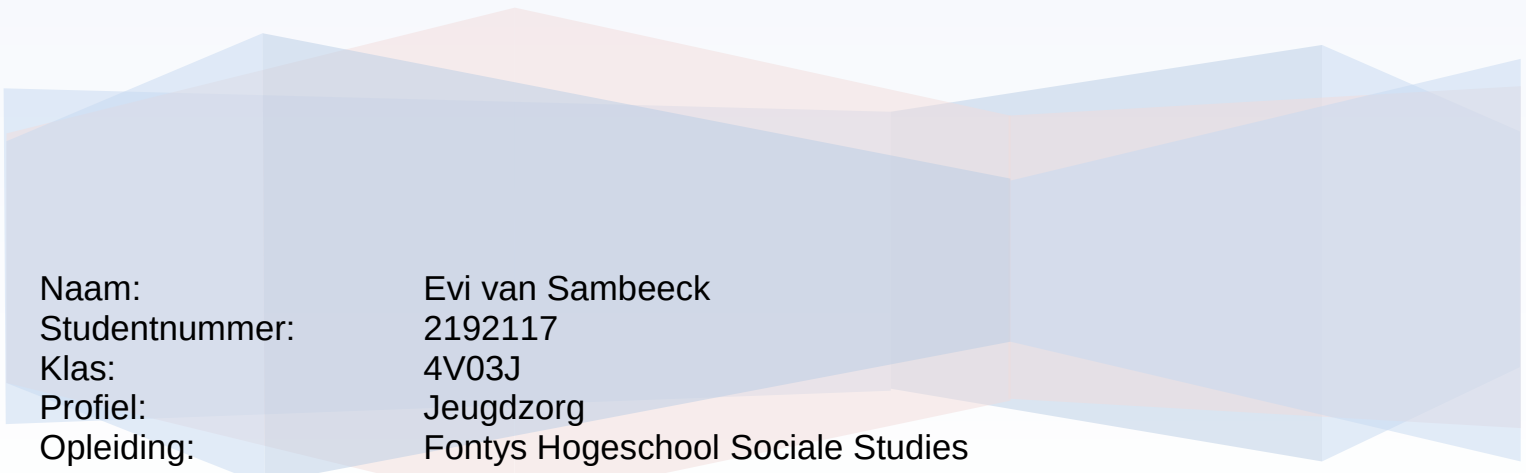


Opvoeden, kan ik dat alleen?

Van uithuisplaatsing tot thuisplaatsing, met passende begeleiding

van Sambeeck



Naam:	Evi van Sambeeck
Studentnummer:	2192117
Klas:	4V03J
Profiel:	Jeugdzorg
Opleiding:	Fontys Hogeschool Sociale Studies
Datum:	17-06-2016
Naam begeleiders:	T. van der Steeg-Hamoen M. van der Steeg-van Dam

Samenvatting

In de afgelopen jaren is er veel veranderd in de jeugdzorg. Er zijn veel bezuinigingen doorgevoerd en hetzelfde werk moet zo effectief en goedkoop mogelijk gedaan worden. Dit is ook het geval bij een instelling in de regio van Tilburg. Deze instelling werkt met multiprobleemgezinnen, waarvan de meeste kinderen al uit huis zijn geplaatst. Deze gezinnen vragen hulp aan via de gemeente en krijgen dan de hulp die zij nodig hebben of komen via een O.T.S.-regeling bij de instelling terecht. Zij komen dan in verschillende vormen van de hulpverlening terecht, namelijk: dagopvang, residentiële zorg, pleegzorg, ambulante hulpverlening, etc. Het doel van deze hulpverlening is de kinderen weer terug thuis te plaatsen. Uit praktijk blijkt dat multiprobleemgezinnen vaak langdurig in de hulpverlening zitten en de kans op terugval erg groot is. Om deze terugval zo klein mogelijk te maken, is passende begeleiding tijdens en na het hulpverleningstraject van belang. Om te weten wat passende begeleiding is en hoe deze begeleiding het beste geboden kan worden, is het belangrijk om te weten waar de behoeften van ouders en ambulant hulpverleners liggen. Om hierachter te komen is de volgende hoofdvraag gesteld bij dit onderzoek: Wat hebben de ambulant hulpverleners, werkzaam in instelling X, nodig voor het optimaliseren van systeemgericht werken met ouders van uit huis geplaatste kinderen van 4 tot 12 jaar om zo bij terugplaatsing een aansluiting te vinden bij de behoeften van het kind en zijn systeem?

Er is een kwalitatief onderzoek verricht bij instelling X uit Tilburg. Er zijn 10 respondenten geïnterviewd door middel van semigestructureerde vragen. Er zijn 4 ouders geïnterviewd en 6 ambulant hulpverleners. Door middel van de resultaten uit de interviews en de theorie kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag.

Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de hulpverlening nu niet altijd een positief effect heeft. Ouders ervaren een acute stop na het stoppen van de hulpverlening bij instelling X, waardoor zij gevoelsmatig in een 'zwart gat' vallen. Daarnaast geven hulpverleners aan een hoge werkdruk te hebben, waardoor ze ouders niet optimaal kunnen begeleiden. De hulpverlening kan geoptimaliseerd worden door een betere samenwerking, meer kennis en meer tijd. Hierdoor kan de zorg binnen de instelling, maar ook de nazorg verbeterd worden, waardoor de kans op een terugval verminderd kan worden.

Voorwoord

Deze scriptie is een onderzoek naar passende begeleiding bij de thuisplaatsing van uit huis geplaatste kinderen binnen multiprobleemgezinnen. Dit onderzoek is onderdeel van het afstudeertraject binnen de Fontys Hogescholen Sociale Studies te Eindhoven met afstudeerrichting Jeugdzorg. Door middel van dit onderzoek wordt er kennis en inzicht verworven van hoe passende begeleiding eruit ziet en gerealiseerd kan worden volgens ouders en hulpverleners.

In dit eindverslag wordt het hele proces ten behoeve van het onderzoek beschreven. Hierbij wordt begonnen met het beschrijven van het probleem en de daarbij horende theorie. Daarna wordt de methodologie van dit onderzoek beschreven en tot slot de resultaten met de conclusie en aanbevelingen.

Bij dit onderzoek wil ik een aantal mensen bedanken dat mij geholpen heeft bij dit proces. Ten eerste wil ik alle respondenten bedanken, die ervoor gezorgd hebben dat mijn onderzoek heeft kunnen plaatsvinden. Ten tweede wil ik de twee afstudeerdocenten M. van der Steeg-van Dam en T. van der Steeg-Hamoen van Fontys Hogescholen bedanken, die me begeleid hebben bij het hele proces. Daarnaast dank ik ook de twee studiegenootjes L. Smulders en M. van de Laar die me tussentijds feedback hebben gegeven. Ook wil ik E. Verspaandonk van de betreffende instelling bedanken, die me heeft geholpen bij het selecteren van de respondenten. Tot slot wil ik mijn familie bedanken die me gesteund en gemotiveerd hebben.

Evi van Sambeeck

17-06-2016

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	2
VOORWOORD	3
INLEIDING	5
1.1. Probleemanalyse	7
1.2. Probleemstelling (+ verificatie)	11
1.3. Doelstelling	12
1.4. Hoofd- en deelvragen	13
1.5. Begripsafbakening	13
2.0. THEORETISCH KADER	15
2.2. Multisysteemtherapie (MST)	16
2.3. Oplossingsgericht werken	17
2.5 Hulpaanbod multiprobleemgezinnen	21
3.0. METHODOLOGIE	23
3.1. Onderzoekspopulatie	23
3.2. Dataverzameling	24
3.3. Meetinstrument	25
3.4. Data-analyse	26
4.0. RESULTATEN	29
4.1. Huidige ambulante begeleiding omtrent terugplaatsing.	29
4.2. Krachten en belemmeringen gezinsbegeleiding	32
4.3. Gewenste situatie en veranderingen voor passende begeleiding	34
5.0. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	38
5.1. Conclusie	38
5.2. Aanbevelingen	39
6.0. DISCUSSIE	43
6.1. Conclusie gekoppeld met probleemanalyse	43
6.2. Sterkte-zwakteanalyse	44
BIBLIOGRAFIE	46
BIJLAGE 1: TOPICLIJST OUDER	50
BIJLAGE 2: TOPICLIJST AMBULANT HULPVERLENER	52
BIJLAGE 3: CODEBOOM	54

Inleiding

Veel instellingen vinden het lastig om multiprobleemgezinnen passende hulp te bieden. Van der Steeg & Zoon (2015) zeggen: “De bestaande handelingsprotocollen en methodieken schieten voor deze gezinnen veelal tekort (Steege & Zoon, 2015).” Het werken met deze gezinnen vraagt dan ook een andere aanpak dan de gestandaardiseerde en geprotocolleerde werkwijze.

Multiprobleemgezinnen vragen om een aanpak waarin veel ruimte is voor creativiteit, flexibiliteit en betrokkenheid van de hulpverleners. Daarnaast kosten multiprobleemgezinnen de samenleving veel geld. De betrokkenheid van vele hulpverleners en de inzet van telkens mislukkende hulpverlening is een kostbare zaak, dit dient zoveel mogelijk voorkomen te worden.

Dit onderzoek is afgeleid van het feit dat veel ouders binnen multiprobleemgezinnen vaak niet in staat zijn om zelfstandig op te voeden op het moment van beëindiging van de hulpverlening of dat zij een terugval ervaren in de periode hierna. De jeugdhulpverlening maakt sinds 2015 onderdeel uit van de gemeentelijke taken. Deze decentralisatie gaat gepaard met een bezuiniging van 15 procent (K2, 2016). In de nieuwe manier van werken wordt eerst gekeken wat probleemgezinnen en hun omgeving zelf kunnen doen aan hun situatie, pas wanneer dit niet werkt wordt een kind in een instelling ondergebracht. Om deze manier van werken goed te laten verlopen, is het van belang dat ambulante hulpverlening goed aansluit bij de opvoeding van multiprobleemgezinnen, waardoor gezinnen met of zonder opname in een instelling zelfstandig kunnen opvoeden. Om te weten welke passende begeleiding nodig is om ouders sterker te laten worden als opvoeder en om terugval te voorkomen, is dit onderzoek opgezet.

Het onderzoek is gezien de tijdsbeperking gericht op één instelling. Het is een jeugdzorginstelling in de regio Tilburg. Het is een tweedelijns jeugdzorginstelling die ouders en (uit huis geplaatste) kinderen behandelt en ondersteunt, met als doel een eventuele thuisplaatsing. Maar gaat deze thuisplaatsing er ook komen? Zijn ouders in staat tot zelfstandig opvoeden? Hoe vergaat de opvoeding een maand na beëindigen van de hulpverlening? De instelling geeft aan dat het gemiddeld tot vaak voorkomt dat kinderen teruggeplaatst worden in een instelling na een thuisplaatsing. Zij zouden graag handvatten willen voor hoe er passende begeleiding gegeven kan worden aan multiprobleemgezinnen om hen sterker te maken in de opvoeding, waardoor de kans op terugval vermindert. Door middel van dit onderzoek kan er antwoord gegeven worden op de vraag: Wat hebben de ambulant hulpverleners, werkzaam in instelling X, nodig voor het optimaliseren van systeemgericht werken met ouders van uit huis geplaatste kinderen van 4 tot 12 jaar om zo bij terugplaatsing een aansluiting te vinden bij de behoeften van het kind en zijn systeem?

Leeswijzer

Dit eindverslag van het onderzoek begint in hoofdstuk 1 bij de probleemanalyse met daarbij toegevoegd de probleemstelling, vraagstelling, hoofdvraag, deelvragen en begripsafbakening die als rode draad van het onderzoek fungeren. In hoofdstuk 2 wordt het theoretisch kader beschreven,

waarin literatuur staat die relevant is voor het onderzoek. Daarna wordt de methodologie beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 is het resultatenhoofdstuk, waarin de uitkomsten van de interviews worden beschreven. Hierop volgend de conclusie met daarbij het antwoord op de hoofdvraag in hoofdstuk 5 met de daarbij horende aanbevelingen. Tot slot in hoofdstuk 6 de koppeling met de probleemanalyse in het discussiehoofdstuk en de sterkte-zwakteanalyse.

1.0. Context en probleemschets

In het eerste hoofdstuk wordt de context en het probleem geschetst. Hierin wordt beschreven wat het probleem is en hoe deze problemen zich voordoen op macro, meso en micro niveau. In hoofdstuk 1.1 wordt het probleem geanalyseerd op nationaal en internationaal niveau, op niveau van de instelling en op niveau van het gezin. Daarna wordt in hoofdstuk 1.2 de probleemstelling en de verificatie beschreven. In hoofdstuk 1.3 komt de doelstelling en deze wordt tot slot gevolgd door de hoofd- en deelvragen en begripsafbakening in hoofdstuk 1.4 en 1.5.

1.1. Probleemanalyse

In het eerste hoofdstuk van dit onderzoek wordt het probleem geschetst op macro-, meso- en microniveau. Hierna wordt vanuit de probleemanalyse de probleemstelling geformuleerd. Deze probleemstelling is geverifieerd vanuit de praktijk. Door middel van deze geverifieerde probleemstelling wordt tot slot de doelstelling en de hoofd- en deelvragen beschreven. De begrippen uit de doelstelling en de hoofd- en deelvragen worden als laatste omschreven in de begripsafbakening.

Nationaal en internationaal

In Nederland is er weinig onderzoek gedaan naar de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen (Bergh & Weterings, 2007). Wel blijkt dat terugplaatsing niet altijd leidt tot een succesvolle uitkomst. Er is pas sprake van succes als het kind op lange termijn stabiliteit en veiligheid kent. De beoordeling van deze veiligheid wordt getoetst op een aantal zaken namelijk, aanwezigheid van primaire verzorging en bescherming, afwezigheid van mishandeling en verwaarlozing, affectieve relatie tussen kind en ouders, voldoende toezicht door ouders, veranderingsmogelijkheden van de ouders, opvoeding gekenmerkt door structuur, regelmaat en continuïteit en sociaal steun uit eigen netwerk (Brussee, 2012). De Inspectie jeugdzorg heeft in 2008 onderzoek gedaan naar de wijze van toetsing waarbij beslist wordt of een kind teruggeplaatst kan worden (Inspectie jeugdzorg, 2008). Uit inspectieonderzoek (2008) bleek dat de toetsende taak onvoldoende werd uitgevoerd, waardoor er een mogelijkheid bestond op foutieve inschatting omtrent de veiligheid thuis. Sinds 1995 wordt de stopzetting van ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen niet meer getoetst door de kinderrechter. De Tweede Kamer heeft erop aangedrongen dat deze beslissingen met ingrijpende gevolgen getoetst moet gaan worden getoetst door de raad van kindbescherming als onafhankelijk orgaan, dat niet belast is geweest van de uitvoering (Brussee, 2012). Na de beslissing van een terugplaatsing komt het nog geregeld voor dat kinderen opnieuw uit huis geplaatst worden. Uit internationaal onderzoek blijkt dat 30% van de uit huis geplaatste kinderen na terugplaatsing in het gezin opnieuw uit huis geplaatst wordt. In Nederland blijkt dit uit onderzoek van Van den Bergh & Weterings 14% te zijn (Brussee, 2012).

Niet alleen de toetsende taak moet worden verbeterd. In de “nazorg” van uit huis geplaatste kinderen moet verandering in komen, vindt de regering van Ierland (Focus Ireland, 2013). Zij hebben inmiddels van de minister van Children en Youth Affairs een wetsvoorstel aangenomen, waarin betere voorzieningen worden geregeld voor nazorg om de kwetsbare jongeren die de jeugdzorg verlaten te beschermen. Zij zagen dat er verbetering moest komen in de nazorg van

jongeren uit residentiële instellingen. Men is nu nog meer alert op de nazorg. Er worden extra hulpverleners ingezet om de terugplaatsing, evaluaties en huisvesting van jongeren in de maatschappij te verbeteren.

Nederland blijkt ook ernstig tekortschieten in het bieden van nazorg volgens Defence for Children, Dit geldt niet alleen na verblijf in een instelling voor gesloten jeugdzorg, maar ook na verblijf in een justitiële jeugdinrichting, open instellingen voor jeugdzorg of een pleeggezin (Defence for Children, 2014). De jongeren krijgen onvoldoende nazorg, waardoor ze ook onvoldoende mogelijkheden en kansen krijgen om zelfstandig te worden in de maatschappij. De overstap van een instelling, begeleid wonen of een pleeggezin naar zelfstandig leven in de maatschappij is te groot. De vaardigheden die zij hebben geleerd in een instelling zijn vooral gericht op de jongeren zelf, waardoor zij het geleerde niet in eigen omgeving kunnen uitoefenen en in een gat vallen na terugplaatsing.

Samenvattend: Op nationaal en internationaal niveau betekent dit dat er over het algemeen weinig onderzoek is verricht naar de beslissing van een terugplaatsing met de daarbij behorende nazorg van uit huis geplaatste kinderen. Dat er verbetering moet komen in de terugplaatsing en nazorg is op nationaal en internationaal niveau wel bekend.

Uit onderzoek blijkt dat er onvoldoende gekeken wordt naar de veiligheid en stabiliteit bij het terugplaatsen van kinderen. Ook resulteert dat residentiële behandeling vooral gericht is op de jongeren individueel. Voor deze jongeren is het dan lastig om het geleerde in eigen omgeving toe te passen.

Instelling X

Op het niveau van de instelling wordt het probleem geanalyseerd op het gebied van de nazorg en de terugplaatsing bij instelling X. Instelling X is er voor pleegzorg, vrouwenhulpverlening en jeugdzorg (Kompaan en de Bocht, 2016). De focus ligt voornamelijk op kinderen bij residentiële zorg en pleegzorg. Na een behandeling of crisisopvang gaan de kinderen vanuit instelling X vaak terug naar de ouders of naar een pleeggezin. Ouders worden zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling. Tijdens de behandeling wordt intensieve ambulante gezinsbegeleiding ingezet om de betrokkenheid van ouders te vergroten. Volgens Jeugdhulp Friesland (2015) is intensieve ambulante gezinsbehandeling:

Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). IPT is langdurige hulp bij het gezin thuis, gericht om op meerdere terreinen tegelijkertijd hulp te bieden aan zowel ouders als kinderen. De hulpverlener coördineert en biedt zowel therapeutische als praktische hulp. (Jeugdhulp Friesland, 2015)

Deze vorm van hulpverlening wordt ingezet tijdens de behandeling, maar kan ook nog na terugplaatsing doorlopen (Kompaan en de Bocht, 2016). Een beperkt aantal behandelingen van deze vorm van hulpverlening vindt dan thuis plaats. Naast het inzetten van deze vormen van hulpverlening merkt de instelling dat sommige gezinnen nog niet voldoende vaardigheden bezitten voor een positieve zelfstandige opvoeding en dus terugvallen in het oude patroon. Oude cliënten komen terug of worden aangemeld bij andere hulpverlenende instanties.

