op het moment dat ik het niet meer zag zitten. En dat ik niet meer door de bomen het bos meer zag zegt maar."*

Ouders/verzorgers geven aan dat het snel beschikbaar zijn van hulpverlening en het juiste type hulp voor gezinsleden een positieve invloed heeft op het hulpverleningsproces. Door

dat hulp snel beschikbaar is voelen ouders zich ook meer gesteund. *"Ehm, de snelheid waarmee de hulpverlening is ingezet. Je moet zelf heel duidelijk aangeven van dit zoek ik. En ik vind dat er in dit geval heel snel is gezegd 'en dit hebben wij, we gaan hier beginnen'. En dat was heel prettig."*

*"De snelheid, waarin dingen geregeld werden. Op een gegeven moment zat ik in de hectiek nog van de verhuizing, toen zou het aflopen en toen heeft ze toch opnieuw nog een indicatie aangevraagd en het kunnen verlengen."*

Verder geven ouders/verzorgers aan dat ze ook daadwerkelijk ervaren dat ze minder problemen hebben. De problemen zijn niet altijd helemaal verdwenen, maar zijn in ieder geval beheersbaar geworden. Dat geeft ouders/verzorgers ook een stuk rust en ruimte in hun hoofd. *"Ja, ja, dat heeft mij wel echt eh...nou die vrouw heeft mij mijn eigen kracht laten zien he. Dat is eh...op een gegeven als je zoveel problemen hebt ga je een beetje twijfelen aan jezelf van 'nou eh, zou het nou aan mij liggen of pak ik het nou zo verkeerd aan ofzo'."*

*"Ik ben er juist beter uitgekomen. Ander als ik juist geen hulp zou hebben zou het veel slechter met me gaan. Zou ik het niet eens zien zitten, en interview te geven [lacht] Want dat is echt zo, want dan zou het helemaal verkeerd afgelopen zijn met mij. Denk ik, weet ik wel zeker."*

*"Ik heb ook wat meer orde. In mijn hoofd wordt het wat rustiger en ik heb geen stress meer."*

*"Ze benoemde heel erg mijn positieve dingen en daar heb ik ook echt wel een paar keer gewoon om moeten huilen. Omdat ze ehm...heel erg benadrukte wat ik goed deed in het proces. Hè, dus ze liet mij heel erg inzien: ik keek naar wat er niet goed ging en zij zag dat er zoveel dingen goed gingen."*

In het verlengde van de bevorderende factoren in de hulpverlening aan GCMP vanuit het perspectief van ouders/verzorgers vroegen we over welke eigenschappen hulpverleners volgens hen moeten beschikken om goed hulp te kunnen verlenen. Ouders/verzorgers geven daarbij aan dat ze het ontzettend belangrijk vinden dat hulpverleners open en eerlijk zijn, niet bang zijn voor confrontaties en geen valse hoop geven. Ze hebben liever een hulpverlener die ze ook open en eerlijk vertelt hoe het ervoor staat, dan dat er om de hete brei wordt heen gedraaid. *"Kijk weet je ik zeg ook heel vaak tegen de hulpverleners 'ik heb liever dat je dingen bot je strot uitperst dat ik weet waaraan ik toe ben, als dat je met een hete brij omheen draait want daar heb ik niks aan'."*

*"Die heb ik op een gegeven moment ook gezegd van 'jeetje als jij de confrontatie niet aandurft...dan moet jij je functie inleveren en het aan iemand overlaten die wél kundig genoeg is. Maar dan moet je niet bij mij over de vloer komen. Ja, zo ben ik nou één keer. Dat*

*is met heel veel hulpverlening ook het eerst wat ik zeg 'als je bij mij binnenkomt kan je open en transparant en eerlijk contact hebben'."*

Daarnaast geven gezinnen aan dat een hulpverlener goed in staat moet zijn om de hulpverlening te coördineren en dat er daarbij voor het gezin één aanspreekpunt is. Dat tezamen zorgt er voor ouders/verzorgers voor dat er vertrouwen wordt uitgestraald door hulpverleners ten opzichte van het hulpverleningstraject. *"Ja vooral de coördinatie. Vooral dat je gewoon met meerdere organisaties betrokken bent bij één gezin en daarin gewoon...het mist dat er één aanspraakpunt is waar je uiteindelijk gewoon een hoop geld mee bespaart, maar ook gewoon het veel duidelijker wordt voor... Want als jij binnen het gezin allemaal losse eilandjes hebt en ook al heb je allemaal in een zorgoverleg gezeten. Toch hoor ik er ook weer verschillende dingen in terug komen. Waardoor ik denk van 'jullie creëren juist onduidelijkheden, terwijl het heel anders kan'."*

*"Dat is iets wat ik wel mee zou willen geven. Ja, zorg dat er uhm...als er op een gezin meerdere hulpverlening zit, zorg dat alles met de neus dezelfde kant op komt. Des te eerder heb je de kinderen weer boven water."*

Verder geven ouders/verzorgers het aan uitermate belangrijk te vinden dat er een klik is met de hulpverlener die met het gezin aan de slag gaat. Als de klik er niet is zal dat, volgens de ouders/verzorgers, een negatieve invloed hebben op de hulpverlening. *"Ja, maar ik heb bij iedere therapeut gezegd, 'er moet een klik zijn tussen jullie en de kinderen, want anders werkt het niet'."*

*"Ook wel het eh...ja gewoon dat ze bijvoorbeeld zegt van: uhm, als er iets is kan je me altijd bellen, op elk moment...dat meer. Ook wel dat zij gewoon oprecht, ik merk gewoon dat zij meer mij respecteert voor wie ik ben, ja dat ze ook zegt: "ja ik begrijp het...dat je je zo voelt."*

Aansluiten bij de behoeften van het gezin is een andere eis die ouders/verzorgers stellen aan de hulpverlener. Het geeft ze daardoor minder het gevoel dat ze een nummertje zijn en ze voelen zich daardoor meer gezien en gehoord. *"Nou ik vind dat bij alle hulpverleners en welke instantie dan ook dat ze meer moeten handelen vanuit de ouders en niet vanuit hunzelf. Want alle hulpverleners handelen vanuit hun zelf."*

*"Omdat het zo, ik snap het wel met die bureaucratie en zo het hoort natuurlijk wel, maar het zou fijn zijn als mensen die hulp nodig hebben ook gewoon als mensen gezien worden. En niet als een nummertje waarin bezuinigd moet worden..."*

*"Ja daar is ook ruimte bij. Ik vind het is goed als er regeltjes zijn maar je moet dan naar het gezin en naar de mensen kijken. En daar ook flexibel mee om kunnen gaan."*

### **3.5.2 Belemmerende factoren in de hulpverlening aan GMCP**

Wat betreft de belemmerende factoren met betrekking tot de ontvangen hulpverlening geven gezinnen een aantal factoren aan. Een aantal gezinnen gaf aan dat ze veel bureaucratie ervaren gedurende het hulpverleningsproces. Aan de ene kant snappen ze wel dat hulpverleners bepaalde zaken volgende regels moeten doen, maar aan de andere kant ervaren ze er wel hinder van, bijvoorbeeld omdat het de voortgang van het proces in de weg zit. *"Ja, precies want dat maakt het gewoon heel erg lastig want je wil gewoon het beste voor je kind. Dat wil iedereen. Maar doordat je een ex hebt die niet meewerkt en alle instanties die alles eerst via het boekje moeten doen. Hé, want zo zie ik dat. Het moet echt allemaal via regeltje, regeltje, regeltje, regeltje voordat je een stap verder kan zetten."*

*"Want van de drie uren moeten ze 2,5 uur lang administratie doen. Het is ook nog niet eens hun eigen schuld. Maar tegenwoordig moeten ze zoveel uh, alles noteren en opschrijven en verantwoorden. Dat je eigenlijk niet eens echt tijd over hebt voor de cliënt. Ik had bedacht van als ze nou voor iedere hulpverlener ook iemand aannemen die de administratie dan oppakt. Dan kan die hulpverlener doen waarvoor die is aangenomen."*

Een andere negatieve ervaring die wordt aangegeven vanuit ouders/verzorgers is dat ze soms adviezen opgedrongen krijgen waar ze het zelf niet (helemaal) mee eens zijn. Ze voelen dan niet altijd dat daar door de hulpverleners naar geluisterd wordt, terwijl ze aangeven dat wel belangrijk te vinden. *"Zij nemen nu de beslissingen. Ik geef nu heel duidelijk aan dat mijn dochter hier wel weer thuis kan komen. En zij zijn het daar niet mee eens."*

*"Zoals laatst zaten ze wel heel erg aan te dringen op het stuk van diagnoses of zo weet je wel. Omdat ik soms, nou de ene keer ben ik gewoon normaal tegen hun en de andere keer ben ik bijvoorbeeld chagrijnig. Maar kijk dat komt ook omdat ik heb het gewoon druk. En ik ben alleen. En als ik dan vier uur thuis ben en hun staan om tien over vier aan de deur, ja dan ben ik de ene keer chagrijniger dan de andere keer."*

