

*'Goed' is wat de kudde samenhoudt.
'Slecht' wat haar ontbindt.*

Friedrich Nietzsche

Werkzame factoren in de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding



Beroepsgericht afstudeeronderzoek voor de 'Christelijke hogeschool Ede'
Voor de voltijd Maatschappelijk Werk & Dienstverlening

Josianne Terlouw & Marinda Stroober
Juli 2011

Inhoudsopgave

Titelblad	1
Inhoudsopgave	2
Samenvatting	4
Voorwoord	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding en probleemomschrijving	6
1.1.1. Lectoraat Jeugd en Gezin	6
1.1.2. Aanleiding onderzoek	6
1.1.3. Onderzoek	7
1.2 Doelstelling	7
2. Vraagstelling	9
2.1 Hoofdvraag	9
2.2 Deelvragen	9
2.3 Begripsbepaling	9
3. Opzet en uitvoering van het onderzoek	10
3.1 Methode	10
3.2 Meetinstrument	10
3.3 Respondenten	10
3.4 Procedure	11
3.5 Betrouwbaarheid	12
4. Literatuuronderzoek	13
4.1 Inleiding	13
4.2 Effectiviteit in de jeugdzorg	13
4.3 Onderzoek naar werkzame factoren	14
4.3.1. Onderzoek Lambert & Bergin	14
4.3.2. Onderzoek Thomas	14
4.3.3. Onderzoek Wampold	16
4.3.4. Conclusie	16
4.4 Algemeen werkzame factoren	16
4.4.1. De therapeutische relatie als werkzame factor	16
4.4.2. Hoop en verwachting als werkzame factor	18
4.4.3. Extratherapeutische factoren als werkzame factor	19
4.5 Specifiek werkzame factoren	19
4.5.1. Model/ techniek therapeut als werkzame factor	19
4.6 Samenvatting	20
5. Resultaten	23
5.1 Het labelen van de interviews	23
5.2 Label 1: Therapeutische relatie als werkzame factor	25
5.2.1.1 Resultaten	25
5.2.1.2 Resultaten sub label: Internet	28
5.2.2 Opvallende zaken	30
5.2.3 Conclusies	32
5.3 Label 2: Hoop en verwachting als werkzame factor	33
5.3.1 Resultaten	33
5.3.2 Opvallende zaken	34
5.3.3 Conclusies	35

5.4 Label 3: Extratherapeutische factoren als werkzame factor	36
5.4.1 Resultaten	36
5.4.2 Opvallende zaken	37
5.4.3 Conclusies	38
5.5. Label 4: De methodiek als werkzame factor	40
5.5.1 Resultaten	40
5.5.2 Opvallende zaken	43
5.5.3 Conclusies	45
5.6 Label 5: Motivatie als werkzame factor	47
5.6.1 Resultaten	47
5.6.2 Opvallende zaken	48
5.6.3 Conclusies	48
5.7 Label 6: Versterken en verbinden als werkzame factor	50
5.7.1 Resultaten	50
5.7.2 Opvallende zaken	51
5.7.3 Conclusies	52
5.8 Label 7: Belangrijk moment in de hulpverlening	53
5.8.1 Resultaten	53
5.8.2 Opvallende zaken	53
5.8.3 Conclusies	54
6. Beantwoording vragen	55
6.1 Deelvraag 1	55
6.2 Deelvraag 2	56
6.3 Deelvraag 3	59
6.4 Deelvraag 4	61
6.5 Hoofdvraag	61
7. Slot	63
7.1 Evaluatie	63
7.2 Aanbevelingen voor het werkveld	63
7.3 Suggesties verder onderzoek	64
Literatuur	65
Bijlagen	67
Bijlage I Samenvatting eerder onderzoek	68
Bijlage II Effectiviteit in de jeugdzorg	73
Bijlage III Databank Effectieve Jeugdinterventies	75
Deel 1 Compleet overzicht	75
Deel 2 Alle mogelijk werkzame factoren	79
Bijlage IV Profielschets en interviewvragen	81
Bijlage V Profielschets van de cliëntsystemen	85
Bijlage VI Werkzame factoren in percentages	89
Bijlage VII Introductie brief cliëntsystemen	90

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Lectoraat Jeugd en Gezin van de Christelijke Hogeschool Ede. Het doel van het onderzoek is een antwoord te geven op de vraag wat, naar de mening van cliëntsystemen, werkzame factoren zijn binnen de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding. Met dit onderzoek wordt een bijdrage geleverd aan het complete onderzoeksplan van het Lectoraat om een boek uit te brengen, met de titel: 'Werken met gezinnen vanuit de systeembenadering'. Op die manier wordt een bijdrage geleverd aan methodiekontwikkeling en professionalisering.

Door middel van literatuuronderzoek en het afnemen van interviews, hebben we een antwoord gevonden op de deelvragen en hoofdvraag. Voor het literatuuronderzoek is gebruik gemaakt van diverse boeken en artikelen op het internet. De interviews zijn gehouden met cliëntsystemen die hulp ontvangen hebben binnen de IAG. De vraag die in deze interviews centraal stond, was wat de cliëntsystemen als werkzaam ervaren hebben in de hulpverlening.

De interviewvragen zijn gebaseerd op de uitkomsten van het literatuuronderzoek, namelijk de vier thema's: therapeutische relatie, hoop en verwachting, extratherapeutische factoren (algemeen werkzame factoren) en de methodiek (specifiek werkzame factor), die als werkzame factoren naar voren gebracht worden.

Uit de conclusies, op basis van de resultaten van de interviews, blijkt dat alle vier de factoren als werkzaam worden ervaren binnen het werkveld van de IAG. Daarnaast wordt ook een andere werkzame factor genoemd, namelijk de motivatie van de cliënt. Deze motivatie lijkt een dusdanige invloed te hebben op het hulpverleningsproces, dat deze zeker ook als werkzame factor beschreven mag worden.

Bovendien blijkt dat alle werkzame factoren met elkaar in verbinding staan, ze versterken elkaar en spelen op elkaar in.

Vervolgens worden aanbevelingen gedaan aan het werkveld, gericht op de volgende punten:

- Een 'klik-evaluatie' die moet uitwijzen of de relatie tussen cliënt en hulpverlener doorgang moet vinden;
- aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt binnen de hulpverlening;
- aandacht voor de relatie tussen ouder en kind
- het belang voor de hulpverlener om samen te werken met cliënt, voor een constructieve samenwerkingsrelatie;
- het belang dat een hulpverlener rust dient te stralen;
- het in ogen schouw nemen van alle werkzame factoren door de hulpverlener.

Tot slot worden de volgende suggesties voor vervolgonderzoek genoemd:

- Om de motivatie van de cliënt beter in kaart te kunnen brengen moet hier vervolgonderzoek naar gedaan worden;
- om betrouwbaarheid van dit onderzoek te vergroten, is het belangrijk dit onderzoek onder een grotere onderzoeksgroep uit te voeren;
- Om recht te doen aan de werkzame factoren en deze (beter) in te zetten in de praktijk is meer onderzoek nodig naar het gebruik hiervan en de mogelijkheden voor de toekomst.

Voorwoord

*"Het is niet genoeg goed te doen;
het moet op een goede wijze geschieden."*

John Morley, 1838-1923

Het afstuderen aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE) gaat gepaard met het vervaardigen van een afstudeeronderzoek. Onze interesse in de systemische benadering binnen de hulpverlening bracht ons in dit verband bij het Lectoraat Jeugd en Gezin, verbonden aan de CHE.

De systemische benadering binnen de hulpverlening, is er een waar we kijken naar de mens in zijn of haar context. Deze systemische benadering ligt dicht bij het hart en bij de identiteit van het Lectoraat. Daarnaast is er binnen hulpverleningsland een professionaliseringsslag gaande waarbij we meer en meer kritisch naar ons werk kijken. Wat doen we? Hóe doen we dat? Waarom doen we dat? Waar liggen verbeterpunten? En ga zo maar door.

Zo doet ook het Lectoraat onderzoek met als doel methodiekontwikkeling en professionalisering. Binnen die onderzoekslijn van het Lectoraat doen wij een deel onderzoek waarbij de vraag is wat naar de mening van cliëntsysteem werkwijze factoren zijn binnen de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding.

Het is onze wens dat wij met dit onderzoek bijdragen aan het centraal stellen van de gezinnen die daadwerkelijk de gezinsbegeleiding volgen. Daarnaast hopen wij dat we voor het Lectoraat een zinvolle bijdrage leveren aan de methodiekontwikkeling en professionalisering die zij wensen te bewerkstelligen.

De vraag naar 'wat werkt' in de hulpverlening heeft ons geboeid in dit onderzoek. Het is voor ons enorm leerzaam geweest om met gezinnen in gesprek te gaan over wat zij nu als werkzaam hebben ervaren. Wat ons betreft draait het uiteindelijk om de mens die geholpen wordt, het is daarom heel waardevol te horen wat hen geholpen heeft. Wij trekken hier onze lessen uit, omdat ons dit informatie geeft over de wenselijkheid in het hoe van onze houding en ons handelen.

Onderzoek doen was niet iets waar we veel ervaring in hadden, in de praktijk bleek het dan ook zeker niet gemakkelijk te zijn. Tijdsplanningen moesten meerdere malen aangepast worden en verdieping in de techniek van onderzoek doen bleek ook zeker nodig.

Met dank aan onze afstudeerbegeleider, Aletta Simons, hebben wij ons onderzoek op kunnen zetten en grotendeels uitvoeren. Helaas bleek het noodzakelijk dat een ander de begeleiding over nam, waardoor we het laatste stadium van het onderzoek geswitcht zijn, Wim Dekker werd onze nieuwe begeleider. Ook hem zijn we zeer dankbaar, daar hij ons in deze laatste fase aangemoedigd heeft.

Aletta en Wim, hartelijk dank! Jullie bemoedigende, kritische en enthousiaste houding en feedback hebben ons in staat gesteld de draad weer op te pakken of door te gaan waar we mee bezig waren.

Ook een woord van dank aan Kees Verduijn, onze opdrachtgever. Als we het over enthousiasme voor het onderzoek hebben, dan was Kees zeker degene die ons daarin meegenomen heeft. Bedankt voor het vertrouwen dat u in ons stelde en ook dank voor alle bemoedigende woorden waarmee u ons altijd nog enthousiaster kon maken.

Tot slot, maar zeer zeker niet in het minst!, een woord van dank aan het Leger des Heils, Stek Jeugdhulp, Almata Jeugdzorg en alle gezinnen die we mochten interviewen. Zonder hen zouden we dit onderzoek niet gedaan kunnen hebben. Heel hartelijk dank voor de tijd die u voor ons vrij gemaakt hebt!

Samen mogen we terug kijken op een drukke maar zeer zeker leerzame en gezellige tijd. We zijn enorm dankbaar voor alle mensen die ons steunden en voor de fijne samenwerking die we met elkaar hadden.

Josianne Terlouw & Marinda Stroober

1. Inleiding

In het voorjaar van 2010 hebben studenten¹ van de Christelijke Hogeschool Ede onderzoek gedaan naar het versterkend en verbindend werken vanuit de systeembenadering in het werkveld van de intensief ambulante gezinsbegeleiding. Dit onderzoek is in opdracht van het lectoraat Jeugd en Gezin, verder aangeduid met Lectoraat, van de Christelijke Hogeschool Ede uitgevoerd. In opdracht van het Lectoraat zullen wij, Marinda Stroober en Josianne Terlouw, met ons onderzoek voortbouwen op het uitgevoerde onderzoek in 2010.

Allereerst zullen wij de visie van het Lectoraat weergeven. Vervolgens beschrijven we de aanleiding van het onderzoek van het Lectoraat en zal het daadwerkelijke onderzoek verder worden toegelicht. Tenslotte zal de doelstelling van het onderzoek worden toegelicht.

1.1 Aanleiding en probleemomschrijving

1.1.1. Lectoraat Jeugd en Gezin

Het Lectoraat is in 2009 ontstaan en maakt deel uit van de Academie Sociale Studies van de Christelijke Hogeschool Ede. Zij richt zich op het domein van de sociaal pedagogische hulpverlening en maatschappelijk werk en dienstverlening. Het Lectoraat legt de nadruk op de systeemgerichte benadering. Dat heeft een aantal oorzaken, waarvan de eerste heel dicht bij het hart en bij de identiteit van het Lectoraat ligt. De mens is een relationeel wezen, niet gemaakt om alleen te zijn, niet gemaakt om onafhankelijk te zijn. Mensen zijn communicatieve wezens. In verbinding met anderen komen wij tot onze bestemming. Ten tweede is er binnen de Academie voor Sociale Studies een lange traditie van onderzoek naar- en kennis van het gezin, het gezinsleven en het systemisch werken (zie bijvoorbeeld: Kuiper & Dekker, 2007 en het Instituut Contextuele Benadering (ICB)). Als laatste wil het Lectoraat graag een verbindend, systemisch geluid laten horen in het landschap van het sociaal werk waar empowerment en zelfhulp aan de orde van de (eenzijdige) dag zijn. Dit is ook een geluid richting de politiek, waar door een lang taboe op gezinsbeleid een 'schrone openbare omgeving voor gezinnen' is gecreëerd (Hooghiemstra, 2009: 30; zie ook: van der Veer, 2007). Een voortzetting van een ministerie van Jeugd en Gezin zou dan volgens het Lectoraat, ook zeer wenselijk zijn. (Gezin in gesprek *lectorale rede*; Dr. M. Noordegraaf; 2010)

1.1.2. Aanleiding onderzoek

Het Lectoraat heeft als primaire focus om (meer) zicht te krijgen op de professionele wijze waarop hulpverleners werken met gezinnen vanuit een systemische benadering. Daarbij is een afbakening gemaakt door het Lectoraat om te kijken naar hulpverlening aan gezinnen met (in ieder geval) kinderen tussen de 12 en 16 jaar, met een milde tot ernstige hulpvraag². De aanleiding van dit onderzoek ligt in de methodieken van vandaag de dag. Naar de mening van het Lectoraat bevatten deze *evidence based* methodieken tot nu toe nog een veel te hoog abstractieniveau en zijn te weinig op de context van de uitvoering toegepast (zie ook: Stevaert e.a. 2010). De nadruk van deze methodieken ligt nu sterk op implementatie van bestaande (vaak Amerikaanse) methodieken. Naar de indruk van het Lectoraat zou, samen met hulpverleners en in samenspraak met ter zake deskundigen en wetenschappers, meer moeten worden geïnvesteerd in de creatie van methodieken op maat. Daarbij is de concrete toepassing op de specifieke doelgroep waarmee gewerkt wordt van groot belang, samen met een zeer concrete uitwerking op het niveau van thema's (zoals de taal van de adolescent, omgang met delicate onderwerpen) en technieken (op gesprek- en interventieniveau).

De belangrijkste kritiek van het Lectoraat op het huidige onderzoek naar de hulpverleningspraktijk van vandaag de dag is dat het *over* handelen gaat, maar dat niet het *daadwerkelijke* handelen in kaart gebracht wordt. Er wordt veel gewerkt met interviews en vragenlijsten, waarin hulpverleners wordt gevraagd hoe zij handelen. Het Lectoraat is er echter van overtuigd dat er een kloof is tussen hoe we zeggen te handelen en hoe we daadwerkelijk handelen.

De werkwijze en het doel van het Lectoraat is dan ook om op zoek te gaan naar hulpverleners die dit handelen in de vingers hebben om vervolgens dat handelen systematisch in kaart te brengen en die kennis te delen met anderen. Centraal in het onderzoek naar deze hulpverleningspraktijken staat de notie van

¹ Liefhebber-Rip, K., Bogert van den, H. (2010). *Versterkt in de verbinding*. Versterkend en verbindend werken vanuit de systeembenadering in het werkveld van de intensief ambulante gezinsbegeleiding. *Lectoraat Jeugd en Gezin, Ede*.

Voor een samenvatting van dit onderzoek verwijzen we u naar bijlage I.

² Het betreft hier gezinnen die hulpverlening ontvangen binnen de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding.

methodiekontwikkeling. Dat wil zeggen, dat de volgende onderdelen bekeken zullen worden: Hoe wordt op dit moment gewerkt binnen deze hulpverleningspraktijken? Welke elementen daarbinnen werkzaam genoemd kunnen worden? En: Welke aspecten verwerkt kunnen worden tot ‘good practices’, dan wel ontwikkelgebieden. Bekeken wordt hoe professionalisering van hulpverleners het beste gestalte kan krijgen. Daarbij wordt steeds de dialoog met de hulpverleners en beleidsmakers opgezocht: Vanuit welk perspectief zegt men te werken? Hoe verantwoordt men het handelen? En: Op welke gebieden leeft er handelingsverlegenheid? De uitkomsten van dit onderzoek moeten leiden tot een systematische beschrijving van werkzame factoren in het hulpverlenend handelen waarbij de theoretische vertrekpunten steeds gekoppeld worden aan concrete verschijningsvormen zoals: gespreksvaardigheden, thema’s en/ of volgorde van onderwerpen. (Gezin in gesprek *lectorale rede*; Dr. M. Noordegraaf; 2010)

1.1.3. Onderzoek

In opdracht van het Lectoraat zullen wij met ons onderzoek voortbouwen op het uitgevoerde onderzoek in 2010, waarbij de vraag ‘Wat zijn werkzame interventies in de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)?’ leidend is. Om de werkzame factoren op het spoor te komen doet het Lectoraat onderzoek met behulp van de conversatieanalyse, waarbij nauwkeurig in beeld wordt gebracht hoe geïntervenieerd wordt binnen de gezinshulpverlening. Voorbereidend aan deze beeldanalyse doen wij vooronderzoek waarin we zullen kijken wat naar de mening van de cliënten werkzame factoren zijn. Wat heeft volgens de cliënt bij gedragen aan het herstel van evenwicht in het gezin? We zijn vooral benieuwd of cliënten daarin concrete interventies of betekenisvolle momenten kunnen aanwijzen, die voor hen belangrijk zijn geweest in dit proces. Ook willen we graag weten of daarin een bepaalde volgorde van interventies is geweest.

Vanuit het Lectoraat wordt er aan de begrippen versterken en verbinden veel waarde gehecht. Deze zijn essentieel in situaties waarin hulpverlening aan gezinnen gewenst is. De onderzoeksgroep van het Lectoraat bestaat uit gezinnen met (in ieder geval) kinderen tussen de 12 en 16 jaar, met een milde tot ernstige hulpvraag. Het uitgangspunt daarbij is dat heel veel problemen (zoals schooluitval, relatieproblemen, of zorgelijk gedrag) niet los kunnen worden gezien van het geheel van het gezin. Opvoedproblemen gaan net zoveel over de ouder als over het kind en vice versa. Het onderzoek focust dan ook op hulpverlening die zich richt op de relaties tussen de verschillende gezinsleden.³

Vanwaar de begrippen versterken en verbinden? Uit de praktijk blijkt dat de ontwikkeling van de adolescent⁴ niet synchroon loopt met de maatschappelijke verantwoordelijkheid (tal van keuzen en relaties) en de emotionele ontwikkeling. Het is daarom de overtuiging van het Lectoraat dat een adolescent in zijn ontwikkeling behoefte heeft aan emotionele verbondenheid, waarbinnen (of waardoor) er ruimte is om te exploreren (zie ook Moretti & Holland, 2003; Hillewaere, 2008). Wanneer gezinnen in deze fase vastlopen en er een situatie ontstaat waarin hulpverlening gewenst is, is het dan ook cruciaal om te werken aan herstel van- of het verbeteren van de verbondenheid tussen ouder(s) en kinderen (versterken en verbinden).

Uit het onderzoek van Karina Liefhebber-Rip en Helma van den Bogert is gebleken dat werkers in de ambulante gezinsbegeleiding zowel gericht zijn op het versterken van de krachten in een gezin als ook op het ondersteunen van de verbindingen in het gezin. Bij het verbinden bleek er echter handelingsverlegenheid te zijn. Hoewel het verbinden als een kernactiviteit gezien werd, blijkt dit weinig beschreven te zijn. Binnen het uit te voeren onderzoek is het Lectoraat benieuwd of het cliëntstelsel zich ook op dit terrein geholpen weet en wat daarin voor hen helpend is geweest.

1.2 Doelstelling

Het doel van ons onderzoek is om werkzame factoren in kaart te brengen die een positieve uitkomst van de hulpverlening stimuleren. Welke factoren binnen de hulpverlening hebben volgens de cliëntsystemen aan het herstel van de milde tot ernstige problematiek binnen het gezin? De uitkomsten van ons onderzoek zullen fungeren als richtwijzer binnen het onderzoek van het Lectoraat. Zij zullen met behulp van de conversatieanalyse kijken hoe deze werkzame factoren terug te zien zijn in de gesprekken met de hulpverlener en hoe vaak deze interventies plaats vinden.

Dit onderzoek is echter maar een klein onderdeel van het grote onderzoek dat het Lectoraat doet. Het einddoel van dat onderzoek is om een boek te publiceren in 2013, met de titel: ‘Werken met gezinnen vanuit een

³ <http://topshare.che.nl/socstud/344748> bezocht op 10 januari 2011.

⁴ Specifiek bedoelen wij hier de onderzoeksgroep: jongeren tussen de 12 en 16 jaar.

systeembenadering'. Het lectoraat wil hiermee een bijdrage leveren aan methodiekontwikkeling en professionalisering van het sociaal werkveld.

Samengevat zullen de uitkomsten van ons onderzoek leiden tot een nadere omschrijving van de werkzame factoren binnen de hulpverlening, zoals de cliëntsystemen deze noemen. Vervolgens zal het Lectoraat kijken hoe deze factoren terug te zien zijn binnen de hulpverleningsgesprekken, met als doel nadere methodiekomschrijving.

Ons beoogde eindproduct bevat een deelonderzoek van het uiteindelijke hoofdonderzoek van het Lectoraat.

2. Vraagstelling

2.1 Hoofdvraag

Onze hoofdvraag luidt als volgt:

Wat zijn, naar de mening van cliëntsystemen, werkzame factoren binnen de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding⁵?

2.2 Deelvragen

De volgende deelvragen hebben wij opgesteld naar aanleiding van de hoofdvraag:

Deelvraag 1

Welke werkzame factoren worden in het bestaande onderzoek, als het gaat om de effectiviteit, onderscheiden?

Deelvraag 2

In hoeverre zijn deze factoren genoemd of herkend door cliëntsystemen die te maken hebben gehad met de IAG?

Deelvraag 3

Noemen de cliëntsystemen ook andere factoren dan die in de literatuur genoemd worden?

Deelvraag 4

Hoe verhouden de door cliëntstelsysteem genoemde werkzame factoren zich tot elkaar en wat is de relevantie hiervan voor de hulpverlener?

2.3 Begripsbepaling

We willen de begrippen uit onze vraagstelling kort beschrijven.

Cliëntsystemen:

Dit zijn gezinnen die de hulpverlening recent (dat wil zeggen, uiterlijk een jaar geleden) afgesloten hebben. De gezinnen bestaan uit minimaal een adolescent tussen de 12 en 16 jaar, ten tijde van de hulpverlening, en hun ouders. De mening van andere kinderen of adolescenten kan ook gehoord worden, maar heeft geen prioriteit.

Werkzame factoren:

De interventies van de hulpverlener, dan wel processen en gebeurtenissen in het hulpverleningsproces, die bijgedragen hebben aan het herstel van het gezin.

IAG:

Intensief Ambulante Gezinsbegeleiding is een intensieve vorm van hulpverlening aan gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. De hulpverlening richt zich op het voorkomen van uithuisplaatsing bij gezinnen met meervoudige problematiek en vindt thuis plaats. De gezinsbegeleiding richt zich op alle levensgebieden, dus niet alleen op opvoedingsproblematiek.

⁵ Verder aangeduid met IAG

3. Opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het onderzoek is opgezet en uitgevoerd: wat hebben we gedaan en hoe hebben we dat gedaan?

3.1 Methode

In opdracht van het Lectoraat hebben we onderzoek gedaan naar de mening van cliëntsystemen over werkzame factoren binnen de IAG? Dit heeft tot een kwalitatief beschrijvend onderzoek geleid. Waarbij de uitkomsten van dit onderzoek een (nadere) beschrijving van die genoemde werkzame factoren zijn en daaruit voortkomend aanbevelingen richting het Lectoraat en het werkveld, de hulpverlener. Het ging dus niet om de frequentie waarmee deze factoren zich voordeden, maar om de visie en gezichtspunten van het cliëntstelsel zelf. Het betreft hier dus situatiedefinities: het ging er om de beleving van het cliëntstelsel zelf te achterhalen en te beschrijven, dus hun interpretatie.

3.2 Meetinstrument

In dit onderzoek hebben we gebruik gemaakt van verschillende databronnen om tot beantwoording van de hoofdvraag te komen. We hebben gebruik gemaakt van cliëntsystemen, literatuur en een databank. We hebben echter maar één dataverzamelmethode gehanteerd. Dit is een half-gestructureerd interview. Vooraf aan het interview hebben we een literatuuronderzoek gedaan. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een beschrijving van werkzame factoren die invloed hebben op een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces.

Vervolgens hebben we bij zeven cliëntsystemen een half-gestructureerd interview afgenomen. Hierbij hebben we gebruik gemaakt van een soort tweedeling in het interview. We zijn gestart met open vragen, om de cliëntsystemen zelf factoren te laten benoemen die zij als werkzaam hebben ervaren. Hierover zijn we met de cliëntsystemen in gesprek gegaan. Vervolgens hebben we de vooraf gestelde onderwerpen aan bod laten komen met de mogelijkheid door te vragen waar nodig was. Deze onderwerpen zijn uit het literatuuronderzoek naar voren gekomen als zijnde werkzaam. Het was echter niet de bedoeling om het interview een toetsend karakter te geven, waarbij we zouden checken of de cliënten inderdaad de werkzame factoren noemen die in de literatuur genoemd worden. We hebben daarom aan de cliëntsystemen gevraagd hoe zij tegen deze onderwerpen aankeken als zijnde werkzame factoren

In bijlage IV is een format met interviewvragen opgenomen, zoals we deze opgesteld hebben naar aanleiding van het literatuuronderzoek.

3.3 Respondenten

De onderzoeksgroep is vanuit het Lectoraat vastgesteld. Zij focussen zich in hun onderzoek op gezinnen met ten minste kinderen in de leeftijd van 12 tot 16 jaar. Aanvankelijk was het streven deze onderzoeksgroep ook aan te houden. Uiteindelijk bleek dit niet haalbaar. We hebben daarom in overleg met onze opdrachtgever er voor gekozen om de leeftijdsgrens van 12-16 jaar te laten vallen.

Daarnaast hebben we gekozen voor de doelgroep ex-clienten die het hulpverleningsproces positief hebben afgesloten. Deze keuze is gemaakt, omdat we de werkzame factoren op het spoor willen komen. Wij zijn in ons onderzoek minder benieuwd naar factoren die niet werkzaam waren binnen het hulpverleningsproces.

Daarnaast verwachtten wij dat de cliëntsystemen waarbij de hulp positief is afgesloten sneller bereid zouden zijn tot medewerking aan het onderzoek.

Vijf van de zeven geïnterviewde cliëntsystemen heeft binnen de IAG hulp ontvangen. Binnen de IAG wordt met een systeemgerichte methodiek gewerkt⁶. Deze methodiek hebben we als zoeklichttheorie gebruikt om zo een eenduidig beeld te krijgen van de werkzame factoren binnen deze hulpverleningssetting. Daarnaast hebben twee van de zeven cliëntsystemen hulp ontvangen binnen een residentieel kader.

⁶ Hulpverlening in de systeembenadering betekent dat de hulpvraag begrepen en behandeld wordt in de context van het systeem van de hulpvrager (Wikiquote. (n.d.)).

Om de privacy van de cliëntsystemen te waarborgen, hebben we een verklaring van geheimhouding ondertekend. Daarnaast hebben wij de cliëntsystemen gevraagd een formulier in te vullen waarin zij ons toestemming geven het interview op te nemen, uit te werken en te gebruiken voor dit onderzoek. Het Lectoraat is in bezit van een bronnenverzameling, waarin de geluidsbestanden van de interviews zijn opgenomen.

3.4 Procedure

In dit onderzoek zijn we op zoek gegaan naar een antwoord op de volgende onderzoeksvraag: Wat zijn, naar de mening van cliëntsystemen, werkzame factoren binnen de IAG? Om tot een antwoord te komen op deze vraag hebben we gebruik gemaakt van vier deelvragen die u kunt vinden in hoofdstuk 2.

We zijn gestart met een literatuuronderzoek. Hierbij hebben we gekeken wat er binnen de bestaande onderzoeken bekend is over werkzame factoren binnen de hulpverlening. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van verschillende databronnen zoals: Google scholar; web of science; picarta; NIJ; en de databank effectieve jeugdinterventies. Aan de hand van de uitkomsten van dit literatuuronderzoek hebben we een interview opgesteld.

In de tussentijd hebben we ook contact gelegd met verschillende instellingen om cliëntsystemen te werven. Aanvankelijk was het de bedoeling om tien cliëntsystemen te interviewen. Dit is echter niet haalbaar gebleken, omdat het werven van cliëntsystemen voor instellingen niet gemakkelijk was. Een van de oorzaken hiervan was de hoge werkdruk die de hulpverleners ervaren.

De cliëntsystemen die we geïnterviewd hebben zijn allereerst benaderd door de hulpverlener die hen destijds begeleidde. Deze heeft eerst telefonisch contact gelegd met de cliëntsystemen en gevraagd of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Vervolgens is er een brief gestuurd naar deze cliëntsystemen waarin het onderzoek nader werd uitgelegd. Deze brief kunt u vinden in bijlage VII. Tenslotte nam de hulpverlener na een week nogmaals contact met de betreffende cliëntsystemen op om te vragen naar hun definitieve besluit met betrekking tot het verlenen van medewerking aan het onderzoek. Gaven de cliëntsystemen toestemming, dan namen wij, als onderzoekers, vervolgens contact met de cliëntsystemen op om een afspraak te maken voor een interview.

Tijdens twee interviews is gebleken dat de cliëntsystemen niet voldeden aan de voorwaarden die waren gesteld aan de cliëntsystemen die we zouden interviewen. Deze twee cliëntsystemen zijn geholpen binnen een residentieel kader, waarbij het kind elders woonde. We hebben er daarom voor gekozen om deze twee cliëntsystemen telkens apart te benoemen bij het verwerken van de resultaten in hoofdstuk 5, zodat de verschillen zichtbaar zijn. In de beantwoording van de deelvragen en hoofdvraag in hoofdstuk 6 hebben we de resultaten ook meegenomen, omdat we gezien hebben dat deze het beeld dat uit de andere vijf interviews naar voren kwam, aanvult en versterkt.

Elk interview hebben we afgerond met de vraag of de cliëntsystemen een verdeling wilden maken in procenten van de invloed van vier thema's die in de literatuur als naar voren zijn gekomen als zijnde werkzaam. Het doel hiervan was om een juist beeld te krijgen van de waarde die de cliëntsystemen toekennen aan deze vier thema's. In de interviews kwam echter naar voren dat naast de vier thema's die in de literatuur werden benoemd de cliënten nog een ander thema benoemden die van grote invloed was op het hulpverleningsproces: de motivatie van de cliëntsystemen. We hebben aan de cliëntsystemen gevraagd om de invloed die deze factor had op het hulpverleningsproces te laten vallen onder een van de vier thema's (hoop en verwachting). Daarnaast kenden de cliëntsystemen het thema 'methodiek' weinig invloed toe. Dit komt waarschijnlijk doordat de meeste cliënten geen weet hebben van wat een methodiek is en met welke methodiek zij geholpen zijn. Aan deze percentages zitten dan ook aardig wat haken en ogen, waardoor deze percentages niet betrouwbaar zijn. Ze moeten dan ook gezien worden als een grove schatting die ons slechts een indruk geven van de waarde die de cliënten de werkzame factoren toekennen. Een overzicht van deze schattingen zijn te vinden in bijlage V.