Op nationaal niveau is geconstateerd dat er beter gekeken moet worden naar de criteria met betrekking tot de veiligheid thuis voor een terugplaatsing. Van den Bergh en Weterings (2010) hebben een model ontwikkeld dat een kader biedt voor situaties, waarin ouders zonder hulp niet de zorg kunnen bieden die hun kind nodig heeft. Dit model geeft professionals en (pleeg)ouders en kinderen houvast. Van den Bergh en Weterings (2010) zijn van mening dat er een beperkt aantal kansen aan ouders geboden moet worden om de zorg (met hulp) te bieden die hun kind nodig heeft. Het veelvuldig bieden van kansen aan ouders heeft namelijk als nadelig gevolg dat er gedurende een lange en vaak onbekende periode onzekerheid is voor het kind omtrent zijn woonplaats en het kind vaak wisselt van primaire opvoeder en van woning. Dit belemmert de ontwikkeling van het kind. Het onbeperkt bieden van kansen aan ouders kan dus erg schadelijk zijn voor het kind en het is dan ook niet in zijn belang. Om dit proces te kanaliseren is het pedagogisch beslissingsmodel ontwikkeld (Daamen, 2014).

In een pilotproject van instelling X is dit model in de praktijk getoetst (Weterings & Bakker, 2013). Er zijn 33 kinderen gevolgd, bij wie het pedagogisch beslissingsmodel het uitgangspunt was voor de besluitvorming. Op basis van de ervaringen zijn de volgende handvatten geformuleerd om te bepalen of een terugplaatsing in het ontwikkelingsbelang van het kind is, namelijk:

1. De aanwezigheid van (een basis voor) een gehechtheids- en opvoedingsrelatie van het kind met zijn ouders toen het kind nog thuis woonde.
2. De mate van ontwikkelingsverstoring van het kind voordat hij uit huis werd geplaatst. Meestal is dit het best te zien als het kind in een pleeggezin komt. Een ernstige ontwikkelingsverstoring betekent dat het kind onvoldoende een gehechtheids- en opvoedingsrelatie met zijn ouders heeft kunnen aangaan en dat er weinig basis is voor het opnieuw opbouwen van een dergelijke relatie.
3. De mate van vooruitgang van het kind in het pleeggezin. Als het kind vooruitgaat, is er sprake van (een begin van) een gehechtheids- en opvoedingsrelatie tussen het kind en zijn pleegouders. Afbreken van een dergelijke relatie veroorzaakt vrijwel altijd terugval in ontwikkeling.
4. De aard van de contacten tussen het kind en zijn ouders tijdens bezoeken, waarbij vooral het observeren van blijheid van het kind om zijn ouders te zien en het zich laten gezeggen door de ouders belangrijke aanwijzingen zijn voor een positief contact dat mogelijk een basis kan zijn voor het opbouwen van een gehechtheids- en opvoedingsrelatie met de ouder.

(Daamen, 2014)

In alle 33 besproken trajecten waarbij het pedagogisch beslissingsmodel uitgangspunt is geweest, is voor het kind duidelijkheid verkregen over zijn opvoedingssituatie in het heden en voor de toekomst (Daamen, 2014). Zeven kinderen zijn teruggeplaatst en 26 kinderen zijn niet teruggeplaatst. Van die 26 kinderen zijn twee kinderen in een internaat geplaatst vanwege gedragsproblemen, zijn dertien kinderen definitief geplaatst in het huidige pleeggezin en zijn elf

kinderen overgeplaatst naar een perspectief biedend pleeggezin. Voor 22 van de 33 kinderen was er binnen één jaar sprake van bestaanszekerheid.

Het blijkt dat er binnen het niveau van de instelling soortgelijke problemen ontstaan na het beëindigen van een behandeling of crisisopvang als op nationaal en internationaal niveau. Veel kinderen en jongeren zijn klaar met een behandeling of de ondertoezichtstelling (OTS) wordt opgeheven, maar kinderen kunnen niet terug naar de omgeving waar ze vandaan komen. Naast het feit dat er over het algemeen scherper gekeken moet naar de beslissing voor een terugplaatsing, blijkt dat ouders binnen instelling X vaak nog te weinig vaardigheden hebben geleerd om de opvoeding op zich te nemen. Binnen het gezin zijn er nog te veel factoren die ervoor zorgen dat een uithuisplaatsing wordt gestaakt.

Gezinssysteem

Uit onderzoek op niveau van instelling X blijkt dat ouders nog niet in staat zijn om de opvoeding op zich te kunnen nemen, dit vanwege verschillende factoren. Op gezinsniveau gaat het om de factoren bij ouders en kind, die ervoor zorgen dat een terugplaatsing wordt gestaakt.

Er is een aantal onderzoeken gedaan naar het slagingspercentage van de terugplaatsingen (Daamen, 2014). Hieruit blijkt dat een kwart tot een derde van de terugplaatsingen mislukt. Uit onderzoek van Dankaart (2011) blijkt dat voornamelijk ouder- en gezinsfactoren (zoals armoede, huisvesting, verslaving) samenhangen met het afbreken van de terugplaatsing, kindfactoren blijken een beperkte rol te spelen.

In het besluit om over te gaan op een terugplaatsing spelen verschillende factoren een rol. Zo concludeert de gezinsraad (2001) dat bij een terugplaatsing de wens van ouders om het kind weer zelf op te voeden vaak een grotere rol speelt dan de ontwikkeling van het kind.

Het besluit tot terugplaatsing kent volgens Wulczyn (2004) een viertal hoofdfactoren waarmee rekening wordt gehouden:

- a) de betrokkenheid van ouders gedurende de uithuisplaatsing en de mate waarin zij actief gewerkt hebben aan de gestelde voorwaarden;
- b) de mate waarin de onveiligheid voldoende is weggenomen;
- c) het verloop van de bezoekcontacten gedurende de uithuisplaatsing;
- d) de wens van het kind t.a.v. zijn verblijfplaats.

(Daamen, 2014)

Naast deze factoren die van invloed zijn op de besluitvorming, zijn er ook factoren bekend die de kans op een terugplaatsing verkleinen (Daamen, 2014). Het gaat hierbij om de ouder- en kindfactoren, de achtergrond van de plaatsing, de duur en stabiliteit van de plaatsing en de kenmerken van het gezin. Bij de ouder- en kindfactoren gaat het vooral om de problemen bij gezondheid en/of ziektes van het kind, meervoudige problemen, gedragsproblematiek of psychische problemen binnen het gezin. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat het kind minder snel wordt teruggeplaatst. Ook de leeftijd van het kind speelt een rol. Bij jonge kinderen en oudere

kinderen (jongeren) is de kans kleiner op een terugplaatsing dan bij kinderen van basisschoolleeftijd. Als oorzaak van uithuisplaatsing heeft verwaarlozing de minste kans op terugplaatsing. Bij de gezinskenmerken spelen armoede en de grootte mee bij de beslissing tot terugplaatsing. Zo heeft een klein gezin meer kans op terugplaatsing dan een groot gezin. Tot slot, hoe langer het kind uit huis is geplaatst, hoe kleiner de kans op terugplaatsing. Bij een netwerkplaatsing is de kans op terugplaatsing weer groter.

Ook een grotere mate van betrokkenheid van de ouders bij de behandeling van kinderen in een residentiële opvang laat positieve resultaten zien (Geurts, Noom & Knorth, 2010). Zo zocht de Amerikaanse psycholoog Paul Sunseri in 2001 naar het verschil tussen kinderen van 9 tot 17 jaar die de residentiële instelling verlieten volgens de planning en kinderen die vervroegd vertrokken. Uit zijn onderzoek onder 222 groepsopvoeders blijkt, wanneer ouders tijdens verblijf meer op bezoek komen bij hun kinderen, zij de gestelde hulpdoelen significant vaker bereiken en de hulp vaker met succes beëindigen. Uit een andere Amerikaanse studie, onder 150 residentieel opgenomen jongeren, blijkt dat het welslagen en het bereiken van doelen wordt bevorderd door ondersteuning vanuit het gezin en deelname van het gezin aan behandelactiviteiten. Uit een onderzoek in Nederland blijkt dat 58 procent van de kinderen verbetering laat zien in probleemgedrag wanneer de ouders betrokkenheid tonen bij hun kind; bij kinderen wiens ouders niet betrokken zijn is dat 32 procent.

Al met al zien we dat op gezinsniveau risicofactoren en beschermende factoren een grote rol spelen bij de besluitvorming van terugplaatsing en het positieve resultaat na deze terugplaatsing. Ouders hebben nog te veel risicofactoren na de behandeling van het kind ten opzichte van beschermende factoren, waardoor terugplaatsing wordt gestaakt of negatieve gevolgen krijgt. Ook hebben zij te weinig vaardigheden om deze risicofactoren te verminderen. De betrokkenheid van ouders is ook een belangrijke factor, die zorgt voor een positief resultaat.

1.2. Probleemstelling (+ verificatie)

Probleemstelling

Zowel uit nationaal als internationaal onderzoek blijkt dat er verbetering moet komen in de besluitvorming en nazorg rondom de terugplaatsing van een uit huis geplaatst kind. Uit onderzoek bij instelling X blijkt dat veel ouders uit een multiprobleemgezin bij het besluit van terugplaatsing nog niet in staat zijn om de opvoeding op zich te kunnen nemen, waardoor terugplaatsing negatieve gevolgen krijgt. Er zijn nog te veel risicofactoren in het gezinssysteem, die ervoor zorgen dat de terugplaatsing wordt gestaakt of dat het negatieve gevolgen krijgt. Ouders hebben nog te weinig vaardigheden om de risicofactoren om te zetten in beschermende factoren.

Verificatie

Op 31 maart 2016 is er een gesprek geweest tussen de onderzoeker en mevrouw X, die werkzaam is als ambulant hulpverlener bij instelling X. In dit gesprek is het onderzoek en de problemen met betrekking tot het onderzoeksthema besproken. Mevrouw X gaf aan dat zij wel degelijk problemen ervaart bij de hulpverlening van gezinnen waarvan de kinderen teruggeplaatst gaan worden. Het

aanleren van de vaardigheden is stap één, maar dat deze vaardigheden zorgen voor een probleemloze opvoeding blijft moeilijk. Mevrouw X (2016) zegt:

Ik krijg nu nog berichtjes van ouders die al meer dan een jaar geen hulp meer krijgen van instelling X, met de vraag of ik nog advies kan geven omdat het even niet goed gaat." Het zelfstandig opvoeden blijft voor veel ouders moeilijk (persoonlijke mededeling, 31-03-2016).

Ook zegt ze dat er vaak kinderen vanuit de dagbehandeling na het beëindigen van het hulpverleningstraject terechtkomen bij een behandelgroep in de 24-uurs zorg. Dat ouders na het beëindigen van de hulp nog niet in staat zijn om zelfstandig op te voeden, komt volgens haar regelmatig voor. Na dit gesprek is voor bewijs mailcontact (4-4-2016) geweest en beschrijft ze het volgende:

Ik kan me helemaal vinden in de probleemstelling. Dit is het probleem waar ik tijdens het werk als ambulant begeleider én als pleegzorgwerker veel mee te maken heb. Soms ontwikkelen kinderen zich sneller dan de ouders en zijn zij er eerder aan toe om naar huis te gaan, terwijl ouders zich nog niet sterk genoeg voelen.

Ik zou graag handvatten willen voor hoe ik ouders hierin op een zinvolle wijze kan ondersteunen en begeleiden, zodat zij de opvoeding van hun kind(eren) weer zelfstandig positief kunnen vormgeven.

Met een van de ouders is er ook mailcontact geweest over dit probleem en zij gaven ook aan dat er na de hulpverlening nog weinig is verbeterd in de thuissituatie. Ouders X (17-4-2016) schreven:

Er wordt gekeken naar verbetering van de hulpverlening geef je aan..

Maar op dit moment weten we niet wat we afgelopen jaren aan de hulpverlening hebben gehad... Er is al zoveel gezegd, beloofd en gedaan met mijn zoon, en waar zijn we uiteindelijk voor ons gevoel? Nog steeds nergens.

We zijn en zullen altijd hard blijven werken en moeten blijven werken. Mijn zoon zal altijd een gebruiksaanwijzing houden. En dat is niet erg, maar dat we zo hard moeten schreeuwen om de hulpverlening, daar zijn we klaar mee.

Tot slot wijst het minisymposium bij instelling X door Weterings en Bakker (2013) erop dat er maar weinig kinderen na een behandeling bij instelling X en met het pedagogisch beslissingsmodel teruggeplaatst worden bij de biologische ouders. De resultaten van het minisymposium zijn gepubliceerd door het Nederlands Jeugd instituut in 2014 (Daamen, 2014).

Dat er een probleem is rondom dit onderwerp, wordt hieruit duidelijk. Via dit onderzoek zullen er aanbevelingen worden gedaan die mogelijk wijzen op nieuwe handvatten voor de verbetering in de hulpverlening van instelling X.

1.3. Doelstelling

Kennis en inzicht verwerven in de wijze waarop de hulpverleners van instelling X passende begeleiding kunnen bieden om het gezinssysteem te begeleiden bij de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen tussen 4-12 jaar, die momenteel verblijven bij behandelgroepen of pleeggezinnen van instelling X om een terugplaatsing bij biologische ouders te optimaliseren.

1.4. Hoofd- en deelvragen

Wat hebben de ambulant hulpverleners, werkzaam in instelling X, nodig voor het optimaliseren van systeemgericht werken met ouders van uit huis geplaatste kinderen van 4 tot 12 jaar om zo bij terugplaatsing een aansluiting te vinden bij de behoeften van het kind en zijn systeem?

- Hoe wordt de begeleiding nu geboden aan ouders door ambulant hulpverleners bij een terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?
- Welke krachten en belemmeringen worden nu door hulpverleners van instelling X en ouders ondervonden rondom de begeleiding bij de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen.
- Wat is de gewenste situatie rondom de begeleiding van gezinssystemen bij terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen, gezien vanuit de ambulant hulpverlener en ouder? Hoe wordt deze gerealiseerd?

1.5. Begripsafbakening

In dit onderzoeksrapport wordt een aantal belangrijke begrippen beschreven dat voor sommige lezers uitleg behoeft. Met de volgende begrippen wordt in het onderzoek het volgende bedoeld.

Multiprobleemgezin

Een multiprobleemgezin is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat met problemen kampt die van lange duur zijn. Het is een combinatie van problemen op sociaal-economische en psychosociaal gebied. In deze gezinnen zijn er niet alleen problemen in combinatie met het kind, maar ook bij de ouders of omgeving (NJI, 2016).

Uit huis geplaatste kinderen

Minderjarigen die door een rechterlijke machtiging van een voogdijinstelling dag en nacht uit huis worden geplaatst (Juridisch woordenboek, 2016). De kinderrechter verleent de machtiging, indien dit noodzakelijk is, in het belang van de verzorging en opvoeding van de minderjarige of tot onderzoek van zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid.

Ambulant hulpverleners

Als ambulant hulpverlener word je ingezet in gezinnen waar hulp wordt gevraagd (Oosterpoort, 2016). Doel is het gezin en de jeugdige te ondersteunen en begeleiden om de problemen die er zijn zo snel mogelijk op te lossen en een normale leefsituatie te herstellen. De hulpverlening wordt in nauwe afstemming met andere betrokkenen verleend. Onder ambulant hulpverleners vallen hulpverleners die ambulante hulpverlening bieden en hulpverleners die praktische pedagogische thuishulp (PPT) verlenen.

Instelling X

De instelling waar het onderzoek plaatsvindt. Wegens privacy geanonimiseerd.

Gezinssystemen

Gezin: Ouders en kinderen; een gebroken gezin waarvan de ouders gescheiden zijn (Vandale, 2016).

Systeem: Een systeem is een samenstel van elementen dat als geheel functioneert door de onderlinge afhankelijkheid van de elementen en dat voor de betrokken elementen bepaalde functies vervult (Willemse, 2015).

Begeleiding

Begeleiding is praktische en sociale hulp in het dagelijks leven (Rijksoverheid, 2016). Een persoonlijk begeleider of coach helpt mensen om zelfstandig te (blijven) leven, of ondersteunt een kind met een ziekte, beperking of gedragsproblemen.

Behandelgroepen instelling X

In de behandelgroep verblijven de kinderen dag en nacht, waarbij wordt toegewerkt naar een vermindering van de problemen in het gezin (Kompaa en de Bocht, 2016). Er wordt samen met de met gezinnen gekeken naar een gezinssituatie die leefbaar is. De kinderen in deze behandelgroepen hebben vaak dingen meegemaakt of gezien die een traumatisch effect hebben. Dit betekent dat de kinderen emotionele schade hebben opgelopen. Instelling X zorgt ervoor dat deze nare gevoelens op een gezonde manier een plekje krijgen.

Pleeggezinnen

Pleegzorg is de zorg voor het kind van een ander (Kompaa en de Bocht, 2016). Pleegkinderen zijn tussen de 0 en 18 jaar oud en kunnen door de meest uiteenlopende problemen niet langer thuis wonen. In een nieuw (tijdelijk) gezin kunnen ze veilig en stabiel opgroeien en zich ontwikkelen tot krachtige volwassenen.

Biologische ouders

De biologische moeder is de vrouw die het kind heeft gebaard (Juridisch woordenboek, 2016). De biologische vader is de verwekker van het kind.