Daarnaast gaven ouders/verzorgers aan dat het een negatieve invloed heeft op het hulpverleningsproces als er geen goede klik is met de hulpverlener binnen het gezin. Of wanneer de hulpverlener bijvoorbeeld teveel professionele afstand neemt van het gezin. Dat maakt het voor ouders/verzorgers qua gevoel soms ook lastig om hulpverleners toe te laten in huis. *"Twee hebben we gehad. De een is weggegaan, toen hebben we eentje overgehouden. Daar kon ik niet mee door één deur. Die heeft mij ehm, in principe een beetje voor dom uitgescholden. Niet met dat woorden, maar komt er wel een beetje op neer. Toen heb ik gezegd van: 'oke, jou hoef ik hier niet weer te zien'."*

*"Weet je ik wil in principe weten hoe zou jij daar zelf als persoon mee omgaan, niet als hulpverlener niet uit je boekje, als persoon. Weet je en dat zijn gewoon dingen die misschien wel eens is dat mensen eigenlijk gewoon puur de hulpverlenende kant, en ja je moet professioneel blijven maar nee je moet nooit je menselijke kant uit het oog verliezen."*

*"Het is allemaal nieuw, vooral omdat mijn vertrouwen in die tijd ook heel erg gewoon helemaal nul was. Door alles wat ik had meegemaakt was het voor mij echt een hele grote stap om iemand bij me in huis te nemen. Want bij [organisatie Z] ga je daarheen en [organisatie X] komt er iemand bij je in huis. En dat vond ik gewoon heel erg eng. Want ja, het is toch dichterbij dan dat je ergens anders heen gaat zeg maar."*

Ook het feit dat er vaak meerdere hulpverleners bij het gezin betrokken zijn is volgens ouders/verzorgers een factor die van negatieve invloed kan zijn op de voortgang van de hulpverlening. Ouders/verzorgers geven daarbij aan dat ze soms het gevoel hebben dat ze zelf verantwoordelijk zijn voor het op de hoogte houden van alle betrokken hulpverleners, omdat de hulpverleners onderling niet goed genoeg communiceren. *"Maar je hebt wel het idee dat er heel vaak met kleine dingen miscommunicaties komen. Het moet van de een naar de ander. En als ouder zijnde ben je iedereen aan het bijpraten. Geheid dat je dingen gaat weglaten of dat niet bewust maar dat je één dit wel zegt en de ander bijvoorbeeld dat stukje juist vergeten bent. Weetje wel, je krijgt onduidelijkheid."*

## Hoofdstuk 4 – Discussie en conclusie

### 4.1 Beantwoording onderzoeksvragen

Aan de hand van een mix-methods design is getracht de volgende doelstellingen te realiseren:

1. Het krijgen van inzicht in de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP;
2. Het achterhalen van bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP ten aanzien van het zoeken en gebruiken van zorg door GMCP;

De eerste doelstelling betrof het verzamelen van wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit van de hulpverlening aan GMCP vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP. Omdat het onderzoek een pre-posttest onderzoek betreft, verricht onder een klein aantal respondenten, dienen de conclusies met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Over het algemeen lijken er door de inzet van interventies geen grote veranderingen te zijn bewerkstelligd op het gebied van de zelfredzaamheid van GMCP. Wel lijkt het hulpverleners te lukken om de situatie van de gezinnen te stabiliseren en in sommige gevallen zelfs te zorgen voor een lichte vooruitgang in zelfredzaamheid. De resultaten laten zien dat de zelfredzaamheid van GMCP licht verbeterd lijkt te zijn op domeinen zoals huisvesting, huiselijke relaties, lichamelijke gezondheid, dagelijkse activiteiten, sociaal netwerk en sociaal-emotionele ondersteuning terwijl de zelfredzaamheid op de domeinen opvang, lichamelijke verzorging en dagbesteding licht lijkt te verminderen. De zelfredzaamheid van GMCP op de domeinen financiën, geestelijke gezondheid en verslaving lijken nagenoeg gelijk te blijven. Daaruit kunnen we concluderen dat de ernst van de problematiek op de meeste domeinen licht afneemt (N=6) of stabiliseert (N=5) en slechts op twee domeinen toeneemt. Dit komt overeen met eerder onderzoek naar de zelfredzaamheid van GMCP, waarbij ook de ZRM werd gebruikt als maat om na te gaan of gezinnen voor- of achteruitgingen in hun zelfredzaamheid gedurende een gezinscoachingstraject (NJI, 2013). Het onderzoek toonde ook een lichte daling aan van het aantal levensdomeinen waarop het gezin problemen ervaarde, maar geen enkel gezin werd aangemerkt als volledig zelfredzaam op alle domeinen (NJI, 2013).

Verder gaven de resultaten inzicht in de technieken die hulpverleners toepasten gedurende het hulpverleningstraject aan GMCP. We zien dat hulpverleners inzetten op een breed scala aan technieken, variërend van het oppakken van meer praktische zaken (huishouden, (helpen bij) contacten met organisaties onderhouden), het opbouwen van een werkrelatie met het gezin (aansluiten bij het gezin, motiveren) tot en met technieken die gericht zijn op het bereiken van een gedragsverandering (gedragsoefening, feedback geven, herstellen gezagsverhoudingen). Hulpverleners zetten in de beginfase van de trajecten vooral in op het aansluiten bij het gezin, een emotionele band opbouwen, het stellen van doelen en het oppakken van meer praktische zaken. Later in het traject komt er meer



aandacht voor technieken die zich richten op het bewerkstelligen van een gedragsverandering, het aanleren van opvoedingsvaardigheden en het stellen van grenzen en regels. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een mix van zowel praktische ondersteuning als technieken gericht op gedragsverandering lijkt te helpen om de problematiek van GMCP te stabiliseren en in sommige gevallen zelfs een lichte vooruitgang te boeken.

Wanneer we kijken naar de technieken die hulpverleners inzetten bij GMCP zien we dat het merendeel van de technieken gericht waren op de ouders/verzorgers. Slechts in enkele gevallen werden ook kinderen benoemd als de 'ontvanger' van een bepaalde techniek. Dit blijkt ook uit de interviews met de hulpverleners, waarin ze aangeven dat het betrekken van het kind in de hulpverlening niet standaard is: hulpverleners maken per gezin een afweging of het wenselijk is om het kind te betrekken. Dit is vaak afhankelijk van de plek van het kind in het gezin, eigenschappen van het kind en van het type problemen waar het GMCP mee worstelt. Eerder onderzoek van Tausendfreund (2015) toonde ook aan dat in de hulpverlening voor GMCP met name de aandacht werd gegeven aan de ouders/verzorgers en dat kinderen maar weinig betrokken werden. In de interviews is door hulpverleners het betrekken van het kind bij de hulpverlening als bevorderende factor in de hulpverlening genoemd; ouders en/of verzorgers hebben dit niet als bevorderende factor genoemd. Nader onderzoek zou moeten achterhalen of het meer en vaker betrekken van kinderen bij de hulpverlening wenselijk en effectief is.

De tweede doelstelling betrof het achterhalen van bevorderende en belemmerende factoren vanuit het perspectief van hulpverleners en GMCP ten aanzien van het zoeken en gebruiken van zorg door GMCP. In de interviews met zowel hulpverleners als ouders en verzorgers komt een aantal overeenkomsten naar voren wat betreft factoren die bevorderend zijn in de hulpverlening. Dit zijn: het hebben van een vertrouwensband met de hulpverlener, een respectvolle, open en niet veroordelende houding van de hulpverlener, het benoemen door de hulpverlener van positieve kenmerken of vaardigheden van het GMCP en het laten opdoen van succeservaringen, luisteren naar het GMCP en zodoende aansluiten bij het niveau, de situatie en behoeften van het GMCP, het geven van concrete handvaten voor het GMCP, een goede samenwerking tussen hulpverleners en organisaties (alle neuzen dezelfde kant op) en het snel kunnen inschakelen van hulp. Deze factoren zouden dus kunnen leiden tot meer effectiviteit van de hulpverlening.

Het hebben van een vertrouwensband en daarmee het hebben van een vruchtbare werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener (ook wel "alliantie" genoemd) lijkt belangrijk te zijn in het hulpverleningstraject. Onderzoek van Van Hattum (2018) en van De Greef, Pijnenburg, Van Hattum, McLeod en Scholte (2017) ondersteunt deze bevinding: uit hun onderzoek komt naar voren dat een positieve alliantie significant samenhangt met positievere uitkomsten van de therapeutische behandeling voor gezinnen. Wat opvalt aan het onderzoek naar alliantie is dat dit zich tot op heden vooral gericht heeft op enkelvoudige allianties (De Greef et al, 2017; Van Hattum, 2018). Het werken met GMCP vereist echter de zorgverlener moet kunnen alliiëren met meerdere leden in het gezin. Dit sluit aan bij de

eerder gegeven aanbeveling om na te gaan of het betrekken van de kinderen in het gezin haalbaar en wenselijk is. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat hulpverleners die werken met GMCP dit maar in beperkte mate doen.