Tenslotte hebben we de cliëntsystemen gevraagd een profielschets in te vullen. Deze kunt u vinden in bijlage IV. De verwerking van deze profielschetsen in een tabel zijn te vinden in bijlage V. Deze profielschetsen hebben we de cliëntsystemen laten invullen, omdat onze opdrachtgever graag inzichtelijk wilde hebben wie de geïnterviewde cliëntsystemen zijn. Deze profielschetsen zijn verder niet gebruikt in het onderzoek.

In het verwerken van de resultaten in hoofdstuk 5 hebben we oog gehad voor verschillende aspecten. Zo hebben we gekeken of de cliëntsystemen die in het literatuuronderzoek genoemde werkzame factoren ook benoemden als zijnde werkzaam. Daarnaast hebben we gekeken naar wat de cliëntsystemen benoemden als zijnde werkzaam, maar wat in de literatuur niet als werkzame factor naar voren is gekomen. Ten slotte hebben we ook gekeken naar de plek van de elementen versterken en verbinden in het hulpverleningsproces en wat de cliëntsystemen met betrekking tot deze twee elementen benoemen als zijnde een werkzame factor. We hebben oog voor deze twee elementen, omdat vanuit het Lectoraat hier veel aandacht aan wordt besteed. Zij hebben aan ons gevraagd om te kijken hoe wij deze twee elementen zien terugkomen in de werkzame factoren die de cliëntsystemen benoemen.

3.5 Betrouwbaarheid

Met dit kwalitatief onderzoek geven we niet aan dat de conclusies die wij trekken de absolute waarheden zijn, zoals alle cliëntsystemen dit ervaren binnen de IAG. Ieder cliëntstelsel dient in de context gezien te worden en ieder cliëntstelsel zou daarom gebaad kunnen zijn met 'eigen' werkzame factoren. Een gevolg van het houden van een diepte-interview op zich, is ook dat er geen algemeen geldende conclusies getrokken kunnen worden die gelden voor de gehele doelgroep.

Echter, doordat dit onderzoek gekoppeld is aan eerdere onderzoeken (door middel van de literatuurstudie) zijn de gegevens die we weergeven niet op zichzelf staande gegevens.

Dit geldt ook voor het verwerken van de interviewgegevens. Hier zal altijd een stuk eigen interpretatie van ons als onderzoekers in zitten. Ook hier geldt weer dat we dit zoveel mogelijk voorkomen hebben doordat we de gegevens koppelen aan de literatuurstudie.

Daarnaast zijn we ons er van bewust dat een ander gevaar van diepte-interviews is, dat wij als interviewers de geïnterviewde (onbewust) beïnvloeden. Doordat we de interviews samen af genomen hebben, verkleinen we de mogelijkheid hierop, doordat we elkaar bij kunnen sturen. Echter, we zullen dit nooit geheel kunnen voorkomen.

De voordelen van een diepte-interview, namelijk de mogelijkheid diep in te gaan op het onderwerp en het interview kan overal plaats vinden, wegen in ieder geval op tegen de nadelen, waardoor we wel gekozen hebben voor deze manier van onderzoek.

4. Literatuuronderzoek

4.1 Inleiding

Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden, zijn we een literatuur onderzoek gestart. Door middel van Google, databanken en diverse andere zoeksystemen, zijn wij artikelen op het spoor gekomen waar iets gezegd wordt over werkzame factoren. In dit hoofdstuk geven we weer wat we in de literatuur gevonden hebben en wat dit voor ons onderzoek betekent.

Allereerst zullen we kort de vraag naar de effectiviteit in de jeugdzorg weergeven en waar dat toe leidt in de praktijk. Vervolgens gaan we dieper in op algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren.

Tot slot zullen we weergeven welke consequenties deze uitkomsten voor ons onderzoek hebben.

4.2 Effectiviteit in de jeugdzorg

We zien dat de laatste jaren de vraag naar (geïndiceerde)jeugdzorg is toegenomen (zie ook cijfers MO groep Jeugdzorg en Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2009). Met deze toename komt er ook meer aandacht voor effectiviteit in de jeugdzorg. Ton van Yperen, bijzonder hoogleraar onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg aan de Universiteit Utrecht en expert bij het Nederlands Jeugdinstituut, zouden we de *goeroe* wat betreft effectiviteit in jeugdzorg in Nederland kunnen noemen. Hij heeft veel geschreven over dit onderwerp en doet ook veel onderzoek naar de effectiviteit binnen de jeugdzorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat we binnen dit literatuuronderzoek zijn naam veel tegenkomen.

Van Yperen noemt de tijdgeest, visie op kwaliteit, financiële krapte en professionaliseringsslag als zijnde de vier achtergronden waardoor de aandacht voor effectieve interventies in de jeugdzorg de laatste jaren is toegenomen (Van Yperen, 2010). Kwaliteit van diensten moet transparant zijn (*tijdgeest*). Bovendien moet het handelen van professionals zoveel mogelijk gebaseerd zijn op praktijk- of wetenschappelijk bewijs van 'wat werkt', *evidence-based*. Door kwaliteitskaders, zoals INK en HKZ, hebben veel organisaties een visie ontwikkeld op kwaliteit (*visie op kwaliteit*). De zoektocht naar zo doeltreffend mogelijk werken moet helpen niet alleen de zorg inhoudelijk beter te maken, maar deze ook zo goedkoop mogelijk te maken, zodat er zoveel mogelijk cliënten voor eenzelfde budget te helpen zijn (*financiële krapte*). Tot slot werkt de jeugdzorg aan een grote slag in de professionalisering.

Deze roep om effectiviteit heeft er voor gezorgd dat er meer aandacht is gekomen voor ambitie in de sector: het transparant maken én verbeteren van de effectiviteit van de jeugdzorg. De focus is daarbij veel gericht op de invoering van effectieve interventies. Daarnaast wordt het ook breder getrokken als het gaat om effectiever werken en wordt gekeken naar de vraag welke rol professionals in dit verband spelen.

In praktijk heeft dit er toe geleid dat er verschillende trajecten zijn uitgezet die aandacht hebben voor effectiviteit in de jeugdzorg. Zo zijn er de projecten: 'Zicht op Effectiviteit', de Erkeningscommissie Interventies, Prestatie Indicatoren, het onderzoeksprogramma 'Zorg voor Jeugd' en het actieprogramma 'professionalisering' ontwikkeld. In bijlage II vindt u een overzicht van deze projecten en wat zij inhouden.

Wat goed is om te noemen is dat bij het project 'Zicht op effectiviteit' een *handboek praktijkgestuurd effectonderzoek* is uitgegeven. Met dit boek wil de Projectgroep handreikingen en achtergronden bieden voor het zichtbaar maken van de effectiviteit van de jeugdzorg op een voor hulpverleners, managers, beleidsmakers en onderzoekers relevante, interessante en praktisch werkbare manier.

Bij de vraag naar effectiviteit in de jeugdzorg gaat men op zoek naar effectieve jeugdinterventies, ofwel: effectieve methodieken binnen de jeugdzorg. De grote vraag is steeds: is de methodiek effectief en waarom? Het onderzoek naar effectieve jeugdinterventies is heel breed, daarin gaat het namelijk over de effectiviteit van een methodiek als geheel. Het aspect dat onderzocht wordt waarom een methodiek effectief is, draait om werkzaamheid. Immers, het is niet alleen interessant of een methodiek effectief is, men moet ook weten waarom deze dan effectief is, zodat die werkzame factoren in de praktijk toegepast kunnen worden. De vraag naar effectiviteit op zich is minder interessant voor dit onderzoek, maar de vraag waarom de methodiek effectief is wel degelijk. Bij die vraag draait het namelijk om de werkzame factoren waar wij naar op zoek zijn. Zojuist noemden we al het *handboek praktijkgestuurd effectonderzoek* (Yperen, T.A., van, & Veerman, J.W., 2008). Dit boek geeft richtlijnen hoe we onderzoek kunnen doen naar de effectiviteit van een methodiek. Als we dat nu zouden volgen, zouden we er echter vanuit gaan dat de cliënt de methodiek als werkzame factor

ervaart. Omdat dit nog maar de vraag is, zijn we ook op zoek gegaan naar andere literatuur. Later in dit hoofdstuk zullen we nog terug komen op die effectieve interventies, of wel: de methodiek als werkzame factor.

Hier volgt eerst het onderzoek naar werkzame factoren, waarbij we starten met een citaat uit *Alice in Wonderland*.

4.3 Onderzoek naar werkzame factoren

"Omdat alle dieren nat waren geworden in het meer van tranen dat Alice had geschreid, organiseerde de Dodo een hardlooppwedstrijd. De deelnemers werden her en der langs een parcours geplaatst. Ze mochten beginnen met rennen wanneer ze daar zin in hadden en ze mochten ook stoppen wanneer ze dat wilden. Na een half uur was iedereen weer droog en riep de Dodo dat de race was afgelopen. Maar wie had er nu gewonnen? De Dodo dacht daar lang over na en sprak toen: 'Everybody has won, and all must have prizes.'" (Nanninga, 2003, p.1).

In 1975 vergeleken Luborsky e.a. in een onderzoek de resultaten van 100 verschillende psychotherapieën met elkaar en kwamen tot de conclusie dat de hypothese van Saul Rosenzweig (1936 in Luborsky e.a. 2002, p.1) juist was: 'Everybody has won, and all must have prizes'. Saul Rosenzweig veronderstelde dat de uitkomsten van verschillende psychotherapieën maar kleine verschillen zouden tonen onderling. Dit, omdat alle therapieën dezelfde gezamenlijke ingrediënten zouden bevatten die leidde tot de werkzaamheid van de therapie.

De uitkomsten van het onderzoek, uitgevoerd door Luborsky e.a., toonden aan dat de verschillende psychotherapieën inderdaad maar kleine verschillen toonden in de uitkomsten. Deze verschillen werden vervolgens door hem en zijn medewerkers het 'Dodo bird verdict' genoemd naar de verwijzing van Rosenzweig (1936) die doelt op de uitspraak in het boek *Alice in Wonderland*: Everybody has won, and all must have prizes. (Luborsky et. al., 2002, p.1). Gesteld werd dat de gezamenlijke ingrediënten in hoge mate de effecten van de hulp bepalen en dat de toegevoegde waarden van specifieke hulpverleningsmethoden slechts gering zou zijn.

Sinds de vooronderstelling van Saul Rosenzweig in 1936 zijn er vele onderzoeken gedaan naar de gezamenlijke ingrediënten, door ons ook wel algemeen werkzame factoren genoemd, in de hulpverlening. De tijd heeft echter niet stil gestaan, ook niet binnen de hulpverlening. Onze vraag is dan ook of we nog wel kunnen spreken van algemeen werkzame factoren en zijn alleen deze factoren van invloed op de uitkomst/effectiviteit van de hulpverlening, zoals Saul Rosenzweig veronderstelde?

4.3.1. Onderzoek Lambert & Bergin

Een belangrijk onderzoek naar werkzame factoren in de hulpverlening, is het onderzoek geweest van Lambert & Bergin in 1992. Zij veronderstelden dat aan de volgende factoren het effect van de hulp te wijden was: extratherapeutische factoren (cliënt- en omgevingsfactoren) 40%; Algemeen werkzame factoren (o.a. therapeutische relatie) 30%; Placebo-effect (hoop en verwachting) 15%; Methodiek (specifieke therapie/therapeutische techniek) 15%.

Belangrijk echter is om te benadrukken dat de percentages die Lambert en collega's tonen – en die in vele publicaties zijn aangehaald - niet op basis van statistische berekeningen tot stand zijn gekomen, maar een kwalitatieve schatting vormen (Lambert & Barley, 2001; Thomas, 2006; Carr, 2009 in Yperen 2010, p. 11). Het is dus de vraag of deze percentages kloppen (Yperen, 2010, p.11). Daarnaast betreft het een overzicht van bijna vijftientig jaar geleden. Van Yperen e.a. (2010, p.11) geven aan dat dit onderzoek daarom gedateerd is en vragen zich af of de genoemde percentages anno 2010 nog geldig zijn. Dit onderzoek wordt echter nog veel aangehaald.

4.3.2. Onderzoek Thomas

Een vergelijkend en recenter onderzoek is het onderzoek uitgevoerd door Thomas (2006). Aan dit onderzoek deden tien therapeuten mee en 30 cliënten (bestaand uit 24 cliëntsystemen: individueel, koppel, familie). Middels een vragenlijstonderzoek werd aan therapeuten en cliënten gevraagd een schatting van de verdeling te maken van de volgende onderwerpen: extratherapeutische factoren; therapeutische relatie; hoop en verwachting van cliënten; model/techniek therapeut. Daarnaast werd er gevraagd om een schatting in percentages te maken van de invloed die hulpverlener en cliënt op het veranderingsproces in de hulpverlening hadden. De therapeuten moesten individueel voor elk cliëntstelsel deze vragenlijst invullen. Ook cliënten moesten individueel deze vragenlijst invullen m.b.t. de beleving van het hulpverleningsproces, zonder hulp van familieleden of partner.

Uit dit onderzoek van Thomas (2006) kwamen de volgende uitkomsten:

Table 1 Ranking of factors by categories*

Factors	Categories			
	Client			Therapist
	Individual	Couple	Family	
Client's extra-therapeutic factors	14%	11%	16%	22%
Therapeutic relationship	32%	26%	34%	35%
Model/techniques	23%	30%	28%	16%
Client's hope and expectations	31%	33%	22%	27%
	100%	100%	100%	100%

*Mean percentage

Table 2 Summary of rank orders of common factors across client categories

Individual	Couple	Family
Therapeutic relationship	Client's hope and expectations	Therapeutic relationship
Client's hope and expectations	Model/techniques	Model/techniques
Model/techniques	Therapeutic relationship	Client's hope and expectations
Client's extra-therapeutic factors	Client's extra-therapeutic factors	Client's extra-therapeutic factors

(Bron: Thomas, M., 2006)

Samengevat

In de beleving van therapeuten bedroegen de percentages als volgt:

Extratherapeutische factoren	22%
Therapeutische relatie	35%
Hoop en verwachting van cliënten	27%
Model / techniek therapeut	16%

In de beleving van de cliënten bedroegen de percentages als volgt:

Extratherapeutische factoren	13%
Therapeutische relatie	29%
Hoop en verwachting van cliënten	30%
Model / techniek therapeut:	28%

Wij, als onderzoekers, willen echter bij het onderzoek van Thomas een kritische noot zetten. Thomas heeft cliënten en therapeuten gevraagd een schatting te maken van de invloed van bovenstaande factoren op het hulpverleningsproces. Er is echter niet aan de cliënten en therapeuten gevraagd wat zij verstaan onder deze factoren en waar zij specifiek aan dachten bij het invullen van de vragenlijst. Hierbij rijst de vraag: hoe betrouwbaar is dit onderzoek? Dit maakt dat wij het onderzoek van Thomas als een summier onderzoek beschouwen.

Tegelijk maakt ons dit nieuwsgierig wat de ingrediënten volgens de cliëntsystemen zijn van deze factoren. Het onderzoek geeft ons echter wel een indicatie van de mogelijke invloed van deze factoren binnen het hulpverleningsproces. Voor alles blijft onze vraag wat precies de ingrediënten zijn van deze vier factoren volgens de cliëntsystemen.

4.3.3. Onderzoek Wampold

Het laatste onderzoek dat wij willen aanhalen is het onderzoek van Wampold (2001). Hij presenteert in relatie tot de percentages van Lambert e.a. een verdeling van factoren die er als volgt uit ziet: Niet-verklaarde variantie 22%; algemene factoren 70%; Model/ techniek therapeut 8% (van Yperen 2010, p.12).

Wat ons opvalt, is dat Wampold (2001) maar drie factoren benoemt en dat zijn percentages sterk verschillen van de andere genoemde onderzoeken.

4.3.4. Conclusie

Lambert & Bergin (1992), Thomas (2006) en Wampold (2001) geven allen in hun onderzoek verschillende percentages weer. In de onderzoeken van Lambert & Bergin (1992) en Thomas (2006) komt echter naar voren dat de therapeutische relatie van grote invloed is op het veranderingsproces in de hulpverlening. Cliënt als hulpverlener zijn het hier met elkaar over eens. We zien zelfs dat familiesystemen deze relatie als meest invloedrijke factor benoemen. Daarnaast zijn hoop en verwachting van cliënten en model/techniek van de therapeut belangrijke factoren. Extratherapeutische factoren zijn het minst invloedrijk.

De vraag is echter of we van deze percentages uit kunnen gaan. Van Yperen e.a. (2010) geven in hun literatuuronderzoek aan dat er geen 'robuuste uitspraken' gedaan kunnen worden over de verdeling van de percentages. Daarvoor verschillen onderzoeken volgens hen te sterk van elkaar. Ook wordt er in de verschillende onderzoeken gebruik gemaakt van verschillende terminologie met betrekking tot werkzame factoren. Deze verschillen geven ons een indruk hoeveel verschillende onderzoeken er zijn gedaan naar werkzame factoren. Er is dus vanuit de literatuur niet één duidelijke lijn te ontdekken van werkzame factoren.

Ieder onderzoek houdt echter wel de tweedeling aan van algemeen en specifiek werkzame factoren. Zo ook van Yperen (2003). Wij zullen deze tweedeling ook aanhouden en in het volgende hoofdstuk kijken wat er in de literatuur bekend is over algemeen en specifieke werkzame factoren. Daarbij gebruiken we wel de eerder genoemde factoren in het onderzoek van Lambert & Bergin (1992) en Thomas (2006), waarbij de therapeutische relatie, hoop en verwachting en extratherapeutische factoren onder algemeen werkzame factoren vallen en de methodiek/interventie valt onder de specifiek werkzame factoren.

Voor we verder gaan zullen we allereerst de begrippen algemeen en specifiek werkzame factoren verklaren. Onder algemeen werkzame factoren verstaan we onderdelen van een interventie die tot het resultaat bijdragen, ongeacht het soort behandeling en doelgroep. Ter illustratie noemt Van Yperen de volgende voorbeelden van algemeen werkzame factoren: aansluiten bij de motivatie van de cliënt of een goede kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de behandelaar (/therapeut/hulpverlener).

Specifiek werkzame factoren zijn werkzame elementen die specifiek zijn voor bepaalde typen methodieken, in de context van de doelen van de methodiek en de beoogde doelgroep. (Yperen, T.A., van, & Veerman, J.W., 2008, p. 51)

4.4 Algemeen werkzame factoren

In dit hoofdstuk kijken we naar wat er in de literatuur bekend is over algemeen werkzame factoren. Aan het eind van ieder punt verbinden we een korte conclusie met daarin onze bevindingen.

4.4.1. De therapeutische relatie als werkzame factor

In vele onderzoeken wordt de therapeutische relatie aangehaald als een factor die positieve invloed heeft op de uitkomst van de hulpverlening (Wampold 2001, p. 23; Luborsky 2002, p. 3; Ackerman 2003, p. 1; Holtforth 2006, p.271; Sprenkle 2007, p.111). In veel onderzoeken wordt ook gesproken over de therapeutische alliantie in plaats van de therapeutische relatie. Bordin (1979 in Ackerman 2003, p.1-2) geeft de volgende definitie voor de therapeutische alliantie:

"three features: an agreement on goals, an assignment of task or a series of tasks, and the development of bonds" (p. 253).

Van Yperen (2010) spreekt ook wel van de cliënt-hulpverlener-relatie. We zullen echter in het vervolg spreken over de therapeutische relatie, zoals ook Thomas (2006) deze aanhaalt.

In de laatste twee decennia zijn de technische en de relationele aspecten van de therapeutische relatie, zoals het karakter van de cliënt en de activiteit van de therapeut, een grote focus geweest van veel empirisch

onderzoek naar de relatie tussen de therapeutische relatie en de uitkomst van de hulpverlening (Ackerman, 2003). Over de invloed die deze factor heeft op de uitkomst van de hulpverlening zijn de meningen verdeeld. Luborsky (2002), hechtte een grootte waarde aan deze therapeutische relatie. In zijn onderzoek stelde hij dat methodieken van zeer weinig invloed zijn op de uitkomst van de hulpverlening. Hier is echter kritiek op gekomen. Een positieve uitkomst van de hulpverlening is volgens veel onderzoekers niet alleen te wijten aan de therapeutische relatie (Yperen 2010; Holtforth 2006; Sprenkle 2007). De methodiek heeft volgens Chambless (2002) zeker wel invloed op de veranderingen die in de hulpverlening plaats vinden. Volgens Holtforth e.a. (2006) is het ongepast en in sommige gevallen zelfs onethisch om alle cliënten dezelfde behandeling te geven. Verschillende cliënten hebben volgens hem verschillende behandelingen nodig, wat ook een verschillende hulpverleningsrelatie veronderstelt.

Tussenconclusie: We kunnen stellen dat onderzoekers over het algemeen veel betekenis toekennen aan de therapeutische relatie. Dit betekent echter niet dat andere factoren te verwaarlozen zijn en niet van invloed zijn op de uitkomst van de hulpverlening.

In een review van Ackerman en Hilsenroth (2003) wordt de therapeutische relatie nader bekeken. Ackerman en Hilsenroth werpen in hun review licht op de eigenschappen van de therapeut en de technieken die invloed hebben op de ontwikkeling en instandhouding van de therapeutische relatie.

Dit doen zij door 25 studies nader te onderzoeken. Deze studies zijn voornamelijk gedaan onder (ex)-cliënten. De studies rapporteerden allemaal een positieve bijdrage van de hulpverlener aan de therapeutische relatie. (Zie voor een uitgebreid overzicht van deze studies Ackerman en Hilsenroth 2003, p.8-12 en p.19-27). Vervolgens hebben Ackerman en Hilsenroth (2003) de volgende categorieën onderscheidde waarin de bijdrage van de therapeut kan worden vastgelegd: therapeutische eigenschappen en technieken. In tabel 3 zien we een uitgebreid overzicht van deze eigenschappen en technieken, zoals vastgesteld door Ackerman en Hilsenroth (2003).

Summary of therapist's attributes and techniques found to contribute positively to the alliance	
Personal attributes	Technique
Flexible	Exploration
Experienced	Depth
Honest	Reflection
Respectful	Supportive
Trustworthy	Notes past therapy success
Confident	Accurate interpretation
Interested	Facilitates expression of affect
Alert	Active
Friendly	Affirming
Warm	Understanding
Open	Attends to patient's experience

Tabel 3

Bron: Ackerman (2003)

Herman en Menger (2009, in Yperen 2010) benoemen, naast deze eigenschappen en technieken van de hulpverlener, nog een andere belangrijke kwaliteit van de hulpverlener die bijdraagt aan het resultaat van de hulpverlening. Zij geven aan dat het vermogen van de hulpverlener om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangende behandeling te bieden, bijdraagt aan een positieve uitkomst van de hulpverlening.

Naast deze werkzame factoren met betrekking tot de therapeutische relatie is ons nog een ander punt opgevallen binnen de literatuur. In onderzoek naar de hulpverlening onder volwassenen, zijn volgens van Yperen e.a. (2010) de eerste aanwijzingen op te merken dat hulp via het internet en begeleidde zelfhulp net zo effectief kan zijn als de hulpverlening die gegeven wordt in de behandelkamer. Zij zeggen het volgende hierover:

“De relatie-component zit daar anders in dan bij face-to-face hulpverlening. Het maakt onder meer duidelijk dat ook de cliënt zelf een werkzame factor is, en dat bijvoorbeeld de opdrachten die de cliënt via een methodiek

krijgt een toegevoegde waarde zullen hebben. Dit is een belangrijke constatering die verder onderzocht moet worden. Immers, dit zou erop kunnen wijzen dat methodieken aan de cliënt technieken aanreiken die hem in staat stellen min of meer op eigen kracht zaken aan te pakken, tijdens de hulp, maar vooral ook daarbuiten en daarna. Dit zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de empowerment van cliënten en een doelbewuste verkleining van de afhankelijkheid van de hulpverlener.” (van Yperen e.a., 2010; p.17)

In de interviews die wij af zullen nemen bij cliëntsystemen besteden wij aandacht aan het fenomeen internet. Wij zijn benieuwd hoe de cliëntsystemen aankijken tegen internet-hulp en of zij dit mogelijk net zo effectief zullen ervaren als behandeling in de spreekkamer. Wij verwachten dat de mening van de cliëntsystemen over deze vorm van hulp ons meer inzicht zal geven in de relatie-component als werkzame factor en de zojuist besproken werkzame factoren die op deze relatie betrekking hebben. Zal blijken dat de therapeutische relatie ook via internethulp van groot belang is en een belangrijke werkzame factor binnen het gehele hulpverleningsproces of is de aanwezigheid van de hulpverlener van zo groot belang dat hulp via internet niet mogelijk zal zijn?

Conclusie: vanuit de literatuur wordt ons bekend dat de therapeutische relatie een belangrijke werkzame factor is in de hulpverlening. Ook zien we dat bepaalde persoonlijke eigenschappen en technieken van de hulpverlener bijdragen aan een goede therapeutische relatie. Veel onderzoek naar de werkzaamheid van deze therapeutische relatie is echter gedaan onder volwassenen. Van Yperen (2010) plaats daarom nog wel een kanttekening als het gaat om de werkzaamheid van de therapeutische relatie bij jeugdigen. Hij stelt het volgende:

“Op basis van een literatuurstudie stellen Liber e.a. (2007) dat ook de ontwikkelingsfactoren als de cognitieve en psychosociale rijpheid van kinderen de capaciteit om een alliantie te vormen kunnen beïnvloeden. (...) Voorts kan met name bij adolescenten het ontstaan van de alliantie worden belemmerd door de behoefte aan autonomie.”

Over de therapeutische relatie als werkzame factor bij jeugdigen is nog weinig bekend. Nader onderzoek is nodig om hierover wat te kunnen zeggen (Yperen, 2010).

4.4.2. Hoop en verwachting als werkzame factor

Hoop en verwachting, ofwel het placebo-effect in de hulpverlening. In het onderzoek van Lambert e.a. (1992) komt naar voren dat het placebo-effect voor 15% van invloed is op de uitkomst van de hulpverlening. Maar wat wordt hier eigenlijk mee bedoeld en in hoeverre is hier ook sprake van in het hulpverleningsgesprek?

In een review van Finniss e.a. (2010) komt naar voren dat het placebo-effect een psychologische benadering is. Zij geven aan dat een placebo-interventie een therapeutische context zodanig stimuleert dat deze invloed heeft op het brein, lichaam en gedrag van de cliënt. Het placebo-effect wordt veroorzaakt, zo denkt men, door vertrouwen, geloof, hoop en verwachting. Deze verwachting, hoop e.a. worden, al dan niet onbewust, aangewakkerd door a) de behandelaar en b) het behandeld worden voor een klacht en c) de daaropvolgende behandeling.⁷ Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld de therapeut die gelooft in zijn eigen behandeling. Hoe groter de verwachting is van de therapeut van zijn eigen medisch handelen, hoe groter het placebo-effect zal zijn.

Van Yperen(2011) geeft aan dat in de lijn van Hermanns en Menger (2009) gezegd kan worden dat een goede hulpverlener een placebo-effect aanwakkert, door zijn geloof en hoop over te brengen op de cliënt. Dit placebo-effect stimuleert het zelf genezend vermogen van de cliënt.

Conclusie: Concluderend kunnen we dus zeggen dat de hulpverlener vertrouwen, geloof, hoop en verwachting aanwakkert bij de cliënt. Het is echter goed om erbij te vermelden dat ook de gevoeligheid voor suggestieve beïnvloeding van de cliënt een grote rol hierin speelt. Dit placebo-effect stimuleert het zelf genezend vermogen van de cliënt.⁸

⁷ Bron: [http://nl.wikipedia.org/wiki/Placebo_\(middel\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Placebo_(middel)). Bekeken op 22 juni 2011.

⁸ Bron: http://www.kwakzalverij.nl/148/Placebo_effect Bekeken op 22 juni 2011

4.4.3. Extratherapeutische factoren als werkzame factor

De laatste factor die we nader willen bekijken is de extratherapeutische. Extratherapeutische factoren zijn factoren die buiten de invloedssfeer van de behandeling liggen (Yperen, 2010). Lambert (1992) gaf in zijn onderzoek aan dat 40% van de positieve uitkomst van de hulpverlening te danken was aan deze factoren. Thomas (2006) stelt in haar onderzoek echter dat deze factoren maar 13% (volgens cliënten) en 22% (volgens therapeuten) de hulpverlening beïnvloeden. Een mogelijke oorzaak voor het verschil in procenten tussen Lambert (1992) en Thomas (2006) is mogelijk verbeterde methodieken: methodieken die steeds meer zijn gaan aansluiten op deze extratherapeutische factoren. Op deze manier zijn deze factoren binnen de invloedssfeer van de therapie komen te liggen.

Van Yperen (2010) geeft in zijn literatuurstudie aan dat het aandeel van de extratherapeutische factoren is terug te dringen door methoden te gebruiken die zich juist op die factoren richten. Hij noemt als voorbeeld de Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG) voor multiprobleemgezinnen met kinderen met gedragsproblemen. Deze methode betreft de ouders veel sterker en beter volgens hem bij de aanpak van problemen die vooral vroeger behandeld werden met residentiële hulp aan het individuele kind. Bijzonder bij WIG is dat nu ook de buurt wordt ingeschakeld. De ouders krijgen naast meer grip op de opvoeding en het gezin ook meer steun vanuit de buurt. Dat effect is verder te versterken door bijvoorbeeld de school en de vrijetijdsbesteding nadrukkelijker bij de aanpak te betrekken. Dergelijke multisystemische en multimodale methoden beïnvloeden volgens van Yperen (2010), factoren die voorheen golden als extratherapeutische factoren.

Conclusie: doordat er tegenwoordig meer ingespeeld wordt op het beïnvloeden van de extratherapeutische factoren, lijkt deze factor minder van belang. Zeker binnen de IAG, waar het systeem benaderd wordt, is er vaak meer aandacht voor de omgevingsfactoren.

4.5 Specifiek werkzame factoren

In het vorige hoofdstuk hebben we drie factoren besproken die volgens de literatuur bijdragen aan een positieve uitkomst van de hulpverlening. We zagen onder andere dat aan de therapeutische relatie veel waarde wordt gehecht. Luborsky (2002) stelde in zijn onderzoek zelfs dat methodieken weinig invloed hebben op de uitkomst van de hulpverlening. We lazen echter ook dat hier veel kritiek op is gekomen. Tijd dus om in de literatuur te kijken wat er bekend is over de methodiek als werkzame factor. Welke invloed heeft de methodiek volgens de literatuur op het hulpverleningsproces?

4.5.1. Model/ techniek therapeut als werkzame factor

Interventies in de jeugdsector worden steeds vaker getoetst op hun effectiviteit. In de databank Effectieve Jeugdinterventies zijn alleen interventies opgenomen die op z'n minst goed zijn beschreven en theoretisch goed zijn onderbouwd. Van een deel van de opgenomen interventies is de effectiviteit ook door onderzoek aangetoond. Een interventie wordt pas in de databank opgenomen na erkenning door een onafhankelijke erkenningscommissie.

In deze databank zijn in ieder geval 10 interventies binnen de IAG opgenomen. Een overzicht van deze interventies met een beschrijving kunt u vinden in bijlage III, deel 1.