2.0. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt een aantal theoretische inzichten beschreven dat gebaseerd is op een aantal werkzame factoren in de begeleiding van ouders van uit huis geplaatste kinderen. Ten eerste wordt de theorie empowerment beschreven als overkoepelend begrip binnen de hulpverlening bij gezinnen. Empowerment wordt in de nieuwe wet op de jeugdzorg steeds meer ingezet om ervoor te zorgen dat ouders sterker worden in het zelfstandig oplossen van problemen. In het tweede hoofdstuk wordt multisysteemtherapie beschreven, wat werkt met een visie vanuit empowerment. Multisysteemtheorie (MST) heeft als basis de systeemtherapie, die als uitgangspunt heeft om ouders te versterken in de opvoeding met verschillende socialenetwerkstrategieën. Daarna wordt oplossingsgericht werken opgenomen in hoofdstuk 2.3, vanwege het denken in oplossingen in plaats van in problemen bij multiprobleemgezinnen. Dit blijkt uit onderzoek een positief effect te hebben. Oplossingsgericht werken wordt opgevolgd door het begrip opvoedingsondersteuning in hoofdstuk 2.4. Deze theorie zoomt in op de hulpverlening omtrent opvoeding en wanneer de opvoeding niet vanzelf gaat. Binnen dit hoofdstuk wordt er ingezoomd op het balansmodel en het model 'praten met kinderen'. Het balansmodel wordt beschreven, omdat de theorie over het balansmodel inzicht geeft in de wijze waarop gezinnen uit balans raken of mogelijk weer in balans kunnen komen. Vervolgens wordt er diepgang gecreëerd in de opvoedingsondersteuning met het model 'praten met kinderen', wat staat voor het beïnvloeden van de interactiestijl en hoe ouders moeten praten met kinderen. Tot slot wordt het hulpaanbod van multiprobleemgezinnen benoemd in hoofdstuk 2.5.

2.1. Empowerment

Empowerment is cruciaal om een gezin zelfstandig te laten opvoeden (Scheffers, 2015). Het begrip stelt gezinnen in staat om zelf problemen op te lossen. Empowerment wordt als overkoepelend begrip benoemd in dit hoofdstuk en sluit aan bij het versterken van de opvoedvaardigheden.

Het begrip empowerment wordt verschillend ingevuld en er bestaat geen vaststaande definitie. De invulling is afhankelijk van het niveau waarop het van toepassing is en de verschillen in het belang dat wordt gehecht aan specifieke aspecten (Scheffers, 2015). Empowerment wordt door Van Regenmortel (2002) beschouwd als het streven naar meerlagige interafhankelijkheid. Van Regenmortel zegt dat empowerment uitgaat van een positieve en krachtgerichte focus. Het richt zich op welzijn, krachten en competenties, beschermende factoren en natuurlijke hulpsystemen van mensen. Mensen worden bij empowerment niet herleid tot hun ziekte of kwetsbaarheid. Daarnaast streeft empowerment naar maximale onafhankelijkheid, wat ook wel interafhankelijkheid wordt genoemd. Iedereen is namelijk ingebed en afhankelijk van zijn omgeving. Het gaat om autonomie in verbondenheid. Ook bestaat empowerment volgens Regenmortel uit meer lagen. Deze lagen zijn in verbinding met elkaar. Deze lagen bestaan uit het individueel, collectief en het politiek niveau. Op individueel niveau doelt empowerment op het bevorderen van eigen regie. Op collectief niveau streeft de theorie naar het bevorderen en versterken van zelfhulp in de sfeer van lotgenoten of zelfhulpgroepen, en op politiek niveau gaat het over het vergroten van macht om veranderingen door te voeren die verder rijken dan eigen leven.

Naast deze termen wordt empowerment vooral aangegeven met het versterken van eigen kracht, het aanleren van vaardigheden wat bestaat uit een doorgaand proces van versterking dat alleen iemand zelf door kan maken, uiteraard wel met hulp en ondersteuning van anderen.

Family empowerment

Zoals bij empowerment staat beschreven, gaat het vooral over de eigen kracht en het zelfstandig omgaan met moeilijke situaties. Om het ouderschap aan te kunnen is het belangrijk dat ouders en hun kinderen voldoende zelfredzaam zijn (Kusters, 2015). Deze weerbaarheid zorgt ervoor dat ouders inzicht hebben in het gezinsleven, dit wordt ook wel family empowerment genoemd. Family empowerment wordt gezien als een middel van het gezin om de dagelijkse situaties het hoofd te bieden en om te gaan met de groei en ontwikkeling die de gezinsleden doormaken. Gezinsleden kunnen family empowerment positief stimuleren door elkaar te stimuleren om nieuwe kennis en vaardigheden te leren. Volgens Singh et al (1995) is er sprake van family empowerment als ouders ingang hebben tot de juiste vaardigheden, kennis en een sociaal netwerk, waardoor de kwaliteit van het leven kan verbeteren. Dit geeft ouders de kans om succesvol te zijn in de opvoeding. In de literatuur wordt family empowerment beschreven als een proces dat zich door specifieke omstandigheden laat beïnvloeden. Deze omstandigheden zijn toe te schrijven aan een werkzaamheid van factoren die zowel vanuit het kind als uit de ouders komen (Kusters, 2015).

2.2. Multisysteemtherapie (MST)

Multisysteemtherapie wordt als tweede theoriebegrip uitgewerkt, omdat deze theorie bijdraagt aan de begeleiding van ouders van uit huis geplaatste kinderen en uitgaat van de empowermentgedachte. Volgens verschillende theorieën blijkt dat MST op de lange termijn effectief is voor het verbeteren van opvoedvaardigheden van ouders.

Multisysteemtherapie (MST) is een vorm van systeemtherapie waarbij men, gebaseerd op een sociaal-ecologisch model van Bronfenbrenner (1979), stelt dat leden van een systeem elkaar voortdurend beïnvloeden en dat gedrag slechts bestudeerd kan worden in de natuurlijke context (NJI, 2016). MST stelt dat antisociaal gedrag veroorzaakt wordt door factoren van de jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt. De aanpak van het antisociaal gedrag moet bestaan uit het verminderen van de risicofactoren en het versterken van de beschermende factoren in deze systemen. De gedragsveranderingstechnieken komen vaak voort uit de (cognitieve) gedragstherapie en gezinstherapie. Door een milieu- en sociaal vangnet te creëren voor jongeren waarin ze aangezet worden tot prosociaal gedrag, wordt een eventuele uithuisplaatsing voorkomen en houden de bereikte veranderingen ook na afloop van de behandeling stand. Ook wordt bij MST gekeken wat alle betrokken systemen anders kunnen doen voor het afnemen van het probleemgedrag (Henggeler & Schoenwald, 1998). Door systemen te veranderen die kunnen leiden tot probleemgedrag kan het probleemgedrag afnemen. Systemen kunnen bijvoorbeeld veranderen door het aanleren van andere communicatievormen, door het veranderen van het gedrag van individuele gezinsleden, door psycho-educatie te geven over aanwezige problemen van gezinsleden, of door het vergroten van het sociaal netwerk.

MST-CAN is een adaptatie van MST (Kamphuis, 2015). Het is een intensieve behandeling van 6 tot 9 maanden gericht op het stoppen van kindermishandeling, waarbij gestreefd wordt naar het veilig opgroeien van het kind bij de ouders. MST-CAN biedt mogelijkheden voor een moeilijk bereikbare doelgroep. Bij deze behandeling wordt namelijk outreachend gewerkt en er worden *evidence-based* behandelingen ingezet voor psychiatrische problematiek. MST-CAN richt zich op kinderen tussen de 6 en 17 jaar die slachtoffer zijn van kindermishandeling of verwaarlozing. Echter, alle in het gezin wonende of bij het gezin betrokken systeemleden die een rol spelen in de mishandeling en/of verwaarlozing, worden behandeld.

MST is boven alles een gezingeoriënteerd interventiemodel (Henggeler et al., 2010). Empowerment van het gezin is cruciaal voor het verminderen van antisociaal gedrag en het verbeteren van de prestaties van kinderen. Door de opvoedvaardigheden en het sociaal netwerk van de ouders te versterken, is het gezin beter in staat om problemen zelf op te lossen. Klinische successen worden voornamelijk bepaald door hoe vaardig de therapeut de sterke kanten en krachten van het gezin en omgeving weet in te zetten om obstakels en barrières aan te pakken, om zo effectief een verandering teweeg te brengen in de levensloop van MST-kinderen.

Volgens deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie wordt deze therapie als effectief bewezen:

De onderbouwing van Multisysteem Therapie is sterk en er is een uitstekend systeem van bewaking van de behandelintegriteit. Onderzoek naar Multisysteem Therapie geeft sterke aanwijzingen dat de interventie op de lange termijn effectief is in het verbeteren van opvoedvaardigheden en het verminderen van ernstige gedragsproblemen, recidive, uithuisplaatsing, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden. (MSTNederland, 2015)

2.3. Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken wordt meegenomen in het theoretisch kader, omdat deze methode vaak ingezet wordt als methode binnen de ambulante hulpverlening bij multiprobleemgezinnen.

Daarnaast staat oplossingsgericht werken ook centraal om zijn positieve benadering en komt het stukje empowerment terug, aangezien de cliënt in zijn kracht wordt gezet en zelf op zoek gaat naar de oplossing.

Het idee om te focussen op oplossingen in plaats van op problemen is ontdekt in de jaren 60. De focus kwam toen te liggen op de toekomst in plaats van op het verleden (Halk, 2012). Erickson is de grondlegger van deze andere manier van denken. Hij gaat ervan uit dat de mens over veel wijsheid en kennis beschikt en dat therapieën zich moeten richten op het halen van kracht uit deze kennis en wijsheden. Het idee van het focussen op de krachten van de cliënt is voort gekomen uit de positieve psychologie die Seligman in de jaren 70 heeft ontwikkeld. Uit de ideeën van Erickson en Seligman is de oplossingsgerichte benadering voortgekomen.

“In de therapievorm die door Insoo Berg en De Shazer is opgesteld, vormt een positieve focus door de therapeut een essentieel onderdeel in de basishouding van de therapeut” (Bartelink, 2013).

Volgens Kim Insoo en Steve de Shazer moet de nadruk in therapieën sterk gelegd worden op datgene wat de cliënten wél kunnen, in plaats van op datgene wat zij niet kunnen. De cliënt is hierbij de deskundige, in plaats van de therapeut. De therapeut helpt de cliënt door hem bewust te maken van zijn krachten. Wanneer de cliënt zich hier bewust van wordt van zijn eigen krachten, kan hij deze benutten en kunnen de samengestelde doelen behaald worden.

“Oplossingsgerichte therapie richt zich op de sterke kanten van een cliënt, omdat verondersteld wordt dat dit constructiever is dan werken aan zijn tekorten en problemen” (Bartelink, 2013). Het vermoeden is dat de behandeling tot betere resultaten leidt, wanneer een hulpverlener de nadruk legt op de sterke kanten van de cliënt, hoe klein de successen ook zijn. Een hulpverlener en een cliënt die samen zoeken naar de sterke kanten en hulpbronnen, zoals ondersteuning door sociale netwerk, krijgen gemakkelijker een sterke samenwerkingsrelatie. Het helpt hen zich samen te richten op de bestaande kundigheden van de cliënt om de doelen te bereiken. Een dergelijke samenwerking zorgt er ook voor dat de cliënt vertrouwen heeft in de hulpverlener.

2.4. Opvoedingsondersteuning

Om ouders te leren werken vanuit eigen kracht hebben ze steun en handvatten nodig van professionals om te leren omgaan met moeilijke situaties. Opvoedondersteuning is van belang bij het aanreiken van nieuwe vaardigheden voor zelfstandig opvoeden wanneer de opvoeding niet vanzelf gaat. Aangezien ouders nieuwe vaardigheden en handvatten moeten leren voor zelfstandige opvoeding, wordt deze theorie meegenomen in dit hoofdstuk van het onderzoeksrapport.

Wat is opvoedingsondersteuning?

Opvoedingsondersteuning is een relatief recent begrip, waaraan in de praktijk, in het beleid en in de theorievorming in toenemende mate aandacht is besteed (Vandemeulenbroecke et al., 2006). Uit de literatuur blijkt dat het merendeel van de omschrijvingen van opvoedingsondersteuning sterk bij elkaar aansluiten, dat er verschillende functies en activiteiten binnen opvoedingsondersteuning te onderscheiden zijn en dat er een brede waaier aan aanverwante begrippen bestaat. Het gaat hierbij om de begrippen gezinsondersteuning, ontwikkelingsstimulering, omgevingsfactoren beïnvloeden, sociale ondersteuning, opvoedingsvoorlichting (Vandemeulenbroecke et al., 2006).

Volgens Bakker et al. (1998) is opvoedingsondersteuning:

Het richten op de ondersteuning van het opvoedingsproces. Het gaat om het verbeteren van de opvoedingssituatie van kinderen, waarbij ouders en opvoeders het aangrijpingspunt vormen. Kort gezegd: opvoeders helpen opvoeden. Opvoedingsondersteuning was oorspronkelijk sterk gericht op feitelijke ondersteuning en voorlichting aan ouders, maar is gaandeweg verbreed en richt zich inmiddels op meer aspecten dan alleen de opvoedingscompetentie en -attitude van ouders. Sociale ondersteuning van gezinnen is meer op de voorgrond komen te staan.
(Bakker et al., 1998)

Volgens Burggraaff & Bloklang (2011) wordt bij opvoedingsondersteuning de opvoedingsvragen van ouders geplaatst in een bredere sociale context (Burggraaff & Bloklang, 2011). Dat betekent dat er niet altijd specifieke oorzaken voor opvoedingsproblemen zijn. Deze hebben te maken met allerlei op elkaar inwerkende factoren. Opvoedingsondersteuning is bovendien activerend in plaats van compenserend. Ouders worden gestimuleerd in zelfstandigheid en in het vergroten van hun vaardigheid als opvoeder. De draagkracht wordt daardoor groter en de draaglast kleiner.

Vormen van opvoedingsondersteuning

Terugkomend op bovenstaande begrippen hangt de vorm van opvoedondersteuning af van de doelgroep en de doelstellingen (wat zijn de vraagstukken, wat wil de ouder, wat wil professional) (Burggraaff & Bloklang, 2011). Door middel van deze antwoorden kan men met een bepaalde vorm van opvoedingsondersteuning aan de slag gaan. In onderstaand figuur staan de verschillende aanpakken uitgewerkt.

- 1 Opvoedingsondersteuning: ondersteuning van het opvoedingsproces.*
 - 2 Ontwikkelingsstimulering: ondersteunen van het ontwikkelingsproces van kinderen en jongeren.*
 - 3 Omgevingsfactoren beïnvloeden: interventies ten aanzien van de sociale en pedagogische omstandigheden in de directe leefomgeving van ouders en kinderen.*
 - 4 Gezinsondersteuning: verminderen van draaglast en vergroten van draagkracht op alle terreinen van het gezinsfunctioneren.*
- (Bakker et al., 1998)*

Balansmodel

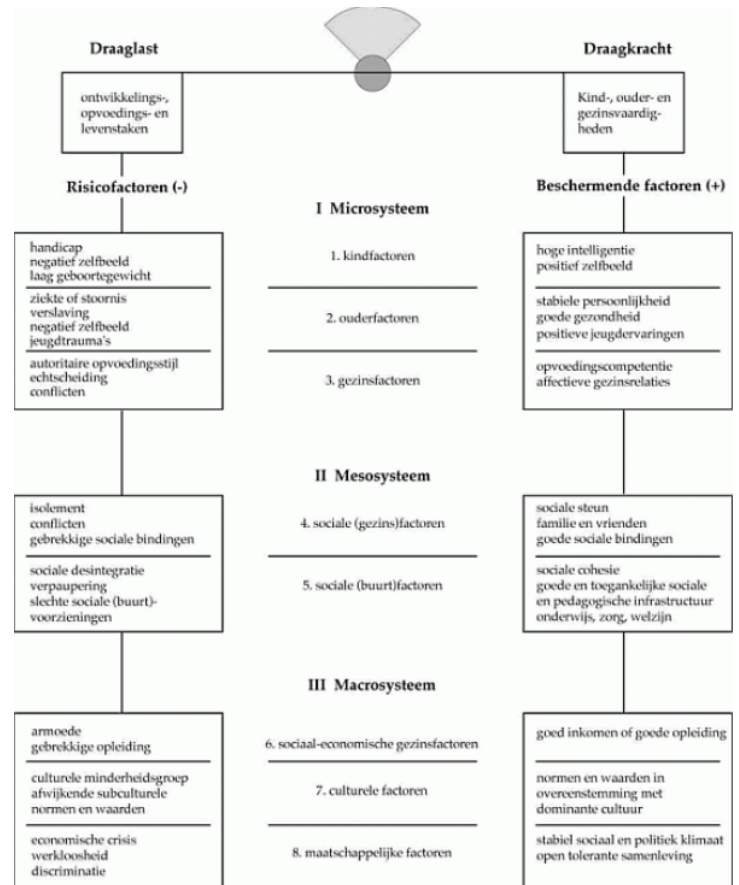
Binnen opvoedingsondersteuning wordt ook het balansmodel uitgewerkt. Het balansmodel is een model vanuit opvoedingsondersteuning en kijkt met een visuele weegschaal naar verschillende gezinsfactoren (Bakker et al., 1998). Volgens het balansmodel raakt het gezin uit balans, omdat er niet genoeg beschermende factoren zijn ten opzichte van risicofactoren. Dit model is van belang bij hulp in de opvoeding om te weten aan welke factoren binnen het gezin of omgeving gewerkt moet worden om het weer in balans te brengen.

Het balansmodel van Bakker et al. (1998) geeft een overzicht van de relatie tussen de beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van een kind op drie niveaus (Bakker et al., 1998). Met dit model kan de gezinssituatie en de eventueel benodigde hulp of ondersteuning nauw worden bepaald.

Zwaarwegende risicofactoren

Zwaardere vorm van opvoedondersteuning is nodig als de risicofactoren zich opstapelen en er te weinig beschermende factoren tegenover staan (Bakker e.a., 1998). De draagkracht van ouders neemt af naarmate het aantal problemen en stressfactoren toeneemt. De hoeveelheid risicofactoren weegt daarbij zwaarder dan het gewicht ervan. Voor gezinnen met een zwakke maatschappelijke positie is de kans groter dat problemen zich opstapelen dan voor gezinnen uit andere milieus. Om de draagkracht van ouders te vergroten is het belangrijk om:

- het zelfvertrouwen van ouders te bevorderen, bijvoorbeeld door het bieden van morele en sociale steun bij beginnende of bestaande problematiek;
 - de pedagogische competenties van ouders te versterken, bijvoorbeeld via informatievoorziening of door oefeningen te doen;
 - ouders te steunen in hun zelfzorg en netwerkopbouw;
 - het zelfregulerend vermogen van ouders te bevorderen;
 - te voorkomen dat ouders afhankelijk worden van hulpverleners of van de mening van deskundigen.
- (Bakker et al., 1998)



de term 'empowerment' wordt ook gebruikt voor het vergroten van de draagkracht van ouders: het versterken van het zelfvertrouwen van de ouders door aan te sluiten bij hun eigen kwaliteiten en deskundigheid (Bakker et al., 1998).

