

# **Een onderzoek naar 1Gezin1Plan in theorie en praktijk**



De wens om samen te werken aan samenwerken

**Universiteit van Amsterdam (UvA)  
Master Opvoedingsondersteuning**

**J.Kranen  
5963095**

**Begeleider UvA:  
Dr. R.G. Fukkink**

**Begeleider De JeugdZaak:  
Drs. A. M van Woudenberg**

## **Abstract:**

### **Health coordination method: 1Family1Plan (1Gezin1Plan)**

The negative critiques of the old style public health service generated a new focus on youth care, ranging from transdisciplinary - and evidence-based working to the importance of implementation. This study explored the health care coordination method 1Family1Plan (1Gezin1Plan) in theory and practice, and identified the extent to which the method is implemented by Dutch professionals regarding the original design. Three different health care organisations participated, by allowing to release their files for research. Also professionals, familiar with 1Family1Plan, were given questionnaires to obtain their perceptions and experiences with the method. Experienced effectiveness and the extent to which they used all principles of the method were also part of the questionnaire. On the basis of a predetermined variables list an analysis was carried out. No significant difference with respect to the degree of completeness, is found in the implementations between the organisations. However, differences are found in the extent of implementation of the main principles. The principle, systematic and purposeful working (“planmatig en gericht werken”) does not forward as prescribed according to the method. Further research into the implementation process of 1Family1Plan is suggested with a special focus on the experiences of the families as well.

**Keywords:** care coordination, implementation, family-centred care.

## Inhoudsopgave

	pagina
<b><u>Abstract</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>Voorwoord</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b><u>1. Inleiding</u></b>	<b><u>5</u></b>
1.1 Team Around the Child	7
1.2 Relevantie van het onderzoek	8
<b><u>2. Beschrijving en achtergrond van 1Gezin1Plan</u></b>	<b><u>9</u></b>
2.1 De zorgcoördinatie van de methodiek 1Gezin1Plan	9
2.2 Tien vergelijkbare methodieken	13
In hoeverre komen de elementen van 1Gezin1Plan terug in vergelijkbare methodieken?	13
Opvallendheden uit de vergelijking	19
Samenvatting van de resultaten	19
2.3 Theoretische achtergrond van 1Gezin1Plan	20
2.4 Het implementatieproces van 1Gezin1Plan	24
<i>Fidelity</i>	27
<i>Completeness of fidelity</i>	29
<b><u>3. Onderzoeksmethode</u></b>	<b><u>31</u></b>
3.1. Dossieranalyse	31
3.1.1 Meetinstrumenten	31
3.1.2 Procedure	34
3.1.3 Analyse	35
3.2 Enquête	36
3.2.1 Onderzoeksgroep	36
3.2.2 Meetinstrumenten	36
3.2.3 Procedure	38
3.2.4 Analyse	38
<b><u>4. Resultaten</u></b>	<b><u>39</u></b>

<i>Beschrijvende gegevens dossieronderzoek</i>	<b>39</b>
<b>Is er significant verschil in de uitvoering van 1Gezin1Plan?</b>	<b>41</b>
Conclusie	<b>41</b>
<b>In hoeverre komen de elementen uit de methodiek terug in het gezinsplan?</b>	<b>42</b>
Conclusie	<b>47</b>
<b>In hoeverre onderschrijven de hulpverleners de zes uitgangspunten van 1Gezin1Plan?</b>	<b>47</b>
<b><u>5. Conclusie</u></b>	<b><u>49</u></b>
<b><u>6. Discussie</u></b>	<b><u>51</u></b>
<b>6.1 Beperkingen van het onderzoek</b>	<b>51</b>
<b>6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</b>	<b>53</b>
<b><u>7. Referentielijst</u></b>	<b><u>56</u></b>
<b><u>Bijlage(n)</u></b>	<b><u>62</u></b>
<b>A Variabelenlijst</b>	
<b>B 1Gezin1Plan format</b>	
<b>C Vragenlijst zorgcoördinatoren</b>	

## Voorwoord

Hierbij presenteer ik u mijn scriptie die geschreven is ter afronding van de Master “Opvoedingsondersteuning” en tevens mijn gehele opleiding aan de Universiteit van Amsterdam. In opdracht van de JeugdZaak is dit onderzoek naar 1Gezin1Plan gestart en begeleid.

Gedurende mijn Bachelorstudie heb ik, naast de ontwikkeling van het kind, altijd al interesse gehad in het creëren van een *effectieve* multidisciplinaire *samenwerking* rondom kind, gezin en de sociale omgeving. Dit bleek regelmatig in de hulpverlening een moeilijk punt te zijn. De methodiek 1Gezin1Plan sluit hier goed bij aan.

Met veel belangstelling en toewijding heb ik dan ook onderzoek gedaan naar de mate van implementatie van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Ik heb mij verdiept in de literatuur rondom dit onderwerp en in de uitvoering hiervan in de praktijk. Het versterken en benutten van de eigen kracht van gezinnen en families is een van de centrale uitgangspunten van 1Gezin1Plan. Het gebruik van de eigen kracht staat op dit moment in de hulpverlening centraal, tenminste het gebruik van het begrip. Of dit daadwerkelijk uitgevoerd wordt, hoe dit daadwerkelijk zichtbaar wordt in de praktijk en welke factoren hierop van invloed zijn is zeker een studie waard.

Voor u ligt deze studie die ik mede dankzij de begeleiding vanuit de JeugdZaak heb kunnen uitvoeren. Dankzij haar ervaren partners met ieder zijn eigen expertise heb ik in een jaar tijd veel mogen leren. In het bijzonder wil ik hiervoor graag Annemiek, Marian, Puck en Zefanja bedanken voor hun inspiratie en enthousiasme voor mijn werk en hetgeen zij mij meegegeven hebben gedurende het proces. Dat de JeugdZaak een collectief is van ervaren en deskundige adviseurs en projectleiders, is mij overduidelijk geworden. Een warm gezelschap boordevol ideeën en expertises.

Ruben Fukkink wil ik eveneens hartelijk bedanken voor zijn oprechte betrokkenheid en enthousiasme van begin tot eind. De verschillende gesprekken en de mogelijkheid om altijd even langs te komen waren een waardevolle toevoeging voor mij. De *sociale omgeving*: mijn vriend, huisgenoot, lieve vrienden, vriendinnen en de Brabantse thuisbasis hebben mij ook ondersteund gedurende het afgelopen jaar. Met behulp van deze blijken van “empowerment” ben ik uiteindelijk tot dit resultaat gekomen.

Veel leesplezier!

## 1. Inleiding

De meeste gezinnen ontwikkelen zich op een gezonde manier en de meeste ouders zijn tevreden over het verloop van de opvoeding; ze voelen zich competent als opvoeder. Dat wil niet zeggen dat de opvoeding zonder problemen verloopt. Meer dan 15 procent van de vaders en 20 procent van de moeders heeft soms wel twijfels over de mate waarin zij de opvoeding van hun kinderen aankunnen (Bucx & De Roos, 2011). Wanneer er sprake is van ernstige opgroei- en/of opvoedingsproblematiek, is er hulp nodig voor de jeugdige en/of voor het hele gezin. Gezinnen waarbij meerdere instellingen en hulpverleners betrokken zijn en die de hulp niet goed op elkaar afgestemd krijgen, kunnen aan de hand van 1Gezin1Plan geholpen worden om de regie weer zelf in de hand te krijgen.

1Gezin1Plan is een coördinatiemethodiek, ontwikkeld door Partners in Jeugdbeleid, voor als de samenwerking tussen de hulpverleners onderling en/of het gezin niet goed verloopt. Er wordt geprobeerd samen, multisystemisch te werken. Indien mogelijk wordt er, gezamenlijk aan tafel gezeten, en door de betrokkenen en de gezinsleden een gezinsplan opgesteld waarin wordt aangegeven wat de doelen van het gezin zijn. De professional is daarbij een (ondersteunende) partner van het gezin, en niet de leider van het proces. Deze opvatting in de hulpverlening is nog relatief nieuw. Samenwerken en praten met gezinnen in plaats van over gezinnen sluit bij deze gedachte aan (Van der Zijden, 2010).