Uit de interviews kwam ook een belemmerende factor naar voren die zowel door hulpverleners als door GCMP is genoemd, namelijk de vele tijd die hulpverleners kwijt zijn aan verslaglegging. De interviews met de hulpverleners en met de ouders/verzorgers laten tevens zien dat een aantal factoren zoals de grote hoeveelheid verslaglegging en bureaucratie (wet- en regelgeving) een negatieve invloed hebben op de hulpverlening aan GMCP. Een onderzoek van Kruijer, de Jong, Van Niel en Hijzen (2008) stelt dat het met name de verantwoordelijkheid van bestuurders is om de complexiteit van wet- en regelgeving te reduceren. Op deze manier kunnen hulpverleners op de werkvloer hun discretionaire ruimte beter benutten en meer maatwerk leveren aan GMCP. Ook vanuit het perspectief van de ouders/verzorgers blijkt dat regels vaak (te) ingewikkeld zijn en dat daarom het regelen van bepaalde zaken lang duurt. Een recent verschenen rapport van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2018) sluit bij deze bevinding aan en concludeert ook dat ondanks de inspanningen van betrokken hulpverleners GMCP, gezien de complexiteit van de problemen, de over het algemeen geringe zelfredzaamheid en de ingewikkelde wet- en regelgeving, meer ondersteuning nodig hebben dan ze nu krijgen.

In de interviews noemen (alleen) de hulpverleners twee factoren als zijnde een bevorderende factor die het toepassen van specifieke technieken betreffen, terwijl uit het overzicht met uitgevoerde technieken (zie paragraaf 3.1.4) blijkt dat deze technieken niet of nauwelijks zijn toegepast in de hulpverlening aan GMCP. Enerzijds is dat het structureel bieden van emotionele ondersteuning, ongeacht de fase van het hulpverleningstraject. Dit wordt genoemd door de hulpverleners in de interviews als een bevorderende factor, terwijl uit het overzicht met uitgevoerde technieken blijkt dat deze techniek alleen geboden wordt aan het begin van het hulpverleningstraject. Naarmate het hulpverleningstraject vordert neemt het bieden van emotionele steun aan de ouders/verzorgers af. Anderzijds wordt ruimte om nazorg te kunnen bieden door de hulpverleners genoemd als bevorderende factor in de hulpverlening aan GMCP. Uit het overzicht met uitgevoerde technieken blijkt dat door geen enkele hulpverlener nazorg is geboden. Dit zou verklaard kunnen worden vanuit het feit dat het bieden van nazorg vaak geen onderdeel is van interventies. Hiermee wordt echter wel een belangrijke omissie in de hulpverlening aan GMCP aangehaald, omdat we weten uit eerder onderzoek dat "een vinger aan de pols" kunnen houden bij deze gezinnen na afronding van een interventie van belang is om te voorkomen dat gezinnen relatief snel terugvallen (Zoon & Berg- le Clercq, 2014).

De interviews laten tevens zien dat GMCP het soms ingewikkeld vinden dat er meerdere hulpverleners bij het gezin betrokken zijn, waardoor er volgens hen snel miscommunicatie ontstaat en gezinsleden veel tijd kwijt zijn aan het bijpraten van de hulpverleners. Dit wordt ondersteund door onderzoek van Steketee, Jansma, Gilsing (2015) waaruit ook blijkt dat deze gezinnen veel hulpverleners hebben die lang niet altijd goed met elkaar afstemmen en vaak hun eigen paden bewandelen bij het uitvoeren van een

hulpverleningstraject. Recentelijk ontwikkelde tools als “Samen1Plan” (Boelhouwer et al, 2019) sluiten hierop aan en proberen het, met name voor het gezin, ook overzichtelijk te houden door alle informatie in één plan te registeren inclusief gemaakte afspraken met verschillende hulpverleners. Het gezin is eigenaar van het plan en geeft betrokken hulpverleners toestemming om informatie in het dossier toe te voegen

Een andere mogelijkheid voor het verbeteren van hulp aan GCMP zou volgens hulpverleners kunnen zijn het buiten de protocollen om mogen werken zodat meer maatwerk kan worden geleverd. Hulpverleners geven nu namelijk aan dat de ruimte voor het leveren van maatwerk beperkt is. Dat heeft volgens recent onderzoek van Joossen et al (2019) te maken met het feit dat hulpverleners door de eigen organisatie en door landelijke wetgeving gedwongen worden om op een bepaalde manier ondersteuning te bieden aan GMCP, zodat de aanpak voor de eigen organisatie controleerbaar, meetbaar en afrekenbaar is (Joossen et al, 2019). Dat maakt het voor de hulpverleners lastig om buiten die richtlijnen te treden en na te gaan of er op een andere manier beter aangesloten kan worden bij de behoeften van GCMP. Eerder onderzoek laat ambivalente resultaten zien wat betreft het leveren van maatwerk aan GCMP (en dus buiten protocollen om werken) (Holwerda et al., 2014; Steketee et al., 2015; Zoon & Berg-le Clercq, 2014). Meer onderzoek zal moeten uitwijzen wat de meest optimale manier van hulpverlening is.

#### **4.2 Nieuwe inzichten wat betreft onderzoek onder GMCP**

De ervaringen tijdens dit onderzoek geven een aantal nieuwe inzichten wat betreft het goed opzetten en uitvoeren van onderzoek naar de hulpverlening aan GMCP. Ten eerste laat het onderzoek zien dat het belangrijk is om de belasting voor de deelnemers, zowel hulpverleners als GMCP, zo klein mogelijk te houden. Dat betekent dat er goed moet worden gekeken welke gegevens daadwerkelijk moeten worden verzameld om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. Hulpverleners zouden meer betrokken kunnen worden bij de invulling van het onderzoek (bijvoorbeeld ten aanzien van de maximale invultijd van een vragenlijst). Gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten zijn soms lastig te begrijpen voor GMCP, bijvoorbeeld als gevolg van veel dubbele ontkenningen in de vraagstelling. Meer werken met schaalvragen of iconen (afbeeldingen) zou daarbij een goed alternatief kunnen zijn voor deze doelgroep (Bartelink, 2013).

Ten tweede is het belangrijk om te voorkomen dat hulpverleners denken GMCP te moeten beschermen tegen deelname aan onderzoek. Wanneer de belasting voor de hulpverlener en voor de gezinnen beperkt is, neemt dat een barrière weg voor wat betreft de werving. Deze terughoudendheid van hulpverleners zorgt er vaak voor dat de inclusie van gezinnen stroef verloopt en het wegnemen van deze barrière kan de instroom van gezinnen ten goede komen.

Ten derde laat het onderzoek de noodzaak zien om onderzoek naar de hulpverlening aan GMCP zoveel mogelijk vorm te geven in co-creatie met hulpverleners en gezinnen. Waar is vanuit hulpverleners en vanuit GMCP behoefte aan? Een goede afstemming daarop vergroot het draagvlak op de werkvloer bij hulpverleners en bij gezinnen. Dat vergroot

vervolgens weer de motivatie van hulpverleners en GMCP om mee te werken aan het onderzoek.

Een vierde nieuw inzicht op basis van het huidige onderzoek is dat er goed moet worden gekeken welk onderzoeksdesign past bij de doelgroep en de onderzoeksvraag. Het hanteren van complexe onderzoeksdesigns (zoals een randomized controlled trial of een stepped-wedge design) is duidelijk niet realiseerbaar in de praktijk van het werken met GMCP. Andere onderzoeksdesigns (zoals quasi-experimentele designs) lijken daarbij beter haalbare alternatieven. Met het quasi-experimentele design binnen onderzoek naar de effectiviteit van hulpverlening aan GMCP zijn inmiddels positieve ervaringen op gedaan door het consortium Zwarte Opvoedproblemen en Multiprobleemgezinnen (het UMCG/Gezondheidswetenschappen leidt dit consortium) (Visscher et al., 2018; 2019).

### **4.3 Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten van het onderzoek en de nieuwe inzichten zoals beschreven in de voorgaande paragraaf doen we een aantal aanbevelingen voor de praktijk, voor vervolgonderzoek, voor beleid, bestuur en het onderwijs.

#### ***Praktijk***

Een eerste aanbeveling voor de praktijk is om in de behandeling van GMCP te richten op het opstellen van kleine concrete en haalbare doelen op de verschillende levensdomeinen die betrekking hebben op de algehele zelfredzaamheid. Dit onderzoek laat zien dat de zelfredzaamheid op verschillende domeinen licht toeneemt. Eerder onderzoek (Tausendfreund, 2015) laat zien dat het stellen van kleine concrete doelen een werkzame factor is in de behandeling van GMCP. Dit geeft GMCP op de korte termijn succeservaringen, die van belang zijn om de zelfredzaamheid te stabiliseren en/of te verbeteren.

Een tweede aanbeveling voor de praktijk op basis van dit onderzoek is om te investeren in het opbouwen van een vertrouwensband met alle gezinsleden die betrokken zijn in het hulpverleningstraject, op basis van gelijkwaardigheid en een open en transparante houding. Wanneer door iedere betrokkene gewerkt wordt aan een goede alliantie (band tussen hulpverlener en gezinsleden) dan kan dit bij alle GMCP-gezinsleden leiden tot meer motivatie om mee te werken aan het oplossen van de problemen en daarmee te komen tot een positiever hulpverleningsresultaat (De Greef et al., 2017; van Hattum, 2018).