Praten met kinderen

Om het opvoedingsproces te ondersteunen en om het ontwikkelingsproces en de omgevingsfactoren te beïnvloeden is het vooral van belang dat er gekeken wordt naar de communicatie tussen ouders en kinderen in multiprobleemgezinnen. Praten met kinderen is een interventie die vaak bij kinderen met externaliserend gedrag wordt ingezet om de communicatievaardigheden te versterken en de interactie tussen ouder en kind te optimaliseren.

Praten met kinderen is een interventie die streeft naar het afnemen van probleemgedrag bij kinderen tussen 10 en 15 jaar die al lichte externaliserende gedragsproblemen hebben en van wie de ouders lichte opvoedingsproblemen ervaren (NJI, 2016). Concreet gaat het om kinderen die

naar buiten gericht, ofwel externaliserend, gedrag vertonen. Hieronder valt schreeuwen, schelden, ruzie maken en ongehoorzaam zijn. De kinderen hebben onenigheid met hun ouders over regels en afspraken, waar ouders niet goed mee om kunnen gaan.

In het proces waarbij externaliserend gedrag van het kind en conflictueuze negatieve interacties tussen ouder en kind elkaar onderling beïnvloeden, wordt het gedrag van de ouder (een negatieve manier van interacteren) als essentieel gezien. De negatieve manier van communiceren prikkelt een eventuele (genetische) aanleg van het kind om externaliserend gedrag te gaan vertonen, wat vervolgens weer negatieve reacties van de ouders oproept, die op hun beurt het externaliserende gedrag van het kind weer kunnen versterken. Om deze negatieve spiraal te verbreken, is het beïnvloeden van de interactiestijl van de ouders een van de beste manieren.

Het verbeteren van de communicatieve vaardigheden wordt in 'praten met kinderen' aangepakt door per stap van het overlegmodel de geschikte communicatieve vaardigheden uitgebreid en tot in detail te oefenen (NJI, 2016). Het Nederlands jeugdinstituut zegt:

Stap 1 is om ouders te leren luisteren, het gedrag van hun kind op een duidelijke en niet-beschuldigende manier te verwoorden en duidelijk aan te geven welk concreet gedrag ze van het kind verwachten door middel van onder andere de ik-boodschap en opbouwende kritiek. Stap 2 is om samen met het kind in een prettige sfeer zoveel mogelijk oplossingen te bedenken. Stap 3 is om samen een keuze te maken voor een oplossing, waarbij uitgebreid aandacht besteed wordt aan het maken van duidelijke afspraken en eventueel het incorporeren van straf en beloning. Tot slot wordt na verloop van tijd geëvalueerd of men tevreden is met de gemaakte afspraken en indien nodig kan men terugkeren naar eerdere stappen uit het model. (NJI, 2016)

Het programma 'praten met kinderen' legt dus de nadruk op communicatieve en probleemoplossende vaardigheden van ouders.

2.5 Hulpaanbod multiprobleemgezinnen

Tot slot wordt het hulpaanbod in multiprobleemgezinnen als laatste benoemd in het theoretisch kader. Hierin komt vooral naar voren wat belangrijk is qua werkvormen bij multiprobleemgezinnen. Daarbij gaat het vooral over de tijd van behandelen, met welke samenwerking en hoe deze werkvorm eruitziet. Voor pedagogisch medewerkers is het belangrijk het hulpaanbod te kennen om de meeste passende begeleiding te kunnen bieden.

Uit onderzoek van Barnhoorn en collega's (2013) blijkt dat preventieve hulp minder effect heeft op multiprobleemgezinnen als intensieve ambulante hulp (Zoon & Berg, 2014).

De hulp moet langdurig zijn en wisselend van aard als het gaat om de intensiteit. Als er bepaalde zaken goed gaan, kan de ondersteuning langzaam worden afgebouwd met één contact per maand. Daarnaast ervaren gezinnen profijt van de hulpverlening als deze praktisch is. Ouders voelen zich geholpen met iemand die hen met het regelen van bijvoorbeeld praktische zaken en dit geleidelijk aan hen overdraagt zodra dit weer mogelijk is. Dat de hulp praktisch van aard is, motiveert de gezin en zorgt ervoor dat de vertrouwensband met de hulpverlener kan groeien. Hulpverlening aan multiprobleemgezinnen kost daarom tijd en de hulpverlener dient dan ook zo lang als nodig

betrokken te zijn bij het gezin.

Effectieve hulp heeft baat bij aandacht voor bredere sociale omgeving van gezinnen (Zoon & Berg, 2014). Dit betekent dat de gezinsleden gestimuleerd worden om gebruik te maken van hulpbronnen in hun directe sociale omgeving. Het is van belang dat er gekeken wordt naar hoe de hele sociale context van het gezin behulpzaam kan zijn bij het oplossen van de problemen. Door het sociaal netwerk van het gezin te activeren, die kan zorgen voor ondersteuning, kunnen de gezinsleden zelf weer grip op hun leven krijgen. Daarnaast is het van belang dat de hulpverlening in de eigen leefomgeving wordt geboden. Naast de bredere sociale context is het ook van belang dat alle gezinsleden in het gezin hulp krijgen, zij nemen allemaal deel aan de veranderingen door de interventie.

Naast deze werkvormen is samenwerking tussen alle betrokken instellingen ook van belang bij effectieve hulp (Zoon & Berg, 2014). Een goede samenwerking tussen instanties betekent dat gezinnen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Zij zorgen ervoor dat het voor gezinnen duidelijk wordt dat er verandering moet komen en er gekeken wordt naar de oorzaak van het probleem. Ook kunnen gezinnen door een nauwe samenwerking geen instanties meer tegen elkaar opzetten. Ook is er bij een nauwe samenwerking sprake van ketenaanpak. Hiermee wordt bedoeld dat hulpverleners moeten signaleren, oppakken of doorgeleiden en terugkoppelen. Een voorwaarde voor deze ketenaanpak is volgens Steketee en Vandenbroucke (2010): "Het gezamenlijk opstellen van de probleemanalyse en plan van aanpak. Hierbij is sprake van individuele regie: één hulpverlener is verantwoordelijk voor het gezin en één plan per gezin" (Zoon & Berg, 2014). Deze coördinator dient met betrokken houding en enthousiasme te werken en onder meer goede sociale en communicatieve vaardigheden en doorzettingsvermogen te bezitten. Wanneer gezinnen niet steeds met dezelfde contactpersoon te maken hebben, schaadt dit hun vertrouwen.

3.0. Methodologie

In het afgelopen hoofdstuk, het theoretisch kader, zijn verschillende theorieën behandeld die belangrijk zijn om de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek te beantwoorden. Om deze vragen te kunnen beantwoorden wordt er onderzoek gedaan. In hoofdstuk drie wordt er vervolgens ingegaan op de methode van onderzoek. In paragraaf 3.1 wordt de onderzoekspopulatie uitgebreid beschreven. Daarna worden de dataverzamelmethode en de onderzoeksmethode beschreven in paragraaf 3.2. In paragraaf 3.3 worden de meetinstrumenten beschreven, die gebruikt worden om de data te verzamelen. Daarna komt de data-analyse per deelvraag aan bod in paragraaf 3.4. Als laatste wordt in paragraaf 3.5 ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

3.1. Onderzoekspopulatie

Met de onderzoekspopulatie wordt bedoeld: alle onderzoekseenheden bestaande uit personen, instanties of situaties waarover op basis van een onderzoek uitspraken samen de populatie vormen (Baarda et.al., 2009). De populatie van dit onderzoek bestaat uit ambulant hulpverleners van instelling X en ouders die ambulante hulpverlening krijgen van instelling X met kinderen die behandeld zijn of nog worden behandeld bij instelling X. Bij de ambulant hulpverleners gaat het om hulpverleners die al minimaal 2 jaar in dienst zijn bij instelling X in de functie van ambulant hulpverlener. Zij hebben allemaal een hbo-studie afgerond in de richting van jeugdzorg. Daarnaast zijn zij allemaal tussen de 25 en 40 jaar oud. De ouders die geïnterviewd zijn hebben minimaal één jaar hulpverlening hebben gehad binnen instelling X en de kinderen zijn behandeld bij een 24-uurs behandelgroep op locatie van instelling X of bij pleegzorg binnen de instelling. De ouders zijn van autochtone en allochtone afkomst, hier wordt geen onderscheid in gemaakt bij het onderzoek. Ouders zijn tussen de 21 en 40 jaar oud. Er is bewust gekozen om geen hulpverleners met een andere functie te kiezen, aangezien zij de behandeling bij gezinnen alleen indirect meemaken.

Steekproef

De steekproef ontstaat wanneer er één selectie uit waarnemingseenheden wordt getrokken (Baarda et.al., 2009). Bij dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van een doelgerichte steekproef, omdat het interview wordt afgenomen bij geselecteerde respondenten (Baarda et.al., 2009). Zes behandelde ouders van behandelde kinderen, die momenteel verblijven op een behandelgroep van instelling X, van wie het kind terug naar het biologisch gezin gaat binnen nu en drie maanden, worden geïnterviewd. Zij kunnen namelijk informatie geven die passend is bij de onderzoeksvraag. Daarnaast worden vier geselecteerde ambulant hulpverleners geïnterviewd die hulp verlenen bij desbetreffende geïnterviewde gezinnen van instelling X. Dit omdat zij qua hulpverlening aansluiten bij de gezinnen en er dus een link gelegd kan worden tussen de hulpverlening en hulpmiddelen en de vraagstukken bij ouders. Helaas kon de verdeling niet gelijk zijn, aangezien er te weinig ouders waren die interesse hadden in een interview van een uur. Ze wilde niet meer hun verhaal doen en gaven aan de hulpverlening negatief te vinden, omdat ze voor hun gevoel weinig aan de hulpverlening hebben gehad. Daarnaast zijn er maar weinig kinderen die vanuit een pleeggezin of behandelgroep teruggaan naar het biologisch gezin, waardoor het totaal aantal geschikte respondenten sterk daalde. Hierdoor is halverwege het onderzoek gekozen om de verdeling zes ambulant hulpverleners en vier ouders te maken.

Noodzakelijk voor de selectie was dat deze ouders bij de start van het ambulante hulpverleningstraject kampten met problematiek op meerdere leefgebieden zoals op psychisch, financieel, opvoedkundig, sociaal-emotioneel of huisvestingsgebied. Zij hebben hier minimaal vier maanden ambulante ondersteuning voor gekregen vanuit instelling X. Verdere selectiecriteria zijn dat de kinderen van de ouders behandeld werden of worden voor een meervoudig trauma. Bij de totstandkoming van de steekproef is geen onderscheid gemaakt tussen man of vrouw, omdat dit niet relevant is voor het onderzoek. Respondenten zijn geselecteerd door de onderzoeker in overleg met de vertegenwoordiger van ambulant hulpleners. Er is binnen dit onderzoek geen tijd om alle ambulant hulpverleners en ouders van cliënten te interviewen, omdat ook niet iedereen behoefte heeft aan een interview.

Waarborging anonimiteit

Bij dit onderzoek worden namen, organisatie, functies of andere kenmerken die terug te leiden zijn naar een bepaald persoon te allen tijde geanonimiseerd. Bij de interviews wordt naar de mening van respondenten gevraagd, wat vaak gevoelige onderwerpen betreft. Hierdoor is gekozen voor het anonimiseren van de informatie.

3.2. Dataverzameling

Het onderzoek wordt een kwalitatief onderzoek. Er is hiervoor gekozen, omdat met deze vorm van onderzoek diepgaande informatie verkregen wordt, doordat men in kan gaan op achterliggende motivaties, meningen, wensen en behoeften van de doelgroep. Via dit onderzoek kan de doelgroep zelf worden ingezet om mee te denken over het verbeteren van de hulpverlening binnen instelling X (Right, 2016). Er is gekozen voor semigestructureerde interviews. Bij een semigestructureerd interview staan naast alle topics ook de belangrijke vragen vast. Met deze interviewmethode is de interviewer flexibel en kan hij/zij met eigen inbreng inspelen op de antwoorden van de geïnterviewde. Met de vastgestelde vragen wordt gewaarborgd dat op elke deelvraag antwoord gegeven wordt. Volgens Baarda en de Goede (2009) is deze methode een aangewezen methode, omdat andere methodes onvoldoende diepgang en inzicht bieden voor de onderzoeker om de deelvragen te beantwoorden (Baarda et.al., 2009). De vragen van het interview zijn ontstaan vanuit het theoretisch kader en geven antwoord op de deelvragen. Doordat de vastgestelde vragen bij het interview aan bod komen, wordt de betrouwbaarheid vergroot.

De respondenten zijn geselecteerd in samenwerking met instelling X. Instelling X heeft ambulant hulpverleners en ouders geselecteerd die passen bij dit onderzoek. Deze sleutelinformant heeft een lijst met personen waaruit gekozen kon worden. Daardoor is voor deze manier gekozen. Naar alle respondenten is een mail gestuurd met alle informatie die belangrijk is om het onderzoek ethisch te kunnen verantwoorden en met de vraag of men mee wil werken aan het onderzoek. Uiteindelijk is met de ambulant hulpverleners telefonisch contact geweest en met de hulpkrijgers alleen mailcontact met de onderzoeker. Hiervoor is wegens privacyredenen voor gekozen. Ambulant hulpverleners hebben wel telefonisch contact gehad met de hulpkrijgers over het interview.

De interviews zijn mondeling en individueel afgenomen in een prikkelarme ruimte die bekend is voor de geïnterviewde. Er is gekozen voor een mondeling interview, omdat de interviewer hierdoor meer ruimte krijgt om in te spelen op de antwoorden van de geïnterviewde. Ook is gekozen voor een individueel onderzoek op een prikkelarme plaats die bekend is voor de geïnterviewde, omdat de geïnterviewde zo niet beïnvloed kan worden door andere personen of omgevingsfactoren. Er is bewust gekozen om niet de bij cliënten thuis te interviewen ter bescherming van de interviewer. Bij de interviews is een opnameapparaat aanwezig dat alle interviews opneemt. Hierdoor kunnen de interviews nogmaals beluisterd kunnen worden en kan er een transcript gemaakt worden. De transcripten kunnen te allen tijde opgevraagd worden bij interviewer.

Ethische verantwoording

De gedragscode van de hbo-raad is in acht genomen, waardoor de waarde van de respondenten wordt gerespecteerd. Bij alle tien interviews is vooraf alle onderzoeksinformatie besproken die relevant is voor de respondenten. Hierdoor konden ze op basis van de informatie toestemming geven voor het gebruiken van de informatie. De opgenomen interviews zijn na gebruik vernietigd om privacy te waarborgen. Bij alle interviews zijn de volgende vier zaken van toepassing:

Contactlegging: De interviewer maakt zich bekend als onderzoeker en maakt de rol als interviewer duidelijk. Ook wordt besproken dat de belangen van de interviewer en de geïnterviewde mee worden genomen in het onderzoek.

Terugkoppeling van de resultaten: De interviewer vraagt bij ieder interview op welke manier en wanneer de respondent de terugkoppeling van het interview wenst te hebben.

Zorgvuldigheid: De onderzoeker geeft duidelijk aan dat de respondent geanonimiseerd wordt en is hierin zorgvuldig, zodat de respondent zich veilig voelt om eerlijk te antwoorden.

Instemming: De onderzoeker vraagt toestemming om het interview op te nemen, de gegevens te verwerken en het mogelijk publiceren van het onderzoek. Daarnaast geeft de interviewer instemming dat de geïnterviewde zich te allen tijde terug kan trekken uit het onderzoek (Zilfhout, 2014).

3.3. Meetinstrument

‘Meetinstrumenten zijn hulpmiddelen waarmee je de gegevens verzamelt.’ (Verhoeven, 2011, p.166). Bij semigestructureerde interviews worden interviews al doelgericht gemaakt door middel van een vragenlijst of een lijst met onderwerpen, ofwel een topiclijst (Verhoeven, 2011).

Om de gegevens van dit onderzoek te verzamelen is er gebruikgemaakt van een topiclijst. Deze topiclijst is opgenomen in de bijlage. In de topiclijst zijn vaste gevragen opgesteld die gebruikt worden bij de interviews. Daarnaast zijn belangrijke thema’s beschreven die richting geven aan het interview. Deze vragen en belangrijke thema’s zorgen ervoor dat noch eigen inbreng noch vaste antwoorden komen uit de interviews. Eigen inbreng is van belang, omdat het gaat om een kwalitatief onderzoek, waarbij naar de mening van de geïnterviewde gevraagd wordt en waar de interviewer dan flexibel en open op door kan vragen. Hierdoor wordt het onderzoek diepgaander. Daarnaast zijn structurele vragen van belang, omdat hierdoor gestuurd wordt op vaste antwoorden die nodig zijn om antwoord te geven op de deelvragen. Met deze vaste vragen kan ook een andere

interviewer het interview afnemen waar dezelfde antwoorden uit ontstaan. Deze vragen vergroten hierdoor ook de betrouwbaarheid van het onderzoek.

De topiclijst is opgesteld door de onderzoeker zelf en nabesproken met een medestudent en een professional uit het praktijkveld. Zij hebben feedback gegeven op de eerste versie van de topiclijst, waaruit de officiële versie is ontstaan. Om de betrouwbaarheid te verhogen is er gebruikgemaakt van een proefinterview met een medestudent om de topiclijst te controleren op irrelevante vragen, logica en taalgebruik (Baarda et al, 2009). Na het proefinterview is de topiclijst aangepast. Aanpassingen zaten vooral in het stukje visievragen en vragen in de verbetering van eigen vaardigheden, bijvoorbeeld het vragen naar de mening over de hulpverlening en wat wenselijk is voor de hulpverlening in de toekomst. Deze vragen werden eerst alleen aan de ouders gesteld, maar bleken na een proefinterview ook relevant te zijn voor de ambulant hulpverleners.