Dergelijke veranderingen, zoals hierboven beschreven is, vinden in het huidige jeugdbeleid plaats en worden langzamerhand ingebed. Per gemeenten zullen er zich verschillen voordoen aangezien het nieuwe beleid erop gericht is de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor een groot aantal voorzieningen, met name de gespecialiseerde jeugdzorg, bij de gemeente neer te leggen (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011). Kortom: de verantwoordelijkheid voor de zorg voor jeugdigen met problemen komt bij de gemeenten te liggen. In het huidige beleid ligt de verantwoordelijkheid voor preventieve zorg reeds bij de gemeente. Deze verantwoordelijkheid zal uitgebreid worden voor de gespecialiseerde zorg.

Er is al, met de komst van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) van Balkenende II, een basis gelegd voor deze transitie in de jeugdzorg. De knelpunten van het jeugdbeleid bestonden onder andere uit onvoldoende aandacht voor preventie, slechte toegankelijke en vaak versnipperde zorg, een onoverzichtelijk aanbod van diensten, onvoldoende coördinatie van zorg, het onvoldoende centraal staan van ouders en kinderen en tot slot een te vrijblijvende samenwerking. Het advies dat uit onderzoek, uitgevoerd door 'Operatie Jong', naar voren kwam was het organiseren van een integraal

jeugdbeleid. Dit heeft zich onder andere vertaald in de ontwikkeling en oprichting van de CJG's (Van Eijck, 2006). Het CJG kan door deze centrale positie in het lokale jeugdbeleid ook een belangrijke rol vervullen in het versterken van de pedagogische civil society. Met het versterken van deze betrokkenheid van burgers bij de opvoeding van kinderen en jongeren in hun omgeving kan veel gewonnen worden (Gemmeke, 2011). Evenals het versterken van de eigen kracht en de autonomie van jongeren, ouders in een gezin en het werken aan het herstel van het gewone leven. Het inzicht dat zorg dichtbij en met name toegankelijk moet zijn is hedendaags een algemeen gedeeld gegeven. Kortom, het versterken van de opvoeding in plaats van deze over te nemen is een nieuw inzicht waar nog veel op ingezet kan worden. Dat vraagt om een andere denk- en handswijze (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011).

Deze vernieuwde visie weerspiegelt zich in de uitgangspunten van de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan. Dit is een methodiek om verschillende hulpverleners en/of dienstverleners, betrokken bij één gezin, te coördineren. Deze visie dient vervolgens door de hulpverlening verspreid, geadopteerd, geïmplementeerd en uitgevoerd te worden (Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2004). Tijdens de implementatie zijn er diverse bevorderende en belemmerende factoren die hierop van invloed zijn, zoals de organisatie en gebruiker kenmerken. In hoeverre en hoe vernieuwingen in de jeugdzorg, zoals 1Gezin1Plan, ingevoerd worden op de manier waarop deze ook daadwerkelijk bedoeld zijn, is een veelbetekenende kwestie om de kwaliteit en betrouwbaarheid van nieuwe interventies en innovaties te waarborgen. Want ondanks de groeiende aandacht voor effectieve interventies in de jeugdzorg blijkt de invoering hiervan in de praktijk nog regelmatig moeizaam te verlopen (Stals, Van Yperen, Reith & Stams, 2009). Vandaar dat in dit onderzoek de lacune met betrekking tot de implementatie van de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan in de praktijk onderzocht is. In hoeverre wordt 1Gezin1Plan daadwerkelijk uitgevoerd zoals in de geest van de methodiek is bedoeld? Want ondanks de vaste methodische uitgangspunten kent 1Gezin1Plan ook verschillen in de inhoudelijke en fysieke verschijning (Van der Zijden, 2010). Zoals de mate waarin het gezinsplan al dan niet volledig ingevuld wordt en het gebrek aan eenduidigheid in het gebruik van het vakjargon en de afspraken rondom de zorgcoördinatie.

Er is nog veel onduidelijk over de mate van implementatie van de kernelementen van deze methodiek in de praktijk. Daarentegen benadrukken Stals e.a. (2009) dat juist deze effectieve en duurzame implementatie van jeugdzorginterventies een belangrijk onderdeel is in het proces naar effectieve jeugdzorg. Er is veel aandacht voor de

ontwikkeling van een methodiek; echter blijkt er voor de invoering hiervan in de praktijk minder oog te zijn. Het is daarom wel de moeite waard om meer onderzoek te doen naar het implementatieproces van een methodiek. Aangezien er weinig kennis beschikbaar is over effectieve implementatie van interventies binnen jeugdzorg, wordt er met dit onderzoek getracht hieraan een bijdrage te leveren waarbij wordt 1Gezin1Plan als uitgangspunt genomen. Om 1Gezin1Plan beter te kunnen positioneren is de methodiek, in dit onderzoek, vergeleken met 10 vergelijkbare methodieken. De verschillende methodieken bevatten in meer en mindere mate de elementen die centraal staan in 1Gezin1Plan.

De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek is de volgende:

- *Hoe wordt 1Gezin1Plan geïmplementeerd?*

Deze vraag is opgedeeld in de hieronder genoemde vier deelvragen. De begrippen worden in hoofdstuk 3 nader toegelicht.

- *In hoeverre komen de elementen terug in vergelijkbare methodieken?*
- *In hoeverre komen de elementen, centraal in de methodiek, terug in het gezinsplan?*
- *Is er een significant verschil in de uitvoering van 1Gezin1Plan?*
- *In hoeverre onderschrijven de hulpverleners de zes uitgangspunten van 1Gezin1Plan.*

### **1.1 Team Around the Child model**

Rond het midden van de jaren '70 is de transdisciplinaire benadering ontwikkeld als reactie op de begrotingsbeperkingen. Met deze nieuwe benadering werd beoogd de tekorten aan personeel en gefinancierde teams te verhelpen. Dit zou gebeuren door kennis en vaardigheden te delen en zodoende ook betere zorg te kunnen verlenen. Deze ontwikkeling leidde tot de transdisciplinaire teams die samenwerken en van elkaar leren (Luscombe, 2009; McGonigel, Woodruff, & Roszmann-Millican, 1994). Het model: “The Team Around the Child (TAC)” is het resultaat van deze verschuiving. Het TAC-concept vertegenwoordigt de transdisciplinaire manier van werken binnen de hulpverlening. Een transdisciplinaire benadering brengt een team van professionals, zowel hulpverleners als ook dienstverleners samen. Het team biedt vervolgens “hulp op



maat” aan het gezin. Gezinsleden zijn hierbij altijd leden van het team en worden behandeld en gewaardeerd als gelijke leden. Ondanks dat alle team leden op een gelijke wijze deelnemen is de familie altijd de uiteindelijke beslisser (Limbrick, 2005). De transdisciplinaire visie is terug te zien in de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Deze Nederlandse versie van zorgcoördinatie is dan ook onder andere afgeleid van het TAC concept.

## **1.2 Relevantie van het onderzoek**

Hoewel transdisciplinair werken in de hulpverlening al sinds de jaren zeventig een opkomend concept is, blijkt de ketenaanpak nog niet goed te werken bij kinderen, jongeren en gezinnen die meerdere problemen tegelijk ervaren (Hermanns, 2012). De ketenaanpak is een samenwerking met verschillende zorgpartijen om de zorg aan jeugdigen en hun gezinnen te verbeteren. De ketenaanpak is vastgelegd in het Convenant Ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning Zuid-Holland Noord. Daarnaast is deze samenwerking versterkt door het maken van duidelijke afspraken. Om hulpverlening voor gezinnen met meerdere problemen alsnog goed te kunnen uitvoeren is de afstemming van de verschillende zorgketens dus noodzakelijk.