Allereerst valt op dat negen van de tien interventies het oordeel 'theoretisch goed onderbouwd' hebben en dat er een interventie 'voorlopig erkend' is. 'Theoretisch goed onderbouwd' houdt in dat de interventie op zijn minst goed is beschreven en dat aannemelijk gemaakt is, dat met de interventie het gestelde doel kan worden bereikt. Van Yperen en Veerman noemen een theoretisch goed onderbouwde interventie *veelbelovend* (Van Yperen en Veerman, 2008, p. 41). Een veelbelovende interventie verdient het voordeel van de twijfel. Cliënten zouden wellicht een dergelijke behandeling willen hebben, financiers zouden bereid kunnen zijn hiervoor gelden beschikbaar te stellen. Alleen: de effectiviteit is tot dusver een papieren kwestie. Of de verwachte uitkomsten ook echt worden bereikt, moet nog blijken. Vanuit praktijk perspectief is een interventie effectief te noemen als gestelde doelen worden gerealiseerd en cliënten tevreden zijn. De omschrijving en onderbouwing van de interventie (methodiek) zijn heel belangrijk. Zij geven aan waarom men denkt dat deze interventie zal werken. Zij geven informatie voor de keuze van die interventie als de meest geschikte ingreep voor een bepaalde doelgroep, anders gezegd: praktisch handelen worden gestuurd en verantwoord.

Maar er zijn dus geen interventies binnen de IAG die 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief' beoordeeld zijn. Voor ons onderzoek betekent dit dat we slechts uit kunnen gaan van de theoretische onderbouwing van de interventies en de aannemelijkheid dat met de interventie ook het gestelde doel kan worden bereikt. Omdat wij de werkzame factoren op het spoor willen komen binnen de IAG, kiezen we ervoor de mogelijke

werkzame factoren binnen de interventie te bekijken. Dus in plaats van de focus op de effectieve interventie (lees: methodiek) gaan we nu gericht kijken naar de mogelijk werkzame factoren binnen de interventie, binnen de Databank ook wel mogelijk werkzame ingrediënten genoemd. Van deze mogelijk werkzame factoren kunnen we zeggen dat het aannemelijk is dat deze meewerken ten goede in het hulpverleningsproces.

In bijlage III is ook een overzicht opgenomen van de mogelijk werkzame factoren per theoretisch goed onderbouwde interventie.

De volgende aspecten zien we regelmatig terug komen onder de verschillende interventies:

- De hulpverlener werkt met een multimodale aanpak, gebaseerd op diverse theorieën;
- De hulpvraag van de ouders staat centraal in het hulpverleningstraject;
- Er wordt gewerkt aan verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen;
- Er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder van Jeugdzorg en/of andere hulpinstanties;
- De focus ligt (sterk) op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin;
- Er vinden regelmatig evaluaties van de voortgang van de hulp plaats;
- De hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen;
- De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat;
- De hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin;
- De hulp vindt bij het gezin thuis plaats.

Deze factoren vinden we onder verschillende interventies terug, daarvan kunnen we zeggen dat deze in ieder geval erg belangrijk lijken te zijn. Een uitgebreide lijst van alle mogelijk werkzame factoren kunt u vinden in bijlage III, deel 2.

Conclusie: We hebben gezien dat de effectiviteit van veel interventies tot nu toe een papieren kwestie is. Of de verwachte uitkomsten ook echt worden bereikt, moet nog blijken in de praktijk. Er valt echter wel het één en ander te zeggen over de effectiviteit van interventies. Zo komen we verschillende aspecten regelmatig terug in de 10 interventies die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdstudies. Daarnaast is een interventie effectief te noemen als de gestelde doelen worden gerealiseerd en cliënten tevreden zijn.

Er zijn echter geen onderzoeken die aantonen dat bepaalde interventies binnen de IAG effectief zijn gebleken in de praktijk van alledag. Ondanks dat gaat men er wel van uit dat de methodiek wel degelijk invloed heeft op een positieve uitkomst van de hulpverlening.

4.6 Samenvatting

We hebben in deze literatuurstudie gekeken naar wat er binnen de literatuur bekend is over werkzame factoren. Aan het begin van de literatuurstudie bleek dat er veel verschillende onderzoeken zijn gedaan naar werkzame factoren (Luborsky (2002); Lambert & Bergin (1992); Thomas (2006)). Deze onderzoeken tonen echter alle verschillende percentages en hanteren verschillende terminologieën met betrekking tot wat werkzaam is. We zien echter wel dat er een tweedeling in de literatuur wordt gemaakt tussen algemeen werkzame factoren, waaronder de therapeut en cliënt vallen, en specifiek werkzame factoren (Yperen, 2010). Hieronder valt de methodiek. Over het algemeen zijn onderzoekers het met elkaar eens dat algemeen werkzame factoren een grotere invloed hebben op een positieve uitkomst van de hulpverlening dan de specifiek werkzame factoren. Het is echter niet mogelijk om deze twee los van elkaar te zien of de methodiek te verwaarlozen.

We hebben vervolgens de algemeen en specifiek werkzame factoren nader bekeken. Onder de algemeen werkzame factoren zagen we de volgende drie thema's: de therapeutische relatie; hoop en verwachting oftewel placebo-effect; en extratherapeutische factoren. Hierin staan de therapeut en cliënt centraal. Onder de specifiek werkzame factoren valt één thema: de methodiek. Hier staat de methode hoe de therapeut te werk gaat centraal. Hieronder vind u tabel 4 met daarin alle werkzame factoren gebundeld die we zijn tegen gekomen in de literatuur. Deze factoren zijn gebundeld onder de zojuist genoemde vier thema's.

Algemeen werkzame factoren		
Therapeutische relatie	<i>Eigenschappen van hulpverlener:</i> • Flexibel • Ervaren • Eerlijk • Respectvol • Betrouwbaar • Zelfverzekerd • Geïnteresseerd • Alert/waakzaam • Vriendelijk • Warm • Open • Het vermogen van de hulpverlener om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangende behandeling te bieden.	<i>Technieken van de hulpverlener:</i> • Verkennen • Diepgaand • Reflectie • Ondersteunend • Let op succes verleden therapie • Accurate interpretatie • Zorgt ervoor dat iets of iemand blijkt geeft van genegenheid • Actief • Bevestigen • Begrip • Sluit aan bij de ervaringen van de cliënt
Hoop en verwachting	De behandelaar (a), het behandeld worden voor een klacht (b) en de daaropvolgende behandeling (c) wakkeren de volgende factoren aan: • Vertrouwen; • Geloof; • Hoop; • Verwachting. Deze factoren hebben invloed op het brein, lichaam en gedrag van de cliënt.	
Extratherapeutische factoren	Alle factoren buiten de hulpverlening om. Dit kan werk, inkomen, opleiding, de buurt etc. zijn. Men verwacht dat in de methodiek oog zal zijn voor deze factoren.	

Specifiek werkzame factoren	
Methodiek	De volgende aspecten zien we regelmatig terug komen onder de verschillende interventies: • De hulpverlener werkt met een multimodale aanpak, gebaseerd op diverse theorieën; • De hulpvraag van de ouders staat centraal in het hulpverleningstraject; • Er wordt gewerkt aan verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen; • Er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder van Jeugdzorg en/of andere hulpinstanties; • De focus ligt (sterk) op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin; • Er vinden regelmatig evaluaties van de voortgang van de hulp plaats; • De hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen; • De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat; • De hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin; • De hulp vindt bij het gezin thuis plaats.

5. Resultaten

5.1 Het labelen van de interviews

Uit de literatuurstudie kwamen vier thema's naar voren: therapeutische relatie, hoop en verwachting, extratherapeutische factoren en de methodiek. In de interviews hebben we hier, naast het open gesprek, aandacht aan besteed. We hebben de cliëntsystemen gevraagd of zij deze factoren herkennen en of zij deze thema's als werkzame factoren hebben ervaren. In het verwerken van de interviews zullen we daarom deze vier thema's ook als labels gebruiken om onze resultaten te verwerken. Onder het label therapeutische relatie hebben we nog een sub label gebruikt: **internet**. Vanuit de literatuur waren er aanwijzingen dat hulp via het internet mogelijk net zo effectief zou kunnen zijn als hulp die geboden wordt in de behandelkamer. De mening van cliëntsystemen hierover, kan ons nadere informatie verschaffen over de therapeutische relatie als werkzame factor. We hebben er voor gekozen om de cliëntsystemen hier expliciet naar te vragen in de interviews. Vandaar ook onze keuze om internet als sub label te gebruiken.

Hieronder in het kort de kaders van deze vier labels weergegeven:

Therapeutische relatie:	eigenschappen en technieken hulpverlener staan hier centraal.
<i>Internet</i>	de mening van cliëntsystemen over hulp via het internet.
Hoop en verwachting:	vertrouwen, geloof, hoop en verwachting worden door de therapeut, het feit dat de cliënt wordt behandeld en de daaropvolgende behandeling aangewakkerd. Dit stimuleert het placebo-effect, het zelf genezend vermogen van de cliënt.
Extratherapeutische factoren:	factoren die buiten de hulpverlening om een positieve werking hadden op de positieve uitkomst van het hulpverleningsproces.
Methodiek:	het model of de techniek van de hulpverlener.

Naast deze vier labels zullen we nog drie andere labels gebruiken. Eén van deze labels is het label versterken en verbinden. Vanuit het Lectoraat Jeugd en gezin, onze opdrachtgever, wordt extra aandacht besteed aan deze twee elementen. Uit een eerder onderzoek van het Lectoraat zijn deze twee elementen nader omschreven. Onder de elementen versterken en verbinden verstaan we het volgende:

- Versterken:** *interventies die zich richten op het vergroten van de zelfcontrole, opsporen en ontwikkelen van innerlijke kracht, aanleren van nieuwe vaardigheden om te kunnen participeren binnen de context. Het doel is om het individu meer grip te geven op het eigen leven en de context.*
- Verbinden:** *interventies die zich richten op het tot stand brengen, herstellen of versterken van de relationele verbondenheid van het individu met de ander binnen zijn context. Het gaat hierbij om relationele hulpverlening, gedrag wordt begrepen vanuit de relatie.⁹*

Het label versterken en verbinden voegen we toe onder label 4, de methodiek. Deze twee elementen zijn namelijk een techniek van de hulpverlener, en hoort dus bij de methodiek. Dit label is gelabeld onder nummer 6, dit komt dus omdat we dit label later toegevoegd hebben als onderdeel onder de methodiek.

De eerste vier labels richten zich op werkzame factoren. Daarnaast hebben we een label dat zich richt op **betekenisvolle momenten**: welke betekenisvolle momenten, die bijgedragen hebben aan een positieve uitkomst van de hulpverlening, benoemt de cliënt? Zoals we in hoofdstuk 3 onder het procesverslag al benoemden, verwachten we dat deze betekenisvolle momenten ons zullen wijzen op werkzame factoren. Het is dus ons doel dit label te gebruiken als extra zoeklicht naar werkzame factor. Vanuit dit label plaatsen we wellicht later weer werkzame factoren onder de andere labels. We kiezen er echter toch voor dit label apart te houden, zodat dit in eerste instantie gescheiden blijft, zodat duidelijk blijft dat de cliëntsystemen deze factoren niet direct als werkzaam beschreven.

⁹ Liefhebber-Rip, K., Bogert van den, H. (2010). *Versterkt in de verbinding*. Versterkend en verbindend werken vanuit de systeembenadering in het werkveld van de intensief ambulante gezinsbegeleiding. *Lectoraat Jeugd en Gezin, Ede*.

Tot slot voegen we het label **motivatie** toe. In de zeven gesprekken die we met cliëntsystemen hebben gevoerd is ons opgevallen dat de motivatie van de cliënt een belangrijke rol inneemt in het hulpverleningsproces. We hebben ervoor gekozen om hier een apart label voor te hanteren. Op het eerste gezicht lijkt het erop dat we de motivatie van de cliënt kunnen plaatsen onder het label hoop en verwachting. Het gaat hier echter om motivatie die buiten de hulpverlener om aanwezig is en niet ontstaat doordat de hulpverlener zijn eigen hoop en verwachting over brengt op de cliënt. We zouden daarom wel kunnen zeggen dat deze factor onder het label extratherapeutische factoren valt. Echter, gebleken is dat de positieve invloed van deze motivatie op het hulpverleningsproces erg groot is. Daarnaast zijn we deze motivatie als zijnde een werkzame factor niet in de literatuur tegen gekomen. Om deze factor meer naar voren te halen en de passende aandacht te geven die het naar ons idee verdient, geven we deze factor een apart label.

Bij het labelen hebben we ook gebruik gemaakt van het label 'not done', dit omdat veel cliëntsystemen ook beschreven wat juist niet gedaan moet worden, omdat dat niet werkzaam zou zijn.

Deze 'not done' factoren geven een tegenstelling aan van werkzame factoren. Nadat we deze not done factoren gelabeld hebben, hebben we deze factoren toegevoegd onder het label waar het bij past. Dus dat betekent dat onder sommige labels de toevoeging is gemaakt van not done factoren.

Deze not done factoren als tegenstelling, wijzen ons op werkzame factoren bij het betreffende label.

Per label geven we de resultaten vanuit het interview weer. Van wat ons opvalt, scoren we per label welke werkzame factoren genoemd worden en hoeveel cliëntsystemen deze factoren als werkzaam ervaren. We doen dit om aan te geven hoe belangrijk de factor was en is voor de cliëntsystemen. Na die onderzoeksresultaten verwerkt te hebben trekken we conclusies.

5.2 Label 1: Therapeutische relatie als werkzame factor

5.2.1.1 Resultaten

Interview 1	<i>“Eigenlijk heeft mij het meest geholpen, dat zij er voor mij was.”</i> • Ze biedt een luisterend oor. • Ze is een persoon die naast je staat. • Vertrouwen in haar: na het tweede gesprek had cliënt hier al een goed gevoel over. De hulpverlener bracht iets binnen wat vertrouwd was, gaf rust ook. • Er is een ‘klik’ met de hulpverlener. • Cliënt heeft het idee dat ze alles kan zeggen tegen haar. • Zij is er elke week. • Aan het einde van de hulpverlening vond de cliënt het fijn en gezellig dat ze kwam en om haar te zien. • Ze heeft een speciaal plekje: <i>“Je hebt voor bepaalde mensen, ja dat is de hulpverlener dan voor mij, een speciaal plekje. Want die heeft er wel ingezeten en kwam ook op de momenten dat het hier best wel heftig was.”</i> • Ze is aanwezig op heftige/zware momenten. • Te midden van chaos brengt ze een stukje rust. • Haar begeleiding heeft de cliënt door momenten heen gesleept waarin ze het zelf niet meer zag zitten. • Ze is vriendelijk. • Ze is behulpzaam. • Ze veroordeelt niet. • Ze houdt de cliënt bij de les. Moedigt haar aan om door te zetten, door haar op punten te wijzen. • Ze bekrachtigt de cliënt, ze geeft haar het gevoel dat ze het goed doet. • Ze wijst de cliënt niet af. • Ze verwijt de cliënt niets. • Ze is als een stok achter de deur. • Ze neemt de tijd voor de cliënt. <i>“Ik heb niet het idee dat ze op de klok zat. Dat deed ze ook niet.”</i> • Ze heeft aandacht voor de cliënt. • De cliënt kan haar altijd bellen. Ze belt ook zo snel mogelijk terug. • Ze is betrokken op de situatie van de cliënt. Not done: • Cliënt niet terug naar huis sturen als het daar onveilig is met als reden dat er geen plek is voor de cliënt. • Niet betuttelen.
Interview 2 <i>Had twee hulpverleners.</i>	<i>“Het waren twee mensen waar je jezelf bij kon zijn. Het ook in je eigen woorden kon zeggen. Gewoon, puur jezelf zijn, zonder dat je denkt van ja ‘het heeft geleerd en is anders als ik en...’ snap je?”</i> • Ze hebben respect voor de cliënt. • Ze spreken de taal van de cliënt. Ze sluiten aan bij de taal van de cliënt.

	• Ze zijn zichzelf. Ze doen zich niet anders voor dan dat ze in werkelijkheid zijn. • Ze nemen de tijd voor de cliënt. • Er is een 'klik' met de hulpverlener. • Ze helpen bij praktische zaken. • Het is gezellig met hen. • Ze zijn als een ruggensteun. • Ze laten de cliënt in haar waarde. Ze kleineren en/of veroordelen haar niet. • Ze zijn eerlijk, de cliënt weet wat ze aan hen heeft. • Ze spelen goed op elkaar in en vullen elkaar aan. • De cliënt kan op hen terugvallen. • Ze zijn betrouwbaar. <i>"Het moet niet, wij zullen niet aan de Jeugdzorg vertellen dat je niet mee werkt of wat.."</i> • Ze sluiten qua leeftijd ook aan bij de cliënt. Dat geeft haar het idee dat ze weten waar ze over praten. • De cliënt kan zichzelf zijn bij hen en ook haar emoties bij hen uiten. • Ze stralen rust uit. • Ze gaan een samenwerkingsrelatie aan. • Ze onderhouden contact met andere hulpverleners die betrokken zijn bij het gezin. Not done: • Niet de cliënt afkeuren of veroordelen.
Interview 3	<i>"Nou ja, dankzij God denk ik dan, heb ik goede mensen op mijn pad gekregen en een goede hulpverlener gehad."</i> • Ze geeft de cliënt een goed gevoel. • Ze is vriendelijk. • Ze neemt zowel de cliënt als haar (eigen) werkzaamheden serieus. • Ze is behulpzaam. <i>"Ik ben het meest tevreden met haar om haar vriendelijkheid en omdat ze haar werk serieus neemt en heel erg behulpzaam is. Dat gaf mij juist weer het rust gevoel en vertrouwen."</i> • Ze geeft de cliënt het vertrouwen dat het goed komt. • Ze is lief en aardig. <i>"Ik vond haar gewoon lief en aardig."</i> • Ze staat naast de cliënt. • Ze heeft oog voor wat de cliënt nodig heeft. • Ze werkt met haar hart. • Ze is er voor de cliënt 'er zijn'. Ze heeft aandacht voor de cliënt. • Ze overlegt met cliënt, er is ruimte voor de inbreng van de cliënt. • Ze bekrachtigt de cliënt. (Voor de cliënt is het belangrijk dat ze van een deskundige hoort dat ze het goed doet.) • Ze komt deskundig over, ze weet waar ze over praat. • Ze is kalm en rustig. • Ze voelt aan wat cliënt nodig heeft, zonder dat er perse om gevraagd wordt. • Ze geeft ruimte aan de cliënt, er is ruimte voor het 'niet willen' van de cliënt.

Interview 4	<i>“Ze heeft een hele grote rol voor mij gehad, ja om wie zij was. Ze is gewoon een aardige, gekke vrouw. En wat ze deed was ook fantastisch, want ja, ze luisterde naar mij!”</i> • Ze heeft aandacht voor de cliënt en is in haar geïnteresseerd. • Ze luistert naar de cliënt. • Ze geeft ruimte voor de inbreng van de cliënt. Ze overlegt met de cliënt. • Ze bevestigt de cliënt gehoord te hebben. • Ze is open en transparant, ze werkt ook transparant. • Ze veroordeelt de cliënt niet en heeft ook geen vooroordelen ten aanzien van de cliënt. • Ze heeft een samenwerkingsrelatie met de cliënt. • Ze is altijd bereikbaar voor de cliënt. • Ze kijkt de cliënt aan als deze met haar praat. • Ze nodigt de cliënt uit tot gesprek. • Er is een ‘klik’ met de hulpverlener. • Ze laat zien dat ze te vertrouwen is, door waar te maken wat ze zegt en dat wat ze zegt of doet, klopt ook. • Ze neemt de tijd voor de cliënt. • Ze geeft de cliënt het gevoel dat ze welkom is. Not done: <i>“Het maakt niet uit wat je te zeggen hebt en wat je wil inbrengen. Het is gewoon zo en zo moet het. En ze luisterde helemaal niet naar mij en ze luisterde niet naar wat ik nodig had. Ze vonden mij niet belangrijk.”</i> • Hulpverlener komt belofte/afspraken niet na. • Hulpverlener wordt boos op cliënt omdat deze het niet eens is met zijn of haar beslissing.
Interview 5	<i>“Ze was voor mij eigenlijk een soort van vriendin. Maar dan op werkbasis.”</i> • Ze is er voor de cliënt, ‘er zijn’. De cliënt kan met haar vragen bij haar terecht. • Ze zoekt dingen uit voor de cliënt. • Ze heeft zelf ook een kind / ze kan ervaring uitwisselen over een kind (opvoeden). • Ze biedt ruimte voor de cliënt, voor haar verhalen en gedachten. • Er is een ‘klik’ met de hulpverlener. • Ze is betrouwbaar en verteld niet alles door: <i>“Vooral dat ze tegen me zei van ja, sommige dingen moet ik echt aan Jeugdzorg vertellen hè, maar ik ben gewoon een neutraal persoon dus ik vertel niet alles aan Jeugdzorg. Dat was voor mij ook al zoiets van oké, dan kan ik haar gewoon zoveel mogelijk wel vertellen.”</i> • Ze heeft een rustige uitstraling. • Ze luistert naar de cliënt. • Ze denkt mee in het vinden van een oplossing. • Ze heeft een soort vriendschappelijke band met de cliënt, waardoor de cliënt haar hart kan luchten bij haar. Ze is hartelijk. • Ze veroordeelt niet. • Ze gaat een samenwerkingsrelatie aan met de cliënt.
Interview 6	<i>“Ze besprak de situatie ook met iemand anders. Ze zat niet op haar eentje te freewheelen.”</i> • Ze luistert naar de cliënt. De cliënt kan zijn verhaal bij haar kwijt.

	• Ze voelt aan wat de cliënt nodig hebben en checkt of dit klopt. • Ze behandelt de cliënt volwaardig. Ze gaat een gelijkwaardige relatie met hem/haar aan. • Ze accepteert de cliënt. • Ze geeft duidelijkheid over wat ze kan betekenen. • Ze heeft een rustige uitstraling. • Ze is een meevoelende gesprekspartner. • Ze is niet belerend. • Ze komt deskundig over. • Ze biedt ruimte voor emoties. • Ze is zichzelf. • Ze sluit aan bij waar de cliënt staat en hoe hij/zij zich voelt. • Ze dringt niet op. • Ze gaat een samenwerkingsrelatie aan. • Ze is bereikbaar, de cliënt kan haar altijd bellen. • De hulpverlener weet wat de beperking van (zoon) inhoudt (deskundigheid).
Interview 7	<i>“We hebben de gesprekken met haar als goed ervaren, door de manier waarop zij denk ik met ons omging. Gewoon op een normale manier en niet van bovenaf ofzo. Maar gewoon dezelfde lijn, op het zelfde niveau. We wisten van elkaar wat we aan elkaar hadden.”</i> • Ze gaat een gelijkwaardige relatie met de cliënt aan. • Ze is zichzelf. • Het is duidelijk de cliënt aan haar heeft/wat de cliënt van haar kan verwachten. • Ze gaat een samenwerkingsrelatie aan. • Ze is bereikbaar, de cliënt kan haar altijd bellen. • De cliënt kan zijn/haar verhaal bij haar kwijt. • Ze is belangstellend en geïnteresseerd: ze belt zelf ook om te informeren hoe het met de cliënt gaat. • Ze heeft zelf kinderen. • Ze is invoelend. • Er is een ‘klik’ met de hulpverlener. En daardoor ook ruimte voor emoties van de cliënt. • Ze neemt de tijd voor de cliënt.

5.2.1.2 Resultaten sub label: Internet

Interview 1	<i>“Nee, ik heb liever wel een persoon echt. Ik ga niet letertjes zitten tikken even.. ik heb niet het idee dat iemand daar ook gevoel in legt. Dan is het meer zo van je kan dat en dat doen en.. dat vind ik meer een adviespunt iets, maar dat vind ik niet zo voor dit soort gevallen, vind ik dat persoonlijk heel onpersoonlijk en zou ik daar ook niet echt mee geholpen zijn.”</i> • Het is onpersoonlijk. • Je echte emoties worden niet gezien over internet. • Het doet geen recht aan de heftige problematiek. • Het is niet betrouwbaar.
Interview 2	<i>“Ik heb het niet zo op mensen. Ik.. ik vertrouw mensen of ik vertrouw ze niet. En met internet weet je niet wat je iets... het heeft ook heel lang geduurd, het heeft geloof ik wel 4 maanden geduurd voordat ik hun kon vertrouwen.”</i> • Het is niet betrouwbaar. • Het is onpersoonlijk.

	• Je krijgt waarschijnlijk iedere keer met een andere hulpverlener te maken. Je moet dan ook elke keer je verhaal opnieuw doen. • Vastigheid qua hulpverlener helpt om de hulpverlener eerder te kunnen vertrouwen.
Interview 3	<i>“Nee, je moet die persoon wel kennen natuurlijk en zien en toch uh vertrouwen, ja, en daarbij zijn als je ergens belt of brief schrijft, kan ik een beetje zien hoe serieus neemt ze het, weet je wel.”</i> • Het is niet zichtbaar wat de hulpverlener voor je doet. • Het is niet betrouwbaar. • Het is onpersoonlijk.
Interview 4	<i>“Wat ik er aan zou missen.. ik denk gewoon persoonlijk contact denk ik toch wel.”</i> <i>“Je kijkt naar die persoon om te kijken is die persoon wel geïnteresseerd in wat je te zeggen hebt. En via de chat gaat dat gewoon niet.”</i> • Het is onpersoonlijk. • De hulpverlener is niet zichtbaar.
Interview 5	<i>“Omdat je iemand dan niet aan hoeft te kijken, omdat soms oog contact maken niet uh.. in het begin heel moeilijk was voor mij, omdat ik dan ook met mezelf zat en met mn eigen onzekerheid en dat soort dingentjes. Dus ik denk dat dan op zo’n moment wel makkelijk geweest zou zijn.”</i> • Het is gemakkelijker omdat het minder bedreigend is doordat je geen oogcontact hoeft te maken.
Interview 6	<i>“Dan zit er iemand heel de dag met misschien verschillende gezinnen te chatten en ze is er niet bij. Ze ziet niet uh reacties van de ouders. Of ze ziet niet onze emoties. Tranen misschien. Zie je niet in chat. Chat is misschien tijds winst. Maar het is belangrijk de mensen als zo danig ook het mens contact te houden. Dat móet blijven. Het is heel belangrijk dat je goede menselijke contacten houdt.”</i> • Het is onpersoonlijk. • Je echte emoties worden niet gezien over internet. • Er is geen ruimte om vrij te praten.
Interview 7	<i>“Ik moet al naar mijn zin op mijn werk teveel met internet en met mails werken en ik vind het ook teveel het verschaalt, het versoberd, nee niet versoberd, het vermagerd het contact met mensen.”</i> <i>“Persoonlijk. Internet is niet persoonlijk. Dat vind ik.”</i> • Het is onpersoonlijk. • Het is niet betrouwbaar. • De hulpverlener is niet zichtbaar. Je kunt niet zien hoe ze iets bedoelt. • Je kunt heel verkeerd geïnterpreteerd worden.

5.2.2 Opvallende zaken

Respondent 4:

Onderzoeker: Ja, dus wat dat betreft kunnen we wel zeggen dat, wat maakt nou dat een hulpverlener een goede hulpverlener is: dat ze ook haar werk met gevoel doet?

Respondent: Ja, vanuit haar hart. Ja, ik weet niet of iedereen dat zou kunnen.

Het valt op dat de cliëntsystemen regelmatig aangeven dat de hulpverlener aandacht voor hen had, geïnteresseerd was en betrokken op de cliënt en zijn situatie. Daarnaast was de hulpverlener er voor hen. De cliëntsystemen geven aan dat dit erg belangrijk voor hen was. Wij vragen ons echter af wat de cliëntsystemen bedoelen met aandacht en betrokkenheid van de hulpverlener. Wat deed de hulpverlener precies waardoor de cliëntsystemen aangeven dat de hulpverlener aandacht voor hen had, geïnteresseerd en betrokken was op hen en hun situatie? We hebben hieronder een lijst gemaakt met daarin alle genoemde aspecten van de hulpverlener die cliëntsystemen benoemden als werkzaam. Deze aspecten zorgen ervoor dat de cliëntsystemen ervaren dat de hulpverlener aandacht voor hen heeft en betrokken is. Daarnaast zien we ook in de interviews terugkomen dat deze aspecten bouwen aan vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener.

Interview 1 t/m 5

(getal) van de (getal)

cliëntsystemen benoemen als werkzame factor dat de hulpverlener:

4 van de 5	luistert
4 van de 5	rust uit straalt / rust met zich mee brengt
4 van de 5	niet veroordeelt
4 van de 5	een samenwerkingsrelatie met de cliënt aan gaat
3 van de 5	vriendelijk is
3 van de 5	niet alles van de cliënt over neemt
3 van de 5	er is
3 van de 5	de tijd neemt
2 van de 5	behulpzaam is
2 van de 5	positief bekrachtigt
2 van de 5	telefonisch bereikbaar is
2 van de 5	zichzelf is
2 van de 5	helpt bij praktische zaken/ actie onderneemt
2 van de 5	eerlijk is
2 van de 5	ook kinderen heeft
2 van de 5	deskundig is / geleerd heeft voor het beroep maatschappelijk werk
2 van de 5	aan voelt wat de cliënt nodig heeft
1 van de 5	bevestigt de cliënt gehoord te hebben
1 van de 5	de cliënt regelmatig op belt
1 van de 5	geen verwijten maakt
1 van de 5	regelmatig komt
1 van de 5	er op heftige momenten is
1 van de 5	de cliënt respecteert
1 van de 5	aan sluit bij de taal van de cliënt
1 van de 5	de cliënt niets op legt
1 van de 5	oogcontact maakt
1 van de 5	geheimhouding waarborgt

Interview 6 en 7

(getal) van de (getal)

cliëntsystemen benoemen als werkzame factor dat de hulpverlener:

2 van de 2	een gelijkwaardige relatie aan gaat
2 van de 2	een meevoelende gesprekspartner is
2 van de 2	luistert
2 van de 2	adviezen geeft
2 van de 2	telefonisch bereikbaar is
2 van de 2	de cliënt respecteert
2 van de 2	zichzelf is
2 van de 2	een samenwerkingsrelatie aan gaat met de cliënt
1 van de 2	duidelijk maakt wat hij of zij komt doen
1 van de 2	oogcontact maakt
1 van de 2	rust uit straalt / rust met zich mee brengt
1 van de 2	de tijd neemt
1 van de 2	actie onderneemt
1 van de 2	eerlijk is
1 van de 2	ook kinderen heeft
1 van de 2	deskundig is / geleerd heeft voor het beroep maatschappelijk werk
1 van de 2	aan voelt wat de cliënt nodig heeft

Wat naast de bovengenoemde factoren opvalt, is dat 5 van de 7 cliëntsystemen aangeven, dat het belangrijk is dat er een klik is tussen de hulpverlener en de cliënt, om de hulpverlening te doen slagen. Als we echter aan de cliëntsystemen vragen om dit begrip nader te omschrijven vinden zij dit moeilijk om te doen. Het lijkt wel of het een gevoel is. Respondent 7 gaf het volgende antwoord op onderstaande vraag:

Onderzoeker: *En stel nou dat ze (hulpverlener), want u zei net van ja er was ook wel gewoon een soort van klik, stel dat u niet die klik had maar zij (de hulpverlener) wel heel goede adviezen had, zou u die dan ook zo hebben kunnen aannemen?*

Respondent: *Ik denk het wel maar ik denk wel dat je dan zelf niet zo open bent. Ja, dat is natuurlijk het verschil want ik denk dat je dan minder emotioneel betrokken bent dan wanneer je iemand tegenover je hebt die invoelend is. Die met je meevoelt. Ik denk dat, dat een heel verschil is. En waarschijnlijk krijg je ook een ander soort advies of interpreteer je dit advies anders?"*

Het is dus belangrijk dat de hulpverlener invoelend is, empathie toont en zich betrokken weet op de hulp. Daarnaast stelt de cliënt zich niet open als deze klik er niet is. Het gaat hier dus ook om vertrouwen in de hulpverlener.