3.4. Data-analyse

De data van dit kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews worden op methodische wijze geanalyseerd (Baarda et al., 2013). Analyseren is de uiteenrafeling van de gegevens over een bepaald onderwerp in categorieën, het benoemen van deze categorieën met begrippen en het aanbrengen van relaties tussen de begrippen in het licht van de probleem- en vraagstelling (Boeije, 2005). Alle interviews zijn digitaal opgenomen en getranscribeerd. Daarna zijn alle transcripties gecodeerd. Alle fragmenten die niet van toepassing waren zijn weggehaald en alle overige fragmenten zijn uitgerafeld en gestructureerd. Er is gekozen voor gericht coderen. Met gericht coderen wordt bedoeld: een manier van coderen waarbij de onderzoeker de onderzoeksvragen in gedachte heeft en kijkt welke uitspraken relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag (Baarda et al., 2009). Bij het coderen is begonnen met open coderen, hierbij zijn steekwoorden toegekend aan stukken tekst. Na het open coderen zijn de codes uiteengerafeld door middel van axiaal coderen. Hiermee wordt bedoeld dat er verschillende kernwoorden of thema's worden vastgekoppeld aan tekstdelen (Baarda et al., 2009). De tekstdelen met hetzelfde thema zijn vergeleken op eventuele verschillen of overeenkomsten. Na deze vergelijking zijn deze thema's onder elkaar gezet in een schema door middel van hoofd- en subcodes. In dit onderzoek komt namelijk de code tijdsdruk vaak samen voor met de code werkdruk en wordt genoemd als belemmeringen in het werk bij hulpverleners. Dit samengevoegd als subcode tijd- en werkdruk wordt dan weergegeven bij de hoofdcode krachten/belemmeringen hulpverleners. Dit noemt men een codeboom (zie bijlage 3). Deze codeboom is gekoppeld aan de deelvragen. Tot slot wordt in de laatste fase van de data-analyse selectief gecodeerd. Selectief coderen houdt in dat de concepten uitgewerkt worden tot een theorie (Baarda et al., 2009). Dit wordt weergegeven in de resultaten, waarin ook antwoord wordt gegeven op de deelvragen. Hieruit volgt de conclusie waarin antwoord wordt gegeven op de hoofdvraag wat ambulant hulpverleners nodig hebben om ouders passende begeleiding te kunnen bieden bij een terugplaatsing.

Validiteit

Interne validiteit

Baarda (2009) omschrijft validiteit als volgt: *'Validiteit heeft te maken met de kwaliteit van de gegevens en vooral met de mate waarin deze een geldige weergave zijn van het te bestuderen fenomeen in de praktijk.'* (Baarda et.al., 2009, p.27). Bij interne validiteit gaat het om het voorkomen en verminderen van systematische fouten. Het is van belang dat er goede antwoorden op de hoofdvraag gegeven worden, ofwel de mate waarin er zuivere conclusies zijn getrokken (Verhoeven, 2011).

Om het onderzoek zo betrouwbaar mogelijk te maken zijn er extra middelen ingezet.

Zo is ervoor gekozen om de topiclijst te bespreken met een professional en een medestudent, zodat er met meerdere visies naar de topiclijst is gekeken. De topiclijst bestaat uit vragen en steekwoorden die voortkomen uit het theoretisch kader en de deelvragen. Daarnaast is er ook een proefinterview gehouden met een medestudent, zodat de laatste wijzigingen doorgevoerd konden worden om een betrouwbaar interview te houden. Bij het beschrijven van de resultaten wordt er een verbinding gelegd tussen de theorie en de deelvragen om de conclusie zo compleet mogelijk te kunnen beschrijven.

Externe validiteit

Externe validiteit is de mate waarin de conclusie over de steekproef ook geldig is voor de totale populatie (Baarda et al., 2013). De respondenten die gekozen zijn komen overeen met de gekozen populatie, dit vergroot de betrouwbaarheid. De omvang van de steekproef is niet echt valide, omdat deze steekproef bestaat uit tien respondenten en één zorgvorm, namelijk ambulante hulpverlening. Daarnaast bestaan de respondenten alleen uit vrouwen, aangezien er geen mannelijke gezinsbegeleiders werken bij instelling X. Dit kan de betrouwbaarheid van het onderzoek beïnvloeden, aangezien mannen een andere kijk op hulpverlening kunnen hebben. Voor uitspraken over de totale populatie is verder onderzoek vereist. Tot slot is het onderzoek gericht op één organisatie en is het dus niet te generaliseren.

Betrouwbaarheid

Het onderzoek is herhaalbaar, dit maakt het onderzoek betrouwbaar (Baarda et.al., 2009). Het onderzoek kan op een ander tijdstip plaatsvinden, maar met mogelijk andere resultaten vanwege de conclusies en aanbevelingen die gedaan zijn bij de instelling. Daarnaast is er een logboek bijgehouden, waardoor alle handelingen in het onderzoek verantwoord worden en deze teruggelezen kunnen worden. In dit logboek staat vooral wat op welk moment is uitgevoerd voor het onderzoek en waarom hier op een bepaald tijdstip voor is gekozen. Het logboek maakt het onderzoek ook meer betrouwbaar, omdat alles terug te lezen is of te lezen is door een ander. Daarnaast worden er ook problemen in beschreven, waar bij het onderzoek tegenaan is gelopen. Het beschrijven van de problemen zorgt bij een eventuele herhaling van dit onderzoek voor mogelijk minder problemen.

Om de dataverzamelmethode zo betrouwbaar mogelijk te krijgen, zijn de interviews vooraf semigestructureerd beschreven, waardoor bij herhaling semigelijke antwoorden gegeven worden. Daarnaast worden de interviews opgenomen en getranscribeerd, waardoor er altijd terug gekeken kan worden in de data.

De respondenten zouden sociaal wenselijke antwoorden kunnen geven, waardoor de antwoorden minder betrouwbaar zijn gezien de vraagstelling. Om dit tegen te gaan is het anonimiseren van de informatie duidelijk benoemd. Daarnaast wordt de mening van de interviewer niet benoemd in het interview om gekleurde antwoorden te voorkomen.

4.0. Resultaten

In hoofdstuk vier worden de resultaten van de interviews verwerkt. De resultaten zijn verwerkt per deelvraag en worden uiteindelijk gekoppeld met de theorie uit het theoretisch kader. In paragraaf 4.1 wordt deelvraag 1 beantwoord aan de hand van de resultaten uit de afgenomen interviews. In paragraaf 4.2 worden de resultaten van deelvraag 2 beschreven. Bij paragraaf 4.3 worden de resultaten van deelvraag 3 weergegeven en in paragraaf 4.4 de resultaten van deelvraag 4. In paragraaf 4.5 wordt er een verbinding gemaakt tussen de resultaten die voortkomen uit de afgenomen interviews en de theorie. Niet alle hulpmiddelen of wensen uit de data worden verwerkt, aangezien dit er te veel zijn. De meest benoemde resultaten zijn verwerkt.

4.1. Huidige ambulante begeleiding omtrent terugplaatsing.

In paragraaf 1 worden de resultaten van deelvraag 1 verwerkt. Deelvraag 1 luidt: *Hoe wordt de begeleiding nu geboden aan ouders door ambulant hulpverleners bij een terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?* Tijdens de interviews zijn verschillende zaken naar voren gekomen die ouders en hulpverleners ondervinden bij de huidige begeleiding bij een eventuele terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen. Hieronder worden deze zaken per thema opgesomd.

Systeemgericht werken

Bijna alle respondenten geven aan dat begeleiding wordt gegeven vanuit systeemgericht werken. Alle 6 hulpverleners geven aan dat zij tijdens hun cursus of opleiding geleerd hebben om het systeem te betrekken bij de probleemsituatie. *“Netwerk is erg belangrijk, dat creëert draagkracht. Het is alleen maar goed als ouders ondersteund worden door het netwerk, als dat ervoor zorgt dat het kind terug naar huis kan”* (R1).

Ouders zijn ook van mening dat er vanuit instelling X veel met het netwerk wordt gedaan. Respondent 9 vindt het fijn dat zijn kinderen bij opa en oma kunnen verblijven. Een andere ouder zegt dat er wel systeemgericht werkt wordt, maar dat dit niet altijd haalbaar is. *“Mijn moeder is ziek en mijn broer heeft twee drukke kinderen, die heeft ook zijn handen vol”* (R3). Een ouder geeft aan dat zij de ambulante hulpverlening niet nodig heeft en zelf goed weet wat ze moet doen.

Oplossingsgericht werken

Oplossingsgericht werken komt bij alle respondenten als ambulante hulpverleningsmethode terug. Vooral de positieve benadering wordt door de meerderheid nadrukkelijk benoemd. Een ouder geeft aan dat ze door de ambulant hulpverlener sterker is geworden en meer vertrouwen heeft gekregen in de opvoeding.

Ze heeft mij geleerd om mijn dochter te vertrouwen. Geef haar vertrouwen, dan wordt het zelf ook makkelijker. Ze mocht eerst niet alleen douchen van mij, bang dat ze iets fout deed of bla bla, nu laat ik het haar zelf doen en gaat het goed. (R3)

Alle hulpverleners geven aan dat de cliënten in hun kracht zitten en zelf na laten denken een van de belangrijkste dingen is van ambulante hulpverlening. R7 zegt: *“Ik stel vragen als: Wat heb je toen gedaan, waarom ging het toen wel? Misschien helpt het als je dat vaker doet. Zo op die manier een beetje gaan zoeken naar uitzonderingen waarbij het wel goed ging en wat je daarvan kunt gebruiken”* (R7). Twee hulpverleners geven ook aan dat het soms belangrijk is om ouders de

bevestiging te geven. *“Soms hebben ze de bevestiging nodig dat ze op de goede weg zitten, daar bloeien ze van op”*, aldus respondent 5. *“Daarnaast hebben de ouders ook veel kwaliteiten die ze even vergeten en dat wij ze kunnen helpen hier zicht op te krijgen, vind ik erg positief”* (R1). Een hulpverlener geeft ook aan vaak de schaalvragen te gebruiken om de mate van de problematiek vast te stellen.

Verplichte procedures

Alle respondenten geven aan dat er vaste richtlijnen zijn in de ambulante hulpverlening. Zo wordt er geobserveerd, gerapporteerd, verslagen geschreven en zijn er vaste bezoekmomenten. Over deze verplichte procedures wordt verschillend gedacht.

Alle ouders benoemen de verplichte procedures, maar de helft geeft hierover geen mening. Twee ouders hebben hierover wel een mening. Een ouder (R3) geeft aan dat de observaties binnen de verplichte procedures weinig hebben opgeleverd. Haar dochter liet sociaal wenselijk gedrag zien bij de observaties, waardoor de observaties vanuit haar oogpunt weinig zin hadden. *“Als alle hulpverleners weg zijn, heb ik een ander kind”* (R3). Een ouder geeft aan de verslaglegging erg belangrijk te vinden en geeft aan dat dit als bewijsmateriaal kan fungeren.

De hulpverleners ervaren ook het probleem met de observaties, toch geven zij er juist een positieve draai aan. Respondent 7 zegt:

Ouders zeggen dan ook 'het heeft toch geen zin want hij doet toch heel anders als jij er bent.' Maar dan leg ik ze uit dat hij dat gedrag dan wel laat zien en dan weten we in ieder geval dat hij het goede gedrag wel in zich heeft.

Respondent 5 geeft ook aan dat niet alle ouders zitten te wachten om op hun vingers gekeken te worden. Wel vindt meer dan helft van de hulpverleners dat een observatieperiode flexibeler mag worden ingedeeld, waar nodig een meer of minder langere observatieperiode. Daarnaast wordt de verslaglegging ook als omslachtig ervaren. *“Minder rapportages en gedoe, het is nu allemaal zoveel. Het slokt veel tijd op”* (R7).

(Opvoed)ondersteuning

Ondersteuning komt ook duidelijk terug. Als ondersteuning noemen de respondenten vooral het luisterend oor, draagkracht/draaglast, kennis aanbieden, communicatievaardigheden. Bijna alle respondenten geven aan dat er vanuit ambulante hulpverlening veel gewerkt wordt aan ondersteuning in gezinnen rondom de opvoeding.

Ouders zeggen: *“Dat ik mijn verhaal kan doen geeft me al ondersteuning, omdat ik weet dat mensen ermee bezig zijn”* (R4). *“Ik heb geleerd om niet meer de strijd aan te gaan, negeer ze maar even. In het begin kon ik dit niet, dan moest ik meteen mijn gelijk hebben”* (R3). Twee ouders geven aan weinig ondersteuning te krijgen in de opvoeding. De geven aan geen ondersteuning in de opvoeding nodig te hebben. Wel hebben ze de ambulant hulpverlener nodig om achter persoonlijke zaken aan te gaan zoals rechtszaken, financiën, etc. Daarnaast wordt het beloningsstelsel ook benoemd als opvoedingsondersteuning methode. Twee ouders geven aan, dat wanneer het beloningsstelsel thuis wordt ingezet, zij hier weinig baat bij hebben. *“De eerste*

week is het leuk om hard te werken voor dat cadeautje, maar de tweede week is dat cadeautje al niet meer interessant”(R4).

Alle hulpverleners daarentegen ervaren het beloningssysteem wel als een effectief ingezette methode. Naast het beloningssysteem benoemen zij het aanbieden van kennis als vorm van opvoedingsondersteuning. Zij geven aan dat wanneer ouders graag kennis ergens over willen hebben, deze wordt aangereikt in de vorm van theorie of cursussen. 3 van de 4 ouders hebben een cursus aangeboden gekregen vanuit ambulante hulpverlening en 3 hiervan hebben dit als positief ervaren. Twee hulpverleners geven aan soms tekort te komen in kennis, waardoor ze niet meteen antwoord kunnen geven op de vraag van ouders. *“Strak feitelijke kennis heeft dus wel een voorkeur. Als je een beetje kennis hebt, is dat een voordeel voor jezelf”* (R3).

Koppeling met de theorie

Een methode die vaak in wordt gezet bij multiprobleemgezinnen is Multisysteemtherapie. Deze therapie stelt ook systeemgericht werken voorop. MST zegt: *“Antisociaal gedrag wordt veroorzaakt door factoren van de jeugdige zelf, het gezin, de vriendengroep, de school en de buurt”* (NJI, 2016). Uit de resultaten blijkt dat de hulpmiddelen die nu worden ingezet bij ambulante hulpverlening ook systeemgericht zijn. Er wordt voornamelijk gekeken naar het betrekken van het gezin bij de problemen. *“Ouders inzicht geven in het feit dat de problemen niet alleen voortkomen uit kindfactoren maar ook uit gezins- en omgevingsfactoren”* (R10). Bakker e.a. (1998) geven ook aan dat het zelfvertrouwen van ouders toeneemt, door bijvoorbeeld het bieden van morele en sociale steun bij beginnende of bestaande problematiek (Bakker et. al., 1998).

Henggeler en Schoenwald (1998) zeggen dat het veranderen van systemen die kunnen leiden tot het probleemgedrag, problemen kan laten afnemen (Henggeler & Schoenwald, 1998). Systemen kunnen bijvoorbeeld veranderen door andere communicatievormen aangeleerd te krijgen. Meer dan de helft van de ouders geeft aan andere communicatievormen en hulpmiddelen van psycho-educatie te hebben gehad. Ouders geven aan dat het praten vanuit de ik-vorm, consequent en duidelijk praten erg geholpen heeft in het veranderen van probleemgedrag.

Naast systeemgerichte werkvormen wordt oplossingsgericht werken ook bij multiprobleemgezinnen gebruikt. Volgens Kim Insoo Berg en Steve de Shazer (2012) moet sterk de nadruk gelegd worden op datgene wat de cliënten wél kunnen, in plaats van op datgene wat zij niet kunnen (Bartelink, 2013). De therapeut is hierbij niet de expert, maar de cliënt zelf. De ouders positief benaderen en in hun kracht zetten wordt door alle respondenten beaamd. Het positief benaderen geeft de ouders vertrouwen in hetgeen ze kunnen, dat geven alle hulpverleners aan.

Antwoord op de deelvraag

Uit onderzoek is gebleken dat bijna alle respondenten hulp in de opvoeding krijgen vanuit ambulante hulpverlening. Over het algemeen is men positief over deze hulp, buiten het feit dat niet alle hulpmiddelen altijd acuut zullen werken of blijven werken. De desbetreffende hulpmiddelen en methodes die ingezet worden vanuit ambulante hulpverlening worden ook benoemd door de meeste ouders. Vanuit de theorie wordt ook gezien dat er bij veel multiprobleemgezinnen oplossingsgericht en systeemgericht gewerkt wordt en dat vooral het inzetten van sociale steun en

positieve benadering als positief wordt ervaren bij multiprobleemgezinnen. Het zou probleemgedrag kunnen doen veranderen of grotere problemen kunnen voorkomen. Daarnaast wordt het aanbieden van kennis (psycho-educatie, communicatie, etc.) door ambulant hulpverleners aan ouders ook als fijne ondersteuning ervaren door meer dan de helft van de ouders. Alle hulpverleners daarentegen zeggen wel graag kennis te willen aanbieden, maar hierin soms nog tekort te schieten.

4.2. Krachten en belemmeringen gezinsbegeleiding

In paragraaf 2 worden de resultaten van deelvraag 2 verwerkt. Deelvraag 2 luidt: *Welke krachten en belemmeringen worden nu door hulpverleners van instelling X en ouders ondervonden rondom de begeleiding bij de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?* Tijdens de interviews zijn er positieve en negatieve kanten benoemd van de ambulante begeleiding. Deze krachten en belemmeringen worden hieronder per thema benoemd.

Samenwerking versus verschillende gezichten/visies

Als het gaat om het thema samenwerking zijn er verschillende meningen. De hulpverleners hebben hierin een andere visie dan de ouders.

Alle ouders geven aan het niet fijn te vinden dat er veel verschillende hulpverleners in huis komen. Ze geven aan geen zin te hebben om telkens hun verhaal te moeten doen.

Nu heb ik weer een hulpverlener gehad. Wat kan ik voor je doen? Ik zeg hallo, ik bel jullie, ik weet het niet meer. Had op kantoor even een boekje opengeslagen. Ik werd het spuugzat. We zaten er doorheen. (R3)

Respondent 8 zegt graag één gezicht te willen zien: *“Geef één vertrouwenspersoon die ernaast staat en mensen helpt, één coach en zorg dat ze daar vertrouwen in hebben” (R8).*

Alle hulpverleners geven aan te weten dat het voor ouders niet fijn is om veel verschillende hulpverleners te hebben. Toch is het voor de hulpverleners wel fijn. De verantwoordelijkheid delen wordt als punt benoemd.

Het lijkt erop dat wij als ambulant hulpverleners heel veel verantwoordelijkheid gaan krijgen, waarvan ik vind dat het gedeeld moet worden. Je moet nu al 75% van de tijd contact hebben met gezinnen, maar het zijn wel allemaal zware gezinnen met moeilijke gesprekken. Is dat reëel voor één persoon? (R2)

Ook wordt het samenwerken in een team als positief ervaren. *“Ik heb vaak geen pasklaar antwoord. Ik kan wel zeggen dat ik dingen zie, maar dat ik dat wel eerst wil overleggen met bijvoorbeeld een gedragswetenschapper” (R1).* Het overleg met andere instanties wordt minder positief ervaren.