Dit onderzoek levert een bijdrage aan het verkrijgen van een beter beeld van de zorgcoördinatie middels de methodiek 1Gezin1Plan. Daarnaast wordt er meer inzicht verkregen in het doel en de uitvoering van zorgcoördinatie zoals overeengekomen in de regionale convenanten in de regio's waar 1Gezin1Plan wordt uitgevoerd. Het onderzoek is een toegepast onderzoek. De opgedane kennis kan worden toegepast in de ontwikkeling en eventuele verbetering van de implementatie van de methodiek. De wetenschappelijke relevantie heeft betrekking op het feit dat er aanwijzingen gevonden kunnen worden over welke elementen, centraal in de methodiek, minder in de praktijk geïmplementeerd worden. Deze resultaten kunnen mogelijk leiden tot aanbevelingen wat betreft de professionalisering -, van de beroepsbeoefenaars in de uitvoering van 1Gezin1Plan en/of , van de handleiding om een eenduidige interpretatie van de “werkzame elementen” te bevorderen.

Daarnaast blijkt dat ondanks de groeiende aandacht voor effectieve interventies in de jeugdzorg de invoering hiervan in de praktijk nog regelmatig moeizaam verloopt (Stals, Van Yperen, Reith & Stams, 2009). Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van nieuwe interventies en innovaties te waarborgen, is het van belang dat vernieuwingen in de jeugdzorg zoals 1Gezin1Plan ingevoerd worden op de manier waarop deze ook

daadwerkelijk bedoeld is. Hier zal dit onderzoek dan ook een bijdrage aan kunnen leveren, met als uitgangspunt de implementatie van 1Gezin1Plan.

## **2. Beschrijving en achtergrond van 1Gezin1Plan**

### **2.1 Zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan**

1 Gezin 1Plan is een methodiek om verschillende hulpverleners en/of dienstverleners, betrokken bij één gezin, te coördineren. De methodiek is gebaseerd op werkzame factoren (zie hoofdstuk 2). Deze werkzame factoren zijn binnen 1Gezin1Plan vertaald naar daadwerkelijke acties van de betrokken hulpverleners en cliënt.

Een voorbeeld hiervan is het gebruik van het gezinsplan. Per gezin wordt, indien mogelijk in samenwerking met de gezinsleden en de zorgcoördinator, een gezinsplan gemaakt waarin alle problemen die in het gezin spelen beschreven worden. In de afsprakenlijst wordt er aangegeven wat de doelen zijn van het gezin en door, voor, en met wie hieraan gewerkt zal gaan worden. Het gezinsplan ondersteunt op deze manier de samenwerking met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn. Het biedt houvast en overzicht aan de gezinsleden, de mensen uit hun netwerk, hulpverleners en dienstverleners die allen een bijdrage leveren aan het plan (Van der Zijden, 2010). Hierbij is er één aanspreekpunt onder de noemer van de zorgcoördinator, voor zowel het gezin als voor de betrokken hulpverleners (Kriek, van den Berg, de Vaan, Witvliet, Idema, & Annema, 2010). De zorgcoördinator is vaak een hulpverlener die reeds betrokken is bij het gezin. Wel moet een hulpverlener competent zijn in het coördineren van een dergelijk zorg proces, hiertoe is niet iedere hulpverlener opgeleid. De zorgcoördinator draagt er, samen met de gezinsleden, zorg voor dat er een gezinsplan komt en dat dit plan op afgesproken tijden wordt geëvalueerd. De zorgcoördinator werkt dus nauw samen met de gezinsleden en inventariseert met hen onder andere welke problemen er zijn en welke doelen de gezinsleden hierin willen bereiken, welke hulpverleners en mensen uit het netwerk van het gezin al een rol spelen, of, en zo ja welke, extra hulp nodig is om de doelen te realiseren. Ook behoort het toetsen van de veiligheid van de kinderen onder de taken van de zorgcoördinator. En indien aan de orde: het bespreken van zorgen over kindermishandeling. Tot slot wordt er van de zorgcoördinator verwacht dat hij/zij adequate beslissingen kan nemen over het opschalen en afschalen van de zorgcoördinatie (Van der Zijden, 2010).

Er zijn drie varianten van zorgcoördinatie te onderscheiden. De specialistische zorgcoördinatie, dit is de meest intensieve vorm van coördinatie. Als tweede, de algemene zorgcoördinatie en tot slot de situatie waarbij gezinnen geen zorgcoördinator nodig hebben: de ouders bewaken zelf de afstemming. De specialistische zorgcoördinatie zal met name nodig zijn bij gezinnen met meervoudige problematiek. Echter, het idee is dat het werken volgens 1Gezin1Plan ook goed mogelijk is met gezinnen waarbij “slechts” twee hulpverleners betrokken zijn, en de probleemsituatie van het gezin mogelijk minder groot is. Het aantal betrokken hulpverleners kan dus van twee tot dertig per gezin variëren, dit is afhankelijk van de probleemsituatie van het gezin (Van der Zijden, 2010). 1Gezin1Plan is een zorgcoördinatiemethodiek waarbij de professional(s) als één team samen met de gezinsleden werken aan het “herstel van het gewone leven”. Hierbij is het kerndoel dat de kinderen in het gezin zich (weer) zonder belemmering of bedreiging kunnen ontwikkelen. Hierbij staan een zestal (methodische) uitgangspunten centraal, dit zijn de volgende: versterken van de zelfregulering van gezinnen, het versterken van het sociaal netwerk, het herstel van het gewone leven, multisystemisch werken, het planmatig en doelgericht werken en continuïteit. Onder de methodische uitgangspunten worden verstaan: het gezinsplan, de betrokkenen bij het gezinsplan, rondetafelgesprekken, attitude van de hulpverlener, transparantie en de afsprakenlijst.

#### *Versterken van de zelfregulering*

Door uit te gaan van de eigen krachten van het gezin en te richten op het versterken daarvan wordt de zelfregulering van het gezin ook daadwerkelijk aangesproken en gestimuleerd. Ouders zouden geholpen moeten worden om vindingrijke, onafhankelijke probleemoplossers te worden (Van der Zijden & Diephuis, 2011). Concreet kan dit in de praktijk verwezenlijkt worden door de gezinsleden bij te laten dragen aan het opstellen van het gezinsplan. Ouders en jongeren zoveel mogelijk zaken zelf te regelen, waar nodig met ondersteuning. Door ouders en jongeren te betrekken bij rondetafelgesprekken of andere vormen van afstemmingsoverleg tussen de betrokken professionals. Gezinnen bepalen hun eigen specifieke doelen en er wordt afgestemd op hun verwachtingen. Ouders beslissen zelf waar ze aan willen werken waarbij de ontwikkeling en veiligheid van het kind een centrale positie heeft (Van der Zijden & Diephuis, 2011).

### *Het versterken van het sociaal netwerk*

Het versterken van het sociale netwerk van het gezin komt overeen met de definitie van “empowerment”. Dit betekent namelijk het helpen van de cliënt met het doel dat de cliënt zo spoedig mogelijk de zaken/problemen zelfstandig kan oplossen. Oftewel het vergroten van de eigen oplossingsmogelijkheden van de cliënt (Van der Zijden, 2010). De hulpverlener kan samen met -, of zonder het gezin nagaan welke krachten in het sociale netwerk van de gezinsleden kunnen worden versterkt. Het doel hierbij is om deze mensen te betrekken bij het gezinsplan. Het versterken van het netwerk zou namelijk bijdragen aan het herstel van het gewone leven en bijdragen aan het voorkomen van terugval na afronding van de zorg (Van der Zijden, 2010). Onder het sociale netwerk worden enkel familieleden, buren, kennissen en vrienden verstaan. Hulp- en dienstverleners vallen hierbuiten.