Respondent 1: *"...ja toch ook wel de goeie band of de klik ik had heel erg vertrouwen in de hulpverlener, ik had het gevoel dat ik alles kon zeggen, en dat was ook zo, en ja zij heeft mij wel geholpen door elke week er voor mij te zijn. Ik keek toch wel uit als ze kwam, in de zin van ja dan kon ik iets vertellen of ik kon advies vragen en toch een stukje rust daarin krijgen of de zaak op orde krijgen."*

Het lijkt erop dat aan het begin van de hulpverlening al duidelijk wordt of deze klik er is en verder uit kan groeien tot vertrouwen. Respondent 1 zegt hier het volgende over:

"Ja, maar ik heb eigenlijk vanaf het dat ze binnen stapt, tuurlijk dan tast je elkaar toch een beetje af. Wat kan je zeggen, hoe is iemand, maar dat was eigenlijk al na twee keer dat ik er een heel goed gevoel over had. Ja, zij bracht iets bij mij binnen wat vertrouwd was, wat goed was, wat..rust ook."

Het vertrouwen in de hulpverlener groeit verder uit door de bovenstaande genoemde lijst met aspecten. Respondent 4 zegt hier het volgende over:

"Ja, ik denk dat, dat zij (de organisatie, hulpverlener) zichzelf laten zien van: ze willen me helpen. Dus de enige wat ik kan doen is die hulp ervaren. En ja meedoen. Ja, en dan dat helpt."

“Voor mij was het al van weetje ik wil dit doen. Ik ben hier klaar voor, laat ze maar komen. En ja achteraf als jij hier meedoet zie je ‘oké, weetje dit is wel een goede organisatie. En ze doen wel bepaalde dingen raar maar oké ik kan het wel’. Dus ga je een beetje afwegen. En dan langzamerhand, voordat je het weet denk je ‘oh oké, ja ze is wel aardig en ja ze luistert wel en ja ja die advies die ze me heeft gegeven is goed’. Dus dan ja dan gaat je deur een klein beetje open van oké alleen die persoon kan ik vertrouwen. Ja weetje die niet en die nog niet, maar die ja. Ja, en voordat ik het wist was mijn deur open.”

Opvallend is dat verschillende cliëntsystemen aangeven dat zij anderen niet snel vertrouwen. Zij geven aan het knap en bijzonder te vinden dat zij vertrouwen kregen in de hulpverlener en dat deze bij hen binnenkwam.

5.2.3 Conclusies

- a) Vooraf aan de vertrouwensband die de cliëntsystemen ervaren bij hun hulpverlener is het nodig dat er een heel breed scala aan factoren voorbij komt die er voor zorgen dat een vertrouwensrelatie kan ontstaan. De belangrijkste daarvan zijn dat de hulpverlener luistert, rust uit straalt / rust met zich mee brengt, niet veroordeelt en een samenwerkingsrelatie met de cliënt aan gaat. Althans, deze factoren worden het vaakst genoemd door de cliëntsystemen.
- b) Een niet nader te omschrijven ‘klik’ met de hulpverlener is belangrijk in de eerste fase van de hulpverlening. Als die ‘klik’ er is voelen cliënten zich sneller op hun gemak en zijn sneller in staat de hulpverlener te vertrouwen.
- c) De lijst met eigenschappen, zoals deze hierboven is weergegeven, geven de werkzame factoren in de vertrouwensrelatie met de hulpverlener weer.
- d) De vertrouwensband met de hulpverlener is essentieel om de hulpverlening te doen slagen. Zonder die band zullen cliënten minder open zijn en de hulpverlener niet, of in ieder geval in mindere mate, als werkzame factor ervaren.
- e) Het ontwikkelen van een vertrouwensband met de hulpverlener heeft tijd nodig, hoewel het sterk per cliënt verschilt hoe veel tijd daar over heen gaat. Het lijkt er op dat in die tijd de hulpverlener zich moet ‘bewijzen’ of hij/zij te vertrouwen is.
- f) De relatie met de hulpverlener is een werkzame factor in de hulpverlening. De relatie bepaald of en hoe open de cliënt is en kan zijn en zorgt er voor dat de cliënt zich geholpen weet in zijn/haar problemen.
- g) Binnen de residentiële hulp is de ‘klik’ met de hulpverlener een prettige bijkomstigheid. Echter, ook zonder de klik zullen cliënten zich geholpen weten. De klik heeft een toegevoegde waarde omdat cliënten opener zullen zijn en daardoor meer zullen leren.
- h) In de relatie met de hulpverlener is het belangrijk dat de hulpverlener een samenwerkingsrelatie aan gaat met de cliënt, luistert, adviezen op maat geeft (dus specifiek voor de situatie van die cliënt), telefonisch bereikbaar is, meevoelt en zichzelf is. Als die kenmerken aanwezig zijn, zal de hulpverlener als werkzame factor ervaren worden.
- i) Het is begrijpelijk dat binnen de residentiële hulp cliëntouders gebaat zijn bij een hulpverlener die voldoet aan voorgaande kenmerken. Vanuit de verhalen van de cliëntsystemen weten we dat zij veel verschillende hulpverleners spreken, waar ook weer veel wisseling in is. Voor ouders is het niet meer vanzelfsprekend open te zijn, ze selecteren informatie en hebben het idee dat ze hun verhaal vele malen af moeten werken, alsof het een bandje is dat afspeelt. Ouders zijn dan veel meer gebaat bij een hulpverlener die dan naar hen luistert, met hen samen werkt en hen adviezen op maat geeft. Op die manier zijn zij geholpen, anders niet.
- j) Als toevoeging onder 5.2.3.a, vanuit het label internet, is ook het persoonlijk contact essentieel in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Bij de meeste cliëntsystemen is het zo dat het persoonlijk contact met de hulpverlener belangrijk is om te beoordelen of de hulpverlener daadwerkelijk betrouwbaar is. Maar ook om emoties te kunnen uiten, mensen doen dat niet van achter hun computer.

5.3 Label 2: Hoop en verwachting als werkzame factor

5.3.1 Resultaten

Interview 1	<i>“Je zit in een soort proces. Je gaat er als een trein door heen en je overleeft, meer niet. Maar om nou te denken ‘het komt allemaal goed’, nee dat had ik niet.”</i> • Als cliënt terug kijkt op haar eigen leven kan ze zich niet bedenken dat er nog iets erger is dan dat zij al heeft meegemaakt. Dit maakt dat cliënt zegt dat het alleen nog maar beter kan gaan. Dit geeft haar hoop voor de toekomst. • Cliënt ziet, als ze terugkijkt op de hulpverlening, dat ze het zelf heeft gedaan. Dit maakt dat ze gelooft dat ze het nu ook zelf kan. • Na 4, 5 maanden hulpverlening kreeg de cliënt hoop dat het goed zou komen. Dit succes ontstond doordat de cliënt verbetering zag en successen ervoer. Hoop van de cliënt uitte zich in: <i>“Oké, het komt goed.”</i> • Cliënt heeft haar eigen hoop niet als werkzame factor beschouwd die invloed heeft gehad op een positieve uitkomst van de hulpverlening.
Interview 2	<i>“Het was gewoon het pep-praatje dat ik nodig had om weer verder te gaan, om door te gaan, om andere dingen aan te pakken”</i> • De gesprekken met de hulpverlener gaven de cliënt moed. <i>“..weer een geheimpje dat er uit was..”</i> • Cliënt kan zich uiten en voelt zich daardoor opgelucht. Moed wordt haar ingesproken en dat maakt dat ze ook weer de moed heeft om verder te gaan.
Interview 3	<i>“Dat is eigenlijk de sleutel dat je er uit komt he, uit de problemen. Zo ervaar ik het. Hoop is je toekomst. Zonder hoop heb je niks.”</i> • Toekomstplannen bieden hoop en verwachting aan cliënt. • Hulpverlener zegt tegen cliënt dat het allemaal goed zal komen. Cliënt ziet en ervaart dat de hulpverlener dit ook meent. • Door de positieve ervaringen in de hulpverlening en doordat cliënt versterkt is heeft ze hoop voor de toekomst. • Cliënt weet dat als ze weer een terugval krijgt terecht kan bij de hulpverlening. Dit neemt haar angst weg en vergroot haar hoop voor de toekomst. • Hulpverlener benoemt de dingen die goed gaan. De cliënt zag deze dingen in eerste instantie zelf niet. Doordat de hulpverlener haar er op wijst gaat ze zelf ook zien. • De hoop van de cliënt wordt aangewakkerd doordat anderen mensen om haar heen zeggen dat het wel goed komt en dat ze het kan. • Cliënt heeft door de hulpverlening het inzicht gekregen dat je zelf je best moet doen en wel zelfstandig kunt zijn. <i>“Het is voor mij heel fijn omdat ik het nu weer zelf kan. (...) Ik heb zeker grote hoop dat het weer beter wordt.”</i> • Cliënt geloofd weer in zichzelf doordat ze, zo zegt cliënt zelf, nu meer ‘daglicht’ ervaart waar eerst chaos was. Cliënt is versterkt. Dit geeft rust waardoor ze zekerder wordt van zichzelf.

Interview 4	<i>“Nou je kan niks verwachten van de hulpverlening. Je moet het toch zelf doen. Ze kunnen je alleen bijstaan, Maar ja ik heb me gewoon open gesteld. En ik hoopte wel dat het goed zou komen. Langzamerhand ja toen zag ik dat ik toch de licht, het einde van de tunnel. Denk ik oké eindelijk weet je nu gaat het gewoon voor.”</i> • Cliënt hoopte dat er een betere thuissituatie zou komen voor haar zoontje, zodat deze weer thuis kon gaan wonen. Haar hoop zorgde ervoor dat zij zelf stappen ging ondernemen. Hiermee bevestigde de cliënt haar eigen hoop. • Cliënt hoopte dat het goed zou komen. Ze stelde zich onder andere daarom voor de hulpverlening open. • Doordat cliënt veranderingen bij zichzelf, haar zoontje en in haar omgeving zag werd haar hoop bevestigd. Dit versterkte haar hoop. • Cliënt geeft aan dat het belangrijk is dat je zelf wilt en je open stelt voor de hulp. Anders is de hulp niet effectief. • Cliënt geeft aan, als ze terugkijkt op de hulpverlening, dat ze het zelf heeft moeten doen. De hulpverlening heeft haar alleen kunnen bijstaan.
Interview 5	• Toen de hulpverlening startte had de cliënt geen hoop of verwachting. Naarmate het steeds beter ging kreeg cliënt wel verwachting dat het goed zou komen.
Interview 6	• Cliënten stellen zich open voor de hulpverlening hoewel ze geen idee hadden wat • De hulpverlener benoemt dingen die verbeterd zijn. • Cliënt heeft altijd de hoop gehad dat het goed zou komen/goed komt. Deze hoop stimuleert de cliënt ook om zich hiervoor in te zetten.
Interview 7	• Goede omstandigheden rondom zoon (fijne groepsleiding, opleiding) geven ouders hoop. • Cliëntouders geven aan dat hoop van invloed is op het hulpverleningsproces. Ze hadden en hebben nog steeds hoop.

5.3.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- | | |
|------------|---|
| 3 van de 5 | cliëntsystemen zien, als ze nu terug kijken op de hulpverlening, dat ze het zelf gedaan hebben. Dat geeft hen hoop dat het in de toekomst ook goed zal komen. De cliënt geeft aan dat dit komt doordat ze ziet dat ze het gedaan heeft, dat ze ervaren heeft dat ze het ook daadwerkelijk zelf kan. |
| 2 van de 5 | cliëntsystemen benoemen dat de hulpverlener hun hoop aangewakkerd heeft doordat ze hun krachten benoemden. |
| 1 van de 5 | cliëntsystemen benoemt uitdrukkelijk dat ze haar eigen hoop niet als werkzame factor heeft beschouwd in de hulpverlening. |
| 1 van de 5 | cliëntsystemen benoemt dat haar toekomstplannen haar hoop geven voor de toekomst. |

Interview 6 en 7

- 2 van de 2 cliëntsystemen geven aan dat ze zelf altijd hun hoop behouden hebben en dat deze zeker van invloed is op het hulpverleningsproces. Ze stellen zich daardoor open voor de hulpverlening en gaan in de praktijk aan de slag met de adviezen die ze krijgen. Hun hoop stimuleert hen zich in te zetten voor de relatie met hun kind.

5.3.3 Conclusies

- a) We merken dat de hoop en verwachting van de cliëntsystemen tijdens de hulpverlening, met name in de eerste fase, niet als positieve factor van invloed zijn geweest. De cliënten zaten in een dusdanige moeilijke situatie waardoor zij alles over zich heen laten komen, zonder dat ze zelf ook echt hoop of verwachting hebben dat het goed zal komen.
- b) Naarmate de succeservaringen, de complimenten en de toekomstplannen toenemen, krijgen ze meer hoop en verwachting, dat het goed zal komen met hen. En nu, aan het einde van de hulpverlening zien ze wel dat dit nu wel van invloed is. Deze hoop en moed geven hen het vertrouwen dat het in de toekomst goed zal blijven gaan, hoewel ze heust ook wel eens terugval zullen ervaren.
- c) We kunnen concluderen dat de hulpverlener de hoop en verwachting aan kan wakkeren door de cliënten moed in te praten en hen positief te bekrachtigen. Daarnaast geven de succeservaringen, naar aanleiding van bijvoorbeeld opvoedingsadviezen die in de praktijk gebracht worden en de financiële situatie die op orde is, hoop en verwachting voor de toekomst.
Echter, dit komt pas later in het hulpverleningsproces aan de orde en is vooral werkzaam na het ontvangen van de hulp, om het dan daadwerkelijk zelf te gaan doen.
- d) De hoop en verwachting leveren wat op doordat de cliënt zich gesterkt weet en een goed vooruitzicht heeft ten aanzien van de toekomst. Het sterkt de cliënt als het ware om ook daadwerkelijk op eigen been te komen staan.
- e) De hoop en verwachting lijken tijdens het hulpverleningsproces niet als werkzame factor ervaren te worden, in tegenstelling tot de eindfase van de hulpverlening, waar de hoop en verwachting de cliënt juist helpt vooruit te zien en als werkzame factor ervaren wordt om ook daadwerkelijk zelf verder te gaan.
- f) Specifiek gericht op de residentiële hulp zien we dat de hoop en verwachting van ouders wel van invloed is in het hulpverleningsproces. Ouders ervaren hun hoop en verwachting als een werkzame factor omdat ze daardoor open staan voor de hulp en aan de slag gaan met de adviezen. Hun hoop stimuleert hen zich in te zetten voor hun kind.

5.4 Label 3: Extratherapeutische factoren als werkzame factor

5.4.1 Resultaten

	Positief	Negatief
Interview 1	• Politie/wijkagent stond altijd klaar. • Hond (gezelschap). • Kinderen wonen elders (geeft rust aan cliënt om aan zichzelf te werken). • Uitkering (om tot rust te komen). • Kind naar passend onderwijs (zorgt voor rust). • Contact ex-man en zijn vriendin en cliëntmoeder goed: <i>"mijn zoontje had zo iets van wouw!"</i> • Crisislijn kan cliënt altijd bellen. Cliënt vindt het een prettig idee dat er iemand is en dat zij in bizarre situaties direct haar verhaal kwijt kan aan iemand. • Met haar moeder heeft (moeder)cliënt iedere dag contact. • Buren: helpen cliënt. • Vriendin	• Financiële situatie: veroorzaakt stress. (schuldhulpverlening komt traag op gang). • Ex-vriend: storende factor. Verhindert herstel cliënt.
Interview 2	• De buurt: vrouwen zijn daar onderling elkaar tot steun. Ze vangen elkaar onderling op.	• Uitkering was belastend. Het stond de cliënt in de weg om haar leven weer op de rit te krijgen. • Verhuizing
Interview 3		• Financiële situatie. • Chaotische huishouding. • Betrokken in problemen van oude werkgever waar cliënt niets van af weet. • Verhuizing: onbekendheid, nieuwe omgeving.
Interview 4	<i>"Mijn moeder was mijn steun en toeverlaat."</i> • Moeder van cliëntouder: luisterde naar de cliënt en is er voor cliënt. • Bij moeder kon cliëntouder zijn emoties uitten. • Stoppen met werken: geeft cliënt rust om aan zichzelf te werken. • Opleiding, rijbewijs, auto: positieve invloed op creëren van goede leefomgeving moeder en zoon. • Moeder stimuleert cliëntmoeder om naar de hulpverleningsgesprekken te gaan, een opleiding te doen, om door te gaan met datgene waar de cliënt mee bezig was.	

Interview 5	• Medicijnen: maakt cliënt rustig. • Hond: stimuleert cliënt om naar buiten te gaan (cliënt voelt zich hierdoor beter). Daarnaast is de hond een extra liefde factor. • Dochter gaat één keer in de drie weken uit logeren: ontlast cliëntmoeder. • Bij msn-contacten 'hart luchten'. • Partner cliënt: helpt, steunt, en luistert. • Plan aflossing schulden: geeft rust.	
Interview 6	• Relatie die cliëntouders hebben: ze kunnen hun verhaal bij elkaar kwijt.	
Interview 7	<i>"Nou je was natuurlijk al blij dat je af en toe je ei kwijt kon en dat geeft een vorm van opluchting. Waardoor je denk ik het een en ander wel makkelijker kan relativeren denk ik."</i> • Buren: kan cliënt verhaal kwijt als het niet bij partner kan. • Relatie die cliëntouders hebben: ze kunnen hun verhaal bij elkaar kwijt.	

5.4.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- 4 van de 5 cliëntsystemen ervaren problemen in hun financiële situatie. Dit is hun tot last. We zien echter bij drie van de vier gezinnen dat hier in de hulpverlening aandacht aan wordt besteed om hier een oplossing voor te vinden. Wat ons opvalt, is dat de cliënten hun financiële situatie hierdoor als minder belastend gaan ervaren.
- 2 van de 5 cliëntsystemen ervaren hun hond (/huisdier) als een positieve factor buiten de hulpverlening om, dat invloed had op het hulpverleningsproces. Zo wordt genoemd dat de hond een extra liefde factor is, gezelschap geeft, en de cliënt stimuleert om te bewegen waardoor zij zich weer beter voelt.
- 2 van de 5 cliëntsystemen benoemen hun moeder (moeder van cliëntouder) als positieve factor. Uit het verhaal van de cliënt merken we op dat ze regelmatig (1 keer in de week) contact hebben met moeder. Eén van de cliëntsystemen geeft aan dat ze bij haar moeder haar verhaal kwijt kan en haar emoties kan uiten. Daarnaast stimuleert moeder de cliënt om actie te ondernemen.
- 1 van de 5 cliëntsystemen benoemt 'msn-contacten' als positieve factor. Ze kan bij deze contacten haar hart luchten.
- 2 van de 5 cliëntsystemen benoemen de buurt waar de cliënt woont als positieve factor. Beide cliëntsystemen geven aan dat de buurt veiligheid biedt in onveilige situaties thuis. Wat ons opvalt, is dat bij één van deze twee cliëntsystemen in de hulpverlening hier aandacht aan wordt besteed. De cliënt heeft in de hulpverlening geleerd om hulp te vragen bij anderen,

inclusief de buren. Daarnaast geeft één cliëntsysteem aan dat de buren elkaar onderling tot steun zijn. De vrouwen in de buurt vangen elkaar onderling op, zo geeft zij aan.

- 1 van de 5 cliëntsysteem noemt zijn partner als positieve factor. Deze luistert, steunt en helpt de cliënt.
- 1 van de 5 cliëntsysteem benoemt het afnemen van haar sociaal netwerk als negatieve factor. Wat ons echter opvalt, is dat cliënt later benoemt dat ze hierdoor wel heeft geleerd 'wie haar echte vrienden zijn'. Ze heeft hierdoor geleerd om alleen in goede hulpbronnen te investeren. Daarnaast zien we dat haar sociaal netwerk toeneemt, zodra het met cliënt beter gaat.
- 1 van de 5 cliëntsysteem benoemt de crisislijn als een positieve factor. De cliënt geeft aan dat ze het prettig idee vond dat er altijd iemand was die ze kon bereiken, die haar konden helpen en waar ze haar verhaal bij kwijt kon als ze wat heftigs had meegemaakt.
- 2 van de 5 cliëntsysteem benoemen verhuizing als een negatieve factor. Dit, omdat zij de nieuwe omgeving niet kennen en deze is dus onbekend voor hen.
- 3 van de 5 cliëntsysteem benoemen de afwezigheid van kinderen (al dan niet tijdelijk) als positieve factor. Twee cliëntsysteem geven aan dat hun kinderen niet thuis wonen. Dat de cliënt niet continue zorg moet dragen voor de kinderen geeft haar de rust om aan zichzelf te werken. De cliëntsysteem vinden het niet leuk dat hun kind uit huis is geplaatst maar zien wel dat dit (al dan niet tijdelijk) een positief effect heeft op hun gezin. Een ander cliëntsysteem geeft aan dat haar kind één keer in de drie weken niet thuis is. De cliënt geeft aan dat zij hierdoor ook eens in de zoveel tijd, tijd voor zichzelf heeft.
- 1 van de 5 cliëntsysteem benoemt de medicijnen die zij slikt als een positieve factor. Wat ons opvalt, is dat in de hulpverlening aandacht is besteed aan diagnose van de cliënt en het ontvangen van passende medicijnen daarvoor.
- 1 van de 5 cliëntsysteem benoemt een chaotische huishouding als negatieve factor. Wat ons echter opvalt, is dat de hulpverlener orde en rust schept bij de cliënt. Door de hulpverlening voelt de cliënt zich weer sterker, waardoor er ook geen sprake meer is van een chaotische huishouding.

Interview 6 en 7

- 2 van de 2 cliëntsysteem benoemen hun relatie met hun partner als positieve factor. Ze geven aan hun verhaal kwijt te kunnen bij hun partner. Dit geeft opluchting. Eén cliëntsysteem geeft aan dat ze hierdoor het een en ander makkelijker kunnen relativeren.
- 1 van de 2 cliëntsysteem benoemt de buren als positieve factor. Als de cliëntpartners hun verhaal bij elkaar even niet kwijt kunnen, kunnen zij hun verhaal bij de buurman of buurvrouw kwijt. Dit lucht hen op en helpt hen het een en ander makkelijker te relativeren.
- 1 van de 2 cliëntsysteem benoemt dat het niet nodig zou zijn naast deze partner relatie ook nog andere extratherapeutische factoren te ervaren, zoals buren en familie. De partnerrelatie is dusdanig belangrijk en invloedrijk dat andere steun, naast die van een goede hulpverlener, niet noodzakelijk is.

5.4.3 Conclusies

- We zien dat het is belangrijk dat de cliënt goede hulpbronnen om zich heen heeft waar de cliënt zijn of haar verhaal bij kwijt kan. Cliënten ervaren dat dit invloed heeft op het hulpverleningsproces, omdat ze zichzelf daardoor beter voelen en daardoor meer bereid zijn en mogelijkheden hebben om te werken aan herstel in het gezin.
- Wat we weten vanuit de verhalen van de cliëntsysteem is dat moeder de gezinsbegeleiding in is gegaan (bij interview 1, 2 en 3 is er sprake van scheiding en bij interview 4 en 5 is de vader niet aanwezig en waren

de ouders niet getrouwd). Het is begrijpelijk dat de cliëntsystemen de relatie met hun partner niet als werkzaam ervaren, simpelweg omdat die relatie niet (meer) bestaat. Een cliënt heeft een nieuwe partner. Zij ervaart dat deze relatie invloed heeft op het hulpverleningsproces.

- c) De extratherapeutische factoren verschillen sterk per cliëntstelsysteem en haar context, maar worden wel degelijk als werkzaam ervaren. De burens, de buurt (mensen in de woonwijk), de hond en de moeder van cliëntouder worden onder andere genoemd als werkzame extratherapeutische factoren. Naast dat het verschilt welke factoren genoemd worden, verschilt het ook per factor waar deze invloed op uit oefent.
- d) Bij de eerste vijf interviews worden zo'n 15 werkzame extratherapeutische factoren genoemd. Bij zeven van deze 15 factoren, dat is ongeveer de helft, wordt er binnen de hulpverlening aandacht aan deze factoren besteed. Dat wil zeggen: wordt de cliënt gestimuleerd door de hulpverlener om gebruik te maken van deze hulpbronnen.
- e) Binnen de residentiële hulp worden ook de extratherapeutische factoren als werkzaam ervaren. Deze cliëntsystemen noemen daarbij de relatie met de partner en burens die tot steun zijn.
- f) Het verschil met de eerste vijf interviews in deze, is dat deze ouders getrouwd en bij elkaar zijn, ze zijn elkaar tot steun. We kunnen concluderen dat een werkzame, extratherapeutische, factor de partner is, in het geval dat de ouders bij elkaar zijn. Zeker als er sprake is van een beperking bij het kind, waardoor het systeem terecht komt in de residentiële hulp, is het te verklaren dat ouders elkaar tot steun zijn. Ze zitten namelijk beide in dezelfde situatie en leven in die zin intensief met elkaar mee. Als de relatie goed zit, begrijpen ze elkaar en kunnen ze elkaar tot steun zijn. Ze bieden elkaar steun en motiveren elkaar. Het is daarom zeer begrijpelijk dat deze partner relatie werkzaam is in het hulpverleningsproces.
- g) De partner relatie is dusdanig belangrijk, dat het ervaren van andere extratherapeutische factoren niet noodzakelijk is.
- h) Een cliëntstelsysteem noemde, naast de partner relatie, ook de burens die tot steun zijn. Bij de burens kunnen de cliëntouders hun verhaal kwijt, daar waar dat niet (meer) lukt bij elkaar. Het is van belang om naast de partner relatie ook de burens als extratherapeutische factor te hebben. De burens kunnen dan gezien worden als aanvulling op de werkzaamheid van de partner relatie.

5.5. Label 4: De methodiek als werkzame factor

5.5.1 Resultaten

Interview 1	<i>“Nou wat mij heb geholpen, ja naja, dat ik wel inzag waar bepaalde problemen vandaan kwamen uit mijn verleden.”</i> • Cliënt krijgt hulp om de financiële situatie op orde te brengen. • De hulp richt zich op het verkrijgen van inzicht van de cliënt in haar eigen gedrag. • Cliënt krijgt hulp in de vorm van opvoedingsadviezen. • Zoon krijgt hulp in de vorm dat er voor hem naar passend onderwijs gezocht wordt. • In de hulp wordt gezocht naar de oorsprong van de problemen. Hierbij wordt gekeken naar de opvoeding die cliënt zelf gekregen heeft en de vraag gesteld: wat wil je daarvan doorgeven aan je eigen kinderen? • Cliënt leert haar gedrag in de context te plaatsen. • Er is regelmaat in de gesprekken, een gesprek in de week van ongeveer 1,5 uur. • De hulpverlener geeft tips en adviezen. Dit geeft de cliënt rust en helpt haar om de zaak op orde te krijgen. • Hulpverlener confronteert de cliënt met haar gedrag. • Hulpverlener neemt niet alle taken van de cliënt uit handen, maar werkt samen met de cliënt. • De hulpverlener motiveert de cliënt om bij anderen hulp te vragen. Not done: • Niet ongevraagd advies geven. • Niet praten over iets waar je geen kennis van hebt of geen ervaring mee hebt.
Interview 2	<i>“Mezelf laten zien, nee, dat kon ik niet vertellen. Dat zat zo diep en vast. Spelenderwijs is het merendeels er uit gekomen.”</i> • Cliënt weet niet met welke methodiek zij geholpen is. • De hulp is afgebroken, hoewel de cliënt ervaart dat ze nog niet klaar waren. Wat haar betreft was het te kort. Ze zit nog met bepaalde vragen en ze waren nog niet klaar met het uitwerken van de stamboom. • Een stamboom maken. <i>“Ja, we hebben een stamboom gemaakt en vanaf mijn jeugd zijn we gaan kijken zeg maar hoe dat allemaal gegaan is. Ja, het realiseren van wat je vroeger hebt meegemaakt, dat je dat later uitbracht...”</i> • Een gesprek in de week. <i>“Ja, we hadden een gesprek in de week, het mochten er wel meer zijn van mij, want ik bedoel, ik heb het super gevonden.”</i> • Het geeft de cliënt inzicht dat de hulpverlener haar confronteert met haar gedrag. • Dochters die niet meer thuis wonen, worden betrokken in de hulpverlening. Zij gaan mee naar de gesprekken. • De hulp is eerst gericht op het creëren van een stabiele situatie, zoals de financiën op orde en er voor zorgen dat de cliënt kan eten. • Een andere manier van het verkrijgen van inzichten in het verleden is het werken met duplo poppetjes. Voor de cliënt is dit een manier om spelenderwijze haar verhaal te vertellen.