Tijds- en werkdruk

9 van de 10 respondenten zegt werkdruk of tijdsdruk te voelen bij de hulpverlening.

De ouders hebben het voornamelijk over een langer natraject of een snellere aanpak na een intake.

“Alles wat er binnenkomt, regel het en breng mensen op de hoogte. Die onwetendheid vind ik cruciaal” (R9). *“Ik had graag nog langer hulp gehad. Al is het maar een telefoontje van ‘hoe gaat het’ of dat ik even kan bellen wanneer het niet helemaal lekker loopt om advies te vragen” (R4).*

Een hulpverlener geeft dit ook als optie om de hulpverlening te optimaliseren.

Vanuit de hulpverleners wordt voornamelijk tijdsdruk benoemd in hun werkzaamheden, dat zij niet meer toe kunnen komen aan diepgang.

Specialistische hulp

Een klein percentage van de respondenten (ouders) geeft aan problemen te ervaren bij specialistische hulp.

Eén ouder geeft aan eerder een psycholoog of psychiater gesproken had willen hebben over eventuele medicatie.

Ik zou wel willen weten waarom er in die negen maanden niet een psycholoog kwam, die haar één keer in de week zou willen observeren. Toen ik na 9 maanden bij de psychiater kwam zei hij: 'Dit is gewoon een meisje wat getemd moet worden met medicatie.' Waarom hebben ze me dat niet eerder verteld? (R3)

Ook vindt één ouder het fijn als zij de ingezette specialistische hulp zou kennen en daar ook contact mee zou kunnen hebben. Respondent 8 zegt: *"Die gedragswetenschapper heb ik nog nooit gezien, ik ken dat mens helemaal niet, ik vind dat zo idioot, hè."*

Voor- en nazorg

Het voor- en natraject van de hulpverlening wordt door alle respondenten benoemd.

Bijna alle ouders geven aan dat de nazorg erg kort is. Ze ervaren een acute stop na 3 maanden nazorg. Het hebben het gevoel dat ze nergens meer met opvoedingsvragen terecht kunnen. *"Het voelde leeg, alsof er niemand was die me kon helpen. Mijn dochter voelde dit ook en ging daardoor weer meer probleemgedrag vertonen. Alle hulpverlening was weg"* (R4). Ook de voorbereiding op de hulpverlening wordt door 2 ouders als negatief ervaren. Respondent 8 zegt:

Mensen van tevoren goed vertellen wat hen te wachten staat. Dat in ieder geval. Ze weten zoveel van preventie en geven daar zoveel cursussen in. Ik had het fijner gevonden als ze me van tevoren verteld hadden wat me te wachten stond.

Een hulpverlener geeft aan de wachtlijsten als 'slecht' te ervaren. *"Er wordt vaak pas hulp gevraagd als de situatie dreigt te escaleren. Slecht als er dan een wachtlijst is. Op het moment dat een ouder die hulp nodig heeft, moet er eigenlijk al iemand zijn"* (R5). Tot slot wordt door 3 hulpverleners aangegeven dat zij nabespreken met kinderen erbij niet handig vinden. Zij geven thuisbegeleiding wanneer de kinderen thuis zijn, maar moeten dan vaak ook evalueren. Dit gaat niet met de kinderen erbij, zeggen zij.

Koppeling met de theorie

Dat er weinig tijd en veel werk is in de hulpverlening komt uit de data duidelijk naar voren. Ouders geven aan dat ze soms langere ondersteuning willen wanneer de hulpverlening stopt. Vanuit het theoretisch kader komt ook naar voren dat de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen veel tijd kost en ze de tijd hard nodig hebben. Mevrouw Zoon van het Nederlands jeugdinstituut (2016) zegt: *"Hulpverlening aan multiprobleemgezinnen kost tijd en de hulpverlener dient dan ook zo lang als nodig betrokken te zijn bij het gezin"* (Zoon & Berg, 2014). Helaas zeggen de ambulant hulpverleners dat dit vaak niet mogelijk is, vanwege tijdgebonden hulpaanbod vanuit organisatie of

gemeente. Daarnaast wordt de samenwerking ook als belangrijk ervaren bij de respondenten, maar zit men nog niet altijd op één lijn. Steketee en Vandenbroucke (2010) zeggen dat een ketenaanpak van belang is bij een effectieve samenwerking (Zoon & Berg, 2014). Hiermee wordt bedoeld dat hulpverleners signaleren, oppakken of doorgeleiden en terugkoppelen. Een goede samenwerking tussen instanties betekent dat gezinnen de hulp krijgen die ze nodig hebben. Ouders geven ook aan dat een coördinator/coach gewenst is die de regie heeft. Volgens Steketee en Vandenbroucke (2010) is het gezamenlijk opstellen van de probleemanalyse en plan van aanpak een voorwaarde voor deze ketenaanpak (Zoon & Berg, 2014). Hierbij is sprake van individuele regie: één hulpverlener is verantwoordelijk voor het gezin en één plan per gezin. De hulpverleners uit het onderzoek geven dit niet als pre aan en zien een goede samenwerking tussen meerder hulpverleners als basis voor effectieve passende begeleiding.

Antwoord op de deelvraag

Uit onderzoek blijkt dat meningen uiteenlopen over de ambulante hulpverlening binnen instelling X. Over het algemeen wordt tijdsdruk en werkdruk het meest benoemd door de respondenten. Iedereen geeft aan dat er te weinig tijd is om de hulpverlening optimaal en effectief te laten verlopen. Ouders geven voornamelijk aan dat de nazorg van korte duur en de wachtlijst erg lang is. Hulpverleners geven aan dat ze zoveel andere cases hebben, waardoor ze weinig aandacht hebben per gezin. Uit theorie blijkt dat tijd als essentieel punt wordt gezien en dat multiprobleemgezinnen ondersteuning moeten krijgen zolang zij het nodig hebben. Daarnaast verschillen de meningen ook over een juiste samenwerking. Ouders geven aan graag een maatje/coach te zien die de regie heeft, terwijl hulpverleners het fijn vinden om de verantwoordelijkheid te delen. Wel is iedereen het eens dat de visies van de hulpverleners op één lijn moeten liggen, binnen of buiten de instantie om. De vertrouwensband tussen ambulant hulpverlener en ouder wordt door iedereen als erg positief ervaren. Ouders zien dit ook als basis voor effectieve hulpverlening..

4.3. Gewenste situatie en veranderingen voor passende begeleiding

In paragraaf 3 worden de resultaten van deelvraag 3 verwerkt. Deelvraag 3 luidt: *Wat is de gewenste situatie rondom de begeleiding van gezinssystemen bij terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen, gezien vanuit de ambulant hulpverlener en ouder? Hoe wordt deze gerealiseerd?* Tijdens de interviews zijn er minpunten en eventuele oplossingen benoemd over de huidige ambulante hulpverlening. De veranderingen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen worden hieronder per thema beschreven.

Meer diepgang

7 van de 10 respondenten geven aan meer diepgang te willen bij de hulpverlening. Ouders geven aan diepgang te willen bij de hulpverlening. Respondent 8 geeft aan eerder een cursus hechting te hebben gewild, omdat ze dan meer handvatten had gehad voor de opvoeding, waardoor het kind misschien niet uit huis geplaatst had hoeven worden.

Alle hulpverleners geven aan deze diepgang graag te willen zien in een cursus of bijscholing. Ze geven aan sommige vaardigheden uit de opleidingen niet meer helder te hebben en dat ze graag een herhalingscursus zouden willen.

De cursus PPT is wel zo lang geleden. Jij vroeg, heb je nog dingen die je zou wensen, nou een opfriscursus PPT zou goed zijn. Ik kan niet zeggen of we daar methodes hebben geleerd die we nu nog gebruiken. (R6)

“Inhoudelijk zou ik veel cursussen willen volgen. Bijvoorbeeld een bipolaire stoornis, hoe ga ik daarmee om? En momenteel hoe de bureaucratie zich verhoudt of verandert, vind ik ook interessant” (R2).

1 plan, 1 hulpverlener

De hulpverlening met 1 coördinator wordt door alle ouders toegejuicht. De ouders geven aan veel verschillende gezichten niet fijn te vinden en wensen 1 hulpverlener voor de regie.

De hulpverleners begrijpen dit, maar geven aan dat dit vaak niet mogelijk is. Respondent 2 geeft aan dat veel hulpverleners op 1 gezin misschien niet eens noodzakelijk is om tot effectieve hulp te komen. Ze zegt: *“Hoe meer mensen in een gesprek, hoe meer communicatieruis er kan komen. Ik zie meerdere mensen niet als bedreiging, maar zijn al deze mensen van belang bij effectieve ondersteuning?”* (R2). *“Bij zware problematieken denk ik dat het slim is om één iemand erop te zetten. Slimmer is één coördinator met twee of drie anderen die daarmee optrekken”* (R2).

Ondersteuning/samenwerking

Over de huidige vorm van ondersteuning komt uit het onderzoek ook een aantal zaken naar voren dat men graag veranderd ziet. Zoals langere ondersteuning, zoals al eerder is benoemd. Ook de vorm van ondersteuning zou een andere insteek kunnen krijgen.

Twee ouders geven aan het fijn te vinden als er een nauwere samenwerking komt tussen specialistische hulp, van buitenaf of binnen de organisatie en de ambulant hulpverlener, waardoor er sneller een verwijzing kan komen. In het onderzoek worden de psychiater, gedragswetenschapper en het GGZ specifiek benoemd.

Een hulpverlener heeft een ander idee over de vorm van ondersteuning, namelijk: *“Een deeltijdbehandeling met gedeeltelijke ontlasting hier, kan heel goed en verfrissend zijn”* (R6). *“Ik ben geen voorstander van kinderen uit het systeem halen en de opvoeding buiten het systeem te laten plaatsvinden. De opvoeding kan haalbaar zijn door veel thuisbegeleiding”* (R6). Daarnaast vinden bijna alle respondenten dat de samenwerking over het algemeen beter en sneller kan.

Kindvolgsysteem

Het kindvolgsysteem wordt door alle hulpverleners als gewenst ervaren. Hiermee wordt bedoeld dat er één dossier komt van het kind, dat elke hulpverlener kan openen buiten en binnen de organisatie zodat iedereen op de hoogte is. *“Wat mij betreft gaat het kindvolgsysteem helemaal rond. Als het kind gaat verhuizen naar Groningen, dat ze het daar alles kunnen zien van de vorige hulpverlening. Hierdoor kan het kind beter gevolgd worden”* (R2).

“Soms komt de hulp gewoon te laat en is er thuis een crisis ontstaan, terwijl niemand hier iets van af weet door gebrek aan een kindvolgsysteem” (R6). Het kindvolgsysteem wordt door alle hulpverleners aanbevolen. Met dit systeem zouden de rapportages ook makkelijk en minder omslachtig worden doordat het in 1 systeem wordt geplaatst.

Financiën

Door het gebrek aan een sociaal netwerk zouden ouders graag opvang van buitenaf inschakelen, zoals stichting Happy. Ouders kunnen dit alleen niet financieren, waardoor opvang niet gerealiseerd kan worden. Kinderen blijven vaker thuis en er ontstaan minder rustmomenten voor de ouders, waardoor ouders sneller gefrustreerd raken en de kans op terugval vergroot wordt. *“Ik zou best één keer in de maand ontlast willen zijn en haar een weekend op kamp sturen. Helaas duurt de aanvraag voor pgb erg lang en moet men zelf bijbetalen, dit heb ik niet”* (R3).

Tijds- en werkdruk

Bijna alle respondenten geven aan werk- en tijdsdruk te ervaren. Ouders geven aan dat dit vooral zit in de nazorg. Zij vinden dat er te weinig tijd wordt besteed aan de nazorg, waardoor de kans op een terugval groter wordt.

Alle hulpverleners geven aan dat zij niet meer toe kunnen komen aan diepgang. Ze hebben er te veel cases bij gekregen, geven aan dat ze het te druk hebben en niet meer altijd tijd hebben voor ouders. Ook komt hierbij de veiligheid van ambulant hulpverleners kijken. Een hulpverlener geeft aan dat de verantwoording delen ervoor zorgt dat hulpverleners tussen de problemen door rust krijgen en aan henzelf kunnen blijven denken.

Koppeling met de theorie

De wens om meer hulpverlening thuis te laten plaatsvinden in plaats van binnen een instantie, wordt door het Nederlands Jeugdinstituut als een effectieve methode beschreven. Zij zeggen:

Het is van belang dat de hulpverlening in de eigen leefomgeving wordt geboden. Naast de bredere sociale context is het ook van belang dat alle gezinsleden in het gezin hulp krijgen, zij nemen allemaal deel aan de veranderingen door de interventie. (Zoon & Berg, 2014)

Door in de thuissituatie hulpverlening te bieden, kan iedereen deelnemen aan de interventie en uiteindelijk ook aan de veranderingen die deze teweegbrengen. Het model van Bronfenbrenner (1979) zegt hierover het volgende: *“Het model stelt dat leden van een systeem elkaar voortdurend beïnvloeden en dat gedrag slechts bestudeerd kan worden in de natuurlijke context”* (NJI, 2016). Naast de hulpverlening in eigen omgeving wordt het hebben van een coördinator ook als voordeel gezien. Voor effectieve hulpverlening moet het contact met de coördinator ook positief te zijn volgt uit de theorie.

Deze coördinator dient met enthousiasme en betrokkenheid te werken en onder meer goede sociale en communicatieve vaardigheden en doorzettingsvermogen te bezitten. Wanneer gezinnen niet steeds met dezelfde contactpersoon te maken hebben, schaadt dit hun vertrouwen. (Zoon & Berg, 2014)

Antwoord op de deelvraag

Uit onderzoek is gebleken dat vooral verbetering kan komen in de samenwerking. Hiermee wordt vanuit de ouders en vanuit de theorie één plan en één hulpverlener bedoeld. Zij zien dat als ideale vorm van hulpverlening. De hulpverleners zouden hierin nog graag wat meer verantwoordelijkheid delen om zo ook de veiligheid te behouden, maar waarin wel iedereen op één lijn zit met een optimale samenwerking. Vanuit de theorie wordt dit ook als pre gezien voor een effectieve hulpverlening. De hulpverlening meer toepassen in de thuissituatie wordt ook als optie benoemd om de hulpverlening te optimaliseren. Daarnaast hoopt men dat de ambulante hulpverlening in de toekomst ook langer ingezet kan worden na beëindigen van de hulpverlening binnen instelling X. Ook dit wordt vanuit de theorie als positief beoordeeld, zij zeggen dat ouders zo lang hulpverlening moeten kunnen vragen zolang ze het nodig hebben. Een maandelijks telefoontje wordt als aanbeveling gedaan. Tot slot wordt het kindvolgsysteem als optie benoemd om nog strategischer en minder tijdrovend te werk te kunnen gaan, waardoor er meer aandacht kan gaan naar de gezinnen.

5.0. Conclusie en aanbevelingen

In hoofdstuk 5 worden de deelvragen beantwoord aan de hand van de resultaten en kan er een conclusie getrokken worden. Daarna wordt de hoofdvraag beantwoord en tot slot worden er aanbevelingen gedaan in hoofdstuk 5.2.

5.1. Conclusie

Deelvraag 1: Hoe wordt de begeleiding nu geboden aan ouders door ambulant hulpverleners bij een terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?

De begeleiding aan ouders wordt over het algemeen als positief ervaren. Alle ouders zeggen blij te zijn geweest met de ambulante hulpverlening en een goede band te hebben gehad met de ambulant hulpverlener. 3 van de 4 ouders geven aan ook veel te hebben geleerd in de opvoeding van de ambulant hulpverlener. Ook de ambulant hulpverleners geven aan over het algemeen positief te zijn over de vorm van ambulante hulpverlening. Ze hebben positieve contacten met gezinnen en geven aan veel methodes en methodieken te gebruiken bij de hulpverlening. De begeleiding wordt nu geboden door 2 tot 4 maal in de maand op huisbezoek te gaan en te werken aan het doel dat ouders zelf hebben opgesteld. Ambulant hulpverleners kunnen hierin ondersteuning bieden waar nodig. Ouders hebben hierin wel zelf het initiatief en dit wordt van beide kanten als positief ervaren. Naast de positieve ervaring van de ambulante hulpverlening ervaren ouders en hulpverleners de tijds- en werkdruk als negatief binnen de organisatie en bij de samenwerking met verschillende instanties.

Deelvraag 2: Welke krachten en belemmeringen worden nu door hulpverleners van instelling X en ouders ondervonden rondom de begeleiding bij de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?

Uit onderzoek blijkt dat men een aantal krachten en belemmeringen ervaart bij de hulpverlening binnen instelling X. Opvallend is dat de krachten als 'gewoon' worden ervaren en vaak niet worden benoemd. De belemmeringen worden daarentegen nadrukkelijk benoemd. De belemmeringen hebben voornamelijk te maken met tijdsbeperkingen en een sterke werkdruk. Daarnaast wordt samenwerking en specialistisch hulp ook benoemd. Ouders geven aan het vervelend te vinden dat ze vaak verschillende gezichten zien bij de hulpverlening, ze moeten vaak hun verhaal opnieuw doen en hebben hier geen zin meer in. Hierin vinden zij dat hulpverleners onderling best een dossier kunnen bespreken, zodat er telkens maar 1 coördinator het woord kan doen. Hulpverleners geven aan dat dit erg handig is, maar vaak niet mogelijk is vanwege andere werktijden of het delen van de verantwoordelijkheid om een te hoge werkdruk te voorkomen. Ook de samenwerking met verschillende instanties wordt hierbij genoemd, omdat deze ook optimaal moet zijn om zaken weg te kunnen zetten, dit is momenteel niet het geval. Daarnaast voelen de ambulant hulpverleners een erg hoge werkdruk op dit moment en zouden ze graag meer tijd willen hebben om de zaken weer op orde te krijgen en meer aandacht te kunnen geven aan gezinnen. Overigens zou dit ouders ook ten goede komen, aangezien zij aangeven de werkdruk van de ambulant hulpverleners te voelen.

Deelvraag 3: Wat is de gewenste situatie rondom de begeleiding van gezinssystemen bij terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen, gezien vanuit ambulant hulpverlener en ouder? Hoe wordt deze gerealiseerd?