### *Het herstel van het gewone leven*

Met het herstel van het gewone leven wordt het belang benadrukt van de concrete bijdrage waarmee de hulpverleners iets voor het gezin hebben kunnen betekenen. Bijvoorbeeld het regelen dat de wasmachine wordt gerepareerd (Van der Zijden & Diephuis, 2011). Indien zij heel concreet iets kunnen bijdragen en betekenen voor het gezin, verwerven hulpverleners gemakkelijker vertrouwen en gezag. Zowel bij de gezinsleden als bij de andere hulpverleners (Van der Zijden & Diephuis, 2011; Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010). Vervolgens kan er gemakkelijker samen gewerkt worden aan het herstel van het gewone leven.

### *Multisystemisch werken*

Multisystemisch werken benadrukt het belang om als hulpverlener aandacht te hebben voor en indien nodig in te zetten op verschillende gebieden. De problemen van gezinsleden op de basale leefgebieden kunnen dan in samenhang worden gezien en aangepakt. Er kunnen zich namelijk problemen voordoen op diverse gebieden tegelijkertijd. Voorbeelden van deze verschillende leefgebieden zijn: wonen, werken, inkomen, psychische en fysieke gezondheid en opvoedingsvaardigheden. Daarnaast is het zelf initiatief nemen als hulpverlener en actief met een gezinsplan te werken eveneens een onderdeel van multisystemisch werken binnen de hulpverlening (Anning, Cottrell, Frost, Green & Robinson, 2010; Van der Zijden, 2010).

### *Het planmatig en doelgericht werken*

Door planmatig en doelgericht te werken weten de hulpverleners evenals het gezin wat van hen verwacht wordt, en wat zij van hun collega's kunnen verwachten. Hierbij is het volledig en systematisch invullen van het gezinsplan belangrijk. Als ook het maken van een gezinsplan met concrete doelen, acties en termijnen (Steege, 2008; Van der Zijden, 2010). In de afsprakenlijst wordt aangegeven wie wat doet en wanneer het gebeurt (Bijlage B). Tevens wordt er vermeld welke doelen er zijn gesteld en welke doelen hiervan bereikt zijn. Tot slot bevat het kopje evaluatie en vervolgafspraken de kernpunten uit de evaluatie en de vervolgstappen aan de hand van de oorspronkelijke, en eventueel nieuw geformuleerde, doelen.

### *Continuïteit*

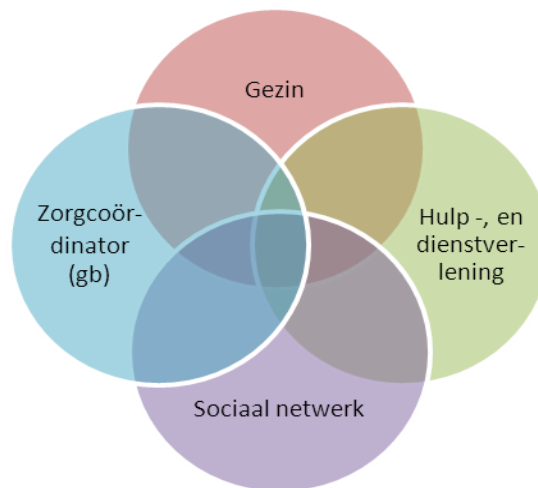
De continuïteit vertaalt zich onder meer in het doen van wat je beloofd hebt, het leveren van je aandeel op het juiste moment. Tevens de zorg dragen dat de vervolgafspraken nageleefd worden, dat iedereen aanwezig is bij de afstemmingsoverleggen en dat er een zorgvuldige afronding en overdracht geschiedt (Van der Zijden & Diephuis, 2011). De hulpverlener creëert een veilige situatie door de cliënt onbevooroordeeld tegemoet te treden en hem te ontvangen zoals hij komt, zonder evaluatie of kritiek, en hem op die wijze te bevestigen in zijn bestaan. Hierbij is de transparantie van de hulpverleners belangrijk. De definitie luidt als volgt: “zijnde de helderheid waarmee men communiceert over wat er innerlijk leeft” aldus Lietaer (1991) en Leijssen (1995). Een vraag is bijvoorbeeld of de hulpverlener zijn/haar zorgen over het gezin ook met de ouder(s) bespreekt, of houdt hij/zij deze voor zichzelf?

Onder de methodische uitgangspunten worden verstaan: het gezinsplan, de betrokkenen bij het gezinsplan, rondetafelgesprekken, attitude van de hulpverlener, transparantie en de afsprakenlijst. Deze methodische uitgangspunten zijn een concretere vertaling van de centrale uitgangspunten voor de praktijk.

Het gezinsplan wordt ingevuld door de zorgcoördinator en indien mogelijk in overleg met de gezinsleden. Vervolgens worden er concrete afspraken gemaakt die in de afsprakenlijst vastgelegd worden aan termijnen. Hierbij is het belangrijk dat de afspraken vanuit het gezin komen aangezien het plan ook van het “gezin” is. Transparantie en een open en eerlijke houding vanuit zowel de hulpverlener als de gezinsleden is hierbij een belangrijk element. Er wordt door middel van gezamenlijk overleg geprobeerd om tot een goede afsprakenlijst te komen. Deze doelen en afspraken kunnen gedurende het

proces aangepast worden. Dit kan bijvoorbeeld in een rondetafelgesprek met de betrokkenen en de gezinsleden samen. De betrokkenen bij het gezinsplan zullen per gezin verschillen. Het kunnen mensen van het sociaal netwerk zijn zoals familie en vrienden evenals de zorgcoördinator, maatschappelijk werker en/of de gezinsvoogd. Model 1 laat de samenwerking tussen verschillende betrokkenen partijen zien.

Model 1: Samenwerken middels 1Gezin1Plan



## 2.2 Tien vergelijkbare methodieken

In deze paragraaf wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre de elementen van 1Gezin1Plan terug gevonden worden in vergelijkbare methodieken. Hierbij is er dus gekeken naar de eigenschappen van 1Gezin1Plan zelf. Aangezien de uitgangspunten van 1Gezin1Plan ook in vergelijkbare methodieken terug te zien zijn, helpt deze vergelijking 1Gezin1Plan beter te positioneren.

Op die manier ontstaat er een beter beeld van de methodiek zelf ten opzichte van het brede aanbod van vergelijkbare methodieken in de jeugdzorg.

### **In hoeverre komen de elementen terug in vergelijkbare methodieken?**

Uit verschillende effectstudies blijkt dat er een aantal werkzame factoren zijn die bijdragen aan een goed resultaat van de hulpverlening. Het gaat hier om de volgende factoren: een goede werkrelatie cliënt en hulpverlener, goede aansluiting bij motivatie van cliënt, evenwicht tussen probleem en omvang van de inzet, goede structurering van

de interventie, voldoende professionaliteit en goede werkomstandigheden van de behandelaar. Deze werkzame factoren gelden voor de gehele jeugdzorg (Hermanns, 2010; Miller, Hubble & Duncan, 2007; Schamhart & Colijn, 2012; Van Yperen & Veerman, 2006).

De zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan heeft, hoewel afgeleid van de hierboven genoemde factoren, eveneens een aantal “werkzame uitgangspunten” die de leidraad vormen voor de methodiek. In Tabel 8 zijn deze uitgangspunten met tien andere methodieken vergeleken. Voor deze literatuurstudie is er bewust gekeken naar vergelijkbare methodieken die in de praktijk in Nederland reeds gebruikt worden. Hierbij vormen de zes centrale uitgangspunten van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan het middelpunt. In Tabel 8 is aangegeven in hoeverre het element wel, niet of enigszins voorkomt in de methodiek waarmee 1Gezin1Plan vergeleken is.

Er zijn veel soortgelijke programma's zoals onder andere Families First, OVG, Beter Thuis, Directieve Thuisbehandeling en Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG) die zich net zoals 1Gezin1Plan voornamelijk richten op multiprobleemgezinnen. Ook richten deze methodieken zich op het bij elkaar houden van het gezin, het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders en het versterken van het sociale netwerk rond het gezin. De coördinatie van de zorg en het multisystemisch werken blijken echter in deze interventies nauwelijks aandacht te krijgen. Vandaar dat deze interventies niet meegenomen zijn in de deze literatuuranalyse.