Een derde aanbeveling voor de praktijk op basis van dit onderzoek is een betere afstemming van de samenwerking tussen hulpverleners die werken met GMCP. Gezinnen ervaren het als positief wanneer ze één hulpverlener als aanspreekpunt hebben en wanneer deze hulpverlener ook verantwoordelijk is voor het up-to-date houden van de andere betrokken partijen. Een voorbeeld van een instrument dat hulpverleners en gezinnen in staat stelt om dit overzicht goed te houden is Samen1Plan (Boelhauer et al, 2019). Het gezin is eigenaar van het plan en geeft betrokken hulpverleners toestemming om informatie in het dossier toe te voegen. Dit sluit aan bij het concept van meer 'persoonsgerichte zorg', waarbij gezinnen actiever bij de hulpverlening worden betrokken en daardoor als

gelijkwaardige partners in de hulpverlening worden beschouwd (Health Innovation Network, 2019).

### **Onderzoek**

Het verloop van dit onderzoek laat zien hoe moeilijk het is om onderzoek te doen naar de effecten van zorgverlening aan GMCP. Meer complexe onderzoeksdesigns zoals een randomized controlled trial of een stepped-wedge design zijn vaak niet te realiseren in de praktijk van de zorg voor GMCP. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook om te werken met quasi-experimentele designs zoals observationeel onderzoek met propensity-score matching om groepen vergelijkbaar te maken qua uitgangssituatie en multiple casestudie onderzoek. Daarnaast kan kwalitatief onderzoek (bijvoorbeeld interviews) ter ondersteuning van de kwantitatieve gegevens helpen om de resultaten beter te duiden. Het betrekken van hulpverleners en ouders/verzorgers en kinderen bij de vraagarticulatie en invulling van het onderzoek kan helpen om het onderzoek succesvoller te kunnen uitvoeren.

Een tweede aanbeveling voor vervolgonderzoek is om na te gaan of er in de behandeling van GMCP meer aandacht besteed zou moeten worden aan het betrekken van het kind/de kinderen binnen het gezin. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat kinderen maar weinig betrokken worden in de hulpverlening en dat sommige, maar niet alle, geïnterviewde hulpverleners aangaven dat dit wellicht wel gewenst is. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of het betrekken van kinderen in de hulpverlening haalbaar en wenselijk is en zo ja, bij welk soort problematiek en bij welke GMCP (ouders/verzorgers en kinderen).

Een derde aanbeveling op basis van de resultaten is om meer onderzoek te doen naar het aangaan van meervoudige allianties binnen GMCP. Een enkelvoudige alliantie betreft de samenwerkingsrelatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Een meervoudige alliantie betekent dat een hulpverlener die werkt met GMCP met ieder gezinslid individueel een samenwerkingsrelatie opbouwt, maar ook in staat is om met het gezin als geheel samen te werken. Eerder onderzoek laat zien dat een goede enkelvoudige alliantie een positieve invloed heeft op de uitkomsten van het hulpverleningstraject (De Greef et al., 2017; van Hattum, 2018). Mogelijk is dit nog sterker het geval bij een meervoudige alliantie, hiernaar is verder onderzoek nodig.

Een vierde aanbeveling voor vervolgonderzoek is om na te gaan in hoeverre het standaard bieden van nazorg positievere resultaten oplevert voor GMCP op de langere termijn. Nazorg is nu vaak geen onderdeel van interventies, terwijl uit de interviews blijkt dat GMCP en hulpverleners dit vaak wel wenselijk vinden. Onderzoek is nodig naar de beste vormgeving van deze nazorg (inhoud, frequentie en duur) en de effecten daarvan.

### **Bestuur en beleid**

Een aanbeveling voor bestuur en beleid is het ondersteunen van meer domein overstijgend samenwerken tussen hulpverleners, waarbij hulpverleners hetzelfde doel voor ogen hebben in het belang van het gezin. Organisaties die hulpverleners aan GMCP kunnen nog beter en efficiënter afstemmen maar dat vraagt van organisaties een andere manier van werken met mogelijk een nieuwe interpretatie en invulling van de eigen rol binnen en buiten een

organisatie. Dat vergt ook op bestuurlijk en beleidsmatig niveau aanpassingen, die hulpverleners ook in staat stellen om deze samenwerking meer domein overstijgend vorm te kunnen en mogen geven. Uit ons onderzoek blijkt dat hulpverleners die de grenzen van de eigen organisatie willen opzoeken en willen doen wat nodig is, namelijk het leveren van maatwerk, vaak tegen de grenzen aanlopen van het verantwoordingsregime. Heb je als hulpverlener binnen een organisatie gedaan wat is afgesproken? Er lijkt daarom een uitdaging te liggen in het kunnen vinden van een dynamische balans voor het kunnen en mogen uitvoeren van maatwerk en het binnen de vooraf gestelde kaders werken. Daarbij dient het gezamenlijke succes van de betrokken organisaties centraal te staan, in plaats van het afzonderlijke succes van organisaties. Joosse en collega's (2019) geven in hun rapport aan naar dit soort vraagstukken de komende jaren onderzoek te gaan doen, vanuit de complexiteitswetenschappen.

### **Onderwijs**

Een eerste aanbeveling voor het onderwijs op basis van het huidige onderzoek is om (toekomstige) hulpverleners optimaler toe te rusten voordat ze op de arbeidsmarkt verschijnen om met GMCP aan de slag te gaan. Het is daarbij belangrijk om meer aandacht te besteden aan het leren samenwerken met hulpverleners vanuit verschillende disciplines en organisaties. Omdat op een goede manier te kunnen doen is het aanleren van reflectieve vaardigheden belangrijk. Reflectie speelt een belangrijke rol, omdat professionals in staat gesteld dienen te worden om gedegen, breed en diep te reflecteren en samen met collega's te werken aan verbetering van de eigen handelingspraktijk door regelmatige intervisie. Door dit in het onderwijs explicieter aan bod te laten komen, zullen professionals dit vervolgens beter in de praktijk tot uitvoering kunnen brengen en zal het bijvoorbeeld de samenwerking ten goede komen.

Een tweede aanbeveling voor het onderwijs is om meer aandacht te besteden aan het concept van 'persoonsgerichte zorg', waarbij gezinnen actiever bij de hulpverlening worden betrokken en als gelijkwaardige partners in de hulpverlening worden beschouwd. Dat geldt zowel voor het betrekken van de ouders/verzorgers als voor het betrekken van de kinderen, ook gerelateerd aan het concept van meervoudige alliantie (zoals eerder besproken in de aanbevelingen voor de praktijk). In het verlengde daarvan ligt een betere afstemming van de samenwerking tussen hulpverleners van verschillende organisaties die werken met GCMP.

### **4.4 Conclusie**

Het huidige onderzoek laat zien dat de diversiteit en complexiteit van de problematiek het tot een hele uitdaging maakt om effectieve hulpverlening te bieden aan GMCP. De bevindingen laten ook zien dat GMCP toch relatief gelukkig zijn met hun leven, met in achtneming van de problematiek die speelt binnen het gezin. Daarnaast gaf het onderzoek inzicht in de onderdelen van het hulpverleningstraject die veelbelovend lijken te zijn en daarnaast in de belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen in het hulpverleningsproces. Dit onderzoek levert een aantal aanknopingspunten op om hierin

verbeteringen te bereiken, met een voorbehoud bij de generaliseerbaarheid van de resultaten vanwege de kleine onderzoekspopulatie. Ze kunnen een aanzet geven tot verbetering van de zorg voor GMCP door de hulpverleners, onderzoekers, bestuurders en beleidsmakers en het onderwijs en zo bijdragen aan effectievere hulpverlening aan GMCP.

## Referenties

Assen, A.G., Knot-Dickscheit, J., Post, W.J., & Grietens, H. (2019). Het effect van intensieve pedagogische thuishulp op kinduitkomsten, kindermishandeling en uithuisplaatsing. In Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E.J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en praktijk*. Rotterdam: Lemniscaat.

Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie?* Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Boelhouwer, M.D., Aukes, N. & Loukens, E.H.M. (2019). Samen1Plan: Effectief en efficiënt samenwerken in zorgtrajecten voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. In Knot-Dickscheit, J. & Knorth, E.J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Theorie en praktijk*. Rotterdam: Lemniscaat.

Bodden, D. H. M., & Dekovic, M. (2010). *Multiprobleemgezinnen ontrafeld*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 49, 259-271.

De Greef, M., Pijnenburg, H.M., Van Hattum, M.J.C., McLeod, B.D., & Scholte, R.H.J. (2017). Parent-professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 961-976.

Drost, J. (2010). *Maatschappelijke participatie door (jonge) mensen met een licht verstandelijke beperking*. Lectorale Rede Noordelijke Hogeschool Leeuwarden.

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.

Evers, J. (2015). *Kwalitatieve analyse: kunst en kunde*. Boom Lemma Uitgevers.