Vanuit het onderzoek komen duidelijke wensen en tips naar voren om de hulpverlening bij instelling X te optimaliseren. Wat blijkt is dat deze belemmeringen niet per se liggen bij de werkvorm van ambulante hulpverlening, maar dat het ook ligt aan de manier waarop er gewerkt wordt binnen de organisatie en met andere organisaties eromheen. Daarnaast ligt de oorzaak van veel belemmeringen ook bij de financiën en wet- en regelgeving. De grootste wens vanuit ouders en hulpverleners is meer tijd. Veel respondenten geven aan graag een langere tijd ondersteuning te willen en graag een contactpersoon in de hulpverlening te willen houden na beëindiging van de hulpverlening. Daarnaast zou deze extra tijd ook ingezet kunnen worden om de frequentie van huisbezoeken te kunnen verhogen, indien gewenst. Dit zou volgens veel respondenten de kans op terugval verminderen. Daarnaast wordt om tijd te besparen een kindvolgsysteem door de hulpverleners gewenst. Hiermee kan sneller en makkelijker informatie van een cliënt worden opgevraagd binnen verschillende instanties. Daarnaast wordt aanbevolen om de samenwerking te verbeteren. Uit onderzoek blijkt dat een optimale samenwerking zorgt voor tijdbesparend werken, een veilige werkomgeving en een positief effect op ouders. Graag zien ouders nog één coördinator die als coach/maatje functioneert. Tot slot vinden hulpverleners kennis ook een belangrijk aspect om ouders te allen tijde informatie te kunnen bieden op het gebied van opvoeding of problemen van ouders/omgeving.

Tot slot kan er een antwoord gegeven worden op de hoofdvraag:

Wat hebben de ambulante hulpverleners, werkzaam in instelling X, nodig voor het optimaliseren van systeemgericht werken met ouders van uit huis geplaatste kinderen van 4 tot 12 jaar om zo bij terugplaatsing een aansluiting te vinden bij de behoeften van het kind en zijn systeem?

Drie aspecten komen in de beantwoording van deze hoofdvraag naar voren: Tijd, kennis en een goede samenwerking. Met deze drie thema's zou de hulpverlening geoptimaliseerd kunnen worden. Ten eerste zorgt meer tijd voor meer aandacht per gezin en het flexibel maken van huisbezoeken binnen de hulpverlening. Daarnaast zorgt tijd ervoor dat ouders zo lang ondersteuning kunnen krijgen als zij nodig wensen. Ten tweede zorgt kennis ervoor dat de opvoedingsvragen van ouders beantwoord kunnen worden en er bewust begeleid kan worden met de methodes binnen instelling X. Via deze weg komen alle hulpverleners op één lijn te liggen en worden ouders niet op verschillende paden gezet. Dit laatste komt weer ten goede aan een optimale samenwerking, die ervoor zorgt dat ouders met één vraag bij iedereen terecht kunnen. Hiermee kan er ook steeds meer gewerkt worden vanuit de visie van Steketee en Vandenbroucke (2010) met 1 hulpverlener en 1 plan, omdat er minder hulpverleners per gezin nodig zijn (Zoon & Berg, 2014). Om dit te kunnen realiseren kan een hulpmiddel als kindvolgsysteem goed van pas komen, blijkt uit onderzoek. Deze vorm van hulpverlening zorgt ervoor dat er weer tijd bespaard kan worden en deze tijd ergens anders voor ingezet kan worden.

5.2. Aanbevelingen

Zoals beschreven in de probleemanalyse is gebleken dat de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen nog niet altijd vanzelf gaat. Vaak ontstaat er een terugval of blijkt bij de beslissing van een terugplaatsing dat de ouders niet in staat zijn om het kind zelfstandig op te voeden. Het percentage van het aantal kinderen dat thuis teruggeplaatst wordt is klein. In hoofdstuk 5.2 worden naar

aanleiding van dit probleem aanbevelingen gedaan aan de professional, organisatie en de overheid om de passende begeleiding rondom terugplaatsingen te optimaliseren. De aanbevelingen worden gedaan aan de hand van de ervaringen van de respondenten, in dit geval ouders en ambulant hulpverleners.

Professional

De eerste aanbevelingen worden gedaan aan de professionals. In dit geval niet alleen de ambulant hulpverleners, maar ook alle andere professionals eromheen. Dit betekent andere hulpverleners binnen de instantie, maar ook van andere instanties. De eerste aanbeveling gaat namelijk over de samenwerking. Ouders, maar ook hulpverleners, geven aan dat ze het fijn vinden als er beter samen wordt gewerkt binnen en buiten de organisatie. Ouders geven aan dat ze vaak hetzelfde verhaal moeten vertellen en dat er soms ook gewisseld wordt van hulpverlener, zij vinden dit niet fijn. Ze zouden graag willen dat er maar één contactpersoon is die met hen alles bespreekt. Dit is haast onmogelijk blijkt uit onderzoek, omdat er vanuit verschillende instanties verschillende hulpverleners komen die allemaal een eigen taak hebben. Om het aantal hulpverleners te verminderen is een nauwe samenwerking een eis. Eens per week of twee weken een netwerkoeverleg met de betrokken partijen zou hiervoor een goede optie zijn. Misschien kan er dan in de toekomst toch gewerkt worden aan de kernaanpak van 1 plan, 1 hulpverlener.

De volgende aanbeveling is een nauwere aansluiting op eventueel vervolghulp of weekend-/logeergezinnen. Ouders geven aan dat ze dit wel zelf willen regelen, maar zouden graag een opstap willen vanuit de professional. Eventueel het helpen met het regelen van de financiering is al een goede opstap. Deze praktische hulp kan ervoor zorgen dat de stress rondom de opvoeding vermindert en de draagkracht en draaglast in balans blijven. Tot slot zouden ouders graag zien dat hulpverleners in het gezin blijven tot het gezin de hulpverleners niet meer nodig heeft. Uit onderzoek blijkt dat na het wegvallen van de hulpverlening gezinnen in een 'zwart gat' vallen en voor hun gevoel weer terug bij af zijn. Zij zouden graag nog eens per maand bij elkaar komen om nog wat dingen te bespreken, totdat ouders aangeven dat het niet meer nodig is. Mocht dit niet haalbaar zijn, dan is telefonisch contact ook een goed alternatief.

Organisatie

De eerste aanbeveling wordt afgeleid van de aanbeveling aan de professional. Uit onderzoek blijkt dat herhaalbezoeken gewenst zijn na het stoppen van de hulpverlening bij instelling X. Deze zouden dan eens in de 4 à 6 weken plaatsvinden, stellen ouders voor. Ouders geven aan dat zij dit als prettig zouden ervaren. Ze voelen zich nu op zichzelf aangewezen na afloop van de hulpverlening en zouden hierin graag een contactpersoon houden die zij kunnen informeren wanneer er opnieuw problemen voordoen. Hierbij aansluitend zou een nauwer contact met weekend-/naschoolse opvang ook gewenst zijn. Ouders geven aan erg veel moeite te moeten doen om bijvoorbeeld in aanmerking te komen voor een weekend met stichting HAPPY. Wanneer er vanuit de organisatie een nauwere samenwerking komt met deze organisaties, zouden ouders hier makkelijker gebruik van kunnen maken. Stichting Happy is hier een voorbeeld van. In Tilburg biedt

Junior Care ook logeerweekenden voor kinderen met gedragsproblematiek. Dit zou eventueel ook een partner kunnen zijn.

De tweede aanbeveling is een snellere terugkoppeling na de intake. Ouders geven aan vaak lang te moeten wachten tot ze contact krijgen met de betreffende hulpverlener (5 maanden), zij vinden dat dit sneller moet kunnen. Daar vallen ook de wachtlijsten onder wanneer een gezin dringend hulp nodig heeft. Uit onderzoek blijkt dat wanneer ouders zich aanmelden bij instelling X er al veel vooraf is gebeurd. Zij kunnen dan niet nog eens 5 maanden wachten tot er hulp komt. Om wachtlijsten te voorkomen zou er bijvoorbeeld een deeltijdbehandeling gestart kunnen worden. Hiermee wordt bedoeld dat het kind ter ontlasting van de ouders een paar middagen naar een opvang binnen instelling X gaat, waardoor de ouders uit de crisissituatie komen. Daarbij zou een ambulante hulpverlener in de wachtperiode eens in de maand of twee maanden langs kunnen komen om de situatie te controleren. Wanneer dit niet haalbaar is voor de organisatie, zou hier eventueel een andere instantie voor kunnen worden ingezet.

Als derde aanbeveling wordt bijscholing genoemd. Hulpverleners zouden graag meer tijd willen krijgen voor cursussen of bijscholing om nog meer passende hulp te kunnen bieden. Zij geven aan soms niet genoeg kennis te bezitten om overal mee aan de slag te kunnen. Wanneer zij meer kennis hebben, kunnen zij bewuster methodes en technieken inzetten om betere ondersteuning te geven.

Tot slot wordt meer tijd voor een hulpverleningstraject als aanbeveling gedaan aan de organisatie. Respondenten geven aan beiden een tijds- en werkdruk te ervaren en geven aan dat dit niet bevorderlijk is voor een succesvol traject. Hulpverleners zouden graag meer tijd willen om meer aandacht te kunnen geven aan gezinnen en hierdoor flexibeler op huisbezoek te kunnen gaan. Dit leidt ook weer tot veiliger werken, aangezien hulpverleners met meer tijd ook meer rust hebben om weer even tot zichzelf te komen. Hiervoor zijn meer hulpverleners of een uitbesteding aan een andere organisatie nodig.

Overheid

Uit onderzoek blijkt dat de hulpverleningssystemen niet goed op elkaar aansluiten. Als een kind verhuist naar Friesland, moeten zij alle gegevens bij instelling X opvragen en daar opnieuw in het systeem zetten. Dit blijkt omslachtig. Om dit te voorkomen wordt een aanbeveling gedaan om een kindvolgsysteem te implementeren. Met een kindvolgsysteem kunnen alle betrokken instanties in een handomdraai zien, wie er betrokken is, waar men zich met de hulp mee bezighoudt en hoe de situatie is per gezin. Dit bevordert ook weer de samenwerking met instanties onderling. Dit systeem wordt een soort online dossier, dat dus makkelijk op te vragen is door de betrokken instanties. Hiermee zou bijvoorbeeld het aanvragen van persoonsgebonden budget (pgb) ook makkelijker kunnen plaatsvinden, aangezien ouders nu geen uittreksels van diagnose meer hoeven toe te sturen, maar gemeenten kunnen kijken in het systeem. Dit versnelt ook weer de aanmeldingen bij opvangorganisaties.

Daarnaast wordt de aanbeveling gedaan om de bijdrage van pgb te verhogen. Uit onderzoek blijkt dat ouders uiteindelijk wel in aanmerking komen voor pgb, na een lange weg, maar moeten daarnaast nog veel bijbetalen voor opvang. Door de hoge eigen bijdrage haken veel gezinnen af,

omdat zij dit financieel niet aankunnen. Om misbruik te voorkomen kan dit budget misschien rechtstreeks worden gefinancierd aan de betreffende hulpverlenende organisatie.

6.0. Discussie

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat ouders van uit huis geplaatste kinderen vaak niet in staat zijn om zelfstandig op te voeden bij moment van terugplaatsing in het biologisch gezin. Hierdoor blijkt dat er meer kans is op een terugval. Mogelijk kan met behulp van dit onderzoek de hulpverlening hierin geoptimaliseerd worden. Om dit in beeld te krijgen wordt de conclusie gekoppeld aan de probleemanalyse uit hoofdstuk 1. Tot slot worden de sterkte- en zwaktepunten van dit onderzoek beschreven in een sterkte-zwakteanalyse.

6.1. Conclusie gekoppeld met probleemanalyse

Als we op macroniveau de conclusies vergelijken met het onderzoek van Brussee (2012), die zegt dat na de beslissing van een terugplaatsing het nog geregeld voorkomt dat kinderen opnieuw uit huis geplaatst worden, kunnen we hier geen bevestiging op geven (Brussee, 2012). Alle kinderen van de respondenten wonen namelijk nog wel thuis, maar dit gaat niet altijd even makkelijk. Ouders geven aan dat ze graag nog extra hulpverlening willen om een terugval te voorkomen. Ze geven ook aan dat ze na het beëindigen van de hulpverlening in een 'zwart gat' vallen en langer ondersteuning willen. Het probleem van onvoldoende nazorg werd ook opgemerkt uit internationaal onderzoek van Focus Ireland (2013) en in Nederland door Defence for Children (2014). Zij geven aan dat de stap van instelling naar maatschappij te groot is voor jongeren en gezinnen en zij het geleerde niet in eigen omgeving kunnen uitoefenen, waardoor gezinnen in een gat vallen na terugplaatsing (Defence for Children, 2014).

Daarnaast blijkt op mesoniveau uit het minisymposium bij instelling X dat 7 van de 33 onderzochte kinderen teruggeplaatst zijn in hun biologisch gezin naar aanleiding van het pedagogisch beslissingsmodel. Een ambulant hulpverlener van instelling X zegt: *'Gezinnen bezitten soms nog niet voldoende vaardigheden voor een positieve zelfstandige opvoeding en vallen dus terug in het oude patroon.'* (persoonlijke mededeling, 31-04-2016) Oude cliënten komen terug of worden aangemeld bij andere hulpverlenende instanties. Aangezien de kinderen van de geselecteerde respondenten allemaal thuis geplaatst zijn en nog thuis wonen, kan hier geen vergelijking in gemaakt worden. Wel blijkt dat na terugplaatsing ouders nog regelmatig contact op proberen te nemen met hulpverleners van instelling X, aangezien zij opnieuw problemen ervaren. Ook ervaren zij op moment van terugplaatsing euforie, omdat ze denken dat ze alle vaardigheden bezitten tot zelfstandig opvoeden en blijkt na een langere tijd toch dat de onzekerheid parten gaat spelen. Alle gezinnen uit dit onderzoek hebben niet deelgenomen aan het pedagogisch beslissingsmodel. Of ouders daadwerkelijk in staat waren tot zelfstandig opvoeden bij moment van terugplaatsing, is dus niet bekend.

Tot slot blijkt uit onderzoek van Dankaart (2011) op microniveau dat voornamelijk ouder- en gezinsfactoren (zoals armoede, huisvesting, verslaving) samenhangen met het afbreken van de terugplaatsing (Daamen, 2014). Uit de conclusie blijkt dit niet direct te komen, maar het blijkt wel dat hulpverleners sommige theoretische kennis missen. Zij zouden graag meer kennis hebben van bepaalde thema's zoals armoede, gedragsproblemen of verslaving. Wanneer zij hier meer kennis van hebben, kunnen zij ouders in deze thema's steunen en kan dit de kans op afbreken van een terugplaatsing verkleinen. Daarnaast geven ouders wel aan dat zij vaak degenen zijn die nog hulp

nodig hebben, dus nog risicofactoren hebben na het beëindigen van de hulpverlening, omdat zij nog te veel eigen problemen ervaren.

6.2. Sterkte-zwakteanalyse

Om de sterktes en de zwaktes van dit onderzoek op een rijtje te kunnen zetten is het van belang om de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek te bekijken. Aan de hand van de ingezette middelen om de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten, zijn de sterktes en zwaktes van dit onderzoek te omschrijven.

voor het vergroten van de interne validiteit zijn de topiclijsten met een medestudent en een professional uit het werkveld besproken en eventueel gewijzigd. Daarna is er een proefinterview gehouden om een betrouwbaar interview te houden. Tot slot worden de resultaten met de theorie verbonden om een zo compleet mogelijk conclusie te schrijven. Daarnaast wordt de externe validiteit vergroot aangezien de gekozen respondenten overeenkomen met de populatie. Daarentegen zijn er 10 interviews afgenomen en binnen één zorgvorm, wat de externe validiteit doet verminderen. Ook is het onderzoek bij één organisatie waardoor het niet te generaliseren valt. Het onderzoek is herhaalbaar wat de betrouwbaarheid vergoot, mogelijk heeft het dan wel andere uitkomsten vanwege de conclusie en aanbevelingen naar de organisatie. Tot slot zijn de interviews semigestructureerd waardoor respondenten flexibel zijn in het geven van antwoord, maar er toch licht gestuurd kan worden. De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd en de mening van de onderzoeker wordt niet benoemd. Hieronder volgt de sterkte en zwakte analyse van dit onderzoek aan de hand van de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Het eerste sterke punt aan dit onderzoek is dat het doel behaald is. Het doel was om kennis en inzicht te verwerven over hoe de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen verloopt en wat ambulant hulpverleners van instelling X nodig hebben om deze begeleiding te optimaliseren. Uit onderzoek bleek dat niet iedereen tevreden is met de begeleiding nu en dat er nog handvatten zijn uitgekomen waardoor de hulpverlening verbeterd kan worden. Wanneer deze aanbevelingen aan de professional en organisatie navolging kan krijgen, kan dat ervoor zorgen dat de begeleiding verbeterd kan worden. Het doel is hiermee dus bereikt.

Ten tweede heeft de diversiteit aan ouders en hulpverleners ervoor gezorgd dat de validiteit en betrouwbaarheid vergroot werd. De geselecteerde ouders hebben allemaal begeleiding gekregen van een andere ambulant hulpverlener, hierdoor ontstaan er uitkomsten die dus niet aan één hulpverlener te koppelen zijn.

Ook kon er mede door de semigestructureerde interviews gestuurd worden in het interview. Voornamelijk ouders vonden het moeilijk om bij de vraag te blijven, ze wilde graag hun verhaal kwijt of snapte de vraag niet waardoor ze soms 'afdwaalde'. Met behulp van de voor gestructureerde vragen en topics bleef er een houvast voor de onderzoeker om terug te pakken op het onderwerp. Daarnaast zijn alle hulpverleners die bij de presentatie aanwezig geweest zijn erg enthousiast. Ze geven aan de conclusie helaas te herkennen en hopen dat er door de aanbevelingen verbeteringen in de begeleiding komen. Ook geven zij aan blij te zijn met de tips voor de professional en gaan hiermee aan de slag.

Tot slot vraagt de uitkomst van dit onderzoek om nader onderzoek. Er kan namelijk onderzocht worden, welke nazorghulp het best aansluit bij de gezinnen. Bij de aanbevelingen komt Junior Care Tilburg of Stichting Happy naar voren, maar in hoeverre kan deze de hulp bieden die gezinnen nodig hebben?