De volgende 10 methodieken worden hieronder nader toegelicht: Wraparoundcare, Hulp aan Huis (IOG), Gezinscoaching, ‘10’ voor Toekomst, Versterking, Jeugdhulp thuis, Tussen in, Wisselgeld, een Kind een Plan, en Timon/Talita. Voor deze methodieken is gekozen aangezien er jongstleden reeds een gelijkgestemd onderzoek is gedaan door Schamhart en Colijn (2012) waarin zij reeds een analyse gedaan hebben waaruit deze tien methodieken naar voren kwamen. In tegenstelling tot dat onderzoek waar het wraparoundcare model uitgangspunt was, staat in deze literatuuranalyse 1Gezin1Plan centraal.

### *Wraparound care*

Wraparound care (WAC) is afkomstig uit Amerika en al enige jaren in Nederland geïmplementeerd. WAC is eerder een visie op hulpverlening dan een geprotocolleerde interventie of methodiek. Zo is het model goed te combineren met veelgebruikte methodieken, op voorwaarde dat de principes centraal staan. Bij WAC gaat het om het

*systematisch werken*, hierbij staat samenwerken volgens de wensen van het gezin voorop. De hulpverlener kan hierbij zowel de zorg coördineren alsook hulp verlenen. De (ouder) *doelen* en ieders aandeel hierin staan beschreven in het *gezinsplan*. Op deze manier is de ontwikkeling van het gezin te volgen en *de afstemming* tussen verschillende hulpverleners te bewerkstelligen. Het *betrekken en versterken van het sociale netwerk* om een gezin heen, helpt het gezin op termijn verder te kunnen met minder of misschien zelfs zonder professionele hulpverleners. De tien principes die in de WAC in Nederland centraal staan zijn: Gezin spreekt zich uit, Team werk, Netwerkondersteuning, Samenwerking, In de Wijk, Cultureel bekwaam, Op maat, Eigen kracht als basis, Doorzettingsvermogen, en Resultaatgericht (Schamhart & Colijn, 2012).

#### *Hulp aan Huis (IOG)*

De Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, in de Praktijk genaamd Hulp aan Huis, is een vorm van gezinsbegeleiding gericht op het versterken van gezinsleden. Hulp aan Huis is een samenwerkingsverband tussen verschillende hulpverleningsorganisaties. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan maatschappelijk werk en aan gezinsmedewerkers. Op deze manier kunnen hulpverleners ervaringen delen en samenwerken. Daarnaast is er eveneens aandacht voor andere levensgebieden zoals werk, inkomen en justitie. (Brandenburg & Puts, 2002)

#### *Gezinscoaching*

Gezinscoaching is een vorm van tijdelijke zorgcoördinatie. Indien de afstemming van diverse hulpvormen betrokken bij een gezin niet meer werkt, kan er een gezinscoach ingezet worden. Hij/zij zal met het gezin, het breder sociaal netwerk (familie) en de professionals samen de problemen die in het gezin spelen op lossen. De wensen en doelen van het gezin worden in beeld gebracht; daarop wordt er een gezinsplan gemaakt waarin concreet beschreven wordt wie wat gaat doen. Gezinscoaching is gebaseerd op dezelfde principes als het wraparound care- model. Empowerment van het gezin staat centraal, daarnaast wordt getracht het bestaande sociale netwerk erbij te betrekken (Portengen, 2010).



### *'10' voor Toekomst*

Deze hulpverleningsmethode is een vorm van ambulante gezinsbegeleiding voor gezinnen die te kampen met diverse complexe problemen tegelijk. Er zijn tien aandachtspunten die in deze methode centraal staan. Zorgcoördinatie is één van de tien aandachtspunten. Het doel van '10' voor Toekomst is de zelfregulering van het gezin en de gezinsleden.

Daarnaast wordt er op verschillende levensgebieden ingezet om de complexe problematiek aan te pakken en te verminderen (Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg, 2006)

### *Versterking*

De Versterking is een vorm van hulpverlening voor gezinnen met kinderen van 0-18 jaar die te kampen hebben met diverse complexe problemen op verschillende leefgebieden, bijvoorbeeld problemen op het werk, school, gezondheid, gezin, contacten met instanties en/of de financiën. De hulpverlening is gericht op het vergroten/versterken van de zelfregulering van gezinnen (competentie versterking). Een aantal andere kernprincipes zijn: activeren en versterken van het sociale netwerk, doelen formuleren, continuïteit in evaluatie, intensieve contactfrequentie van gezin en hulpverlener (Steege, 2005).

### *Jeugdhulp thuis*

Jeugdhulp thuis is een vorm van hulpverlening van gezinnen met kinderen van 0-18 jaar die ernstige complexe en diverse problemen hebben. Jeugdhulp Thuis biedt intensieve hulp voor het gezin om uithuisplaatsing van één van de kinderen te voorkomen. Er wordt per gezin bekeken wat het gezin nodig heeft (maatwerk) aan hulpverlening en in welke intensiteit dit ingezet dient te worden. Vervolgens ligt de focus op het versterken van de zelfstandigheid, zelfregulering van het eigen gezin. Daarnaast wordt er geprobeerd het breder sociaal netwerk aan te spreken (versterken). Afhankelijk van vragen en prioriteiten die het gezin aangeeft, bepaalt de hulpverlener de inhoud en het verloop van de hulp, het gezin wordt zodoende minder op de eigen kracht aangesproken. De hulpverlener is zelf het belangrijkste instrument in de methodiek (Hermanns, Mordang, & Mulders, 2003).

### *Tussen in*

“Tussen in” is een vorm van hulpverlening aan gezinnen die te kampen hebben met een veelvoud aan complexe problemen op verschillende levensgebieden. Deze vorm van zorg richt zich voornamelijk op gezinnen met een migratieachtergrond. Het doel is hulp bij de

afstemming tussen de betrokken hulpverlening en het gezin zelf (alsook de toeleiding naar de juiste zorg). Daarnaast wordt er eveneens ingezet op het aanpakken van problemen die zich voordoen op diverse levensgebieden. De visie van “Tussen in” is het versterken/stimuleren van de zelfstandigheid van gezinnen, om uiteindelijk als gezin weer de regie over het eigen leven te hebben en aan te kunnen. Tot slot wordt er eveneens gewerkt aan de uitbreiding van het sociale netwerk van het gezin (Heerwaarden, 2010).

### *Wisselgeld*

Wisselgeld is een vorm van hulpverlening waarbij het doel is om binnen het gezin positieve veranderingen te weeg te brengen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van geformuleerde ouder -, kind -, en leefomgeving (hulpverlening) doelen. In de methodiek neemt de afstemming tussen verschillende hulpverleninginstanties wederom een belangrijk positie in. Het contact tussen de gezinnen en de professionals wordt zodoende gecoördineerd door gezinsbegeleiders. De volgende principes bekleden een centrale rol in deze methodiek: integrale aanpak, gezinsondersteuning, regie, dwang, samenwerken, structurerend en systeemgericht (Admiraal, Brandts, de Goede, & Schamhart, 2010)

### *Een Kind een Plan*

De missie van Één Kind één Plan is het beter samenwerken rond gezinnen die kampen met diverse problemen. Het gezin wordt centraal gezet wordt. Het doel dat centraal staat in deze zorgcoördinatie methodiek is: het versterken van het gehele gezin. Het formuleren van doelen door de ouders zelf is een belangrijk onderdeel van deze methodiek. Deze methodiek is overeenkomstig met de methodiek 1Gezin1Plan (Wolswinkel, 2010).