	- De gesprekken vinden plaats bij de instelling. <i>“Dat was heerlijk, je was er effe uit.”</i> - De hulpverlening sluit aan bij de andere hulpverlening die ook aanwezig is. - De hulpverleners confronteren de cliënt met haar gedrag. - De hulpverleners helpen de cliënt bij praktische zaken. - Ze geven advies. - De hulpverleners werken samen met de cliënt. - Ze onderhouden contact met andere hulpverleners die betrokken zijn bij het gezin. Not done: - Niet vragen ‘wat denk je eraan te doen’ als de cliënt voor hulp komt en zelf ook niet weet wat hij of zij moet doen. - Niet aansluiten bij hulpvraag cliënt.
Interview 3	<i>“Voor de rest, wat die methodiek voor mij.. interesseerde mij eigenlijk niet echt wat ze deden enzo. Maar kijk, ik kijk wel naar de hulpverlener en wie ze naar mijn huis sturen en hoe die persoon is.”</i> - De cliënt krijgt hulp bij concrete of praktische dingen. Zoals: post openen, instellingen bellen en naar instanties toe gaan. De hulpverlener neemt tijdelijke taken van de cliënt over, daar waar het de cliënt niet meer lukt. <i>“Ze ging met mij naar allerlei instanties, omdat ik dat zelf niet aan kon. Het was voor mij heel moeilijk om over die drempel heen te gaan.”</i> - De cliënt krijgt ook hulp bij opvoeding doormiddel van opvoedingsadviezen. - Er is nazorg voor de cliënt, zodat ze, mocht het nodig zijn, ergens terecht kan. - De hulp richt zich op de relatie van moeder en zoon. - De cliënt weet niet wat methodiek inhoudt. - De gesprekken vinden thuis plaats. <i>“Ik vond het fijn dat de gesprekken thuis waren. Naar dat kantoor gaan.. ik moet niet naar instanties toe gaan en zeker niet in die straat lopen en door een deur gaan waar het een beetje bestempeld is, voor mij is dat heel moeilijk om dat te accepteren.”</i> - De hulpverlener inventariseert de hulpvraag van de cliënt, maar kijkt ook naar wat er nog meer nodig is en benoemt dat als mogelijkheden. - De hulpverlener creëert orde en overzicht. - De hulpverlener werkt samen met de cliënt.
Interview 4	<i>“Nou als ik dat dat woord ‘methodiek’ hoor dan denk ik aan een soort schema weet je wel, zoals je bij de dokter gaat heb je zo’n leeftijd schema. Het was een was een schema dan laten ze je zien van oké je bent hier begonnen en je bent zo’n stukje gegroeid.”</i> - De cliënt krijgt hulp bij de opvoeding door middel van opvoedingsadviezen. - De interactie met andere gezinnen en het zien van hun problemen stimuleert de cliënt om aan haar eigen situatie te werken. - Naast de gesprekken bij de instelling, de begeleiding tegelijk met de andere gezinnen, komt de hulpverlener ook thuis. <i>“Door de weeks had ik toch niks te doen. Dus ik was wel blij om een uitje te maken. Dus ja, daar verheugde ik me ook op zeg maar.”</i>

	<i>“Ja de huisbezoeken waren een stuk prettiger vond ik, want dan kon je een op een praten weet je wel, in bepaalde dingen. Als je bij de instelling komt, kom je met je eigen gezin, dan ga je werken aan je gezin, dan ga je oefeningen doen. Als ze thuis komen dan praat je iets meer over jezelf en je eigen ervaringen. Nou, dat vond ik wel prettig.”</i> • Cliënt omschrijft de methodiek als zijnde de schema's waarin zij kan zien hoe zij gegroeid is. • Doormiddel van schaalvragen wordt het groeiproces duidelijk voor de cliënt. • De hulpverlener geeft de cliënt advies. • De hulpverlener belt de cliënt regelmatig om te vragen hoe het met de cliënt gaat. • De hulpverlener overlegt met de cliënt. Not done: • Niet inspelen op de hulpvraag van de cliënt. • Niet het kind in zijn context zien, waardoor cliëntmoeder zich niet gehoord voelt. • Hulp die gegeven wordt, beslist de instelling. Cliënt heeft daar zelf geen inspraak op.
Interview 5	<i>“Het belangrijkste dat er voor gezorgd heeft dat we de hulp nu goed afsluiten, is dat denk ik de hulp om om te gaan met me eigen kind.”</i> • De cliënt krijgt hulp bij de opvoeding. Ze krijgt daarin adviezen. • Er is tijd om de hulpverlener te kunnen gaan vertrouwen. • Er wordt gewerkt aan doelen en inzichtelijk gemaakt of deze al dan niet behaald zijn. • De cliënt krijgt tips en handvatten aangereikt hoe zij kan handelen. • Eerst wordt orde op zaken gesteld in de financiële situatie. • De hulpverlener en cliënt stellen samen doelen op, waar ze aan gaan werken. • Er is aandacht voor ritme in het leven van de cliënt. • Schaalvragen waar de cliënt op scoort maken voor haar de vorderingen inzichtelijk. • De cliënt weet niet wat de methodiek waar zij mee geholpen is, inhoudt. • De hulpverlener overlegt met de cliënt en luistert naar wat zij wil.
Interview 6	<i>“Ze gaf ons ook goede adviezen, ze had ook heel goed door op een gegeven ogenblik hoe zoon werkt. En dan gaf ze ons adviezen.”</i> • Sessie van 1,5 / 2 uur. • De hulp bestaat uit het krijgen van adviezen die de cliënt toepast in de praktijk en later evalueert met de hulpverlener. • De gesprekken vinden thuis plaats, maar het maakt voor de cliënt niet uit als deze bij de instellingen zijn. • Er is tijd om de hulpverlener te kunnen gaan vertrouwen. • Duidelijkheid over wat de hulpverlener komt doen. • De hulpverlener belt, nadat de hulp gesloten is, nog om te vragen hoe het met de cliënt is (stukje nazorg). • Omdat zoon overgeplaatst werd, moest de hulp worden afgebroken, ouders missen goede afsluiting. • De hulp richt zich op het verbeteren van de relatie met zoon. • De cliënten hebben niets gemerkt van patronen, dat zij omschrijven als zijnde de methodiek. • De hulpverlener geeft tips en adviezen aan de ouders met betrekking tot de omgang met hun zoon. • Er is duidelijkheid doordat afspraken vastgelegd worden op papier. • Een positieve ervaring van ouders is, dat ze bij een vergelijkbare instelling, waar zoon nu verblijft, een oudertraining volgen. Hierbij ontmoeten zij andere ouders, geeft de trainer

	adviezen gericht op de specifieke situatie per gezin. <i>“We hebben nu ook een oudertraining. Het wordt goed, voortvarend aangepakt. Je zit met andere gezinnen en zo hoor je hoe die ouders het oppakken. En zo leren we van elkaar die dingen. En die trainer kijkt ook echt per gezin en geeft ook weer adviezen.”</i> Not done: • Alle cliënten dezelfde hulp en behandeling geven zonder te kijken wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft. • Geen goede communicatie tussen hulpverleners. <i>“De een zegt dit de ander dat. Ze weten van elkaar niet wat ze zeggen.”</i> • Geen gesprek met ouders en hulpverlener alleen mogelijk. Zoon moet bij ieder gesprek aanwezig zijn.
Interview 7	<i>“Het doel van de gesprekken was dat we een beter contact met zoon zouden krijgen.”</i> • De hulp richt zich op een beter contact met zoon. • Er is regelmatig contact met de hulpverlener, zij belt een keer in de 14 dagen. • De hulp bestaat uit het verkrijgen van tips en adviezen, die de hulpverlener geeft. • Het maakt voor de ouders niet uit of de gesprekken thuis of bij de instelling gehouden worden. • Het was een ‘extraatje’ dat de hulpverlener twee keer bij hen thuis is geweest en toen ook zoon mee bracht. • De hulpverlener werkt samen met de cliënt. Not done: <i>“Ja met zo’n jongen wordt dan eigenlijk gedaan alsof het een pakje boter is van: wie wil hem hebben?”</i> • Niet het hele systeem in zijn geheel zien. Hierdoor wordt niet naar de behoefte en hulpvraag van elk lid geluisterd. • Instelling gaat slecht om met de overdracht van een cliënt. Hierdoor ontstaat er een verkeerd beeld van de cliënt. • Geen gesprek mogelijk met ouders en hulpverlener alleen. Zoon moet bij ieder gesprek aanwezig zijn. • Vanuit beleid worden dingen bepaald. Dit gaat niet in overleg met cliënt of cliëntouders.

5.5.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- | | |
|------------|---|
| 3 van de 5 | cliëntsystemen weten niet met welke methodiek zij geholpen zijn en wat die methodiek inhoud. Het begrip ‘methodiek’ op zich, zegt hen niks. |
| 1 van de 5 | cliëntsystemen is er heel duidelijk in dat het voor haar niet had uit gemaakt hoe ze was geholpen, als ze maar geholpen werd door de juiste persoon. |
| 2 van de 5 | cliëntsystemen noemen schaalvragen die de hulpverlener hen stelde als we hen hoe zij geholpen zijn in het hulpverleningsproces. Zij geven ook duidelijk aan dat die schaalvragen hielpen om inzichtelijk te maken welke vooruitgang zij boekten met de hulpverlening. |

- 2 van de 5 Cliëntsystemen noemen het inzicht dat zij kregen dat situaties uit het verleden (/uit de jeugd van de cliëntstelsysteem) van invloed zijn op problemen in het heden. Voor de een waren het maken van een genogram en de vraag of zij haar kinderen dezelfde opvoeding mee wilde geven zoals haar ouders haar meegaven een middel waardoor het gesprek hierover op gang kwam. Voor de ander was dat het maken van een stamboom en het werken met duplo-poppetjes. Zeker voor cliëntstelsysteem 2 was dit belangrijk, op deze manier kon zij spelenderwijs haar verhaal doen.
- 4 van de 5 cliëntsystemen noemde dat de hulp in eerste instantie gericht was op het op orde brengen van de financiële huishouding van het cliëntstelsysteem en het creëren van ritme. Voor de cliëntsystemen was dit belangrijk om verder te kunnen gaan. Ze maakten zich veel zorgen om hun financiële situatie, doordat hier oplossingen in kwamen was dat een hele zorg minder, dit gaf rust.
- 4 van de 5 cliëntsystemen benoemen dat de hulpverlener met hen samenwerkt en overleg voert over wat gedaan wordt in de hulpverlening. Ouders noemen uitdrukkelijk dat het belangrijk is dat er naar hen geluisterd wordt en ingespeeld wordt op de vragen die zij hebben.
- 4 van de 5 cliëntsystemen noemen uitdrukkelijk het belang van de opvoedingsadviezen die zij als ouder(s) kregen. Deze adviezen waren heel fijn omdat ze als ouder wilden leren hoe ze op een goede manier met hun kind om kunnen gaan. Het hielp hen de relatie met hun kind te verbeteren, waarvoor zij juist graag hulp kregen. Dit was dan ook voor alle vier de cliëntsystemen essentieel.
- 2 van de 5 cliëntsystemen noemen dat er aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van het kind, dat in het geding was. Zo wordt bij een cliëntstelsysteem de zoon overgeplaatst naar het speciaal basis onderwijs, waardoor hij ook lekkerder in zijn vel komt te zitten.
- 2 van de 5 cliëntsystemen vertelden dat de gesprekken thuis plaats vonden. Voor een cliëntstelsysteem was dit uitdrukkelijk zeer belangrijk omdat het naar een instelling toe gaan voor haar een te hoge drempel zou zijn.
- 1 van de 5 cliëntsystemen had zowel gesprekken thuis als bij de instelling. Juist die combinatie was voor haar heel fijn. De gesprekken bij de instelling waren in combinatie met andere gezinnen, waar ze veel van kon leren, maar de gesprekken thuis betekenden meer persoonlijke aandacht voor haar. Dat heeft zij als prettig ervaren.
- 1 van de 5 cliëntsystemen ging naar de instelling toe voor de gesprekken. Voor haar was dit heel fijn omdat ze dan even uit de situatie thuis was, weg van de rommel. Bovendien stimuleerde het haar ook daadwerkelijk naar buiten te gaan, wat ze zelf belangrijk vond, om haar angst te overwinnen.
- 3 van de 5 cliëntsystemen vinden het fijn dat er regelmaat in de gesprekken zit, namelijk een keer in de week. Het is voor hen fijn dat ze de hulpverlener in die regelmaat en zo vaak spreken. Dit geeft hen ook de tijd de hulpverlener goed te leren kennen wat de vertrouwensband met de hulpverlener ten goede komt.
- 2 van de 5 cliëntsystemen noemen dat goede nazorg helpend is. Een ontvangt dit ook daadwerkelijk, wat ze heel prettig vindt. Op deze manier weet ze dat ze ergens terecht kan met haar vragen. Het andere cliëntstelsysteem ervaart dat de hulp te kort is geweest. Wat haar betreft is de hulp afgebroken en is ze nu met vragen blijven zitten. Ze benadrukt dat goede nazorg voor haar beter zou zijn geweest.
- 2 van de 5 cliëntsystemen werkten in de hulpverlening met doelen die opgesteld werden. Bovendien benoemen de cliëntsystemen dat ze de doelen samen met de hulpverlening opstellen, er wordt hierdoor in gegaan op de hulpvraag van de cliënt en gebruik gemaakt van de professionaliteit van de hulpverlener, die ook benoemt wat mogelijk nog meer nodig is.

- 1 van de 5 cliëntsystemen heeft een specifieke behandeling gevolgd bij de instelling waarbij ze, naast gesprekken met de hulpverlener thuis, ook naar de instelling ging waar ze andere gezinnen ontmoette. Ze benoemt dat de interactie met die gezinnen en het zien van hun problemen haar stimuleerde aan haar eigen problemen te werken. Ze heeft deze vorm van hulpverlening heel positief ervaren.

Interview 6 en 7

- 2 van de 2 cliëntsystemen werken aan het verbeteren van de relatie met hun kind. Dit was voor de ouders heel belangrijk, juist omdat de motivatie voor de hulp hierin ligt.
- 2 van de 2 cliëntsystemen krijgen hulp in de vorm van opvoedingsadviezen. De adviezen passen ze toe en evalueren ze later weer in de hulpverlening. Voor ouders is dit belangrijk omdat zij hierin concreet bezig zijn met het werken aan verbetering van de relatie met hun kind.
- 2 van de 2 cliëntsystemen benoemen het belang dat er samen gewerkt wordt met hen als ouder. En dat er samen gekeken wordt naar wat nodig is in deze specifieke situatie.
- 2 van de 2 cliëntsystemen geeft aan dat het belangrijk is dat er aandacht is voor de ouders in de hele situatie rondom hun kind. Er zijn veel organisatie betrokken en door veel overplaatsingen van hun kind zijn er steeds weer veranderingen. Ouders vinden dit verwarrend en moeilijk. Ze vinden het daarom ontzettend belangrijk dat er aandacht voor hen is door middel van de gesprekken met een 'eigen' hulpverlener.

5.5.3 Conclusies

- a) Cliënten zijn zich er niet bewust van dat hulpverleners volgens een methodiek werken. Het lijkt ons overigens niet vreemd dat cliëntsystemen niet op de hoogte zijn van wat een methodiek op zich is. De cliëntsystemen zaten in een gedwongen kader, er is geen keuze proces vooraf geweest waarin zij voorkeur aangeven met welke methodiek of instelling zij geholpen willen worden.
- b) Cliënten ervaren het als werkzaam dat zij geholpen worden inzicht te krijgen in hun gedrag, bijvoorbeeld het inzicht dat problemen in de context van hun verleden gezien kunnen worden.
- c) Ook de manier waarop ze, namelijk spelenderwijze, hiermee aan de slag gaan, is werkzaam.
- d) Cliënten ervaren evaluatie van de hulp, waardoor hun groeiproses in kaart wordt gebracht, als werkzaam. Het inzichtelijk maken van eigen groei geeft de cliënt zelfvertrouwen.
- e) Opvoedingsadviezen en aandacht voor de relatie van moeder met kind is wellicht het belangrijkste binnen de methodiek waardoor de methodiek zeker als werkzaam ervaren wordt. Ouders zijn gebaat bij de adviezen en zien er het nut van in.
- f) De orde op zaken stellen in de financiële situatie blijkt vaak nodig en is een belangrijk onderdeel van de methodiek als werkzame factor. De cliënten vinden het belangrijk dat dit gedaan is binnen de hulpverlening omdat dit hen ruimte gaf voor andere dingen en rust omdat dit niet langer als negatieve factor ervaren hoeft te worden.
- g) Aandacht voor de ontwikkeling van het kind binnen de methodiek is belangrijk, waardoor de methodiek als werkzaam ervaren wordt.
- h) De methodiek wordt als werkzaam ervaren als de hulpverlener samenwerkt met de cliënt, luistert naar hun vraag en in de hulpverlening aansluit op wat de cliënt wil.
- i) Het verschilt per cliëntstelsysteem waar de gesprekken plaats vinden. We kunnen in ieder geval concluderen dat het werkzaam is dat er rekening gehouden wordt met de wensen van het cliëntstelsysteem over de plaats waar de gesprekken plaats vinden.
- j) Het wordt als werkzaam ervaren dat de hulp goed wordt afgesloten en dat er nazorg geboden wordt.
- k) Het is werkzaam als de cliënt uitgedaagd wordt met haar problemen aan de slag te gaan, interactie met andere gezinnen en het zien van hun problemen is daarvoor een middel.
- l) Ook binnen de residentiële hulp is het van belang dat er opvoedingsadviezen gegeven worden en dat er samenwerking is tussen cliënt en hulpverlener.

- m) Binnen de residentiële hulpverlening wordt het als werkzaam ervaren dat de hulpverlener er speciaal voor het gezin is, hen aandacht en advies op maat geeft, dus specifiek voor dit gezin. En ook dat deze hulpverlener contacten onderhoudt tussen de verschillende hulpverleningsinstanties. Het is van belang dat een hulpverlener dat doet en dat deze hulpverlener ook het gezin op de hoogte houdt. Als de hulpverlener dat inderdaad doet, wordt de hulp als werkzaam ervaren omdat dit is wat de gezinnen specifiek nodig hebben. De methodiek is wat hen betreft alleen werkzaam als deze geheel aansluit bij hun behoeften en wensen.

5.6 Label 5: Motivatie als werkzame factor

5.6.1 Resultaten

Interview 1	• Cliënt is bang om haar kinderen niet terug te zien/te krijgen. • De hulpverlener benoemt dat cliënt moeder is van kinderen en daar haar verantwoordelijkheid voor heeft. Dit motiveert cliënt om actie te ondernemen. • Cliënt leeft voor haar kinderen. • Cliënt wil 'gewoon' rust. • Cliënt gunt zichzelf deze situatie niet. Het grootste motivatie is echter haar kinderen.
Interview 2	<i>"Ik heb alles puur gedaan voor mijn kind, dat was ook het enige waarvoor ik het deed. (...) Dat was m'n drijf, m'n jongetje."</i> • Er zat dwang achter de hulpverlening. Cliënt werd door ziekenhuis en politie verplicht. De consequentie als cliënt niet mee zou werken was dat haar kind uit huis zou worden geplaatst. Cliënt was bang dat dit zou gebeuren. • Drijfveer van de cliënt is haar zoon. • Op een gegeven moment is de cliënt de hulpverlening ook als leuk gaan ervaren. Dit, omdat het haar opluchting bracht na ieder gesprek.
Interview 3	<i>"...voor mij was het echt een vraagteken van komt het nog goed met mijn zoontje? Want zijn gedrag veranderde en hij nam steeds meer afstand van mij, terwijl we heel gehecht waren en altijd samen."</i> • Cliënt heeft hulp gevraagd om haar kind. Om de relatie met haar zoon te herstellen.
Interview 4	• Cliëntmoeder merkte op dat de ontwikkeling van haar zoon achteruit gingen. Dit wilde moeder niet. Ook wilde ze haar zoontje hierdoor niet kwijt raken. Zij schakelde daarom de hulpverlening. • Cliënt werkte mee aan de hulpverlening omdat ze wist dat, als ze dit niet deed haar zoontje sowieso niet meer thuis zou komen. (zoon was uit huis geplaatst). • Cliënt wilde haar leven weer terug en weer kunnen genieten samen met haar zoon. • Zoon van cliënt was uit huis geplaatst. Dit stimuleerde haar om aan zichzelf te werken, zodat zoon weer thuis kon komen wonen.
Interview 5	<i>(over dochtertje) "Als ik haar niet had gehad, dan had ik hier ook niet meer gezeten. Ik ben ook heel dankbaar dat zij er is. Want voor het zelfde geld had ik nou ergens onder een trein gesprongen"</i> • Als cliënt geen dochter had gehad, had ze waarschijnlijk ook niet meer geleefd. • Om haar kind heeft cliënt meegewerkt aan de hulpverlening. • Cliënt voelde druk vanuit Jeugdzorg. Als ze niet mee zou werken dan zou ze nog meer 'gezeik' krijgen met Jeugdzorg.
Interview 6	• Cliëntouders willen de verhouding met hun zoon verbeteren.

Interview 7	<i>“Ja het is je zoon. Ik bedoel je bent ergens aan begonnen, je zult het ook af moeten maken”.</i> • Motivatie van cliëntouders is hun zoon. Ze willen de relatie met hun zoon verbeteren.
--------------------	--

5.6.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- 5 van de 5 cliëntsystemen benoemen hun kind als belangrijkste motivatie om hulpverlening in te schakelen en/of mee te werken aan de hulpverlening die geboden wordt.
- 4 van de 5 cliëntsystemen benoemen de angst om hun kind te verliezen als motivatie voor de hulpverlening. Deze angst werd veroorzaakt doordat er gedreigd werd dat het kind uit huis zou worden geplaatst als moeder niet mee zou werken. Of het kind was al uit huis geplaatst, maar als de cliënt niet wilde meewerken aan de hulpverlening bestond de kans ook niet dat het kind weer thuis zou komen.
- 1 van de 5 cliëntsystemen benoemt de ontwikkeling van haar kind als motivatie voor de hulpverlening. Ze zag dat deze achteruit ging. Dit wilde moeder niet en daarom schakelde ze hulp in.
- 2 van de 5 cliëntsystemen benoemen zichzelf als motivatie om mee te werken aan de hulpverlening. Ze willen rust, zichzelf terug en weer genieten van het leven.
- 1 van de 5 cliëntsystemen geeft aan dat zij na enige tijd gemotiveerd was om naar de hulpverlening te gaan, omdat ze het leuk vond. De hulpverlening bracht haar opluchting na ieder gesprek.
- 1 van de 5 cliëntsystemen benoemt de afstand die tussen haar en haar zoontje was ontstaan als motivatie voor de hulpverlening. Ze wilde die afstand overbruggen.
- 3 van de 5 cliëntsystemen geven aan geen hulp te hebben aanvaard als zij geen kind hadden.

Interview 6 en 7

- 2 van de 2 cliëntsystemen benoemen hun kind als motivatie voor de hulpverlening.

5.6.3 Conclusies

- a) De motivatie van de cliënt zorgt er voor dat ze meewerken in de hulpverlening.
- b) Zonder kind, zouden de meeste gezinnen geen hulp gevraagd en/of geaccepteerd hebben.
- c) De cliëntouders willen hun kind niet kwijt, ze hebben het voor (de terugkomst en) de relatie met hun kind over om hulp te aanvaarden.
- d) Cliëntouders willen zelf rust, waardoor ze gemotiveerd zijn mee te werken in de hulpverlening.
- e) Na enige tijd ervaart het cliëntstelsel de gesprekken als leuk, waardoor ze gemotiveerd raakt te blijven gaan.
- f) Natuurlijk zouden we kunnen zeggen dat de druk van bijvoorbeeld Jeugdzorg er voor zorgt dat de ouders de hulp accepteren. En inderdaad, in veel gevallen was het zo dat er druk achter zat vanuit Jeugdzorg. Echter, de ouders konden toen ook nog de keuze maken die druk te negeren en geen hulp te accepteren. Het gevolg zou zijn dat hun kind, naar alle waarschijnlijkheid, uit huis geplaatst zou worden. Maar de keuze om niet mee te werken was er wel.
- g) Maar de ouders hebben hier niet voor gekozen. Uiteindelijk was het vooruitzicht hun kind te verliezen de belangrijkste motivatie de hulp te accepteren. Blijkbaar was die angst zo groot, dat ze het er voor hadden een intensief hulpverleningstraject in te gaan en hulp te accepteren. Dit kwam voort uit hun wens een goede band met hun kind te behouden of terug te krijgen. Die wens, die keuze voor hun

kind, wellicht de liefde en loyaliteit van de ouders richting hun kind, heeft er voor gezorgd dat ze bereid waren hulp te vragen en mee te werken in het hulpverleningsproces.

- h) Ook binnen de residentiële hulpverlening zijn de ouders gemotiveerd hulp te vragen, om hun kind en om de relatie/het contact met hun kind te verbeteren.

5.7 Label 6: Versterken en verbinden als werkzame factor

5.7.1 Resultaten

Interview 1	<i>“Ja, ik vind dat de hulp die ik heb gehad mij wel heeft geleerd om stappen te nemen en om het zelf te doen.”</i> • Hulpverlening werd afgesloten omdat het goed ging met cliënt. (Cliënt was versterkt) • Met verkeerde mensen omgaan (/hulpbronnen) zorgt voor terugval. • Cliënt heeft geleerd om op een passende manier een relatie met haar vader aan te gaan. Met behoudt van eigen grenzen. • Cliënt heeft geleerd om ‘nee’ te zeggen. • Cliënt heeft geleerd om beslissingen te nemen en knopen door te hakken. • Cliënt heeft samen met de hulpverlener gekeken naar goede hulpbronnen in haar omgeving: Bij welke mensen kun je terecht, welke mensen kun je vertrouwen. • Cliënt heeft geleerd om zicht op mensen te richten die er voor haar willen zijn en die haar willen helpen. • Cliënt heeft geleerd om hulp te vragen en deze ook aan te nemen. • Cliënt heeft geleerd dat fouten maken niet erg is. • Kinderen zijn allereerst uit huis geplaatst omwille van de onveilige situatie. Cliënt heeft gewerkt met hulpverlener aan het creëren van een veilige situatie en heeft gewerkt aan het versterken van zichzelf. Kinderen komen nu regelmatig thuis, maar wonen niet thuis. Hierdoor heeft moeder rust om aan zichzelf te werken en zichzelf te versterken. • Toen cliënt tijdens de hulpverlening beslissingen moest nemen voelde zij zich niet sterk genoeg om zonder hulp beslissingen te nemen. Nu kan ze dat wel. • Zoon van cliënt gaat naar passend basis onderwijs. Dit maakt zoon weer trots op zichzelf en geeft hem weer zelfvertrouwen. Moeder geeft het rust dat het goed gaat met haar zoon.
Interview 2	• Cliënt heeft geleerd om ‘nee’ te zeggen. • Cliënt heeft geleerd om voor zichzelf beslissingen te nemen. • Cliënt heeft geleerd om eerst voor zichzelf te zorgen en daarna pas voor de ander. • Andere hulpverlening heeft zich gericht op moeder en zoon. • Cliënt heeft door middel het maken van een stamboom (methodiek) inzicht gekregen in haar eigen gedrag in relatie tot haar verleden. Cliënt ging beseffen dat het gedrag dat zij vertoonde niet nodig was. Cliënt is hierdoor gesterkt om ‘nee’ te kunnen zeggen en voor zichzelf op te komen. • Cliënt kijkt positief terug op de hulp omdat ze zich sterken voelt tegenover alles. (Cliënt is versterkt). • Dochters van cliënt zijn betrokken bij hulp. Zij zijn samen tot een oplossing gekomen hoe zij hun moeder het beste kunnen helpen (uitspreken van verwachtingen en verlangens). • Dochters van cliënt zijn betrokken bij de hulp, (ondanks dat deze op zichzelf woonden) zodat ze weten wat ze moeten doen als moeder een terugval krijgt.
Interview 3	• Cliënt is versterkt en kan nu veel dingen zelf regelen. • Cliënt is door middel van de hulpverlening sterker geworden. • Hulpverlener gaf steun bij problemen om die op te lossen. Cliënt is versterkt en hierdoor zekerder van zichzelf geworden. • Cliënt heeft geleerd om grenzen te stellen. Eerst voor zichzelf te zorgen en daarna pas naar de ander te kijken. • Moeder was depressief en hierdoor nam zoon afstand. Moeder is versterkt, waardoor de relatie met haar zoon hersteld kon worden.

Interview 4	• Door middel van opvoedingsadvies is cliëntmoeder gaan luisteren en kijken naar haar kind. Ze heeft geleerd om op een goede manier met haar zoon om te gaan. • Hulpverlener geeft de cliënt het gevoel dat ze het nu alleen (zonder hulpverlening) kan. Cliënt voelt zich hierdoor versterkt in haar zelfvertrouwen. • Het groeiproces van de cliënt werd in kaart gebracht door middel van schaalvragen. Cliënt kreeg zo inzicht in haar eigen groeiproces. Cliënt werd zo versterkt in haar zelfvertrouwen en het maakte haar trots. • Cliënt heeft zichzelf versterkt door een opleiding te doen, haar rijbewijs te halen en een auto te kopen.
Interview 5	• Cliënt is versterkt door medicijnen. Hierdoor ervaart ze meer rust in haar hoofd en voelt ze zich ook sterker. • Door middel van schaalvragen (methodiek) moest de cliënt zichzelf cijfers geven. Hoe hoger het cijfer werd hoe positiever de cliënt naar zichzelf ging kijken. • Cliëntmoeder leerde door middel van opvoedingsadvies om op een goede manier met haar dochtertje om te gaan.
Interview 6	• Begeleiding was gericht om de cliënt te leren op een goede manier met haar zoon om te gaan. • Hulpverlener moedigde cliëntouders aan om zichzelf te blijven en positie in te nemen tegenover hun zoon (versterkende houding van ouders richting hun zoon).
Interview 7	• Alle leden van het gezin werden bij betrokken bij de hulpverlening. • Er is gewerkt aan beter contact tussen zoon en ouders.

5.7.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- 5 van de 5 cliëntsystemen noemen dat zij versterkt zijn. Die versterking uit zich in het leren nee te zeggen, zelf beslissingen te nemen, voor zichzelf te zorgen, van eigen zaken regelen, grenzen te stellen etc.
- 5 van de 5 cliëntouders noemen dat zij bezig zijn geweest met verbinden, doordat zij gewerkt hebben aan het verbeteren van de relatie met hun kind, het weerbaar maken richting de omgeving en het leren inschakelen van hulpbronnen.
- 5 van de 5 cliëntsystemen noemen dat zij zich geholpen weten doordat zij zelf versterkt zijn en doordat zij bezig zijn geweest met relationele verbondenheid.

Daarnaast valt het ons op dat in heel veel dingen de cliënt eerst versterkt werd waarna er vervolgens aan verbinding gewerkt kon worden. Zo waren er bij interview vier randvoorwaarden waaraan voldaan moest worden, voordat zoon weer definitief thuis kon wonen. Moeder heeft hier voor gezorgd, ze volgde een opleiding etc. waardoor ze werd versterkt en vooral ook zichzelf versterkt voelde. Vervolgens kon zoon weer naar huis komen en heeft ze intensief geleerd hoe ze haar relatie met haar zoon kon verbeteren.

Dit patroon zien we ook terug komen bij de andere cliëntsystemen. Bijvoorbeeld dat er eerst gewerkt werd aan de financiële situatie en orde/ritme in het leven van de cliëntouders. Vervolgens kon er dan intensief gewerkt worden aan het verbeteren van de relatie met hun kind.

Het verbinden zien we terug in de opvoedingsadviezen die een belangrijke rol in nemen in de hulpverlening. Waar de ouders bijvoorbeeld adviezen kregen over hoe zij hun kind op een passende manier kunnen straffen en belonen. En zo zijn er nog vele andere voorbeelden die we kunnen noemen.

Bovendien valt ons op dat de hulpverlener bezig is geweest de cliënt te versterken, bijvoorbeeld door samen naar instanties te gaan of de financiële situatie op orde te brengen. Die cliënt wordt versterkt doordat zij leert hoe zij hier mee om kan gaan, nadat zij het samen met de hulpverlener gedaan heeft. Vervolgens voelt de cliënt zich gesterkt (ze ervaart dat ze het zelf kan) waardoor zij gemotiveerd raak ook andere dingen zelf aan te gaan pakken. Hierin versterkt de cliënt zichzelf.

Dus doordat de hulpverlener de cliënt heeft versterkt is de cliënt meer rust en ruimte gaan ervaren waardoor zij er toe kwam ook zichzelf te gaan versterken.

Interview 6 en 7

2 van de 2 cliëntsystemen noemen dat er met de ouders gewerkt is aan een beter contact met hun kind, wat zij als heel positief ervaren.

1 van de 2 cliëntsystemen noemt dat zij er aan gewerkt hebben positie in te nemen richting hun kind. Hierbij leerden werden de ouders versterkt, wat hen vervolgens hielp een beter contact met hun zoon te creëren.

5.7.3 Conclusies

- a) De hulpverlening richt zich op zowel het versterken als het verbinden van de cliënt. Cliënten ervaren het als werkzaam dat zij zowel versterkt als verbonden worden.
- b) Over het algemeen is er een patroon waarbij de hulpverlener werkt aan het versterken van de cliënt. De cliënt ervaart dan op een gegeven moment dat zij versterkt is, waardoor zij zichzelf nog meer kan gaan versterken. Nadat/doordat de cliënt versterkt is kan er vervolgens gewerkt worden aan de relationele verbondenheid van de cliënt.
- c) De versterking richt zich er met name op dat de cliënt dingen aanleert en voor zichzelf kan zorgen.
- d) De verbinding richt zich er met name op dat de cliëntouders werken aan het verbeteren van de relatie met hun kind, het zich weerbaar maken richting hun omgeving, het leren inzien dat hun gedrag geplaatst kan worden in de context van hun eigen opvoeding/jeugd en het leren inschakelen van goede hulpbronnen.
- e) Binnen de residentiële hulp wordt ook aan zowel het versterken als het verbinden van de cliënt gewerkt.
- f) Het versterken richt zich op het innemen van positie van de ouder richting degene met wie zij verbonden zijn.
- g) Het verbinden richt zich op het verbeteren van de relatie van de ouders met hun kind.
- h) Binnen de residentiële hulp wordt de hulp met name gericht op de relationele verbondenheid tussen ouders en kind.