Een zwakkere kant van dit onderzoek is dat er maar weinig ouders geïnteresseerd waren in een interview, waardoor de verhouding ouders en hulpverleners uit balans was. Er zijn nu meer resultaten van hulpverleners dan van ouders. Veel ouders gaven aan geen zin te hebben om hun verhaal opnieuw te moeten doen. Daarnaast kwamen ook veel ouders niet opdagen bij de afspraak. Ze konden daarna ook niet verklaren waarom ze niet kwamen, maar wilde geen vervolgspraak maken voor een interview. Steketee en Vandenbroucke (2010) geven aan dat een multiprobleemgezin een zorgmijder is (Steketee & Vandenbroucke, 2010). Zij willen liever geen hulp of het gezin werkt onvoldoende of niet mee aan een behandeling. Dit zou een reden kunnen zijn dat er weinig ouders mee wilden werken aan het onderzoek. Uit de presentatie kwam ook vanuit een professional naar voren dat dit een vervolgonderzoek waardig is.

Daarnaast zijn bijna alle ouders laag van niveau. Uit de kenmerken van een multiprobleemgezin staat een laag opleidingsniveau of zwakbegaafdheid van ouders ook in het rijtje (NJI, 2016). Dit kan van invloed zijn geweest op de resultaten. 1 ouder gaf in het interview ook aan dat ze de vragen niet snapte, waardoor een vraag dus anders opgepakt kan worden. Er werd ook vaak naar de mening van de onderzoeker gevraagd vanuit ouders, subjectieve vragen waren daardoor soms moeilijk te vermijden. Dit kan de mening van ouders hebben beïnvloedt.

Tot slot is het onderzoek niet te generaliseren, omdat de steekproef maar 10 respondenten bevatten. Wanneer er meer tijd beschikbaar was, was de steekproef groter geweest, waardoor de betrouwbaarheid van het onderzoek hoger was geweest en het onderzoek mogelijk wel te generaliseren was.

Bibliografie

Baarda, D., De Goede, M., & Teunissen, J. (2009). Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek. *Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers B.V.*

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, van der, T. en Goede, de, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker I., Bakker K., Dijke A., Terpstra L. (1998). O&O in perspectief. *Utrecht: NIZW uitgeverij*.

Bartelink, C. (2013). Wat werkt? Oplossingsgerichte therapie? *NJI, geraadpleegd op 18-05-2016*.
[http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Oplossingsgerichtetherapie.pdf)

Bergh, P.M. van den, & Weterings, A.M. (2010). Pleegzorg in perspectief. Assen: *Uitgeverij van Gorcum*.

Bergh, P.M. van den, & Weterings, A. M. (2007). Pleegzorg, jeugdzorg voor het kind. Pedagogische besluitvorming bij uithuisplaatsing. *Utrecht: Uitgeverij Agiel*.

Boeije, H. (2005). Analyseren in kwalitatief onderzoek. *Den Haag: Boom lemma uitgevers*.

Brussee, C. (2012). Op naar een succesvolle terugplaatsing. *Leiden: Universiteit Leiden*.

Burggraaff, M., Bloklang, G. (2011). Opvoedingsondersteuning, als bijzondere vorm van preventie. *Bussum: uitgeverij Coutinho*.

Daamen, W. (2014) Het nemen van een opvoedingsbesluit, wat werkt? *NJI, augustus 2014*.

Defence for children (2014). Gebrek aan nazorg voor jongeren na gesloten plaatsing. *Defence for children, 20-01-2014*.
<http://www.defenceforchildren.nl/p/148/3467/mo480-cg327/mo481-cg327/gebrek-aan-nazorg-voor-jongeren-na-gesloten-plaatsing>

Focus Ireland (2013). Press release: 6 november 2013. *Focus Ireland, geraadpleegd op 22-02-2016*.
<http://www.focusireland.ie/about-homelessness/resource-centre/press/press-releases/828-press-release-06-november-2013>

Geurt, E., Noom, M., Knorth, E. (2010). Betrokken ouders verbeteren hulpverlening? *Jeugdkennis, 19-03-2010*.

<http://www.jeugdkennis.nl/jgk/Artikelen-Jeugdkennis/Betrokken-ouders-verbeteren-hulpverlening?highlight>

Halk, M. (2012). Oplossingsgericht werken bij multiprobleemgezinnen: de rol van een positieve focus. *Universiteit Utrecht*, 03-07-2012.

Henggeler S.W. & Schoenwald S.K., Borduin C.M., Rowland M.D., Cunningham P.B. (2010) Multisysteemtherapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. *Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2010.*

Henggeler, S.W. & Schoenwald, S.K., (1998). The MST supervisory manual: Promoting quality assurance at the clinical level. *Charleston SC: MST institute.*

Inspectie jeugdzorg (2008). De toetsende taak van de Raad voor de Kinderbescherming. Inspectie jeugdzorg, september 2008.

Jeugdhulp Friesland (2016). Intensieve ambulante gezinsbehandeling. *Jeugdhulp Friesland, Geraadpleegd op 12-03-2016.*

<http://www.jeugdhulpfriesland.nl/index.php?page=zorgprogramma&cat=professionals&mi=1&si=65&zp=ambulant&bv=ib&moid=10>

Juridisch woordenboek (2016). Biologische vader. *Juridisch woordenboek, geraadpleegd op 24-03-2016.*

<http://www.juridischwoordenboek.nl/woordenboekic.html#12290>

Juridisch woordenboek (2016). Uit huis geplaatste kinderen. *Juridisch woordenboek, geraadpleegd op 24-03-2016.*

<http://www.juridischwoordenboek.nl/woordenboekueb.html#18737>

K2 (2016). Minder kinderen uit huis door nieuwer werkwijze jeugdzorg Rotterdam. *Brabants Kenniscentrum Jeugd, geraadpleegd op 03-06-2016*
<http://www.k2.nl/brabatskenniscentrumjeugd/nieuws/nieuws-jeugdbeleid/minder-kinderen-uit-huis-door-nieuwe-werkwijze-jeugdzorg-rotterdam/>

Kamphuis F.N., Brand-de Wilde O.M., Van der Rijken, R.E.A. (2015). Multisysteemtherapie bij kindermishandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie, geraadpleegd op 17-03-2016*
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/57-2015-8-artikel-kamphuis.pdf>

Kind en Adolescent Praktijk (2014). Een gezinsgerichte dagbehandeling ter voorkoming van herhaalde detentie of gesloten behandeling. *Kind en adolescent praktijk, geraadpleegd op 22-02-2016.*

Kompaan en de Bocht (2016). Hulpaanbod, op de vraag: behandelgroepen. *Kompaan, geraadpleegd op 12-06-2016*

[http://www.kompaanendebocht.nl/zoeken/?q=behandelgroepen&s=+](http://www.kompaanendebocht.nl/zoeken/?q=behandelgroepen&s=)

Kompaan en de Bocht (2016). Pleeggezinnen. *Kompaan, geraadpleegd op 12-06-2016*

<http://www.kompaanendebocht.nl/voor/kinderen-jongeren/pleegkinderen/>

Kusters, M. (2015). De Relatie Tussen Ouderfactoren en Family Empowerment Binnen Gezinnen met Jonge Kinderen Zonder een Beperking. *Utrecht: Universiteit Utrecht.*

MSTNederland (2015). Multisysteemtherapie. *Nederlands jeugdinstituut, 06-11-2015.*

[http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies-Multisysteem-Therapie-\(MST\)](http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies-Multisysteem-Therapie-(MST))

Nederlands jeugdinstituut (2016). Multisysteemtherapie. *NJI, geraadpleegd op, 17-03-2016.*

Nederlands jeugdinstituut (2016). Praten met kinderen. *NJI, geraadpleegd op 20-05-2016.*

NJI (2016). Multiprobleemgezinnen, definitie. *NJI, geraadpleegd op 02-06-2016*

<http://www.nji.nl/Multiprobleemgezinnen-Probleemschets-Definitie>

NJI (2016). Multiprobleemgezinnen, risicofactoren. *NJI, geraadpleegd op 02-06-2016*

<http://www.nji.nl/Multiprobleemgezinnen-Probleemschets-Risicofactoren>

NJI (2015). Uithuisplaatsing. *NJI, geraadpleegd op 22-02-2016.*

<http://www.nji.nl/nl/Uithuisplaatsing-Probleemschets-Cijfers-Residentiele-jeugdzorg>

Oosterpoort (2016). Ambulant hulpverleners B. *Oosterpoort, geraadpleegd op 24-03-2016.*

http://www.oosterpoort.org/fileadmin/user_upload/pdf/vacatures_p_o/201308_Ambulant_hulpverleners_DB.pdf

Right marktonderzoek (2016). Kwalitatief onderzoek. *Right marktonderzoek, geraadpleegd op 22-03-2016.*

<http://www.rightmarktonderzoek.nl/methoden-onderzoek/kwalitatief-onderzoek>

Rijksoverheid (2016). Begeleiding in dagelijks leven. *Regelhulp, geraadpleegd op 24-03-2016.*

https://www.regelhulp.nl/bladeren/_artikel/begeleiding-in-dagelijks-leven/

Scheffers, M. (2015). Sterk met een vitaal netwerk. *Bussum: Uitgeverij Coutinho.*

Steege, M. van der, Zoon, M (2015). Multiprobleemgezinnen. Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming, geraadpleegd op 12-06-2016

http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2015/06/Onderbouwing_Multiprobleemgezinnen.pdf

Steketee, M., Vandenbroucke, M. (2010). Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. *Utrecht: Verwey- Jonker instituut*
http://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/Typologie_multiprobleemgezinnen_Rotterdam.pdf

Vandemeulenbroecke, L., Van Crombrugge, H., Janssens, J., Colpin, H. (2006). Gezinspedagogiek, deel 2 opvoedingsondersteuning. *Antwerpen: Garant*.

VanDale (2016). Betekenis 'gezin'. *Van Dale, geraadpleegd op 24-03-2016*.
<http://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/betekenis/nederlands/gezin#.VvPfZlupvgI>

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Wartna, B.S.J., Kalidien, S.N., Tollenaar, N., & Essers, A.A.M. (2006). Strafrechtelijke recidive van jongeren uit justitiële jeugdinrichtingen. *Justitie, september 2006*.

Weterings, A.M., & Bakker, M. (2013). Minisymposium Kompaan en De Bocht 23-10-2013: Met een goed advies weer toekomst! Inzake Het Pedagogisch Model bij Terugplaatsing van pleegkinderen Bestaanszekerheid voor vier generaties. *Goirle, 23-10-2013*.

Willemse, J. (2015). Anders kijken. *Houten: Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV*.

Zilfhout (2014). Methodologie. *Fontys hogescholen sociale studies, geraadpleegd op 24-03-2016*.

Zoon, M., Berg, T. (2014) Wat werkt: Multiprobleem gezinnen. *NJI, geraadpleegd op 24-05-2016*.
http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Wat-werkt-publicatie/Watwerkt_Multiprobleemgezinnen.pdf

Bijlage 1: Topiclijst ouder

Introductie

- Mezelf voorstellen
- Doel van mijn komst vertellen en thema onderzoek bespreken
- Duur van het gesprek benoemen
- Anonimiteit benoemen
- Benoemen dat het belangrijk is dat respondent eerlijk antwoordt
- Toestemming vragen om het gesprek op te mogen nemen
- Verwerking resultaten benoemen
- Vragen of een terugkoppeling gewenst
- Vragen of er nog vragen zijn

Achtergrondinformatie respondent

- Namen, leeftijden
- Achtergrond ouders
- Achtergrond kinderen
- Leefomstandigheden (ouder, kind, omgevingsfactoren)
- Relatie ouder-kind

Hoe bent u bij de organisatie terechtgekomen?

- Vrijwillig of OTS
- Waarvoor behandeling
- Tijds patroon behandeling
- Welke vorm van hulpverlening

Hoe ervaart u de ambulante hulpverlening persoonlijk?

- Opvoedingsondersteuning
- Draagkracht/draaglast
- Vraagstukken
- Begrepen door hulpverleners
- Positief/negatief

Hoe ervaart u als gezin de hulpverlening?

- Behandeling kind
- Ouder-kindrelatie
- Multisysteemtherapie of pedagogische thuishulpverlening
- Positief/negatief

Hoe was het contact tussen u en de ambulant hulpverlener?

- Betrokkenheid
- Begrip
- Frequentie

Wat hebt u als gezin ontwikkeld met ambulante hulpverlening?

- Opvoedingsondersteuning
- Begin- en eindsituatie
- Handvatten
- Methodes/methodieken
- Empowerment, eigen kracht om op te voeden

Wat is de reden dat uw kind weer terug thuis komt wonen? Bent u in staat om zelfstandig op te voeden? Hoe is dit gekomen?

- Empowerment
- Handvatten/vaardigheden
- Sociale steun
- Hulpverlening/therapie
- Begeleiding

Wat krijgt u in het nazorgtraject? Wat wenst of verwacht u?

- Nazorg
- Terugval voorkomen
- Netwerk
- Leefomstandigheden/welzijn gezin

Wat kan er beter in de ambulante hulpverlening volgens u? Welke handvatten zijn er nodig om wel tot zelfstandig opvoeden te komen?

- Opvoedingsondersteuning
- Handvatten
- Methodes/methodieken
- Empowerment, eigen kracht om op te voeden

Bijlage 2: Topiclijst ambulant hulpverlener

Introductie

- Mezelf voorstellen
- Doel van mijn komst vertellen en thema onderzoek bespreken
- Duur van het gesprek benoemen
- Anonimiteit benoemen
- Benoemen dat het belangrijk is dat respondent eerlijk antwoordt
- Toestemming vragen om het gesprek op te mogen nemen
- Verwerking resultaten benoemen
- Vragen of een terugkoppeling gewenst is
- Vragen of er nog vragen zijn

Achtergrondinformatie respondent

- Namen, leeftijden
- Achtergrond hulpverlener
- Achtergrond opleiding
- Ervaring als ambulant hulpverlener

Wat zijn uw taken als ambulant hulpverlener?

- Hulpverlenen
- Begeleiding bieden
- Hulp aan huis
- Omgeving
- Signaleren/preventie

Hoe ervaart u als ambulant hulpverlener de vorm ambulante hulpverlening?

- Visie
- Positief/negatief
- Krachten/belemmeringen

Hoe is het contact tussen u en de gezinnen?

- Betrokkenheid
- Begrip
- Frequentie
- Relatie hulpverlener – ouder- kind

Wat is uw werkwijze?

- Eigen visie
- Handelen
- Begeleiden

Welke methode gebruikt u? Of uw organisatie?

- PPT/MST
- Gezinsbegeleiding
- Methodische handvatten → balansmodel, oplossingsgericht werken, empowerment, systeemgericht werken

Welke vaardigheden en handvatten biedt u gezinnen?

- Opvoedingsondersteuning
- Begin- en eindsituatie
- Handvatten
- Methodes/methodieken
- Empowerment, eigen kracht om op te voeden
- Balansmodel

Wat wordt er gedaan aan preventie binnen de ambulante hulpverlening?

- Opvoedingsspanning/opvoedingsvragen
- Versterken beschermende factoren voor uithuisplaatsing

Wat zou u gezinnen nog willen leren of meegeven?

- Nieuwe inzichten
- Passende begeleiding
- Feedback ouders of organisatie

Welke vaardigheden komt u volgens uzelf nog tekort in het bieden van passende begeleiding?

- Bijscholing
- Methodieken
- Samenwerking collega's

Wat kan er volgens u beter over de gehele vorm van ambulante hulpverlening?

- Wensen

H: Wat hebben de ambulant hulpverleners, werkzaam in instelling X, nodig voor het optimaliseren van systeemgericht werken met ouders van uit huis geplaatste kinderen van 4 tot 12 jaar om zo bij terugplaatsing een aansluiting te vinden bij de behoeften van het kind en zijn systeem?

D1: Hoe wordt de begeleiding nu geboden aan ouders door ambulant hulpverleners bij een terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen

D2: Welke krachten en belemmeringen worden nu door hulpverleners van instelling X en ouders onderdervonden rondom de begeleiding bij de terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen?

D3: Wat is de gewenste situatie rondom de begeleiding van gezinssystemen bij terugplaatsing van uit huis geplaatste kinderen, gezien vanuit hulpverlener en ouders? Hoe wordt deze gerealiseerd?

D1: Ingezette begeleidings-hulpmiddelen & methodes

- Systeemgericht werken & empowerment (R1+, R2+, R3+/-, R4+, R5+, R6+, R7+, R9, R10+)
- Oplossingsgericht werken (R1+, R2+, R3+, R4+, R5+, R6+, R7+, R9+, R10+)
- Verplichte procedures (R1+, R2+, R3-, R5+/-, R6+/-, R7+, R8-, R10+)
- (Opvoed)ondersteuning (R1+, R2+, R3+, R4+/-, R5+, R6+, R7+ R8+/-, R9+, R10+)
- Medicatie (R3-)
- Rouwproces (R7+)
- Vroegtijdige chronische trauma (R6+, R7+, R8+)

Ouders: R3, R4, R8, R9
Hulpverleners: R1, R2, R5, R6, R7, R10

D2: Positief/negatief ouders:

- Verschillende hulpverleners (R3-, R5-/+, R6 +/-, R4+/-, R8-, R9-)
- Communicatie hulpverleners (R3+, R4+, R8-, R9+/-)
- Tijdsdruk (R4-, R8-, R9-)
- Specialistische hulp (R2+, R3-, R8+/-, R9+/-)
- Voorbereiding (R8-, R9-)
- Observeren thuis (R3-, R4-, R7-)
- Kennis (R8+/-, R9+)
- Serieus genomen (R2-, R3-, R9+)

D2: Positief/negatief hulpverleners:

- Teamwerk (R1+, R5, R6+/-, R7+/-, R10+/-)
- Tijdsdruk/werkdruk (R1-, R2-, R5-, R6- R7-, R10-)
- Kennis (R2+, R1-, R5-, R6-, R10-)
- Nabespreken (R5-)
- Wachtlijsten (R5-)
- Concreetheid (R1-)
- Complexiteit (R1-, R10-)
- Thuissituatie zien (R5+, R1+)
- Pappen & nathouden (R7-)

D3: Wensen:

- Bijscholing (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R10)
- Coördinatiefunctie hulpverleners (R2, R3, R4, R7, R8, R9, R10)
- Verantwoordelijkheid delen (R2, R6, R7)
- Betere communicatie/samenwerking (R5, R8, R9, R6)
- Meer ondersteuning (R1, R4, R5, R6, R7, R9, R10)
- Kind-volg-systeem (R2, R3, R5, R7, R10)
- Meer werktijd (R1, R2, R5, R6, R7, R10)
- Specialistische hulp (R3, R9)
- Opvang financieren (R3)
- Flexibeler (R7, R9)
- Veiligheid (R2)
- Privacy ouders achterstellen (R2)