### *Timon/Talita*

Talita is een appartementencomplex waar meiden en tienermoeders, van 16 tot 23 jaar, verblijven met hun kind(eren). Het doel is het versterken van de zelfstandigheid van deze jonge vrouwen, om zodoende de zelfregulering van het gezin te vergroten. Deze methodiek richt zich op het zich eigen maken van de principes van het WAC- model. Het uitgaan van - en stimuleren van de eigen kracht van deze jonge vrouwen neemt een centrale rol in beslag. Er wordt tenslotte eveneens getracht meer *met* deze vrouwen te praten in plaats van *over* deze vrouwen te praten, bijvoorbeeld door samen concrete doelen te formuleren en naderhand gezamenlijk te evalueren (Koning, 2011).

Tabel 8: 1Gezin1Plan vergeleken met 10 bestaande vergelijkbare methodieken

1Gezin1Plan, de uitgangspunten, vergeleken met 10 bestaande methodieken.							
	<b>Versterk Zelf regulering van gezinnen</b>	<b>Draag concreet bij aan herstel v/h gewone leven</b>	<b>Werk Multi-systemisch</b>	<b>Versterk sociaal netwerk</b>	<b>Werk planmatig en doelgericht</b>	<b>Zorg voor continuïteit</b>	Totaal
Wraparound Care	ja	Ja	ja	Ja	ja	ja	<b>6</b>
Hulp aan Huis (IOG)	ja	Ja	ja	enigszins	nee	nee	<b>3</b>
Gezins-coaching	ja	Ja	ja	Ja	ja	ja	<b>6</b>
10 voor Toekomst	enigszins	Ja	ja	Ja	enigszins	nee	<b>3</b>
De versterking	ja	Ja	ja	Ja	ja	ja	<b>6</b>
Tussen in	ja	Ja	ja	Ja	enigszins	nee	<b>4</b>
Jeugdhulp thuis	enigszins	Ja	enigszins	Ja	enigszins	enigszins	<b>2</b>
Wisselgeld	enigszins	Ja	enigszins	enigszins	enigszins	ja	<b>2</b>
Een kind een Plan	ja	Ja	ja	Ja	ja	ja	<b>6</b>
Timon/Talita	ja	Ja	nee	Ja	ja	ja	<b>5</b>
<b>Totaal:</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	

Ja= Er wordt expliciet naar gerefereerd in de beschreven methodiek of werkwijze

Enigszins= Er wordt enigszins naar gerefereerd in de beschreven methodiek of werkwijze

Nee= Er wordt niet naar gerefereerd in de beschreven methodiek of werkwijze

### *Opvallendheden uit de vergelijking*

Tabel 8 laat zien dat een aantal uitgangspunten het vaakst terug komen in vergelijking met de tien verschillende methodieken: het “herstel van het gewone leven”, vervolgens “het versterken van het sociale netwerk” en tot slot op een gedeelde derde plaats “het versterken van de zelfregulering van de gezinnen” en “multisystemisch werken”.

De uitgangspunten die het minst terug komen in vergelijking met de tien verschillende methodieken zijn de “zorg voor continuïteit” en het “planmatig -, en doelgericht werken”. Naar deze punten wordt het minst gerefereerd in de beschreven methodiek of werkwijze. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er, gezien de grote verscheidenheid aan literatuur, een selectie is gemaakt op basis waarvan de literatuuranalyse uitgevoerd is. Dit betekent dat de interpretatie hiervan met enige voorzichtigheid gedaan moet worden.

### *Samenvatting van de resultaten*

In de literatuuranalyse is een element gevonden dat in de methodiek 1Gezin1Plan minder nadrukkelijk voorkomt. In het WAP-model, Jeugdhulp thuis, Wisselgeld en Gezinscoaching wordt bijvoorbeeld veel waarde gehecht aan de relatie van de gezinswerker met het gezin. In de methodiek 1Gezin1Plan lijkt de nadruk minder te liggen op de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt maar meer op de relaties tussen de verschillende betrokken partijen onderling.

Evengoed is er een element dat veelvuldig voorkomt in alle tien de methodieken. Dit betreft “het herstel van het gewone leven”. De ondersteuning is met betrekking tot dit element gericht op de activiteiten omtrent het “gewone leven” oftewel de dagelijkse activiteiten. Hier kan gedacht worden aan hulp bij financiële -, en andere administratieve beslommeringen, opvoedingsondersteuning en/of steun met betrekking tot gezondheid -, school -, en werkmoeilijkheden. Uit onderzoek blijkt dat ouders serieus genomen willen worden en ondersteund in het proces om de ontregeling van het eigen bestaan. Hierbij wil men niet dat de zorg overgenomen wordt. Hulp is tegenwoordig dan ook steeds vaker gericht op het versterken van de eigen krachten en competenties van de ouder(s) (Schamhart & Colijn, 2012). Op deze manier wordt er getracht samen met de ouder en hulpverlener de dagelijkse gang van zaken weer in orde te krijgen onder de regie van de ouder(s) zelf. Deze visie, “het versterken van de zelfregulering van de gezinnen”, bekleedt een centrale plek in de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan.

Er kan geconcludeerd worden dat er uit de literatuurstudie een aantal interessante bevindingen naar voren komen. De zes elementen van 1Gezin1Plan komen in de andere vergelijkbare methodieken terug. De concrete bijdrage aan het herstel van het gewone leven en het versterken van het sociale netwerk komen regelmatig naar voren. Op een gedeelde derde plek staan: het multisystemisch werken en het versterken van de zelfregulering van het gezin. Met betrekking tot de methodiek 1Gezin1Plan betekent dit dat de uitgangspunten alom bekend zijn en in meer en mindere mate in de praktijk gebruikt worden. Dit komt overeen met hetgeen de grondbeginselen van de methodiek ook voorschrijven namelijk dat 1Gezin1Plan gebaseerd is op verschillende “werkzame factoren” die bijdragen aan een goed resultaat in de hulpverlening (Van der Zijden, 2010).

### **2.3 Theoretische achtergrond van 1Gezin1Plan**

In deze paragraaf is de theoretische inbedding van de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan beschreven. Hiermee wordt een beeld gecreëerd van de onderliggende theorieën die ten grondslag liggen aan de methodiek. De volgende theorieën zijn besproken: de empowerment theorie, het community-based werken en het sociaal ecologisch systeem van Bronfenbrenner.

Aan de hand van de grote kennis over werkzame factoren bij de hulp aan ouders, jongeren en kinderen met meervoudige problematiek, zijn er door Van der Zijden (2010) zes uitgangspunten samengesteld. Dit zijn: het versterken van de zelfregulering van gezinnen, multisystemisch werken, het versterken van het sociale netwerk, planmatig en doelgericht werken, zorgen voor continuïteit en tot slot het werken aan het herstel van het gewone leven. Deze uitgangspunten zijn voornamelijk afgeleid van het Team Around the Child model (TAC) en van de algemeen “werkzame factoren” in de jeugdzorg (Luscombe, 2009; Van Yperen, & Veerman, 2006). De zes uitgangspunten vormen onder andere de leidraad bij het werken met gezinsplannen. In Tabel 1 is er aangegeven welk uitgangspunt in verband staat met welke theorie. Gebaseerd op de zes uitgangspunten zijn er ook een aantal methodische uitgangspunten aan de hand waarvan de gezinshulpverlening plaats vindt. In Model 2 zijn de centrale en methodische uitgangspunten, van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan, schematisch weergegeven.