Hattum, van, M. (2018). *Samenwerken als uitdaging voor effectieve jeugd- en opvoedhulp*. Hogeschool Arnhem Nijmegen, lectorale reden.

Health Innovation Network (2019).

[https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor\\_assets/attachments/41/what\\_is\\_person-centred\\_care\\_and\\_why\\_is\\_it\\_important.pdf](https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf)

Holwerda, A., Reijneveld, S.A., & Jansen, D.E.M.C. (2014). *Effectiviteit van de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht*. Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Gezondheidswetenschappen, Groningen.



Joose, H., Teisman, G., Verschoor, S., & van Buuren, A. (2019). *Wanneer vele handen het werk niet lichter maken. Een complexiteitsbenadering voor gezinnen en instanties met multiproblematiek*. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam.

Kann-Weedage, D., Zoon, M., Addink, A., van Boven, J., Berger, M. & de Wilde, E.J. (2017). *Aantal en kosten van multiprobleemgezinnen in Almelo*. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Kruiter, A.J., Jong, de, J., Niel, van, J., & Hijzen, C. (2008). *De rotonde van Hamed. Maatwerk voor mensen met meerdere problemen*. Nicis Insitute.

Lauriks, S., Buster, M., de Wit, M., van de Weerd, S., Theunissen, V., Schönenberger, M. & Fassaert, T. (2013). *Zelfredzaamheidsmatrix-2013*. Handleiding. GGD Amsterdam, gemeente Rotterdam.

Lünnemann, K., Loeffen, M., Steketee, M., Hoefsloot, T., & Bel, K. (2017). *Domeinoverstijgende aanpak MPG. Voorbij de scheiding tussen veiligheidsdomein en zorgdomein*. Verwey Jonker Instituut/RaderAdvies, Utrecht.

Matos, A.R., & Sousa, L. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18:1, 65-80.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, (2018). *Werk en inkomen als partner in integrale dienstverlening: een moeizame relatie. Een onderzoek naar de gemeentelijke dienstverlening aan gezinnen met multiproblematiek en dak- en thuislozen*.

Morris, K. (2013). *Troubled families: vulnerable families' experiences of multiple service use*. *Child & Family Social Work*, 18(2), 198-206.

Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Schaarste. Hoe gebrek aan tijd en geld ons gedrag bepalen*. Maven Publishing B.V. Amsterdam (vertaling door I. van den Elskamp en F. van der Waa).

Nanninga M., Jansen D.E.M.C., Knorth E.J, Reijneveld, S.A. (2018). Enrolment of children in psychosocial care: problems upon entry, care received, and outcomes achieved. *European Child Adolescent Psychiatry* 27: 625–35.

Oldehinkel AJ, Rosmalen JGM, Buitelaar JB, Hoek HW, Ormel J, Raven D, Reijneveld SA, Veenstra R, Verhulst FC, Vollebergh WAM, Hartman CA (2015). Cohort Profile update. The 'TRacking Adolescents' Individual Lives Survey' (TRAILS). *Int J Epidemiol*; 44: 76-76n.

Pannebakker N.M., Kocken P.L., Theunissen M.H., Van Mourik K., Crone M.R., Numans M.E., Reijneveld S.A. Services use by children and parents in multiproblem families. *Child Youth Services Review* 2018; 84: 222-8.

Pommer, E. en J. Boelhouwer (red.) (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015*. Den Haag: SCP.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012). *Ontzorgen en normaliseren: naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: RMO.

Rots-De Vries, C., Goor, I. van de, Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: Intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211–219.

Steege, van der, M., Ligtermoet, I., Lekkerkerker, L., & van der Vliet, E. (2013). *Methodiekhandleiding IAG*. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Steege, van der, M., & Zoon, M. (2015). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. NVO, BPSW en NIP.

Steketee, M., Jansma, A., & Gilsing, R. (2015). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen. Ervaringen uit Rotterdam*. Verwey Jonker Instituut, Utrecht.

STJ/TSD [Samenwerkend Toezicht Jeugd / Toezicht Sociaal Domein] (2013). *Leren van calamiteiten. Veiligheid van kinderen in kwetsbare gezinnen*. Utrecht.

Tausendfreund, T. (2015). *Coaching families with multiple problems*. Dissertation. University of Groningen, Groningen.

Van Hattum, M. & Van Hal, L. (2015). Meervoudig Samenwerking tussen hulpverleners in gezinnen met meervoudige problemen. *Vakblad Sociaal Werk*, Uitgave 6/2015.

Verhage, V., Noordik, E., Knorth, E. J., & Reijneveld, S. A. (2016). Cohort Profile: Tracing Achievements, Key processes and Efforts in professional care for Children and Adolescents REsearch; TAKECARE. *International Journal of Epidemiology*, 45(6), 1767-1775.

Verhallen, T. (2013). *Gezinsinterventies bij Nederlandse en Nederlands Curaçaose 'multiprobleem' gezinnen*. Den Haag: Boom Lemma.

Visscher, L., Evenboer, K.E., Jansen, D.E.M.C., Scholte, R.H.J., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J.W., Reijneveld S.A., van Yperen, T.A (2018). Identifying practice and program elements of

interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, p.64-70.

Visscher, L., Jansen D.E.M.C., Evenboer, K.E., van Yperen, T.A., Reijneveld, S.A., Scholte, R.H.J. (2019). Interventions for families with multiple problems: similar contents but divergent formats. *Child and Family Social Work* (prepub).

Wachter D. de, Vandewalle S., Vansteelandt K., Vanderlinden J. en Lange A. (2018) Een psychometrische verkenning van de Nederlandse versie van de Family Assessment Device. [www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

Zoon, M. & Berg-le Clercq, L. (2014). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen?* Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

## Bijlage 1. Informatiefolder voor hulpverleners

### *Achtergrond en doel van het onderzoek*

Tot nu toe zijn er nog geen bewezen effectieve hulpverleningsprogramma's om de situatie van gezinnen op meerdere levensgebieden te verbeteren. Daarnaast is veel onderzoek naar de aangeboden zorg gericht op de interventie als 'totaalpakket'. Er zijn wel aanwijzingen voor wat zou kunnen werken in het oplossen van deze problemen, het verhogen van de participatie en het vergroten van de zelfredzaamheid van deze gezinnen. Het doel van dit onderzoek is om meer kennis te verkrijgen over wat werkt (en wat niet werkt) voor gezinnen met meervoudige problematiek (MPG). Daarbij proberen we inzicht te krijgen in het handelen van professionals bij de hulpverlening aan deze gezinnen, om zo de zorg voor deze gezinnen te optimaliseren.

### *Wie zijn MPG?*

Binnen dit onderzoek hanteren we de volgende omschrijving van een MPG: *'een gezin met minstens één volwassene en minstens één kind van 4-18 jaar, die samenleven in een gezamenlijk huishouden. Ze ondervinden dermate hinder van meervoudige/complexere problematiek op het gebied van opvoeding, sociaaleconomisch en/of psychosociaal gebied dat intensieve hulpverlening en maatwerk noodzakelijk is'.*

### *Wat levert het u als professional op?*

Uw bijdrage aan dit onderzoek kan veel waardevolle informatie opleveren om de hulpverlening aan deze gezinnen te verbeteren. Het onderzoek biedt instellingen een unieke kans om meer kennis te krijgen over de werkzame elementen van de door hen aangeboden interventies. Deze kennis levert ook op individueel niveau waardevolle kennis op. U krijgt als professional meer inzicht in uw eigen handelen en het effect daarvan. Bovendien kunnen de resultaten uit het onderzoek teruggekoppeld.

### *Vragenlijsten invullen*

Als hulpverlener vult u per deelnemend gezin vier keer een vragenlijst in over een termijn van twee jaar. Het invullen van deze vragenlijst duurt circa 15 minuten. Daarnaast vragen we u om éénmalig achtergrondvragen over uzelf in te vullen. Naast de hulpverleners vragen we ook ouder(s)/verzorger(s) en jongeren (>12 jaar) om een vragenlijst in te vullen. Daarnaast willen we ook eenmalig een interview afnemen bij hulpverleners.



### *Heeft u nog vragen?*

Contactpersoon: Dr. E. (Els) Evenboer (telnr. 050 361 6635) Of stuur een email naar [come-onderzoek@umcg.nl](mailto:come-onderzoek@umcg.nl) of [k.e.evenboer@umcg.nl](mailto:k.e.evenboer@umcg.nl)

## **Bijlage 2. Informatiefolder voor ouders/verzorgers**

### ***Doe mee aan het onderzoek!***

Het onderzoek richt zich op de hulpverlening die gezinnen ontvangen. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp voor het beter leren omgaan met moeilijke situaties die zich thuis kunnen voordoen. We willen u graag uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek. We zijn benieuwd naar uw ervaringen met deze hulpverlening maar zijn ook geïnteresseerd in meer persoonlijke dingen. Zo willen we bijvoorbeeld graag weten wat de sterke kanten van uw zoon/dochter zijn, waar uw hij/zij meer moeite mee heeft en hoe u met elkaar om gaat. We volgen ook andere jongeren en ouders/verzorgers die allemaal dezelfde soort vragen zullen beantwoorden.