5.8 Label 7: Belangrijk moment in de hulpverlening

5.8.1 Resultaten

Interview 1	<i>“Ik zal nooit de dag vergeten dat ik bij mijn moeder was en mijn kinderen bij me werden weggehaald.”</i> • Kinderen zijn uit huis geplaatst en bij ex-man gaan wonen. • Storende factor binnen het hulpverleningsproces is weg. • Zoon gaat naar passend onderwijs. Dit maakt zoon weer trots is op zichzelf en zijn zelfvertrouwen groeit. Ook een hele geruststelling voor moeder om te zien dat het goed gaat met haar zoon.
Interview 2	• Cliënt gaat de hulpverleners naar vier maanden vertrouwen. Cliënt wordt opener naar de hulpverleners toe en dat lucht de cliënt op. • Cliënt kreeg d.m.v. het maken van een stamboom (methodiek) inzicht in haar eigen gedrag in relatie tot haar verleden. Cliënt kwam tot inzicht dat het gedrag dat zij vertoonde helemaal niet nodig was.
Interview 3	(Cliënt noemt geen belangrijk moment)
Interview 4	• Cliënt heeft aan zichzelf gewerkt. Ze heeft een opleiding gedaan, haar rijbewijs gehaald en een auto gekocht. Hierdoor kon samen met de hulpverlening gewerkt worden aan het herstel van de relatie met haar zoon zodat deze weer thuis kon gaan wonen. Cliënt bestempeld dit als overgang.
Interview 5	• De hulpverlener gaf aan de cliënt aan dat zij niet alles wat de cliënt tegen haar zei aan Jeugdzorg zou vertellen. Alleen de belangrijke dingen, waarvan zij vond dat die verteld moesten worden, zou ze vertellen. Dit gaf de cliënt het vertrouwen en de ruimte om haar verhaal te vertellen.
Interview 6	• Cliënt wist niet wat de functie was van de maatschappelijk werker die kwam. Hierdoor was de cliënt aan het begin van de hulpverlening allereerst bezig met het ontdekken van de functie van een maatschappelijk werker. Toen hij haar functie ontdekte en erachter kwam dat zij niet belerend was ging hij haar vertrouwen.
Interview 7	(Cliënt noemt geen belangrijk moment)

5.8.2 Opvallende zaken

Interview 1 t/m 5

- 1 van de 5 cliëntsystemen noemt dat het moment dat de kinderen uit huis geplaatst werden en bij hun vader gingen wonen heel belangrijk was. Voor moeder was dit een zeer ingrijpend moment, maar nu achteraf, ziet ze wel in dat het goed geweest is.

- 1 van de 5 cliëntsystemen noemt het moment dat ze de hulpverleners ging vertrouwen. Ze ziet dat als een omslag omdat ze zelf toen opener werd. Ze gingen toen ook een stamboom maken en moeder kreeg nieuwe inzichten. Voor de cliënt lichte dit ook op.
- 1 van de 5 cliëntsystemen noemt haar eigen inzet als overgang in de hulpverlening. Zij heeft hard gewerkt en zodoende een situatie gecreëerd zodat haar kind weer thuis kon gaan wonen. Vanaf toen kon ze echt gaan werken aan het herstellen van haar relatie met haar kind.
- 1 van de 5 cliëntsystemen noemt het moment dat de hulpverlener tegen de cliënt zei dat zij niet alles wat de cliënt tegen haar zei aan Jeugdzorg zou vertellen. Alleen de belangrijke dingen, waarvan zij vond dat die verteld moesten worden, zou ze vertellen. Dit gaf de cliënt het vertrouwen en de ruimte om haar verhaal te vertellen.

Interview 6 en 7

- 1 van de 2 cliëntsystemen noemt dat de duidelijkheid rondom de hulpverlener een belangrijk moment was voor hen om haar te kunnen gaan vertrouwen. Ze wisten eerder niet wat de hulpverlener kwam doen, maar toen hen duidelijk werd dat dit ten behoeve van de situatie in het gezin was, kwam er wat hen betreft de ruimte om er ook echt wat van te gaan maken.

5.8.3 Conclusies

- a) Zoals te verwachten is het voor elk cliëntstelsel een ander moment dat belangrijk voor hen is in de hulpverlening.
- b) Als we de belangrijke momenten omzetten in werkzame factoren zien we de volgende dingen:
 - a. Er wordt rust gecreëerd zodat er ruimte is dat moeder zich kan versterken; (*Label 4, methodiek*)
 - b. Als blijkt dat de hulpverlener betrouwbaar is, wordt de cliënt opener. Dit lichte de cliënt op (wat haar zelf een positief gevoel geeft) en maakt dat de cliënt bereidt is om te leren; (*Label 1, de hulpverlener*)
 - c. De eigen inzet van de cliënt geeft haar vertrouwen in zichzelf, dat is voor de cliënt ook enorm belangrijk, omdat dit haar hoop en verwachting geeft; (*Label 2, hoop en verwachting*)
 - d. De betrouwbaarheid van de hulpverlener zit hem er in hoe de hulpverlener omgaat met de informatie die de cliënt verteld. Betrouwbaarheid van de hulpverlener is voor de cliënt erg belangrijk, omdat dit een basis vormt voor een vertrouwensrelatie; (*Label 1, de hulpverlener*)
 - e. Specifiek binnen de residentiële hulpverlening is het belangrijk dat het duidelijk is wat de hulpverlener komt doen en dat de hulp ten behoeve van de cliënt is. Belangrijk aandachtspunt is dat die duidelijkheid niet vanzelfsprekend is. (*Label 1, de hulpverlener en Label 4, de methodiek*)
- c) Een belangrijk moment in de hulpverlening heeft niet te maken met extratherapeutische factoren.

6. Beantwoording vragen

6.1 Deelvraag 1

Welke werkzame factoren worden in het bestaande onderzoek, als het gaat om de effectiviteit, onderscheiden?

Er is veel onderzoek gedaan naar werkzame factoren in de hulpverlening. In de bestaande onderzoeken zijn we een tweedeling tegengekomen van werkzame factoren: algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren. Vervolgens zijn we onder de algemeen en specifiek werkzame factoren in de literatuur vier factoren tegen gekomen die invloed hebben op een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces. Onder de algemeen werkzame factoren vallen de volgende drie factoren: de therapeutische relatie, hoop en verwachting, en extratherapeutische factoren. De vierde factor, de methodiek, valt onder specifiek werkzame factoren. In de literatuur hebben we deze vier factoren nader onderzocht. De factoren die in tabel 4 genoemd worden, zijn, volgens de bestaande onderzoeken, van invloed op de positieve uitkomsten van het hulpverleningsproces.

Algemeen werkzame factoren		
Therapeutische relatie	<i>Eigenschappen van hulpverlener:</i> • Flexibel • Ervaren • Eerlijk • Respectvol • Betrouwbaar • Zelfverzekerd • Geïnteresseerd • Alert/waakzaam • Vriendelijk • Warm • Open • Het vermogen van de hulpverlener om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangende behandeling te bieden.	<i>Technieken van de hulpverlener:</i> • Verkennen • Diepgaand • Reflectie • Ondersteunend • Let op succes verleden therapie • Accurate interpretatie • Zorgt ervoor dat iets of iemand blijkt geeft van genegenheid • Actief • Bevestigen • Begrip • Sluit aan bij de ervaringen van de cliënt
Hoop en verwachting	De behandelaar (a), het behandeld worden voor een klacht (b) en de daaropvolgende behandeling (c) wakkeren de volgende factoren aan: • Vertrouwen; • Geloof; • Hoop; • Verwachting. Deze factoren hebben invloed op het brein, lichaam en gedrag van de cliënt.	
Extratherapeutische factoren	Alle factoren buiten de hulpverlening om. Dit kan werk, inkomen, opleiding, de buurt etc. zijn. Men verwacht dat in de methodiek oog zal zijn voor deze factoren.	
Specifiek werkzame factoren		
Methodiek	De volgende aspecten zien we regelmatig terug komen onder de verschillende interventies: • De hulpverlener werkt met een multimodale aanpak, gebaseerd op	

	diverse theorieën; • De hulpvraag van de ouders staat centraal in het hulpverleningstraject; • Er wordt gewerkt aan verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen; • Er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder van Jeugdzorg en/of andere hulpinstanties; • De focus ligt (sterk) op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin; • Er vinden regelmatig evaluaties van de voortgang van de hulp plaats; • De hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen; • De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat; • De hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin; • De hulp vindt bij het gezin thuis plaats.
--	--

Tabel 4

Werkzame factoren

6.2 Deelvraag 2

In hoeverre zijn deze factoren genoemd of herkend door cliëntsystemen die te maken hebben gehad met de IAG?

We zullen deze vraag beantwoorden aan de hand van de vier werkzame factoren die we hebben onderscheiden in de literatuur: therapeutische relatie, hoop en verwachting, extratherapeutische factoren en de methodiek.

Therapeutische relatie

In het literatuuronderzoek kwam naar voren dat onderzoekers over het algemeen veel waarde toekennen aan de therapeutische relatie. Als we kijken naar de mening van cliëntsystemen was deze relatie één van de meest invloedrijke factoren binnen het hulpverleningsproces dat heeft gezorgd voor een positieve uitkomst van de hulpverlening. We hebben de cliëntsystemen gevraagd een grove schatting in procenten te maken van de invloed van de vier factoren. Gemiddeld kenden de cliëntsystemen de therapeutische relatie een invloed van 50%¹⁰ toe aan het hulpverleningsproces. Uit de interviews met de cliëntsystemen is gebleken dat de relatie tussen cliënt en hulpverlener bepaald of en hoe open de cliënt is en kan zijn en zorgt er voor dat de cliënt zich geholpen weet in zijn/haar problemen (conclusie 5.2.3.f). Hiermee wordt bevestigd dat de therapeutische relatie van grote invloed is op het hulpverleningsproces.

In de literatuur zagen we verschillende factoren die invloed hebben op de therapeutische relatie als werkzame factor. Daarbij worden de volgende factoren genoemd: ervaren, eerlijk, respectvol, betrouwbaar, geïnteresseerd, vriendelijk, warm, ondersteunend, let op succes verleden therapie, accurate interpretatie, actief, bevestigen en begrip¹¹.

De factoren flexibel, zelfverzekerd, alert/waakzaam, verkennen, diepgaand, zorgt ervoor dat iets of iemand blijk geeft van genegenheid, reflectie en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt benoemen de cliëntsystemen niet bij naam en toenaam. Toch kunnen we concluderen dat de cliënten wel spreken over deze factoren, al is het dan in andere woorden.

¹⁰ Dit gemiddelde percentage is gebaseerd op de percentages die de cliëntsystemen toekenden aan de verschillende werkzame factoren. In bijlage VI is een compleet overzicht van die percentages opgenomen.

¹¹ Voor een overzicht van alle werkzame factoren die de cliëntsystemen hebben benoemd met betrekking tot de therapeutische relatie verwijzen wij u naar hoofdstuk 5.2.2.

<i>Flexibel</i>	uit de interviews die we met cliëntsystemen hebben gehad kunnen we opmaken dat dit belangrijk was voor de cliënt. Dit uitte zich in het feit dat de hulpverlener telefonisch altijd bereikbaar was en op heftige momenten aanwezig was. De cliëntsystemen geven echter niets aan over de werkdruk van de hulpverlener. Wel geven de cliëntsystemen aan te begrijpen dat de hulpverlener ook een dag vrij heeft en dan niet kan reageren op hun telefoontjes. Hier is begrip voor.
<i>Zelfverzekerd</i>	hier spreken geen van de cliëntsystemen over. Ze geven wel aan dat de hulpverlener zichzelf was en rust uitstraalde, rust binnen bracht. Om rust uit te kunnen stralen en jezelf te kunnen zijn is er zelfvertrouwen nodig. In dat opzicht zien we deze zelfverzekerdheid terugkomen als werkzame factor die genoemd wordt door de cliëntsystemen. Echter, om dicht bij de cliëntsystemen aan te sluiten en bij de werkzame factor die zij benoemen, kunnen we deze zelfverzekerdheid vervangen door 'de hulpverlener is zichzelf'.
<i>Alert/waakzaam</i>	de hulpverlener belt de cliënt tussen de gesprekken door ook op om te checken en vragen hoe het met de cliënt gaat. De hulpverlener behoudt het overzicht over de doelen, naast dat deze de cliënt vraagt naar haar doelen benoemt zij ook andere, mogelijke doelen.
<i>Verkennen</i>	cliëntsystemen geven aan dat het belangrijk is dat de hulpverlener (onbevooroordeeld) luistert. Dit is ook een vorm van verkennen. Zij gaan in op het verhaal van de cliënt en willen eerst inzicht krijgen in het verhaal van de cliënt. We zouden kunnen zeggen dat de hulpverlener het verhaal van, en daarmee de cliënt zelf, verkent door naar de cliënt te luisteren.
<i>Diepgaand</i>	door middel van de methodiek raakt de hulpverlener gevoelige snaren bij de cliënt. Verschillende malen hebben we van cliëntsystemen gehoord dat zij met de hulpverlener hebben gekeken naar hun verleden en hun positie als ouder. Een van de cliëntsystemen gaf aan dat haar burens en vriendinnen niet zo 'diep' kwamen als de hulpverlener.
<i>Zorgt ervoor dat iets of iemand blijkt geeft van genegenheid</i>	Cliënten geven aan dat ze naar aanleiding van de hulpverlening opener zijn geworden en hun vertrouwen terug hebben gekregen in andere mensen. Daarnaast hebben ze geleerd, met behoud van relatie, nee te zeggen tegen anderen in hun omgeving. Hier wordt
<i>Reflectie</i>	dit zien we terug als cliënten benoemen dat ze bijvoorbeeld de opvoedingsadviezen evalueerden nadat de cliënt ze toegepast heeft in de praktijk. Wat we ook onder reflectie terug zien is dat de hulpverlener gebruik maakte van schaalvragen. Hierop scoorde de cliënt waar ze stond en, nadat ze geleerd had, waar ze nu staat. Voor de cliënt is dit een stukje aansturen op reflectie omdat ze inzicht krijgen in hun handelen en hoe het daarvoor was.
<i>Sluit aan bij de ervaringen van de cliënt</i>	Cliënten benoemen dat de hulpverlener aansluit bij hun agenda. En bijvoorbeeld ingaan op concrete opvoedingsproblemen die zij inbrengen als ervaring.

Ten slotte werd ook nog *het vermogen van de hulpverlener om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangende behandeling te bieden*, genoemd als werkzame factor in de literatuur.

We zien dat bij twee cliëntsystemen gebruik is gemaakt van het maken van een genogram of stamboom. Dit is een interventie van de hulpverlener waarbij de hulpverlener samen met de cliënt terug gaat in het verleden van de cliënt. Eigenlijk gaat de hulpverlener er vanuit dat dit hem informatie op zal leveren, in dit geval inzichten voor de cliënt die hem tot verandering dwingen. Dit is dus een manier van de hulpverlener om samen met de cliënt verklaringen te bieden voor de problemen en tevens een behandeling om met de problemen aan de slag te gaan.

We hebben de cliëntsystemen niet gesproken over verklaringen van de problemen van de cliënt, hier kunnen we verder dan ook niets over zeggen.

Hoop en verwachting

De hoop en verwachting, of het placebo-effect, zien we in de interviews met de cliëntsystemen terugkomen als werkzame factor. Over het algemeen kennen de cliëntsystemen deze factor een invloed toe van 19,4% op de positieve uitkomst van het hulpverleningsproces.

De cliëntsystemen geven aan dat aan het begin van de hulpverlening weinig tot geen sprake was van hoop en verwachting. De cliënten zaten in een dusdanige moeilijke situatie waardoor zij alles over zich heen lieten komen, zonder dat ze zelf ook echt hoop of verwachting hadden dat het goed zou komen. Dit versterkt het vermoeden vanuit de literatuur dat de hoop en verwachting van de cliënt door de hulpverlener en het hulpverleningsproces worden aangewakkerd. We zien namelijk dat, naarmate de hulp vordert, de cliëntsystemen meer hoop en verwachting krijgen. Dit komt omdat de cliënt positief bekrachtigd is door de hulpverlener en het hulpverleningsproces. Hierdoor krijgt de cliënt weer toekomstperspectief en vertrouwen in zichzelf. Tevens blijkt dat de cliënt door dingen te doen, zoals de opvoedingsadviezen in de praktijk brengen, ervaringen op gaat bouwen en gaat zien dat hij/zij wel degelijk in staat is tot bepaalde acties. Deze positieve ervaringen geven de cliënt hoop en moed voor de toekomst.

Extratherapeutische factoren

Als we kijken naar deze factor zien we dat de cliëntsystemen gemiddeld een invloed van 14,4% toekennen op de positieve uitkomst van het hulpverleningsproces.

In de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de invloed van deze factor waarschijnlijk is afgenomen, omdat er binnen de methodiek plaats en aandacht is gekomen voor deze extratherapeutische factoren. In conclusie 5.4.3.d zien we dat aan de helft van de genoemde extratherapeutische factoren in de hulpverlening aandacht is besteed. We zien dat de hulpverlening zich voornamelijk richt op praktische zaken, zoals de financiële situatie van de cliënt, die negatieve invloed hebben op de cliënt. Er wordt weinig aandacht besteedt aan het netwerk om de cliënt heen, het verschilt sterk per methodiek, hulpverlener en hulpvraag van de cliënt in welke mate er daadwerkelijk aandacht wordt besteed aan de extratherapeutische factoren. Ondanks de beperkte aandacht die er is voor deze factoren zien we bij verschillende cliëntsystemen dat zij het als werkzaam ervaren dat zij bij iemand, die naast hen staat, hun hart kunnen luchten. Dit kunnen de burens zijn, maar vaak wordt de moeder of partner van de cliënt genoemd. Dit blijkt dus een belangrijke werkzame factor buiten de hulpverlening om te zijn voor de cliëntsystemen.

Methodiek

Gemiddeld kennen de cliëntsystemen de methodiek een invloed toe van 16,1% op de positieve uitkomst van het hulpverleningsproces. Als we echter met de cliëntsystemen spreken over de methodiek weten zij vaak niet wat dit inhoudt. Ondanks dat benoemen de cliënten toch wel factoren die bij de methodiek horen.

Vanuit de literatuur zijn er verschillende factoren naar voren gekomen onder de methodiek die mogelijk een positieve invloed hebben op de uitkomst van de hulpverlening. Deze factoren vermelden ook de cliëntsystemen als werkzaam. Het gaat om de volgende factoren:

- *De hulpverlener werkt met een multimodale aanpak, gebaseerd op diverse theorieën;*
Hier kunnen we niets van zeggen, omdat de cliënt zelf niet weet met welke methodiek hij of zij geholpen is.
- *De hulpvraag van de ouders staat centraal in het hulpverleningstraject;*
Het is belangrijk dat de hulpverlener aansluit bij de hulpvraag van de cliënt. De hulpverlening wordt als niet werkzaam ervaren als dit niet gebeurt. (zie hoofdstuk 5.5.1)
- *Er wordt gewerkt aan verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen;*
Dit gebeurt voornamelijk door de cliënt inzicht te geven in zijn eigen gedrag. Het gaat daarbij om inzicht in hun eigen gedrag en eventueel inzicht in het gedrag in relatie tot hun verleden. (conclusies 5.5.3.b, c, e)
- *Er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder van Jeugdzorg en/of andere hulpinstanties;*
De cliëntsystemen benoemen dit niet direct als werkzame factor. Binnen de IAG is er echter onvermijdelijk sprake van samenwerking tussen Jeugdzorg en de betreffende hulpverleningsinstantie.
- *De focus ligt (sterk) op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin;*
We zien dat dit per methodiek, hulpverlener en cliënt verschilt. Bij twee van de zeven cliëntsystemen is hier aandacht aan besteedt tijdens de hulpverlening. Dit hebben beide cliëntsystemen als positief ervaren. We zien dat het is belangrijk dat de cliënt goede hulpbronnen om zich heen heeft waar de cliënt zijn of haar verhaal bij kwijt kan. Cliënten ervaren dat dit een positieve invloed heeft op het hulpverleningsproces, omdat ze zichzelf daardoor beter voelen en daardoor meer bereid zijn en

mogelijkheden hebben om te werken aan herstel in het gezin (conclusie 5.4.3.a). Er wordt echter weinig aandacht besteed aan het netwerk van de cliënt binnen het hulpverleningsproces.

- *Er vinden regelmatig evaluaties van de voortgang van de hulp plaats;*
Door middel van evaluatie krijgt de cliënt inzicht in zijn eigen groei, wat de cliënt vervolgens weer versterkt. (conclusie 5.5.3.d)
- *De hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen;*
We zien dat cliënten opvoedingsadviezen in de praktijk brengen en daar weer positieve ervaringen uit opdoen die hen weer versterken. (zie hoofdstuk 5.5.1)
- *De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat;*
We zien dat de hulpverlening zich richt op het versterken van de cliënt. Door de cliënt te complimenteren, te wijzen op in het verleden behaalde successen groeit het zelfvertrouwen van de cliënt.
- *De hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin;*
Het wordt als werkzaam ervaren als de hulpverlener aansluit bij de hulpvraag van de cliënt en zijn vragen kan beantwoorden. Zo is het werkzaam als de hulpverlener luistert naar het verhaal van de cliënt en samen met de cliënt doelen opstelt (zie hoofdstuk 5.5.1 en conclusie 5.5.2.h).
- *De hulp vindt bij het gezin thuis plaats:*
Het verschilt per cliëntstelsel waar de gesprekken plaats vinden. We kunnen in ieder geval concluderen dat het werkzaam is dat er rekening gehouden wordt met de wensen van het cliëntstelsel over de plaats waar de gesprekken plaats vinden. (conclusie 5.5.3.g)

6.3 Deelvraag 3

Noemen de cliëntsystemen ook andere factoren dan die in de literatuur genoemd worden?

Therapeutische relatie

Klik: Een niet nader te omschrijven ‘klik’ met de hulpverlener is belangrijk in de eerste fase van de hulpverlening. Als die ‘klik’ er is voelen cliënten zich sneller op hun gemak en zijn sneller in staat de hulpverlener te vertrouwen.

Andere factoren die niet genoemd zijn met betrekking tot de therapeutische relatie die van belang zijn op het hulpverleningsproces zijn:

- de hulpverlener sluit aan bij de taal van de cliënt;
- de hulpverlener maakt duidelijk wat hij of zij komt doen.

Methodiek

We zien dat goede nazorg voor de cliënt belangrijk is om daadwerkelijk de hulpverlening in zijn geheel positief af te sluiten. De cliënten ontvangen een jaar lang intensieve begeleiding van de hulpverlener. Het is dan ook begrijpelijk dat dit niet zonder afbouw stop gezet kan worden omdat dit verwarring kan scheppen bij de cliënt. Als het ware wordt de cliënt opeens aan zijn lot over gelaten. Het is belangrijk dat de hulp geleidelijk afgebouwd wordt zodat de cliënt, mocht het nodig zijn, terug kan vallen op de hulpverlener.

Motivatie

Een van onze belangrijkste bevindingen in dit onderzoek is de motivatie van de cliënt als werkzame factor. In de literatuur komen we deze motivatie, die uit de cliënt zelf komt en niet wordt gestimuleerd door de hulpverlener of het hulpverleningsproces, niet tegen. Deze motivatie is ons inziens dan ook onderbelicht, juist omdat het een grote invloed heeft op het hulpverleningsproces.

Zoals we onder hoop en verwachting zagen, hebben de cliëntsystemen aan het begin van de hulpverlening geen hoop en verwachting. De vraag is dan, waarom komt de cliënt bij de gesprekken als deze er geen hoop voor of verwachting in heeft? In de interviews kwam duidelijk naar voren dat Het de motivatie is die de cliënt de hulp doet aanvaarden.

Naast de druk vanuit Jeugdzorg om mee te werken aan de hulpverlening heeft de cliënt zelf ook nog een motivatie om mee te werken aan de hulpverlening die hiermee nauw samenhangt: het kind. Cliëntouders ervaren hulp, omdat zij hun kind niet kwijt willen en het beste met hun kind voor hebben. Sommige cliëntouders geven zelfs aan dat als zij geen kind hadden gehad ook geen hulp hadden gevraagd of aangenomen.

Ook tijdens de hulpverlening blijkt deze motivatie van belang te zijn. Het stimuleert de cliënt telkens weer opnieuw om mee te werken aan en zich in te zetten voor de hulpverlening.

Als cliëntsystemen benoemen dat zij om hun kind deel namen aan de hulpverlening, dan kunnen we wel degelijk zeggen dat deze motivatie een werkzame factor is binnen de IAG.

Wij kiezen er dan ook voor om, naast de vier werkzame factoren vanuit de literatuurstudie, de motivatie van de cliënt om deel te nemen aan de hulpverlening, toe te voegen als werkzame factor.

De loyaliteit van de cliëntouders naar hun kinderen toe speelt een grote rol in het hulpverleningsproces

6.4 Deelvraag 4

Hoe verhouden de door cliëntsysteem genoemde werkzame factoren zich tot elkaar en wat is de relevantie hiervan voor de hulpverlener?

Als een rode draad zien we de begrippen versterken en verbinden door het hulpverleningsproces heen lopen. Echter voordat aan deze twee begrippen gewerkt kan worden is voor alles nodig dat er een vertrouwensrelatie ontstaat tussen cliënt en hulpverlener. Wil de cliënt de hulp van de hulpverlener ook daadwerkelijk ontvangen dan is het nodig dat de cliënt de hulpverlener vertrouwt. In hoofdstuk 5.2.2. komen we een lijst met factoren tegen die een positieve invloed hebben op het ontstaan van deze vertrouwensrelatie. Van groot belang is dat de hulpverlener investeert in deze vertrouwensband. Dit kan soms vier maanden duren, maar ook na een paar gesprekken al aanwezig zijn.

Vervolgens zien we dat de hulpverlener de cliënt in het hulpverleningsproces gaat versterken. Dit kan door bijvoorbeeld de cliënt te wijzen op in het verleden behaalde successen, complimenteren, etc. Dit gebeurt echter ook door middel van de methodiek die inzicht geeft in het gedrag van de cliënten. Door het gaan begrijpen van eigen gedrag, komt de cliënt tot constructiever gedrag. Door dit nieuwe gedrag aan te leren gaat de cliënt zichzelf versterken doordat hij een positieve uitwerking zal zien van zijn eigen gedrag. Het is uiteindelijk de bedoeling dat de cliënt zelf zijn successen gaat zien en ervaren en zichzelf gaat complimenteren. Hierdoor groeit het zelfvertrouwen van de cliënt. Het is de bedoeling dat door de versterking van de hulpverlener de cliënt weer hoop en verwachting krijgt, vertrouwen in de toekomst. Hiervoor moet echter wel ruimte gecreëerd worden door de hulpverlener, zodat de cliënt zichzelf kan gaan versterken, ook in de toekomst. Deze ruimte creëert de hulpverlener door oog te hebben voor de extratherapeutische factoren die van invloed zijn op de cliënt. Zijn deze factoren van negatieve invloed op de cliënt dan zal dit een extra last voor de cliënt zijn. We zien dat het netwerk om de cliënt heen vaak erg klein is en bestaat uit één persoon, waardoor zij voornamelijk zijn aangewezen op zichzelf en de tijd en aandacht van deze ene persoon. Een sociaal netwerk om de cliënt heen is van groot belang voor de toekomst van de cliënt. De kans op terugval zal waarschijnlijk verkleind worden, daar waar de cliënt er niet meer alleen voor staat.

Een ander belangrijk aspect dat met versterken hand in hand gaat, is verbinden. Zoals we al zagen bij deelvraag 3 is het kind voor de cliëntouders de belangrijkste reden dat zij hulp aanvragen en/of aanvaarden. Ze zien vaak de relatie tussen hen en hun kind, en de ontwikkelingen van het kind zelf, achteruit gaan en/of ze zijn bang hun kind te verliezen. Het is dus van belang dat er weer een gezonde relatie ontstaat tussen ouder en kind. We zien dat als de cliënt versterkt is, er randvoorwaarden gecreëerd zijn en worden die er voor zorgen dat er ook aan verbinding gewerkt kan worden.

Zoals de verschillende leden van het cliëntsysteem niet los van elkaar, maar in hun context, bezien dienen te worden, zo ook de verschillende werkzame factoren. Het een kan niet zonder het ander en het een versterkt het ander. Doordat de ouders gemotiveerd zijn om hun kinderen vragen en aanvaarden zij hulp en zijn ze bereid mee te werken aan het slagen van de hulpverlening. Als daar een 'klik' is met de hulpverlener, is het cliëntsysteem bereid te werken aan een vertrouwensrelatie. Het bevorderen van deze relatie gebeurt daar waar de hulpverlener betrouwbaar is, aardig is, et cetera. Bovendien bevordert het de relatie als de hulpverlener inzet op praktische dingen die aangepakt worden (methodiek). Doordat de cliëntouders vaak eerst versterkt worden, kunnen zij daarna ook zichzelf gaan versterken en werken aan de verbinding. Dit leidt tot hoop en verwachting voor de toekomst, waardoor de cliënt nog meer gemotiveerd is. De vertrouwensband met de hulpverlener wordt sterker en vaak leidt dit er toe dat er een vriendschappelijke relatie op werkbasis ontstaat. En zo is de cirkel weer rond, als daardoor de hulpverlener weer meer ingang vindt ook aan andere zaken te werken. Totdat de hulpverlening stop gezet kan of moet worden en de cliënt op eigen benen gaat staan.

6.5 Hoofdvraag

Wat zijn, naar de mening van cliëntsysteem, werkzame factoren binnen de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding?

We zijn vijf factoren tegengekomen die invloed hebben op een positieve uitkomst van de hulpverlening en daarom werkzame factoren genoemd kunnen worden. Deze factoren hangen nauw met elkaar samen en overlappen elkaar. In de literatuur en uit de interviews kwam naar voren dat de volgende factoren werkzaam

zijn: therapeutische relatie; hoop en verwachting; extratherapeutische factoren en de methodiek. Daarnaast benoemden de cliëntsystemen hun eigen motivatie nog als werkzame factor. Deze vijf factoren kunnen we bestempelen als werkzame factoren binnen de IAG. Nadere omschrijving van deze factoren zijn te vinden onder de resultaten in hoofdstuk 5.

7. Slot

7.1 Evaluatie

“‘Goed’ is wat de kudde samenhoudt. ‘Slecht’ wat haar ontbindt.”

In het citaat van Friedrich Nietzsche (1844-1900) wordt er gesproken over een kudde. Dit is wel erg toepasselijk voor de relatie tussen cliënt en de hulpverlener. We hebben zojuist gezien dat de werkzame factoren deze relatie in stand houdt of, indien daar geen gebruik van wordt gemaakt, doet verbreken. Daarnaast staat deze kudde centraal voor het gezin. We hebben gezien dat aandacht en zorg voor de verbindingen van het gezin het gezin bij elkaar houdt en haar doet groeien. Ten slotte staat de kudde ook centraal voor het sociale netwerk om de cliënt heen die van grote invloed is op de cliënt. Goede hulpbronnen versterken de cliënt en houdt de kudde samen.