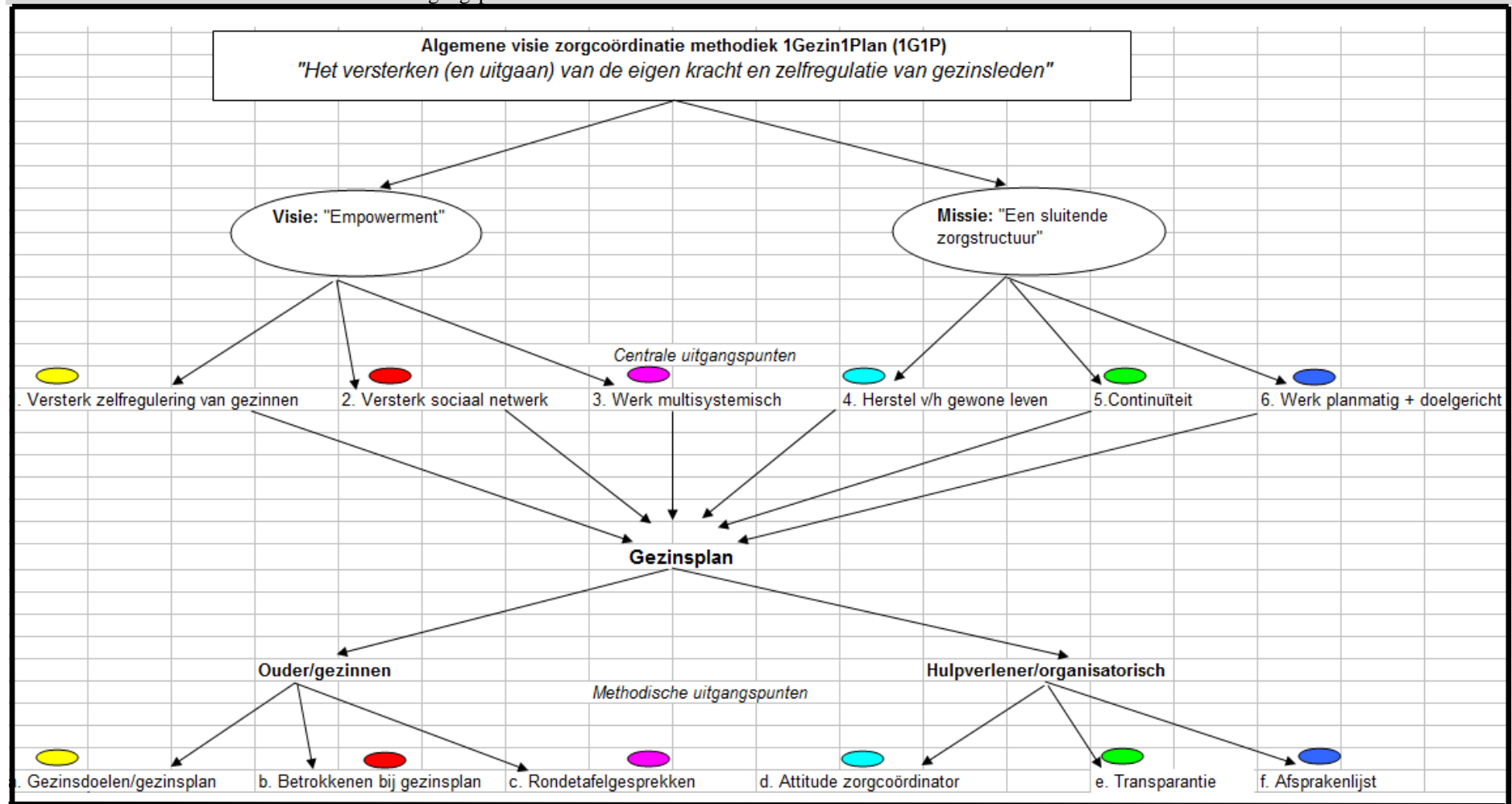
Tabel 1 : Tabel voor de theoretische onderbouwing 1Gezin1Plan

<i>Uitgangspunten</i>		<i>Onderliggende theorieën</i>		<i>Methodische uitgangspunten</i>
1. Versterk de zelfregulering van gezinnen	→	Empowerment theorie	→	1. Gezinsdoelen
2. Werk multi-systemisch	→	Bronfenbrenner model	→	2. Rond de tafel gesprekken
3. Versterk het sociale netwerk	→	Empowerment theorie	→	3. Betrokken(en) bij het gezinsplan
4. Werk planmatig en doelgericht	→	Community-based werken	→	4. Afsprakenlijst
5. Zorg voor continuïteit	→	Community-based werken	→	5. Transparantie
6. “Herstel van het gewone leven	→	Empowerment theorie	→	6. Attitude zorgcoördinatoren
<b>EMPOWERMENT</b>				

Binnen de zes uitgangspunten liggen zoals hierboven besproken is, verschillende theorieën besloten. De volgende uitgangspunten zijn gericht op het versterken van de eigen kracht van het gezin: 1. versterk de zelfregulering van gezinnen, 3. versterk het sociaal netwerk/sociale steun, 6. herstel van het gewone leven. Daarnaast speelt het gedachtegoed “community-based werken in de hulpverlening” ook een rol in de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. De volgende uitgangspunten sluiten aan op deze theorie: 4. planmatig en doelgericht werken en 5. continuïteit. Tot slot ligt het sociaal-ecologisch model van Bronfenbrenner ook besloten in de methodiek. Deze theorie heeft betrekking op het tweede uitgangspunt: multi-systemisch werken. In Tabel 1 zijn de uitgangspunten en theorieën schematisch weergegeven.

Het model van Bronfenbrenner benadrukt het belang van de omgeving voor de ontwikkeling van het kind. Binnen de uitgangspunten van 1Gezin1Plan komt dit dus ook duidelijk naar voren. Zo worden de problemen van gezinsleden op de basale leefgebieden (wonen, werk, inkomen, psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) in samenhang gezien en aangepakt.

Model 2: Model v/d centrale en methodische uitgangspunten van 1Gezin1Plan.



De sociale context speelt eveneens een grote rol in de hulpverlening. Bij het community-based werken staat het sociale netwerk centraal. Interventies zijn community-based wanneer ze worden uitgevoerd bij gezinnen thuis, op school of in bredere lokale programma's. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is de gerichtheid op de hulp van het sociale netwerk rondom het gezin. Men zou kunnen stellen dat men werkt aan het "herstel van het gewone leven" door in het gewone leven met gewone opvoeders (leraren, burens, familie en vrienden) systematisch toe te werken naar de door hen gewenste situatie. Professionals zijn daarbij tijdelijke en deskundige partners die hun kennis en expertise ten dienste stellen van ouders, jongeren en kinderen, zonder dat ze meteen de regie overnemen (Hermanns, 2009).

Tot slot de empowerment theorie, deze theorie is terug te zien in alle zes de uitgangspunten. Empowerment is een veelgehoorde term zonder eenduidige definitie in de literatuur. Dit komt doordat empowerment te beschrijven is vanuit verschillende vakgebieden en benaderingen. Om een duidelijk beeld te creëren van wat empowerment inhoudt is in dit onderzoek gekozen voor de beschrijving van Cattaneo en Chapman (2010). Empowerment is "het bereiken van voorgenomen doelen als een zichzelf herhalend proces, waarbij de doelen indien nodig bijgesteld of geherformuleerd kunnen worden. Dit gebeurt als gevolg van het ondernemen van actie(s) en reflectie van de impact hierop". Het stellen van persoonlijke betekenisvolle en krachtgeoriënteerde doelen is de basis van het model. Dit is eveneens een basisprincipe van de methodiek 1Gezin1Plan. Het is van belang dat het gezin zelf realistische en haalbare doelen leert formuleren en dat deze doelen vervolgens ook centraal staan (Van der Zijden, 2010).

De twee andere basisprincipes van de definitie van empowerment zijn het ondernemen van acties en evalueren van de impact van deze acties in relatie tot het bereiken van het gestelde doel. Cattaneo en Chapman (2010) zien het empowerment proces eveneens als een psychologisch proces met het doel om een attitudeverandering teweeg te brengen. Deze beide principes(visies) komen eveneens overeen met het gedachtengoed van de zorgcoördinatiemethodiek.

Uit de literatuur komt naar voren dat empowerment en vraaggericht werken regelmatig in één adem genoemd worden. Enkele kenmerken van vraaggericht werken worden dan ook in de empowerment gedachte terug gevonden. Een daarvan is de eigen verantwoordelijkheid van cliënten, waardoor een beroep gedaan wordt op "het vermogen van de cliënt om controle over zijn eigen leven te voeren en om zijn problemen op te lossen" (Van Yperen, Booy, & Veldt, 2003, p. 20). Deze gedachte is terug te zien in verschillende visionaire uitgangspunten van 1Gezin1Plan. Namelijk het versterken van de



eigen kracht, de zelfregulering van de gezinnen en het herstel van het gewone leven.