### ***Vragenlijsten invullen***

Als deelnemer aan het onderzoek vult u vier keer een vragenlijst in. Als uw zoon of dochter 12 jaar of ouder is kan hij of zij ook zelf een vragenlijst invullen. De eerste vragenlijst ontvangt u binnenkort. De tweede vragenlijst krijgt u een half jaar nadat u de eerste vragenlijst heeft ingevuld. De derde vragenlijst volgt weer een half jaar later en de vierde vragenlijst verschijnt weer een half jaar later. Een vragenlijst invullen duurt ongeveer 45 minuten.

### ***Geef uw eigen mening***

We zijn erg benieuwd naar uw mening! De antwoorden die u in de vragenlijst geeft zijn volledig anoniem. Dat wil zeggen dat we de antwoorden die u geeft aan niemand laten zien. De onderzoekers bewaren de antwoorden veilig zodat niemand anders weet wat u hebt geantwoord.

### ***Doet u mee?***

Meedoen betekent dat u meehelpt om de hulpverlening aan gezinnen te verbeteren. Wanneer u meedoet kunt u nog steeds op elk moment met het onderzoek stoppen. Het wel of niet deelnemen aan het onderzoek heeft geen invloed op de hulpverlening die u nu ontvangt.

### ***Cadeautje***

Het invullen van de vragenlijsten kost tijd. Daarom geven we u als bedankje voor elke ingevulde vragenlijst een VVV Cadeaubon ter waarde van 10 euro. Als uw zoon of dochter ook meedoet aan het onderzoek, krijgt hij of zij na het invullen van elke vragenlijst ook een eigen VVV Cadeaubon.

### ***Nog vragen over het COME-ON onderzoek?***

Contactpersoon: Dr. E. (Els) Evenboer (telnr. 050 361 6635). Of stuur een email naar [come-onderzoek@med.umcg.nl](mailto:come-onderzoek@med.umcg.nl).

## **Bijlage 3. Informatiefolder voor jongeren**

### ***Doe mee aan het onderzoek!***

Het onderzoek richt zich op de hulpverlening die gezinnen ontvangen. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp voor het beter leren omgaan met moeilijke situaties thuis. We willen je graag uitnodigen om deel te nemen aan het onderzoek! Met dit onderzoek willen we je graag een tijd lang volgen bij de hulpverlening die jij en je gezin ontvangen. We zijn benieuwd naar jouw ervaringen met de hulpverleningen maar zijn ook geïnteresseerd in andere dingen over jou. We willen bijvoorbeeld graag weten wat je sterke kanten zijn, waar je moeite mee hebt, hoe het met je gaat op school, thuis en in je vrije tijd. We volgen ook andere jongeren en ouders/verzorgers die allemaal dezelfde soort vragen beantwoorden.

### ***Vragenlijsten invullen***

Als deelnemer aan het onderzoek vul je vier keer een vragenlijst in. De eerste vragenlijst ontvang je binnenkort. De tweede vragenlijst krijg je een half jaar nadat je de eerste vragenlijst hebt ingevuld. De derde vragenlijst volgt na een jaar en de vierde vragenlijst verschijnt weer een half jaar later. Ook als je geen hulp meer ontvangt is het invullen van de vragenlijst nuttig voor ons! Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 45 minuten.

### ***Geef je eigen mening***

We zijn erg benieuwd naar jouw mening! De antwoorden die je in de vragenlijst geeft zijn volledig anoniem. Dat wil zeggen dat we de antwoorden die je geeft aan niemand laten zien, ook niet aan je ouders. De onderzoekers bewaren de antwoorden veilig zodat niemand anders weet wat jij hebt geantwoord.

### ***Doe je mee?***

Meedoen betekent dat je meehelpt om de hulpverlening aan gezinnen te verbeteren. Wanneer je nu meedoet, maar je later bedenkt, kun je nog steeds met het onderzoek stoppen. We willen ook graag een van je ouders of verzorgers vragen om mee te doen aan het onderzoek.

### ***Cadeautje***

Het invullen van de vragenlijsten kost tijd. Daarom geven we je als bedankje voor elke ingevulde vragenlijst een VVV Cadeaubon ter waarde van 10 euro. Als een van je ouders of verzorgers ook meedoet, krijgt die na het invullen van elke vragenlijst ook een VVV Cadeaubon.

***Nog vragen?*** Contactpersoon: Dr. E. (Els) Evenboer (telnr. 050 361 6635). Of stuur een email naar [come-onderzoek@med.umcg.nl](mailto:come-onderzoek@med.umcg.nl).

## **Bijlage 4. Overzicht van de technieken die hulpverleners konden aangeven**

### **A: Opbouwen en onderhouden van een werkrelatie**

- A1 Kennismaken
- A2 Invoegen
- A3 Bieden van emotionele steun
- A4 Communicatie over of feedback op de samenwerking en de hulpverlening
- A5 Conflicthantering
- A6 Motivatie vergroten

### **B: Verzamelen van informatie**

- B1 Bespreken van de hulpvraag van het gezin
- B2 Bespreken van de perceptie van het gezin op mogelijke oplossingen
- B3 Bespreken van krachten in en om het gezin
- B4 Doelen stellen met het gezin
- B5 Evalueren/aanpassen van doelen en het hulpverleningsproces
- B6 Werkpunten stellen met gezin
- B7 Evalueren/aanpassen van werkpunten
- B8 Informatie inwinnen via (participerende) observatie
- B9 Informatie door middel van gesprekken
- B10 Werken met observatie en (huiswerk)opdrachten
- B11 Bespreken problemen in de communicatie en interactie tussen gezinsleden
- B12 Competentieanalyse
- B13 Netwerkanalyse
- B14 Analyse van veiligheid
- B15 Analyse van vrijetijdsbesteding
- B16 Analyse van functioneren op school
- B17 Introduceren en afnemen van vragenlijsten
- B18 Nabespreken van vragenlijsten
- B19 Maken en bespreken van video-opnamen
- B20 Maken genogram

### **C Werken aan (gedrags)verandering**

- C1 Bespreken van een specifieke situatie of probleem in het gezin
- C2 Een probleem in observeerbaar gedrag beschrijven
- C3 Instructies en adviezen voor gedragsverandering
- C4 Gedragsoefening
- C5 Feedback geven op gedrag
- C6 Bespreken en oefenen van dagelijkse routine en het dagelijks functioneren van het gezin
- C7 Activerende huishoudelijke begeleiding
- C8 Oefenen communicatie en interactie in het gezin

- C9 Werken aan vaardigheden voor het omgaan met cognities en emoties
- C10 Werken aan de gezagsverhoudingen in het gezin
- C11 Werken aan de samenwerking tussen opvoeders
- C12 Informeren over en oefenen van opvoedingsvaardigheden
- C13 Interventies rondom vrijetijdsbesteding
- C14 Aandacht voor psychische en/of verslavingsproblematiek
- C15 Aanbieden van therapeutische materialen
- C16 Stimuleren of geven van educatie
- C17 Nazorg
- C18 Potlood en papiertraining (problemen oplossen)
- C19 Storende en helpende gedachten
- C20 Thermometer en 1<sup>e</sup> hulpkaart
- C21 Opstellen veiligheidsplan
- C22 Oplossingsgerichte gesprekstechnieken hanteren
- C23 Stimuleren ouderlijke betrokkenheid
- C24 Werken aan sociale vaardigheden jeugdige
- C25 Gezinsoverleg

**D: Oplossingen en ondersteuning in de omgeving vinden**

- D1 Mobiliseren van sociale steun en het opbouwen van een sociaal netwerk
- D2 Ondersteunen bij contact met instanties
- D3 Begeleiden bij contact met instanties
- D4 Verwijzen naar dienst- of hulpverlenende instanties
- D5 Verwijzen naar lotgenotencontact

**E: Taken verlichten**

- E1 Ondersteunende en activerende huishoudelijke begeleiding
- E2 Hulp bij administratie en financieel beheer
- E3 Gezinslid bij crisis elders onderbrengen
- E4 Afstemmen met externe hulpverleners
- E5 Organiseren van zorg



## Bijlage 5. Overzicht van meetinstrumenten

### Hulpverlener (eenmalige vragenlijst)

Onderwerp	Vragenlijst
Achtergrond kenmerken	Leeftijd, geslacht, organisatie, afdeling, huidige functie, beroepsopleiding, aantal jaren werkzaam als zorgverlener, aantal jaren werkzaam als zorgverlener MPGs
Culturele sensitiviteit	Groningen Reflection Ability Scale (GRAS, Seeleman)
Communicatie	Verwachtingen over communicatie

### Hulpverlener

Onderwerp	Vragenlijst
Zelfredzaamheid ouder(s)/verzorger(s)	Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM)
Kindermishandeling	GGD Monitor
Geestelijk en sociaal functioneren ouder/verzorger	Cansas (verkort)
Communicatie	Hoe verloopt communicatie met ouder/verzorger en/of jongere
Technieken	Welke technieken (activiteiten/handelingen) heeft een professional uitgevoerd gedurende de contactmomenten?