7.2 Aanbevelingen voor het werkveld

Naar aanleiding van de resultaten, genoemd onder hoofdstuk 6, doen wij de volgende aanbevelingen voor de het werkveld van de IAG:

- 1) **Klik-evaluatie:** we zien dat ‘klik’ een belangrijke basis biedt voor het creëren van een vertrouwensband. Cliënten kunnen deze ‘klik’ niet nader omschrijven, maar het lijkt erop dat het gebaseerd is op een gevoel. Het gevoel van de cliënt is waarschijnlijk het best te omschrijven als ‘op het eerste gezicht lijkt je mij een geschikt persoon om mee samen te werken, dus ik ben bereid open te staan voor jouw hulp.’ Als deze klik niet aanwezig is zal de cliënt minder open tegenover de hulpverlener, wat invloed heeft op de effectiviteit van de hulpverlening. We bevelen daarom aan na een bepaald aantal gesprekken een ‘klik-evaluatie’ te houden, waarbij de vraag centraal staat: ‘Willen wij samen verder in dit hulpverleningsproces?’. De consequentie hiervan kan zijn dat de hulp stop gezet moet worden. We adviseren op dat moment de consequentie te accepteren en de cliënt een andere hulpverlener aan te bieden.
- 2) **Aandacht voor het sociale netwerk van de cliënt:** we zien dat het voor de cliënt belangrijk is om naast de hulpverlener iemand te hebben waar hij of zij zijn hart kan luchten. Dit helpt de cliënt zijn problemen te relativiseren. Op deze manier ervaart de cliënt dat hij of zij er niet alleen voor staat. Dit versterkt de cliënt. Ons is opgevallen dat binnen de hulpverlening die aan de cliëntsystemen is geboden, hier weinig aandacht is. Terwijl het netwerk om de cliënt heen maar heel beperkt is. Wij bevelen daarom aan om in de hulpverlening ook aandacht te besteden aan het netwerk om de cliënt heen en dit netwerk te versterken.
- 3) **Relatie tussen ouder en kind:** ouders vinden de relatie tussen hen en hun kind van groot belang. De hulpverlening wordt daarom ook als werkzaam ervaren als hier aandacht aan wordt besteed. De motivatie van de cliënt om hulp te vragen ligt vaak in het kind. Wij bevelen daarom aan om oog te hebben voor de relatie tussen ouder en kind en de loyaliteitsbanden die hier aanwezig zijn. Deze zijn namelijk van grote invloed op de effectiviteit van de hulpverlening.
- 4) **Samenwerken:** de cliëntsystemen geven aan dat het van belang is dat de hulpverlener met hen samenwerkt. Van belang is dat de hulpverlener een gelijkwaardige relatie met de cliënt aangaat waar hij zichzelf als deskundige niet boven de cliënt stelt. Van belang is juist dat de kennis en ervaringen van de cliënt ook serieus worden genomen en deze als deskundige te beschouwen.
- 5) **Rust:** cliëntsystemen benoemen de rust en de rustige uitstraling van de hulpverlener als werkzame factor binnen de hulpverlening. Het maakt de cliënt zelf ook rustiger en het helpt de cliënt om overzicht te krijgen over zijn eigen situatie. Onze aanbeveling richting de hulpverlener in het werkveld is dan ook om zich bewust te zijn van deze factor. Daarnaast legt dit ook onder andere een verantwoordelijkheid bij de instellingen. Zij zijn verantwoordelijk voor het creëren van goede werkomstandigheden zodat de hulpverlener in staat is beter zijn werk te kunnen doen.
- 6) **Werkzame factoren:** Ten slotte is het van belang dat de hulpverlener zich bewust is van alle werkzame factoren die een positieve invloed hebben op de uitkomst van het hulpverleningsproces. Dit, omdat deze factoren nauw met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden dan wel versterken.

7.3 Suggesties verder onderzoek

- 1) Opvallend is dat de motivatie van de cliënt door de cliëntsystemen als werkzame factor wordt genoemd, maar niet als zodanig in de literatuur terug te vinden is. Het is daarom van belang om hier vervolgonderzoek naar te verrichten om na te gaan welke invloed deze motivatie precies op het hulpverleningsproces heeft en hoe hier door de hulpverlener gebruik van gemaakt kan worden, dan wel op in gespeeld kan worden.
- 2) Om dit onderzoek kracht bij te zetten en de betrouwbaarheid te vergroten, bevelen wij aan om een vervolgonderzoek te starten waar een grotere groep cliëntsystemen wordt gevraagd wat hun mening over werkzame factoren binnen de IAG is.
- 3) We zien dat het van belang is dat hulpverleners gebruik maken van werkzame factoren, omdat deze een positieve invloed hebben op het hulpverleningsproces. Het is bekend wat deze werkzame factoren zijn, daarnaast is vervolgonderzoek nodig om te kijken in hoeverre hulpverleners zich bewust zijn van de werkzame factoren, hoe zij deze gebruiken of hoe zij deze in de toekomst kunnen gebruiken.

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1-33.

Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.

Chambless, D.L. (2002). Beware the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization. *Clinical psychology: science and practice*, 9, 13-16.

Cijfers MOgroep Jeugdzorg 2004-2007. Geraadpleegd op 11 april, 2011, van <http://www.mogroep.nl/index.php?p=95378>

Finniss, D.G., Kaptchuk, J. T., Miller, F., Benedetti, F. (2010). Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *The Lancet*, Vol 375.

Holtforth, M.G., Castonguay, L.G., Constantino, M.J. (2006). The working alliance: where are we and where should we go? *The American Psychological Association*, 3, 271-279.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Price, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.

Liefhebber-Rip, K., Bogert van den, H. (2010). *Versterkt in de verbinding*. Versterkend en verbindend werken vanuit de systeembenadering in het werkveld van de intensief ambulante gezinsbegeleiding. *Lectoraat Jeugd en Gezin*, Ede.

Luborsky, L., R. Rosenthal, L. Diguer, T.P. Andrusyna, J.S. Berman, J.T. Levitt, D.A. Seligman & E.D. Krause (2002). The Dodo bird verdict is alive and well- mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), p. 2-12

Messer, S.B. & B.E. Wampold (2002). Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), p. 21-25

Placebo (middel) wikipedia. Geraadpleegd op 22 juni 2011, van [http://nl.wikipedia.org/wiki/Placebo_\(middel\)](http://nl.wikipedia.org/wiki/Placebo_(middel)).

SCP, (2009). *De jeugd een zorg*. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg. Sociaal en Cultureel Planbureau. Den Haag, februari 2009. Pag. 70 e.a.

Sprenkle, D.H., Blow, A.J. (2007). The role of the therapist as the bridge between common factors and therapeutic change: more complex than congruency with a worldview. *Journal of Family Therapy*, 29, 109-113.

Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An international journal*, Vol. 28 (2), 201-210.

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M. & Delicat, J.W. (2005). *Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp*. Een meta-analyse. Pag. 25, 176-196.

Vereniging tegen de kwakzalverij *Placebo-effect*. Geraadpleegd op 22 juni 2011, van http://www.kwakzalverij.nl/148/Placebo_effect.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Wampold, B. E., Mondin, Moody, M., Stich, F., Benson, K, & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bonafide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.

Yperen, T.A. van (2003). *Gaandeweg; werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T.A., van, & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Pag. 18, 22, 35, 54.

Yperen, T.A. , Steege, M., Addink, A., Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg; Stand van discussie*. Utrecht: NIJ.

Yperen, T.A. van (red., 2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Pag. 8-9.

- I. **Samenvatting eerder onderzoek**
- II. **Effectiviteit in de jeugdzorg**
- III. **Databank Effectieve Jeugdinterventies**
- IV. **Profielschets en interviewvragen**
- V. **Profielschets van de cliëntsystemen**
- VI. **Werkzame factoren in percentages**
- VII. **Introductiebrief cliëntsystemen**

Karina Liefhebber-Rip en Helma van den Bogert hebben onderzoek gedaan in opdracht van het Lectoraat Jeugd en Gezin van de Christelijke Hogeschool Ede. Het Lectoraat heeft hen gevraagd onderzoek te doen naar de versterkende en verbindende elementen in de methodieken van de intensief ambulante gezinsbegeleiding. Het doel van hun onderzoek was om te gaan kijken naar de plek die de elementen 'versterken' en 'verbinden' uit de systeembenadering hebben in de visies en methodieken binnen de intensief ambulante gezinsbegeleiding en hoe dit zichtbaar wordt in de praktijk.

Voor hun onderzoek hebben zij de volgende hoofdvraag gehanteerd:

Welke plek hebben de elementen 'versterken' en 'verbinden' uit de systeembenadering in de visies en methodieken binnen de IAG¹² en hoe wordt dit zichtbaar in de praktijk?

De begrippen uit de hoofdvraag, worden als volgt uitgelegd:

Versterken: interventies die zich richten op het vergroten van de zelfcontrole, opsporen en ontwikkelen van innerlijke kracht, aanleren van nieuwe vaardigheden om te kunnen participeren binnen de context. Het doel is om het individu meer grip te geven op het eigen leven en de context.

Verbinden: interventies die zich richten op het tot stand brengen, herstellen of versterken van de relationele verbondenheid van het individu met de ander binnen zijn context. Het gaat hierbij om relationele hulpverlening, gedrag wordt begrepen vanuit de relatie.

Werkdefinitie Systeembenadering: hulpverlening in de systeembenadering betekent dat de hulpvraag begrepen en behandeld wordt in de context van het systeem van de hulpvrager.

IAG: intensief ambulante gezinsbegeleiding is een intensieve vorm¹³ van hulpverlening aan gezinnen met kinderen in de leeftijd van 0-18 jaar. De hulpverlening richt zich op het voorkomen van uithuisplaatsing bij gezinnen met meervoudige problematiek en vindt thuis plaats. De gezinsbegeleiding richt zich op alle levensgebieden, dus niet alleen op opvoedingsproblematiek.

Door literatuuronderzoek zijn ze tot definities gekomen en zijn het werkveld en de methodieken binnen het werkveld in kaart gebracht. Doormiddel van een oriënterend werkveldonderzoek is er meer zicht op de praktijk van de IAG verkregen. Wat de betrouwbaarheid betreft, is er een eerste indruk verkregen van de praktijk binnen het werkveld. Echter, door het aantal cliëntsystemen is het niet mogelijk conclusies te maken die representatief zijn voor het hele werkveld.

Het onderzoek dat gedaan is, is een inventariserend onderzoek. De onderzoek benadering is kwalitatief en de werkwijze is ook per sub vraag beschreven.

In het vervolg kunt u de uitkomsten per sub vraag kort samengevat lezen.

1. Wat verstaan we onder IAG, 'versterken' en 'verbinden' en systeembenadering¹⁴? (Sub vraag 1)

Om te komen tot een definitie van de IAG is er onderzoek gedaan naar de historie en ontwikkelingen binnen dit werkveld. Er bleken ook verschillende noemers te zijn, zoals de veel beschreven en onderzochte term 'intensief pedagogische thuishulp'. Er is echter gekozen om de noemer intensief ambulante gezinsbegeleiding te hanteren omdat deze het meest gehanteerd wordt bij opleidingen binnen het werkveld. Vanuit diverse definities voor IAG is er tot de eerder genoemde definitie gekomen. Omdat het te ver zou voeren voor het onderzoek is er geen uitgebreid onderzoek gedaan om te komen tot een werkdefinitie voor systeembenadering. Daarnaast hadden de onderzoekers de indruk dat er een redelijk eenduidige definitie is voor systeembenadering binnen de hulpverlening.

Verschillende therapieën binnen stroming van de gezinstherapie, waarin het versterkend en verbindend werken zijn terug te zien, zijn onderzocht en beschreven. De diverse therapieën geven een geheel eigen invulling aan het versterkend en verbindend werken.

Daarnaast merkten de onderzoekers dat de hechtingstheorie van Bowlby een belangrijke pijler is voor het thema verbondenheid. Een goede hechting zou voorwaarde zijn om emotionele en intieme relaties aan te kunnen gaan, om te komen tot verbondenheid met de ander.

¹² Intensief ambulante gezinsbegeleiding

¹³ Met intensieve vorm wordt bedoeld: minimaal 1, bij voorkeur 2 contactmomenten per week

¹⁴ Deze begrippen zijn eerder al vermeld, naar aanleiding van de hoofdvraag. Onder deze deelvraag wordt de aanleiding voor deze begrippen weer gegeven.

De verschillende omschrijvingen van het begrip ‘verbinden’ binnen de verschillende onderzochte therapieën en de hechtingstheorie hebben geleid tot een eigen definitie van verbinden.

Een bekend begrip in de hulpverlening is *empowerment*, een synoniem voor versterken. De verschillende definities voor empowerment hebben geleid tot een eigen definitie van versterken.

2. Welke methodieken zijn er binnen de IAG? (Sub vraag 2)

Om te kunnen kijken hoe het versterkend en verbindend werken in de methodieken binnen het werkveld van de IAG naar voren komen, is er eerst gekeken welke methodieken er zijn binnen de IAG in Nederland.

Het bleek dat er door een wildgroei aan verschillende methodieken binnen de IAG circa 93 methodieken bekend zijn op het gebied van ambulante gezinsbegeleiding. Daarbij is onderscheid tussen methodieken die evidence based zijn en methodieken die dit niet zijn. Evidence based methodieken zijn methodieken die opgenomen zijn in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Hierin zijn alleen methodieken opgenomen die in ieder geval theoretisch goed onderbouwd zijn en waarvan sommige ook op effectiviteit onderzocht zijn. Omdat het niet mogelijk was al deze methodieken te onderzoeken, zijn de te onderzoeken methodieken afgebakend. Er is gekozen voor de grotere jeugdorganisaties in de regio Utrecht en Gelderland en deze zijn in kaart gebracht. In totaal zijn dat 11 instellingen, waarvan er bij drie instellingen ook een werkveldonderzoek is gedaan, namelijk bij: Leger des Heils, Almata Jeugdzorg en Lijn 5 Nove, zie figuur 1.

Instelling / aangesloten intersectoraal samenwerkingsverband (S)	Regio	Methodiek	Literatuuronderzoek (L) / Werkveldonderzoek (W)
Lindhout (S)	Gelderland	IOG vanuit Gezin Centraal	L
Pactum (S)	Gelderland	Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	L
Timon	Utrecht	Het Gezin Centraal. Contextueel, competentieverricht en community based.	L
Zandbergen	Utrecht	Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)	L
SGJ	Utrecht	Intensief Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG)	L
Leo Stichting: Valkenheide (S)	Utrecht	Intensief ambulante hulp (Competentie- en systeemgericht)	L
Leo Stichting: Joozt (S)	Gelderland	Intensief ambulante hulpverlening (Competentie- en systeemgericht)	L
Leger des Heils	Gelderland	‘10’ voor Toekomst	L en W
Almata Jeugdzorg	Utrecht	MDFT	L en W
Lijn 5 Meerwijck (S)	Utrecht	Families First (crisishulp)	L en W
		Spoedeisende Gezinsinterventie (crisishulp)	L en W
		Ambulante spoedhulp (crisishulp)	L en W
		Intensief Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	L en W
		Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (LOG)	L en W
Lijn 5 Nove (S)	Gelderland	Intensief Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG)	L
		Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (LOG)	L

Figuur 1

Binnen de intensief ambulante gezinsbegeleiding in de regio's Gelderland en Utrecht is er een intersectoraal programma Hulp aan Huis, dat door meerdere instellingen binnen de Jeugdzorg ontwikkeld is. Het is een programma gericht op gezinsbehandeling van multi-probleem gezinnen, gezinnen in crisis en gezinnen met ernstige opvoedingsproblematiek. Dit programma wordt aangeboden in de regio's Groningen, Drenthe, Overijssel, Gelderland en Utrecht.

Het hulpaanbod is intersectoraal, dus instellingen die deel uitmaken van dit samenwerkingsverband ontwikkelen met elkaar hun ambulante hulp en stemmen het op elkaar af. Dit zorgt ervoor dat gezinnen niet van de ene naar de andere instelling gestuurd worden, maar direct de goede hulp aangeboden krijgen, dus biedt meer eenduidigheid in het zorgaanbod.

3. *Welke plek hebben de elementen 'versterken' en 'verbinden' in de visies van de drie geselecteerde organisaties?* (Sub vraag 4)

Om deze vraag te kunnen beantwoorden is er per instellingen weer gegeven welke versterkende en verbindende elementen er in de visie, missie en uitgangspunten van de desbetreffende organisatie genoemd worden. Bij het Leger des Heils lijkt het erop dat er een balans is tussen versterkend en verbindend werken, omdat er gewerkt wordt aan zowel het behoud van het gezinssysteem als aan het behoud van zelfstandigheid. Bij Lijn 5 Meerwijck lijkt het erop dat er wel aandacht is voor verbindende elementen, maar dat de versterkende elementen niet terug gezien worden. Bij Almata lijkt het erop dat er voor zowel versterkende als verbindende elementen aandacht is binnen de behandelvisie.

Bij deze deelvraag hebben de onderzoekers ook de resultaten van hun werkveldonderzoek weergegeven. In dit werkveldonderzoek hebben de onderzoekers de leidinggevende cliëntsystemen gevraagd naar de visie van de instelling en de relatie van de visie tot de gekozen methodiek. Hieruit bleek dat er bij het Leger des Heils wel een verband is met het integraal werken uit de methodiek en de visie, maar niet met specifieke verbindende en versterkende elementen.

Bij Lijn 5 Meerwijck bleek dat de visie los staat van de gekozen methodiek, dus dit betekent dat de visie ook los staat van eventuele versterkende en verbindende elementen.

Bij Almata kregen de onderzoekers de behandelvisie op papier mee, waardoor niet geconcludeerd kan worden of er bewust vanuit de visie nagedacht is over versterkende en verbindende elementen. Wel kon geconstateerd worden dat zowel versterkende als verbindende elementen in de behandelvisie terugkomen.

Wat op viel naar aanleiding van het werkveldonderzoek, is dat leidinggevendenden het verband tussen de verbindende en versterkende elementen en de visie niet direct noemen.

Het lijkt erop dat de visie, missie of uitgangspunten niet direct bepalend zijn voor de methodiek of de elementen versterken en verbinden.

4. *Welke visie heeft het ministerie van Jeugd en Gezin met betrekking tot de elementen versterken en verbinden in haar beleid?* (Sub vraag 5)

Wat opvalt aan het overheidsbeleid is dat er de laatste jaren meer aandacht is gekomen voor jeugd en gezin. Dit blijkt onder andere uit de centra voor jeugd en gezin die in steeds meer gemeenten geopend worden. Ook heeft Minister Rouvoet in 2008 een gezinsnota gepresenteerd. De kern van het gezinsbeleid is dat de eigen kracht aan gezinnen sterker wordt. En dat gezinnen waar het wat minder goed gaat, extra aandacht en hulp krijgen. De overheid wil de eigen kracht van gezinnen steunen met tijd, geld en vaardigheden.

Hoewel het element "verbinden" niet letterlijk genoemd wordt, is het wel terug te zien in het overheidsbeleid. Minister Rouvoet geeft aan dat samenleven in het gezin begint en daarom investeert het kabinet in onderlinge betrokkenheid in de gezinnen. In het gezin zijn mensen elkaar tot steun en worden kinderen opgevoed. Het samenleven, het respecteren van elkaar en het leren van gemeenschappelijke waarden begint al in het gezin. De onderlinge betrokkenheid, het samenleven en het respecteren van elkaar kunnen een positieve bijdrage leveren aan de onderlinge verbondenheid tussen de gezinsleden in hun sociale context.

We zien dat de kern van de nota is dat gezinnen versterkt worden, het verbindend werken wordt niet letterlijk genoemd, maar krijgt wel aandacht in de nota.

Tijdens het werkveldonderzoek is er bij drie instellingen onderzocht wat de invloed van het overheidsbeleid in het algemeen is op de praktijk van intensief ambulante gezinsbegeleiding. Vragen naar de invloed van het beleid van de overheid, hebben we alleen gesteld aan de leidinggevendenden binnen de drie instellingen die gekozen zijn voor het werkveldonderzoek. Concluderend kan dan gesteld worden dat:

- Continue wijzigingen in het overheidsbeleid, wat veel flexibiliteit en creativiteit van leidinggevende en uitvoerende vraagt;
- Veel en hoge eisen verbonden aan alle vormen van financiering;
- Geen lange termijn zicht op eisen vanuit overheid, waardoor leidinggevende continue het overheidsbeleid moet vertalen;
- Bezuinigingen hebben veel invloed, hierdoor lijkt de meer langdurige zorg te veranderen naar kortdurende zorg, waaraan hogere eisen worden gesteld qua effectiviteit;
- Bureaucratie.

Bij sub vraag 4 is er gekeken naar de methodieken binnen de IAG in Nederland en zijn de 11 instellingen die verder onderzocht zullen worden afgebakend. Naar aanleiding van sub vraag 4 zullen nu de sub vragen 3 en 6 worden beantwoord.

5. Op welke manier zijn de elementen versterken en verbinden in deze methodieken terug te zien? (sub vraag 3)

In alle methodieken zijn versterkende en verbindende elementen aanwezig, maar de manier waarop is verschillend. Dit is onderzocht door de doelen en interventies in de methodiek te vergelijken met de geformuleerde criteria voor versterkend en verbindend werken in paragraaf 3.8. De focus op de verschillende doelen, die geformuleerd zijn n.a.v. de begrippen versterken en verbinden, verschillen per methodiek. Bij de meeste instellingen ligt de focus van de versterkende interventies op het opsporen en ontwikkelen van innerlijke kracht en minder op het vergroten van de zelfcontrole. Bij de verbindende interventies ligt de focus op het bieden van gelijkwaardig contact en luisteren naar en richten op de hele context en het aanleren van nieuwe interacties. De focus ligt dus gedeeltelijk op het toegang krijgen tot eigen gevoelens en begrijpen van de emotionele reacties van elkaar en gedeeltelijk op het ervaren van veiligheid in relaties onderling waarin zorg is voor elkaar en dit tot uitdrukking gebracht kan worden.

Bij een aantal instellingen lijkt er meer aandacht te zijn voor versterken, bij een aantal andere instellingen weer meer voor verbinden en bij weer anderen lijkt er een balans te zijn tussen versterken en verbinden.

6. Welke versterkende en verbindende interventies gebruiken hulpverleners binnen drie geselecteerde organisaties en sluit dit aan op de methodiek en de visie van de organisatie? (subvraag 6)

Bij drie instellingen is werkveldonderzoek gedaan. Er is gekeken welke versterkende en verbindende interventies volgens de medewerkers in de methodiek staan en welke ze toepassen. Er werden heel veel verschillende interventies genoemd en er lijkt veel ruimte te zijn buiten de methodieken voor eigen interventies. In de methodiek van het Leger des Heils lijkt de aandacht meer te liggen op het versterken als het verbinden. In de methodieken van Almata en Lijn 5 Meerwijck lijken beide elementen een plaats te hebben. Voor Almata ligt de focus wel meer op verbindend werken. De meeste cliëntsystemen van de drie instellingen vinden dat het versterken niet zonder het verbinden kan.

Bij het werkveldonderzoek is er ook een toevoeging gedaan (zie paragraaf 2.4.3). Er is gekeken naar het versterkend en verbindend werken met adolescenten. Uit de resultaten blijkt dat er andere vaardigheden nodig zijn om met adolescenten te werken en dat dit om andere interventies vraagt.

7. Wat is de visie van hulpverleners op de effectiviteit van de versterkende en verbindende interventies die ze gebruiken?

De meningen van de cliëntsystemen over wat effectief is binnen methodieken en interventies zijn heel divers. Hieronder enkele voorbeelden:

- Het gebruik van de RET, het werken aan irreële gedachten, met de helpende gedachte. Kijken naar gevoel, gedachten en gedrag;
- Zonder het oplossingsgerichte, het systeemgerichte en het contextgerichte werken slaagt de hulp niet;
- Het geven van inzicht en ze helpen om het vast te houden;
- Gezinsgesprekken zijn effectief in de methodiek, hier komt vaak op tafel wat nog nooit op tafel gelegen heeft;
- De intensieve begeleiding waarmee je in kunt stappen en waarbij je op alle vlakken de 1^e crisis weg kunt werken.

Wat opvalt, is dat wat als effectief gezien of ervaren wordt, per persoon sterk verschilt. Binnen methodiek of interventies worden verschillende dingen genoemd. Daarnaast worden er vaak methodieken genoemd en geen concrete interventies. Binnen de methodieken die genoemd worden is het versterkend en verbindend werken zeker terug te vinden. De interventies die genoemd worden zijn zowel gericht op versterken als op verbinden.

Het lijkt erop dat door de eis van meer kortdurende effectieve zorg, er binnen het Leger des Heils meer praktisch gewerkt wordt en er minder aandacht is voor het verbindend werken, wat uitvoerende medewerkers toch wel als een belangrijk element ervaren. Daarnaast ervaren medewerkers ook een gemis aan toerusting in de vorm van kennis om beter systemisch te kunnen werken.

In de methodieken die bewezen effectief zijn en in de Databank effectieve Jeugdinterventies opgenomen zijn, krijgt zowel het versterkend als het verbindend werken aandacht.

8. Conclusie

Het is duidelijk dat de elementen versterken en verbinden een plek hebben in de visies en methodieken binnen de IAG. Bij de visies zien we dat er niet bewust vanuit de visies nagedacht is over versterkende en verbindende elementen. Bij de beschreven methodieken zien we een verschil in welke versterkende en verbindende interventies er toegepast worden. Iedere instelling heeft een andere focus. Door het werkveldonderzoek zagen we ook verschillen tussen de beschrijving van de methodieken en de uitvoering in de praktijk. Dit komt door de vrijheid in het toepassen van interventies die hulpverleners hebben.

De roep om effectiviteit in de jeugdzorg heeft er toe geleid dat er verschillende trajecten zijn uitgezet die aandacht hebben voor effectiviteit in de jeugdzorg.

In deze bijlage vindt u een overzicht van deze trajecten.

1. Zicht op Effectiviteit

Het project Zicht op Effectiviteit is met financiële steun van het ministerie van VWS en Jeugd en Gezin van 2005 tot en met 2007 in een aantal organisaties voor jeugdzorg uitgevoerd. Het uitgangspunt van dit project was dat effectiviteit zichtbaar moet worden op de plaats van ontstaan, namelijk op de werkvloer van de zorg, in de interactie tussen hulpverleners en cliënten. En tevens dat dit zicht op de effectiviteit vanaf die plaats zijn weg vindt 'hogerop', naar het management en de bestuurders van organisaties, naar regionale en provinciale beleidsorganen, naar het landelijk beleid en naar de wetenschappelijke tijdschriften. Dit resulteert in wat ook wel praktijkgestuurd effectonderzoek wordt genoemd. Hierbij dienen praktijk, beleid en wetenschap geen gescheiden werelden te zijn, maar elkaar te faciliteren, ieder vanuit het eigen belang en interessegebied.

Het project bestond uit twee deelprojecten. Het eerste deelproject had tot doel reeds lopend effectonderzoek op een zestal locaties te versterken en de ervaringen, naast achtergronden en praktische handreikingen vast te leggen in een Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek. Het tweede deelproject had tot doel nieuwe organisaties in te laten stromen. In die organisaties zou praktijkgestuurd effectonderzoek opgezet gaan worden, waarbij vanuit het project ruim een jaar begeleiding geboden werd. (Veerman, Van Yperen, 2008)

2. Erkenningscommissie Interventies

Interventies die mogelijk in aanmerking komen voor de databank Effectieve Jeugdinterventies worden sinds juni 2007 beoordeeld door de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies. De commissie is landelijk en onafhankelijk, dus niet gebonden aan provincies, gemeentes of instellingen, of aan specifieke interventies. De commissie wordt ondersteund vanuit het Nederlands Jeugdinstituut, het RIVM Centrum Gezond Leven en RIVM Centrum Jeugdgezondheid (deelcommissie 2 en 4). De Erkenningscommissie Interventies is in de plaats gekomen van de panels die tot juni 2007 interventies beoordeelden voor de databank.

Op grond van de beoordeling kan de commissie aan interventies een erkenning geven als 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'. Dit gebeurt aan de hand van weloverwogen beoordelingscriteria en volgens een vaste erkenningsprocedure. De commissie geeft ook advies voor de verdere ontwikkeling en evaluatie van beoordeelde interventies. Alle oordelen van de erkenningscommissie zijn openbaar en worden gepubliceerd op internet bij de databank Effectieve Jeugdinterventies. (website *Erkenningscommissie Interventies*)

3. Prestatie indicatoren

Om de resultaten van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg in beeld te brengen is in 2006 een aantal prestatie-indicatoren afgesproken. Gekozen is voor resultaat of uitkomstindicatoren omdat deze een antwoord kunnen geven op de vraag of de hulp zin heeft gehad. Zijn de hulpvragen van de cliënt beantwoord? Is de autonomie van de cliënt versterkt? Is de veiligheid van de jeugdige hersteld? En ten slotte, vormt de jeugdige geen bedreiging meer voor de veiligheid van de samenleving? Dat zijn de kernvragen die met behulp van de prestatie-indicatoren beantwoord kunnen worden.

Er zijn tien prestatie-indicatoren voor de jeugdzorg gedefinieerd. Voor elk van die prestatie-indicatoren is landelijk afgesproken hoe deze gemeten worden, en hoe deze data te verzamelen en registreren. (IPO, 2006)

4. Onderzoeksprogramma Zorg voor jeugd

Dit is een subsidiepot van miljoenen euro's waaruit door ZonMw op een gerichte manier wetenschappelijk onderzoek wordt gefinancierd. De focus is gericht op onderzoek naar ontwikkeling, implementatie, effectiviteit en kosten van jeugdinterventies. De bedoeling is om de 'gaten' in het kennisbestand op dit terrein op te vullen en daarvoor in samenhang aanvullende kennis te ontwikkelen.

5. Actieprogramma professionalisering

Dit programma is onder meer gericht op het verbeteren van beroepsopleidingen die beginnende beroepskrachten voor de jeugdzorg aanleveren, het vergroten van het aantal geregistreerde beroepskrachten en de ontwikkeling van tuchtrecht. Het moet leiden tot een versterking van de beroepsgroepen binnen de jeugdzorg. In het kielzog van het programma wordt een traject opgebouwd waarin de beroepsverenigingen

richtlijnen voor het effectief behandelen van doelgroepen ontwikkelen. In die richtlijnen moeten verschillende bronnen van kennis worden opgenomen (evidence-based, practice-based, expert-based, value-based, cliënt-based). (Van Yperen, 2010)

Bronnen:

Veerman, J.W., & Yperen, T.A. van (red. 2008). *Meer zicht op effectiviteit van jeugdzorg. Eindverslag van het project 'Zicht op Effectiviteit'*. Nijmegen: Praktikon / Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Erkenningscommissie Interventies. Geraadpleegd op 29 maart, 2011, van <http://www.jeugdinterventies.nl/eCache/DEF/1/07/122.html>

IPO, (red. 2006). *Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: Interprovinciaal Overleg.

Yperen, T.A. van (red., 2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

In de databank Effectieve Jeugdinterventies zijn in ieder geval tien interventies binnen de IAG opgenomen. In deze bijlage vindt u een overzicht van deze interventies met een beschrijving (deel 1). En een overzicht van alle mogelijk werkzame factoren (deel 2).

Deel 1 Compleet overzicht

Effectieve jeugdinterventies zijn interventies die erkend zijn als 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief' en in de databank zijn opgenomen.

Een interventie is theoretisch goed onderbouwd als deze op zijn minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt.

Een interventie is waarschijnlijk effectief als uit onderzoek met beperkte bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen. En een interventie is bewezen effectief als uit voldoende onderzoek met sterke of zeer sterke bewijskracht blijkt dat bepaalde doelen er in de praktijk beter mee worden bereikt dan met andere interventies of met niets doen.