### Ouder(s)<sup>1</sup>

Onderwerp	Vragenlijst
Zorggebruik (verleden)	TIC-P
Verwachtingen over de toekomst van kind	Future expectations (Trails)
School functioneren	Schoolfunctioneren (ouderversie) (C4Youth)
Psychosociale problemen kind/jongere	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (tot 18 jr) (C4Youth/Stepping Stones)
Communicatie met hulpverlener	TakeCare/C4Youth
Omgaan met de hulpverlening	Verwachtingen over hulpverlening (C4Youth)
Sociaal netwerk	GezinsVragenlijst (GVL), de subschaal 'sociaal netwerk' (C4Youth)

<sup>1</sup> Ouder vult vragenlijst in voor **oudste kind**

Gezinsfunctioneren	Family Assessment Device (FAD) (TRAILS)/ Nederlandse versie van de 'General Functioning Scale' van de McMaster Family Assessment Device (FAD) (C4Youth )
Huiselijk geweld	Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) Short Form
Achtergrondkenmerken ouder(s)	Leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau, burgerlijke staat, werkstatus, gezinsstructuur
Inkomen/armoede	Heeft u het afgelopen jaar moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen? (C4Youth/GGD Monitor) Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden? (C4Youth/GGD Monitor)
Gezondheid ouder (kwaliteit van leven)	SF12 MHI5 EQ-5D
Tevredenheid met levenssituatie	Happiness and Satisfaction (Trails, T4)
Verslaving /middelengebruik ouder	Trails T3
Zorggebruik (heden)	TIC-P deel 1 (zorggebruik & productiviteitsverlies)
Achtergrondkenmerken kind (check)	Land van herkomst, algemene gezondheid, opleidingsniveau
Zelfredzaamheid	Zelfredzaamheidsmatrix (Mijn ZRM)

### Jongere (vanaf 12 jaar)

Onderwerp	Vragenlijst
Achtergrondkenmerken kind	Leeftijd, geslacht, land van herkomst, opleidingsniveau
Verwachtingen over de toekomst	Future expectations, Trails (T4 codeboek)
Tevredenheid over levenssituatie	Happiness and Satisfaction (Trails, T4 codeboek)
Psychosociale problemen kind	SDQ (+ impact items)
Verslaving kind	Alcohol - & Drugsgebruik van jongere screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) (C4Youth)
School functioneren	Kindversie (C4Youth)
Pesten en gepest worden	GGD Monitor Gezondheid
Relatie ouder-kind	Trails (T4 codeboek, EMBU-C)
Kindermishandeling (vervelende gebeurtenissen)	GGD Monitor Gezondheid
Werk/bijbaantje (>15 jaar)	C4Youth
(Vrije)Tijdsbesteding	GGD Monitor Gezondheid

Participatie (dagelijkse leven)	Universiteit Twente
Zorggebruik verleden	TakeCare/C4Youth
Omgaan met de hulpverlening	TakeCare/C4Youth
Verwachtingen m.b.t. communicatie	TakeCare/C4Youth
Eigen gezondheid	TakeCare/C4Youth

## **Bijlage 6. Inhoud van de training van gerechtsdeurwaarders**

Als onderdeel van het project is een training georganiseerd voor gerechtsdeurwaarders in samenwerking met de organisatie Syncasso, een incasso- en deurwaardersorganisatie, omdat de gerechtsdeurwaarders wel veel te maken hebben met de GMCP doelgroep en ze van huis uit niet opgeleid zijn om alle signalen van problemen op meerdere leefgebieden op te vangen is er een. De gerechtsdeurwaarders gaven aan dat ze het lastig vinden om op een 'juiste' manier met deze gezinnen te communiceren en ze op een nette manier te (blijven) bejegenen. De grote mond aan de voordeur kan soms een achterliggende oorzaak hebben en heeft niet altijd te maken met onwil. Een relatief groot gedeelte van de groep GMCP heeft namelijk te maken met een licht verstandelijke beperking en analfabetisme. Dit kan tot gevolg hebben dat mensen brieven van de gerechtsdeurwaarder (of een andere organisatie) bijvoorbeeld niet kunnen lezen en ze snappen niet goed wat er van ze gevraagd wordt. In het kader daarvan is er in samenwerking met een GZ-psycholoog/orthopedagoog met veel kennis en ervaring op het gebied van werken met mensen met een lichtverstandelijke beperking en GMCP (Dr. Jelle Drost, werkzaam bij Reik) een trainingsdag georganiseerd.

De presentatie, getiteld "Van kansarm naar kansrijk: anders kijken biedt nieuw perspectief", startte met een inleiding van de kenmerken van de doelgroep en een probleemschets. Daarbij is ook uitgebreid aandacht besteed aan het herkennen van kenmerken van een lichtverstandelijke beperking en laaggeletterdheid en wat dit betekent voor de zelfredzaamheid van GMCP. Vervolgens zijn er op basis van een aantal casussen voorbeelden gegeven van hoe gerechtsdeurwaarders om zouden kunnen gaan met deze gezinnen. Daarbij speelde ook de schriftelijke informatie die GMCP onder ogen komt een belangrijke rol. Belangrijke boodschap daarbij was dat het gedrag van GMCP vaak wordt bestempeld als "niet meewerkend", maar dat daarachter een heel rijtje aan oorzaken verscholen zit waarvan het belangrijk is voor gerechtsdeurwaarders om daar rekening mee te houden. Daarnaast zijn er gedurende de training ook opdrachten uitgevoerd door de gerechtsdeurwaarders om zelf ook te ervaren hoe frustrerend het is wanneer er informatie met je wordt gedeeld, die niet meteen begrijpelijk en logisch is.

## **Tips voor de communicatie en omgang met MPG naar aanleiding van de training van gerechtsdeurwaarders**

### **Communicatie**

- Sluit aan bij het taalgebruik van de ouder
- Spreek met korte zinnen en met eenvoudige woorden
- Voorzichtig zijn met buitenlandse termen of begrippen
- Voorzichtig zijn met gezegden of spreekwoorden
- Eén vraag tegelijk te stellen
- Het spreektempo aanpassen (vertragen) en de ouder de tijd te geven om na te denken
- Terughoudend zijn met het stellen van vragen die ver van het alledaagse leven van de ouders afstaan
- Humor doseren en bij voorkeur geen ironie gebruiken
- Doorvragen, te herhalen en terug te vragen wat er is gezegd en/of afgesproken
- Concrete instructies geven
- Duidelijk zijn en concreet benoemen wat je ziet/hoort
- Te oefenen met de ouders door dingen voor te doen en/of het samen te doen waar mogelijk
- Gebruik maken van visuele middelen als video, poppetjes en tekenen
- Alert zijn dat je niet te kinderachtig gaat praten of gebruik gaat maken van kinderachtige voorbeelden of visuele middelen
- Vakjargon vermijden

### **Houding**

- Wees consequent en voorspelbaar in je eigen gedrag
- Wees duidelijk in wat je verwacht van de ander
- Wees ondersteunend en bied waar mogelijk extra hulp
- Voel je betrokken, maar laat je niet meeslepen in alle problematiek/hectiek
- Informeer een dag van tevoren of men nog weet van de afspraak

### **Bejegening**

- Neem de persoon serieus in zijn/haar doen en laten
- Goed luisteren
- Geef aan op welke wijze hij/zij regie heeft, laat hem/haar meepraten en meebeslissen
- Maak bij 'ingewikkelde' opdrachten of vragen een stappenplan. Maak bij taken die meerdere handelingen inhouden een eenvoudige stap-voor-stap instructie zodat mensen het kunnen teruglezen.

## Tips voor gerechtsdeurwaarders naar aanleiding van de training - actief luisteren

Actief	Niet actief
<b>Non-verbaal gedrag</b>	
Positieve, open lichaamshouding; vermijd afleidend gedrag.	Verveeld kijken; ongeïnteresseerde houding; waardeoordelen geven; geen oogcontact.
<b>Vragen stellen</b>	
Vragen stellen zonder er een quiz van te maken.	Niet doorvragen of dieper in gaan op de informatie.
<b>Samenvatten</b>	
In eigen woorden herhalen wat de ander zegt.	Niet controleren of je de ander goed begrepen hebt.
<b>Aandacht</b>	
Zwijgen en de discussie gericht houden op de ander.	Aandacht bij jezelf leggen en praten over je eigen situatie.
<b>Acceptatie</b>	
Gevoelens en ideeën van de ander accepteren. Meer informatie verkrijgen voordat je met aanbevelingen komt.	De gevoelens en ideeën van de ander afwijzen. Zelf suggesties aandragen.
<b>Empathie</b>	
Probeer jezelf in de positie van de ander te verplaatsen.	Je niet kunnen of willen verplaatsen in de positie van de ander.
<b>Advies</b>	
De ander om suggesties vragen en zelf alternatieven bieden.	Zelf 'de beste' oplossing aandragen en daarmee de keus van de ander beperken.