1. Beter met thuis (BmT)

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

BmT is een intensief gezinsgericht programma voor kinderen van 6 tot 15 jaar en hun gezinnen. Er is sprake van zodanig complexe problematiek bij de jeugdigen en hun ouders, dat de jeugdigen in het geval dat er geen BmT zou zijn, uit huis geplaatst zouden worden. BmT is gericht op het behandelen van de problemen van de jeugdigen, het ontlasten van ouders en kind, het vergroten van de opvoedingscompetentie van de ouders, het bevorderen van de communicatie binnen het gezin en het optimaal benutten van het sociale netwerk van het gezin. Door middel van het combineren van ambulante en residentiële hulp en het toepassen van elementen uit de gedragstherapie, gezinstherapie, het netwerkgericht werken en het systeemgericht werken, wil men het contact tussen ouders en jeugdige verbeteren, en de competentie van ouders en jeugdige vergroten.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- een coherente combinatie van structurele gezinstherapie, gedragstherapie, leertheorie en de netwerkmethode,
 - welke wordt uitgevoerd binnen een op het gezin afgestemd hulpverleningsprogramma,
 - in zowel de thuissituatie (ambulant) als in de residentiële setting, de leergroep genoemd.
- Uitgangspunt hierbij is dat de ouders verantwoordelijk blijven voor de opvoeding en verzorging van hun kind (eren) en dat hun hulpvraag centraal staat in het hulpverleningstraject.

2. De Versterking

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

De Versterking is een vorm van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT) voor gezinnen met problemen op meerdere fronten. Het programma wil de competenties van de gezinsleden vergroten zodat ze beter functioneren op de relevante ontwikkelingstaken en de veiligheid van het kind gewaarborgd is. De hulp duurt zes maanden, de hulpverlener bezoekt het gezin twee tot drie keer per week thuis.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- Veel aandacht voor opbouwen en onderhouden werkrelatie met het gezin;
 - De hulpverlener richt de hulp op het gezin in de eigen, vertrouwde, omgeving;
 - De hulpverlener laat de ouders de agenda voor de hulp bepalen. Hij werkt samen mét de ouders in plaats van vóór de ouders;
 - De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat, waarbij de mogelijkheden en potentiële bronnen van alle gezinsleden benut worden;
 - De hulpverlener werkt stapsgewijs en opbouwend aan het realiseren van concrete en haalbare doelen;
 - De hulpverlener werkt alleen met informatie die aan het gezin bekend is en (gezien de leeftijd / verstandelijke mogelijkheden van gezinsleden) voor gezinsleden te begrijpen is;
 - De hulpverlener erkent de verscheidenheid tussen gezinnen en respecteert hun culturele en etnische achtergrond en de uiteenlopende normen en waarden die zij hanteren
- De hulp vindt bij het gezin thuis plaats;

- De hulpverlener is gericht op het versterken van de competenties en de mogelijkheden die bij de gezinsleden al aanwezig zijn;
- De hulpverlener zet interventies in die passen bij de wensen en de doelen van de gezinsleden;
- Het versterken en uitbreiden van de vaardigheden van de gezinsleden en indien nodig het (tijdelijk) verlichten van taken;
- Verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen;
- Een grondige analyse van de problematiek;
- Regelmatige evaluatie van de voortgang van de hulp met het gezin en de casemanager van het bureau jeugdzorg.

3. Families First

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

Families First is intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden.

Mogelijk werkzame ingrediënten¹⁵

Families First benut de crisis om veranderingen tot stand te brengen. De gezinsmedewerker is meerdere malen per week in het gezin en 24 uur per etmaal bereikbaar. De gezinsmedewerker biedt praktische hulp als het nodig is om de draaglast te verminderen, richt zich op het aanleren en versterken van vaardigheden en zet het sociale netwerk van het gezin in. De aanpak sluit aan bij de wensen en de behoeften van de gezinsleden en is gericht op competentievergroting.

4. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG)

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

Deze interventie betreft een vorm van IPT, gericht op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meervoudige en ernstige problemen hebben en/of een langdurige hulpverleningsgeschiedenis. Het doel is tweeledig: het kind kan in een veilig gezinsklimaat opgroeien en zich ontwikkelen en de gezinsleden hebben meer vaardigheden om gebruik te maken van hun sociale netwerk. De behandeling duurt gemiddeld vijf maanden, waarin de hulpverlener het gezin twee keer per week thuis op zoekt.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- de hulp wordt bij het gezin thuis verleend;
- de hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin,
- de hulpverlener versterkt de aanwezige krachten van het gezin en breidt deze waar mogelijk uit;
- de hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen;
- de hulpverlener werkt eclectisch en richt zich op de volle breedte van de problematiek;
- de hulpverlening kent een duidelijke fasering en opbouw en wordt op gezette tijden geëvalueerd;
- er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder/ casemanager van bureau jeugdzorg.

5. Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG) – erger voorkomen

Oordeel Erkenningscommissie Interventies: Theoretisch goed onderbouwd.

IOG-Erger Voorkomen wil jeugdigen (8-17 jaar) met beginnend delinquent of normoverschrijdend gedrag en met problematieken op een of meer leefgebieden behoeden voor het ontwikkelen van een criminele loopbaan. IOG-Erger Voorkomen versterkt hiervoor de opvoedingsvaardigheden bij ouders en de sociale en cognitieve vaardigheden van kinderen. De behandeling richt zich op meerdere leefsysteemen van het kind en maakt gebruik van verschillende methodieken. IOG-Erger Voorkomen duurt minimaal 6 weken en maximaal 6 maanden, waarbij de gezinshulpverlener het gezin twee à drie keer per week één à twee uur thuis bezoekt.

¹⁵ Deze interventie is niet opgenomen in de lijst indeel 2, omdat deze interventie ingezet wordt in tijden van crisis situaties, wat niet de doelgroep is die wij geïnterviewd hebben.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- een respectvolle bejegening van ouders en kinderen;
- een multimodale aanpak gebaseerd op sociale informatieverwerkingstheorie, cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie;
- een multisysteem benadering gericht op de jongeren en diens (in)directe leefomgeving;
- een toekomstgerichte aanpak;

gebaseerd op algemeen werkzame factoren (flexibel, in de directe omgeving, accuraat, intensief en afgebakend in tijd).

6. Jeugdhulp Thuis

Oordeel Erkenningscommissie Interventies: Theoretisch goed onderbouwd.

Jeugdhulp Thuis is een vorm van IPT voor gezinnen met kinderen van 0 tot 18 jaar die ernstige en complexe problemen hebben, waaronder opvoedingsproblemen. Doel van de hulp is een aanvaardbare opvoedingssituatie in het gezin te scheppen. De hulpverlener werkt intensief met het gezin samen en probeert vooral de sociale steun rond het gezin te versterken.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- Er wordt gewerkt in de eigen leefomgeving van het gezin.
- Er wordt gewerkt met concrete, meetbare doelen die in een zo vroeg mogelijk stadium worden gesteld.
- De hulpverlening is gericht op concrete problemen en concrete vragen van het gezin.
- De focus ligt sterk op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin.
- De hulpverlener verleent informatiele, emotionele en instrumentele steun die als geprofessionaliseerde sociale ondersteuning fungeert.
- Er zijn evaluaties met alle partijen, op basis van schriftelijke rapportages gericht aan de gezinsleden
- Er is een goede ondersteuningsstructuur voor de hulpverleners met teambegeleiding en werkbegeleiding.

7. Multidimensionele Familitherapie (Multidimensional Family Therapy, MDFT)

Oordeel Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie: Voorlopig erkend.

MDFT is een systeemtherapie aangevuld met bemoeizorg. MDFT is bedoeld voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar die overmatig drugs en/of alcohol gebruiken en daarnaast vaak gedrags- of psychische stoornissen vertonen. Zij zijn op meerdere leefgebieden vastgelopen of dreigen daarop vast te lopen. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere. Het doel van MDFT is het realiseren van een verslavingsvrije leefstijl zonder delict- en ander probleemgedrag, en het verminderen van het risico op (strafrechtelijke) recidive. Een MDFT-traject neemt zes maanden in beslag, met 2 tot 3 sessies per week.

8. Orthopedagogische Video Gezinsbehandeling (OVG)

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

OVG is een vorm van IPT voor gezinnen met opvoedingsproblemen. De communicatie tussen ouders en kind (van 0 tot 18 jaar) is ernstig verstoord, maar verder functioneren de gezinnen nog redelijk. OVG wil een uithuisplaatsing voorkomen of verkorten en de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind vergroten. Daarnaast leren de ouders vaardigheden om de opvoeding beter aan te kunnen.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- OVG vindt in de thuissituatie plaats;
- de hulpvraag van het gezin staat centraal;
- het werken aan de gestelde doelen staat in de behandeling centraal;
- de hulpverlener activeert de gezinsleden en spreekt hen aan op de aanwezige vaardigheden en krachten;
- werken aan de basiscommunicatie is een centraal onderdeel van de behandeling;
- de video wordt systematisch gebruikt;
- er worden gedragstherapeutische interventies ingezet en oefensituaties gearrangeerd;
- waar nodig maakt taakverlichting en psycho-educatie onderdeel uit van de behandeling;
- de hulpverlening kent een duidelijke fasering en opbouw en wordt op gezette tijden geëvalueerd;
- er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder/ casemanager van het bureau jeugdzorg.

9. Praktisch Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG)

Oordeel Panel Jeugdzorg: Theoretisch goed onderbouwd.

PPG is een vorm van IPT voor gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar. De ouders zijn vastgelopen in de opvoeding en de hulp heeft tot doel hun opvoedkundige competenties te versterken. De ouders zoeken hulp bij de opvoeding en hoe om te gaan met de handicap of het gedrag van hun kind. De hulp duurt vijftien tot twintig weken, de hulpverlener bezoekt het gezin een keer per week.

Mogelijk werkzame ingrediënten

- De vraag van de ouders is het centrale uitgangspunt van de hulp;
- De thuisbegeleider en de ouders werken samen aan de hulp en bepalen samen de doelen en de werkwijze van de hulp;
- De hulp is competentiegericht, de thuisbegeleider is telkens gericht op het activeren van de ouders, sluit aan bij hun leerstijl en streeft naar het vergroten van hun probleemoplossend vermogen opdat ze de opvoeding weer zelfstandig kunnen oppakken;
- Naast vaardigheden is PPG ook gericht op de gedachten en de emoties van de ouders die de opvoeding doen stagneren;
- De thuisbegeleider analyseert de problematiek binnen het gezin door zowel naar het kind, de ouders als het gezin in zijn geheel te kijken;
- De thuisbegeleider heeft oog voor de omgeving van het gezin en de mate waarin de ouders op sociale steun kunnen terugvallen;
- De hulp is praktisch, de thuisbegeleider is handelingsgericht en oefent met de ouders in concrete situaties;
- De hulp is methodisch en benadrukt het positieve en dat wat wel werkt,
- De hulp wordt in de thuissituatie verleend waardoor geen transfer van het geleerde nodig is.

10. Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG)

Oordeel Erkeningscommissie Interventies: Theoretisch goed onderbouwd.

WIG biedt gedurende ongeveer één jaar intensieve ambulante hulpverlening in de thuissituatie aan gezinnen met minstens één kind onder de 12 jaar, dat verhoogd risico loopt om delinquent gedrag te ontwikkelen. Bij deze hulpverleningsmethode worden buurtnetwerken geactiveerd. De ouders krijgen weer grip op de opvoedingssituatie en het gezin wordt weer zoveel mogelijk geïntegreerd in de buurt.

Mogelijk werkzame ingrediënten

WIG is een variant van IPT, waarvan er verschillende zijn opgenomen in de databank. In een vergelijkingsstudie van de hand van Mariska van der Steege (2007) worden enkele werkzame elementen genoemd die leiden tot een 'gouden standaard' voor een goede IPT. Vooralsnog bevat deze gouden standaard vier elementen. WIG bevat al deze werkzame elementen:

- de interventie bevat hulp in de directe leefomgeving van het gezin, met een intensieve contactfrequentie van minimaal één keer per week, en is gericht op gezinnen met complexe problemen.
- de interventie sluit aan bij de problemen en wensen van de gezinsleden en bij hun positieve krachten en mogelijkheden. Er is ruime aandacht voor het opbouwen van een werkrelatie, de doelen worden gezamenlijk opgesteld en de hulpverlener stemt zijn technieken en hulpmiddelen telkens af op de doelen. Van der Steege spreekt in dit verband van empowerment.
- het systeemdenken en de sociale leertheorie vormen de theoretische basis. De interventie is in ieder geval gericht op het trainen van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, gedragstraining voor de jeugdige en het activeren en versterken van het sociale netwerk van het gezin.
- de uitvoerende medewerkers volgen een specifieke opleiding voor de interventie. Daarnaast wordt periodiek werkbegeleiding gegeven om de behandelintegriteit te bewaken en om te voorkomen dat er te solistisch wordt gewerkt.

Voor het overige gelden voor de WIG-interventie de volgende werkzame ingrediënten:

- Er is sprake van outreachend en vasthoudend optreden.
- De problematiek van het gezin en van de afzonderlijke gezinsleden wordt in zijn geheel beschouwd en de verschillende aspecten van de problematiek worden in één plan van aanpak benoemd en behandeld door instellingen die deskundig en bevoegd zijn. De gezinsleden krijgen het gevoel dat de verschillende betrokken professionals en instanties elkaar niet tegenwerken maar elkaar juist versterken.

- De interventie bestaat uit verschillende onderdelen die theoretisch zijn onderbouwd. De opeenstapeling van (theoretisch effectieve) interventies verhoogt de effectiviteit van het geheel (Bartels e.a., 2001). WIG bevat interventies gericht op meerdere onderdelen van het gezinsfunctioneren, inclusief het netwerk.
- De interventie is erop gericht de mensen het gevoel terug te geven dat zij zelf tot veel in staat zijn: het geloof in eigen bekwaamheid komt terug. Enerzijds is dit te beschouwen als een uitgangspunt van de interventie, anderzijds is dit een 'ingrediënt' waardoor de werkzaamheid van andere onderdelen van de interventie wordt versterkt

Deel 2 Alle mogelijk werkzame factoren

De mogelijk werkzame factoren	Genoemd bij interventie (getal)
Multimodale aanpak, gebaseerd op diverse theorieën	1, 5, 10
Het hulpverleningsprogramma wordt op het gezin afgestemd	1
<i>Bij residentiële zorg:</i> de hulp wordt zowel thuis als bij de residentiële opvang geboden/toegepast	1
Ouders blijven verantwoordelijk voor hun kind	1
De hulpvraag van de ouders staat centraal in het hulpverleningstraject	1, 2, 9
Er is veel aandacht voor het opbouwen en onderhouden van een werkrelatie	1, 10
De hulpverlener baseert de hulp op het versterken van wat de ouders en de kinderen wél kunnen en van datgene wat al goed gaat	2, 4, 8, 9, 10
De hulpverlener werkt stapsgewijs en opbouwend aan het realiseren van concrete en haalbare doelen	2, 10
De hulpverlener werkt alleen met informatie die aan het gezin bekend is en voor gezinsleden te begrijpen is	2
De hulpverlener erkent de verscheidenheid tussen gezinnen en respecteert hun culturele en etnische achtergrond en de uiteenlopende normen en waarden die zij hanteren	2
De hulp vindt bij het gezin thuis plaats	1, 2, 4, 6, 8, 9, 10
De hulpverlener zet interventies in die passen bij de wensen en de doelen van de gezinsleden	2
Het versterken en uitbreiden van de vaardigheden van de gezinsleden	2
Indien nodig het (tijdelijk) verlichten van taken	2, 8
Verbetering van communicatievaardigheden, vaardigheden om problemen op te lossen en vaardigheden om de cognities en emoties bij gedrag te veranderen	2, 8, 9
Een grondige analyse van de problematiek	2
Regelmatige evaluatie van de voortgang van de hulp (met het gezin en de casemanager van het bureau jeugdzorg en/of andere partijen)	2, 4, 6, 8
De hulpverlener sluit aan bij de vragen en de agenda van het gezin	4, 6, 8, 9, 10
De hulp is concreet, gericht op oefenen en het opdoen van positieve ervaringen	4, 8, 9, 10
De hulpverlener werkt eclectisch en richt zich op de volle breedte van de problematiek	4, 10
Er wordt intensief samengewerkt met de aanmelder van Jeugdzorg/andere partijen	4, 8, 10
Een respectvolle bejegening van ouders en kinderen	5
Een toekomstgerichte aanpak	5
Een multisysteem benadering gericht op de jongeren en diens (in)directe leefomgeving	5

Er wordt gewerkt met concrete, meetbare doelen	6, 8
De focus ligt (sterk) op het vergroten van de sociale steun rondom het gezin	6, 9, 10
De hulpverlener verleent informationele, emotionele en instrumentele steun die als geprofessionaliseerde sociale ondersteuning fungeert	6
De video wordt systematisch gebruikt	8
Er vindt psycho-educatie plaats	8
De hulpverlener analyseert de problematiek binnen het gezin door zowel naar het kind, de ouders als het gezin in zijn geheel te kijken	9, 10
Een intensieve contactfrequentie, van minimaal een keer per week	10
De hulp is gericht op het trainen van opvoedingsvaardigheden	10
De hulp is gericht op gedragstraining van de jeugdige	10
De hulpverlener ontvangt werkbegeleiding	6, 10

Bronnen:

Databank Effectieve Jeugdinterventies. Nederlands Jeugd instituut. Geraadpleegd op 30 maart, 2011, van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/12/951.html>

Steege, M. van der, (2007). *Intensieve pedagogische thuishulp komt tot wasdom, naar een gouden standaard.*
www.nederlandsjeugdinstituut.nl

Ten tijde van de hulpverlening:

1.

Wat is uw leeftijd?
jaar

2.

Wat is uw nationaliteit?

3.

Wat is het hoogste opleidingsniveau dat u gevolgd hebt?

- ☐ Basisschool
- ☐ VMBO
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ MBO
- ☐ HBO
- ☐ WO
- ☐ Anders, nl:

4.

Werkt u?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, betaald
- ☐ Ja, vrijwilligerswerk

5.

In welke branche werkt u?

- ☐ Administratief
- ☐ Bouw/techniek
- ☐ Dienstverlening
- ☐ Commercieel
- ☐ ICT
- ☐ Onderwijs
- ☐ Zorg en Welzijn
- ☐ Anders, nl:
- ☐ N.V.T.

6.

U woont in een:

- ☐ Huur woning
- ☐ Koop woning

7.

U woont in een:

- ☐ Flat
- ☐ 2 onder 1 kap woning
- ☐ 1 gezins woning
- ☐ Vrijstaand huis
- ☐ Anders, nl:

Zoals het nu is:

Wat is uw leeftijd?
jaar

Werkt u?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, betaald
- ☐ Ja, vrijwilligerswerk

In welke branche werkt u?

- ☐ Administratief
- ☐ Bouw/techniek
- ☐ Dienstverlening
- ☐ Commercieel
- ☐ ICT
- ☐ Onderwijs
- ☐ Zorg en Welzijn
- ☐ Anders, nl:
- ☐ N.V.T.

U woont in een:

- ☐ Huur woning
- ☐ Koop woning

U woont in een:

- ☐ Flat
 - ☐ 2 onder 1 kap woning
 - ☐ 1 gezins woning
 - ☐ Vrijstaand huis
- Anders, nl:

8.

Uit welke leden bestaat uw gezin?

Uit welke leden bestaat uw gezin?

9.

Is er sprake van een verbroken relatie?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, scheiding van
- ☐ Ja, overlijden van

Is er sprake van een verbroken relatie?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, scheiding van
- ☐ Ja, overlijden van

10.

Welke hulpverleningsinstanties zijn bij uw gezin betrokken?

Welke hulpverleningsinstanties zijn bij uw gezin betrokken?

Algemene vragen om gesprek over de werking van de hulpverlening te krijgen

We willen weten wat de cliënt als werkzame factor(en) noemt. Hiervoor doen we een open interview. De onderstaande vragen zijn een leidraad om te komen tot een antwoord op deze vraag.

1. Hoe kijkt u terug op de hulpverlening? Wat maakt dat u er zo op terugkijkt?
2. Heeft de hulpverlening uw gezin geholpen? Waarom? Hoe?
3. Wat was het doel van de hulpverlening? Is/zijn deze behaald? Hoe komt het dat deze wel/niet zijn behaald?
4. Wat maakt dat de hulpverlening is beëindigd?
5. Wat of wie heeft ervoor gezorgd dat de hulp is afgesloten? Hoe?

Aandachtspunten:

- Spreekt de cliënt over interventies? Welke interventies noemt de cliënt als werkzaam?
- Welke interventies noemt de cliënt, passend binnen de methodiek?
- Wat weet de cliënt over de methodiek waar hij/zij mee geholpen is?
- Specifieke punten benoemen (voorbeelden).
- (Samenvatten) 'Klopt het dat u deze interventie als werkzaam ervaren hebt?'

Vervolgens gaan we in op werkzame factoren die we vanuit de literatuur zijn tegengekomen. We vragen het cliëntsysteem of de verschillende factoren van invloed zijn geweest en waarom wel/niet.

Therapeutische relatie

6. Wat is uw mening over de rol van de hulpverlener als werkzame factor? Wat maakt dat u er zo over denkt?
7. Zou u de rol van de hulpverlener als werkzame factor noemen? Wat maakt dat u die wel / niet noemt?
8. Hoe belangrijk was de relatie met de hulpverlener voor u in het hulpverleningsproces?
9. Stel dat u hulp via internet gehad zou hebben, zou dat voor u een verschil voor gemaakt hebben? Waarom wel / niet?
10. (Cliënt-hulpverlener relatie heeft geholpen): Welke eigenschappen/technieken van de hulpverlener waren hierin van belang?

Aandachtspunten:

- Wat werkt wel. In hoeverre gaan we in op wat niet werkt?
- De cliënt zo concreet mogelijk laten worden (voorbeelden).

Methodiek

11. Wat is uw mening over de rol van de methodiek als werkzame factor? Wat maakt dat u er zo over denkt?
12. Zou u de rol van de methodiek als werkzame factor noemen? Wat maakt dat u die wel / niet noemt?
13. Hoe belangrijk was de rol van de methodiek voor u in het hulpverleningsproces?
14. (methodiek heeft geholpen): Welke eigenschappen/technieken van de methodiek waren hierin van belang?

Aandachtspunten:

- Elementen verbinden / versterken
- Wat vindt u van de rol van (...) als werkzame factor?
 - dat de gesprekken thuis plaats vinden?
 - dat de hulpverlener aansluit bij de vragen van de cliënt en zijn agenda?
 - dat de hulpverlener aansluit bij de al aanwezige krachten in het gezin?
 - dat de hulpverlening gericht is op concrete problemen en vragen van het gezin?
 - dat de focus zich sterk richt op het versterken van sociale steun rondom het gezin?
 - dat de hulpverlener samen met de ouders werkt aan de hulp en het samen bepalen van de doelen en de werkwijze van de hulp?
- Doorvragen: wat heeft geholpen dan? Waarom wel/niet?

Hoop en verwachting

15. Wat is uw mening over uw eigen inbreng in het hulpverleningsproces?
16. Wat is de invloed van uw eigen hoop / verwachting / motivatie op het hulpverleningsproces? Waarom?
17. Zou u deze factor als werkzaam noemen? Waarom wel / niet?
18. Hoe belangrijk was de rol van uw hoop / verwachting / motivatie voor u in het hulpverleningsproces?

Extratherapeutische factoren

19. Welke factoren waren ook werkzaam buiten de eerder genoemde factoren om?

Aandachtspunten:

- Werk
- Familie
- Sociale contacten
- Buurt
- Opleiding
- Inkomen
- Etc.

Tot slot zijn we benieuwd hoe het cliëntsysteem de rol van de verschillende factoren omschrijft in een verdeling van percentages.

20. Wat is het aandeel van de volgende factoren in het hulpverleningsproces, in percentages uitgedrukt?

- therapeutische relatie
- extratherapeutische factoren
- hoop en verwachting
- methodiek

21. Hebt u nog andere aanvullingen / vragen en dingen die u wilt noemen?

Ten tijde van het hulpverleningstraject:

Respondent Informatie	1 moeder	2 moeder	3 moeder	4 moeder	5 moeder	6.1 vader	6.2 moeder	7.1 vader	7.2 moeder
Leeftijd	34	49	28	30	24	65	67	56	53
Nationaliteit	Nederlandse	Nederlandse	Turkse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse
Opleidings-niveau	VMBO	?	MBO	MBO	Basisschool	MULO	MAVO	HBO	HBO
Werk	nee	nee	nee	nee	Vrijwillig	Pensioen + loondienst	Ja	ja	ja
Branche	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Zorg en Welzijn	Dienstverlening	Zorg en Welzijn	Zorg en Welzijn	Zorg en Welzijn
Woning	huur	huur	huur	huur	huur	huur	huur	koop	koop
Woning	1 gezins	flat	flat	flat	flat	1 gezins	1 gezins	3 – 1 kap	3 – 1 kap
Gezins-samenstelling	Moeder, zoon en dochter	Moeder en zoon (2 dochters zijn al uit huis)	Moeder en zoon	Moeder en zoon (zoon woont tijdelijk elders)	Moeder en dochter	Vader en moeder. Zoon woont in instelling. 2 dochters zijn het huis al uit.	Idem.	Vader en moeder. Geadopteerde zoon in instelling. Geadopteerde zoon thuis.	Idem.

(vervolg)

Respondent Informatie	1 moeder	2 moeder	3 moeder	4 moeder	5 moeder	6.1 vader	6.2 moeder	7.1 vader	7.2 moeder
Verbroken relaties?	Gescheiden van de vader van de kinderen	Gescheiden van de vader van de dochters. Vader van zoon is soms thuis (huiselijk geweld)	Gescheiden van de vader van zoon	Gescheiden van de vader van zoon	Nooit getrouwd met vader van dochter. Ook geen contact.	nee	nee	nee	nee
Betrokken hulp	BJZ, ANW, huiselijk geweld	BJZ	-	Kinderbescherming	BJZ	BJZ en residentiële instelling	Idem.	BJZ en residentiële instelling	Idem.

Zoals de situatie nu is:

Respondent Informatie	1 moeder	2 moeder	3 moeder	4 moeder	5 moeder	6.1 vader	6.2 moeder	7.1 vader	7.2 moeder
Leeftijd	35	50	29	32	25	66	68	56	53
Nationaliteit	Nederlandse	Nederlandse	Turkse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse	Nederlandse
Opleidings- niveau	VMBO	?	MBO	MBO	Basisschool	MULO	MAVO	HBO	HBO
Werk	nee	nee	nee	nee	Vrijwillig	Pensioen en loondienst	ja	ja	ja
Branche	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	Zorg en Welzijn (andere baan)	dienstverlening	Zorg en Welzijn	Zorg en Welzijn	Zorg en Welzijn
Woning	huur	huur	huur	huur	huur	huur	huur	koop	koop
Woning	1 gezins	flat	flat	flat	flat	1 gezins	1 gezins	3 – 1 kap	3 – 1 kap
Gezins- samenstelling	Moeder, zoon en dochter (kinderen wonen bij vader)	Moeder en zoon (2 dochters zijn al uit huis)	Moeder en zoon	Moeder en zoon	Moeder en dochter + hond	Vader en moeder. Zoon woont in instelling. 2 dochters zijn het huis al uit.	Idem.	Vader en moeder. Geadopteerde zoon in instelling. Geadopteerde zoon thuis.	Idem.

(vervolg)

Respondent Informatie	1 moeder	2 moeder	3 moeder	4 moeder	5 moeder	6.1 vader	6.2 moeder	7.1 vader	7.2 moeder
Verbroken relaties?	Gescheiden van de vader van de kinderen	Gescheiden van de vader van de dochters. Uit elkaar met de vader van zoon	Gescheiden van de vader van zoon	Gescheiden van de vader van zoon	Nooit getrouwd met vader van dochter. Ook geen contact.	nee	nee	nee	nee
Betrokken hulp	AMW	geen	geen	geen	Instelling voor PPD-NOS dochter en schuldhulp verlening	BJZ en nu een andere residentiële instelling, oudertraining	Idem.	BJZ en nu een andere residentiële instelling	Idem.

Factor respondent	Hulpverlener	Extratherapeutische factoren	Hoop en verwachting	Methodiek
1	40 %	30 %	15 %	15 %
2	50 %	0 %	25 %	25 %
3	60 %	10 %	10 %	20 %
4	25 %	25 %	30 %	20 %
5	50 %	20 %	15 %	15 %
6.1 man	50 %	25 %	25 %	0 %
6.1 vrouw	75 %	0 %	25 %	0 %
7.1 man	40 %	10 %	20 %	30 %
7.1 vrouw	60 %	10 %	10 %	20 %
Gemiddelde	50 %	14,44 %	19,44 %	16,11 %

31 maart 2011, Ede

Beste familie [NAAM],

Zoals [NAAM HULPVERLENER] al heeft doorgegeven via de telefoon, sturen wij u deze brief.
In deze brief zullen wij ons kort voorstellen en u als gezin om medewerking vragen.

Wij zijn Josianne Terlouw en Marinda Stroober, twee studenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening. We volgen de opleiding aan de Christelijke Hogeschool Ede (CHE). We zitten nu in het laatste jaar van onze opleiding. In het kader van ons afstudeerproject doen wij in opdracht van het Lectoraat Jeugd en Gezin van de CHE onderzoek naar goede gezinsbegeleiding.

Gezinsbegeleiding is een vorm van hulpverlening aan gezinnen. Het is belangrijk dat dit op een goede en helpende manier gebeurt. In ons onderzoek willen wij gaan kijken wat nu helpend is geweest in de gezinsbegeleiding. Het doel is om manieren te ontwikkelen waarop er betere gezinsbegeleiding gegeven kan worden. We willen leren van wat er goed is gegaan in de praktijk. Daarbij is de mening van de gezinnen binnen gezinsbegeleiding enorm belangrijk.

Daarom willen we graag een interview met u houden.

In het interview zullen we beginnen met de kennismaking, zodat u weet wie wij zijn en andersom. Daarna zullen wij u vragen stellen over wat u heeft geholpen in de gezinsbegeleiding.

Het is niet de bedoeling dat we uitgebreid gaan praten over de dingen die u mee gemaakt heeft als gezin en waar u gezinsbegeleiding voor gehad heeft.

Wij zullen u als gezin respectvol behandelen en de informatie die wij horen zullen we geheim houden. Wij zullen na het interview de gegevens uitwerken, maar daarbij niet uw naam en andere persoonsgegevens noemen.

Voor het interview zullen we eerst een verklaring ondertekenen dat we ons aan deze regels zullen houden. Het interview zal in overleg bij u thuis of op een andere plaats gehouden worden en zal ongeveer 1,5 uur duren.

We hopen dat u ons kunt helpen en mee wilt werken aan het interview.

[NAAM HULPVERLENER] zal voor [DATUM, 1 WEEK NA VERSTUREN BRIEF] contact met u opnemen om te vragen of u mee wilt werken. Als u inderdaad mee wilt werken, dan zal [NAAM HULPVERLENER] er voor zorgen dat wij met elkaar in contact komen.

Ook kunt u gelijk contact met ons opnemen. Onze gegevens vindt u onderaan deze brief. Ook voor vragen over bijvoorbeeld het interview, kunt u ons bellen of mailen.

Wij hopen tot ziens!

Met vriendelijke groeten,

Josianne Terlouw en Marinda Stroober

mdstroober@student.che.nl

06 300 321 40 (Josianne)

06 348 101 68 (Marinda)