## Bijlage 7. Informatiefolder voor ouders/verzorgers voorafgaand aan het interview



We willen graag met u in gesprek! Waarom? Omdat we een beter beeld willen krijgen van de behoeften van gezinnen met betrekking tot de zorg en ondersteuning in Nederland. Wat vindt u van de manier waarop organisaties en deurwaarders met u praten? Wat zou er volgens u beter of anders kunnen? Daarnaast willen we ook met u in gesprek over dingen zoals uw (vrijwillgers)werk, hoe gelukkig u over het algemeen bent, waar u goed in bent en wat uw droom zou zijn voor de toekomst van u en uw kinderen. Uw mening kan ons helpen om de ondersteuning aan gezinnen te verbeteren en beter te laten aansluiten bij uw wensen! We stellen deze vragen ook aan heel veel andere gezinnen in Nederland.



### **Interview**

Als deelnemer aan het onderzoek wordt u éénmalig geïnterviewd. Dat duurt ongeveer 1.5 uur. Er komt dan een interviewer bij u thuis (of op een andere locatie als u dat prettiger vindt), op een moment dat u dat uitkomt. De antwoorden die u in het interview geeft zijn anoniem. Dat betekent dat we de antwoorden die u geeft aan niemand laten zien of doorvertellen.

### **Waardebbon**

Het afnemen van het interview kost tijd. Daarom geven we u als bedankje een cadeaubon ter waarde van 20 euro. Deze waardebbon krijgt u direct na afloop van het interview.



## Opgaveformulier interview

Ja, ik doe graag mee aan het onderzoek!

**Naam:** .....

**Adres:** .....

.....

.....

**Telefoonnummer:** .....

**Emailadres:** .....

De onderzoeker neemt na het invullen van de gegevens telefonisch contact met u op om af te spreken wanneer het interview zal worden afgenomen. U kunt aangeven wanneer u dat het beste uitkomt! Alvast bedankt!





## Bijlage 8. Topiclijsten voor de semigestructureerde interviews

### Topiclijst voor de interviews met ouders/verzorgers

**1. Wat is uw naam?**

.....

**2. Wat is uw geslacht?**

- Man
- Vrouw

**3. Wat is uw geboortedatum?**

.....

**4. Ontvangt u of uw gezin op dit moment hulp of ondersteuning vanuit een organisatie voor eventuele moeilijkheden die u ervaart?**

- Ja, ik of mijn gezin ontvangt op dit moment hulp of ondersteuning
- Nee, ik of mijn gezin ontvangt op dit moment geen hulp of ondersteuning maar hebben in het verleden wel hulp of ondersteuning ontvangen
- Nee, ik of mijn gezin hebben nog nooit ondersteuning of hulp ontvangen

**5. Zijn er nog dingen die u voorafgaand aan het interview hier kwijt wilt?**

.....  
.....  
.....

#### Start interview ouder/verzorger

**1. Tijdsbesteding**

Kunt u mij vertellen hoe een doordeweekse dag er voor u uitziet vanaf het moment dat u op staat tot het moment dat u gaat slapen?

- *Heeft u een vast ritme op de dag?*
- *Werk? Sport? Vrijwilligerswerk? Lid van een vereniging?*

Indien de ouder/verzorger heeft aangegeven **nog nooit** begeleiding of ondersteuning te hebben ontvangen → ga door naar vraag 6.

## 2. Hulpverlening (1)

Kunt u mij iets vertellen over of u hulp of ondersteuning ontvangt of ontving voor de problemen die ervaart in uw dagelijks leven?

- *Van wie ontvangt/ontving u hulp?*
- *Hoe vaak ontvangt/ontving u hulp van deze persoon of instantie?*
- *Voor welke problemen ontvangt/ontving u hulp?*
- *Indien de hulp gestopt is; kunt u aangeven waarom de hulp is gestopt?*

## 3. Hulpverlening (2)

Kunt u mij iets vertellen over het zoeken naar deze hulp en ondersteuning?

- *Met wie heeft u als eerste contact gezocht?*
- *Wist u waar u terecht kon met uw vragen over deze problemen?*
- *Vond u het lastig voor uw problemen hulp te zoeken?*

## 4. Hulpverlening (3)

Kunt u mij iets vertellen over hoe u deze hulp of ondersteuning ervaren heeft?

- *Betrok de hulpverlener u bij het maken van beslissingen?*
- *Voelde u zich serieus genomen door uw hulpverlener(s)?*
- *Wat vond u dat er goed ging tijdens deze ondersteuning?*
- *Wat had u graag anders gezien?*

## 5. Hulpverlening (4)

Kunt u mij iets vertellen over de invloed die deze hulpverlening heeft gehad op uw leven?

- *Heeft u het gevoel dat het beter met u gaat?*
- *Heeft u het gevoel dat u meer dingen zelfstandig kunt doen?*
- *Heeft u het gevoel dat u beter in staat bent om zelf problemen of moeilijkheden op te lossen?*
- *Kunt u aangeven waarom het u nu beter lukt om om te gaan met uw problemen of moeilijkheden dan voor de ondersteuning?*

Indien **nog nooit** hulp ontvangen hier verder gaan →

## 6. Geen hulpverlening ontvangen

U heeft aangegeven dat u nog nooit hulp of ondersteuning heeft ontvangen. Kunt u mij iets meer vertellen over waarom u nooit hulp heeft ontvangen?

- *Ervaart u geen moeilijkheden of problemen?*

- *En als u wel moeilijkheden of problemen ervaart, kun u mij dan aangeven waarom u nog geen hulp of ondersteuning heeft gezocht of gevonden?*
- *Weet u waar u terecht kunt voor vragen over uw moeilijkheden of problemen?*
- *Heeft u iemand in uw omgeving waar u mee kan praten over uw moeilijkheden of problemen?*

## **7. Toekomst**

Kunt u mij iets vertellen over hoe u de toekomst ziet?

- *Wat is uw grootste angst?*
- *Heeft u vertrouwen in de toekomst?*
- *Wat zou u ooit graag nog eens willen doen?*
- *Wat zou u willen veranderen aan de situatie zoals deze nu is?*

## **8. Kracht**

Wat zouden andere mensen nog van u kunnen leren?

- *Waar bent u goed in?*

## **9. Afronding**

We zijn aan het einde gekomen van het interview. Is er naast de dingen die we besproken hebben nog iets wat u kwijt wilt?

## Topiclijst voor de interviews met hulpverleners

Met het onderzoek proberen we beter zicht te krijgen op de hulpverlening aan gezinnen met multiproblematiek en te focussen op de vraag 'wat werkt' en 'wat werkt niet' en waarom. Door middel van dit interview zal worden geprobeerd een beter beeld te krijgen in wat hulpverleners doen en wat zij belangrijk vinden in de hulpverlening.

### Beschrijving van een situatie:

1. Zou je een situatie in de hulpverlening kunnen toelichten die succesvol is verlopen?
  - *Kun je de situatie beschrijven?*
  - *Wat was je taak in deze casus?*
  - *Welke acties heb jij ondernomen in deze situatie?*
  - *Wat was het uiteindelijke resultaat van deze acties en handelingen?*
  - *Als je op deze casus terugkijkt, welke kennis, vaardigheden en handelingen maakte het erg succesvol? (wat zou je eventueel de volgende keer anders doen?)*
  
2. Zou je een situatie in de hulpverlening kunnen toelichten die minder succesvol is verlopen?
  - *Kun je de situatie beschrijven?*
  - *Wat was je taak in deze casus?*
  - *Welke acties heb jij ondernomen in deze situatie?*
  - *Wat was het uiteindelijke resultaat van deze acties en handelingen?*
  - *Als je op deze casus terugkijkt, welke kennis, vaardigheden en handelingen maakte het minder succesvol? (wat zou je eventueel de volgende keer anders doen?)*

### Vragen:

3. Wanneer het gaat om hulpverlening aan gezinnen met meervoudige problematiek, wat zouden dan technieken/elementen/activiteiten zijn die een belangrijke bijdrage leveren aan het hanteerbaar maken van problemen van deze gezinnen?  
Waarom denk je dat?
  
4. Hoe zou je jouw aanpak omschrijven met betrekking tot deze doelgroep?
  - Wat vind je belangrijk in het contact bij een gezin?
  - Hoe zorg je ervoor dat ouders gemotiveerd worden/blijven?

5. Richt je je tijdens de hulpverlening voornamelijk op de ouders uit gezinnen met meervoudige problematiek of betrek je ook de kinderen erbij? Hoe doe je dat?
6. Zijn er zaken die een goede ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek belemmeren? En zijn daar al dan niet onconventionele/creatieve oplossingen voor te bedenken?
  - *Welke belemmerende factoren merk je in de uitvoering van de interventie op gezinsniveau?*
  - *Welke belemmerende factoren spelen op organisatieniveau?*
  - *Welke bevorderende factoren merk je in de uitvoering van de interventie op gezinsniveau?*
  - *Welke bevorderende factoren spelen op organisatieniveau?*
7. Hoe ervaar je als professional het inschakelen van en het werken met het netwerk van de cliënt?
  - *In hoeverre maak je gebruik van het netwerk van het gezin?*
  - *Welke problemen kom je tegen bij het werken met het netwerk?*
  - *Vind je dat het werken met het netwerk van een gezin een positieve bijdrage levert aan de hulpverlening?*