De sociale context (lees: het versterken van het sociale netwerk) wordt in het empowerment model van Cattaneo en Chapman (2010) eveneens geïntegreerd. Met het idee dat het een positieve invloed heeft op het weer grip krijgen op de eigen situatie: het vertrouwen in het eigen vermogen om te slagen in bepaalde situaties. Dit proces is bekend onder de term: self-efficacy (Nachsen, 2004; Resendez, Quist & Matshazi, 2000).

Concluderend kan gesteld worden dat de empowerment theorie, het community-based werken en het sociaal ecologisch model van Bronfenbrenner de theoretische basis vormen voor de (methodische) uitgangspunten van 1Gezin1Plan. Dit betekent voor dit onderzoek dat deze theorieën een centrale positie in zullen nemen bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

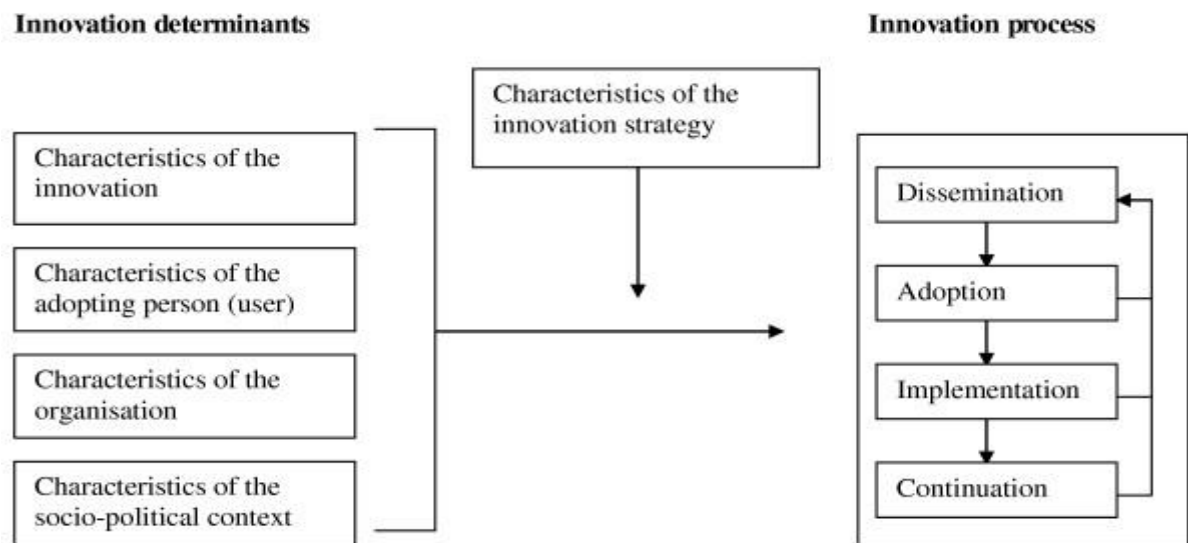
## **2.4 Proces van implementatie**

In deze paragraaf wordt het proces van implementatie van een vernieuwing in de hulpverlening besproken. Tevens wordt er een toepasbaar model over de implementatie van vernieuwingen in de hulpverlening nader toegelicht.

Het is van belang dat een interventie wordt geïmplementeerd zoals deze voorgeschreven is. Om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de interventie te waarborgen.

Ondanks de vaste uitgangspunten kent 1Gezin1Plan desalniettemin verschillen in de uitvoering van de methodiek. Dit is echter niet geheel verwonderlijk aangezien de betrokken kernpartners, met name de regionale en lokale zorgaanbieders, ook per regio verschillen. Deze verschillende betrokken instanties kennen ieder een eigen expertise en belangen (kenmerken van de organisatie). Managers, bestuurders en professionals bekijken hoe er vanuit hun instelling kan worden bijgedragen aan de oplossing van het ontstane probleem. Daarnaast kijkt de hulpverlener, op basis van zijn/haar ervaring, vaardigheden en kennis, hoe het gezin geholpen kan worden (kenmerken van de hulpverlener). Er zijn zodoende een aantal bevorderende en belemmerende factoren die het implementatieproces beïnvloeden. Deze factoren zijn eveneens van invloed op het implementatieproces van 1Gezin1Plan. In Model 3 (Fleuren e.a., 2004) zijn deze factoren te zien.

### Model 3: Model voor vernieuwingen



Bron: "Determinants of innovation within health care organizations", door M. Fleuren, K. Wiefferink, en T. Paulussen, 2004, *International Journal for Quality in Health Care*, 16, p 108. Copyright: 2004 door TNO Prevention and Health.

#### *Toepassing van het model in deze studie*

In deze studie staan de fase van *adoptie* en *implementatie*, beschreven in het model van Fleuren e.a. (2004), centraal. De andere twee fases, verspreiding en continuering zijn in deze studie niet van toepassing. De determinanten die van invloed zijn op het vernieuwingsproces van 1Gezin1Plan zijn de kenmerken van de *vernieuwing*, de kenmerken van de *gebruiker* en van de *organisatie*. De vierde determinant in Model 3, de sociale- politieke context, is niet van toepassing op deze studie.

In het Model 3 (Fleuren e.a., 2004) is een model te zien voor het invoeren van vernieuwingen. Hierbij moeten een aantal fasen doorlopen worden. Dit proces ziet er als volgt uit. Allereerst moet de innovatie worden verspreid (dissemination). Vervolgens zal diegene die de vernieuwing zal gaan gebruiken beslissen in hoeverre hij/zij dit daadwerkelijk wil (adoption). Daarna kan de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing gaan werken en zal duidelijk worden of deze in de praktijk uitvoerbaar is (implementation). Tot slot, wordt in de laatste fase van dit proces, de vernieuwing in de dagelijkse gang van zaken opgenomen en nageleefd (continuation). De transitie van de ene fase naar de andere kan beïnvloed worden door verschillende determinanten, en zodoende stagneren. De determinanten die genoemd worden zijn de sociaal-politieke kenmerken. Een voorbeeld hiervan is de wetgeving, regels en karakteristieken van de

patiënt. Daarnaast worden organisatie - en gebruikerskenmerken genoemd. Kenmerken van de organisatie zouden onder andere beslissingsprocessen binnen een organisatie kunnen zijn, de omvang, en de samenwerking tussen afdelingen en de manier van leidinggeven. De gebruikerskenmerken zijn de kennis en vaardigheden die hij/zij bezit, de verwachtingen en de manier waarop men de steun van collega's ervaart.

Tot slot worden de vernieuwingskenmerken genoemd waarbij onder andere de complexiteit van de innovatie van grote invloed kan zijn, evenals heldere procedures, aansluiting bij bestaande werkwijze, eventuele bezuinigingen en de kwaliteit en effectiviteit.

Om een succesvolle vernieuwing door te kunnen voeren is het van belang bewust te zijn van de verschillende determinanten die per fase een rol spelen. Hiermee kan vervolgens rekening gehouden worden tijdens het proces. Het heeft namelijk directe gevolgen voor de praktijk. Als een interventie niet of gedeeltelijk wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld was kunnen cliënten niet optimaal profiteren van de interventie. En het gaat tenslotte er om dat cliënten baat hebben bij de zorg en begeleiding die geboden wordt. In de gezondheidszorg wordt zodoende veel gewerkt met richtlijnen, echter blijkt dat deze richtlijnen (uitgangspunten) niet vanzelf hun weg vinden naar het dagelijks handelen van professionals en dat aandacht voor implementatie nodig is (Hutschemaekers, 2010; Smolders, Laurant, Duin, Wensing, & Grol, 2006). Volgens de organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie ZonMw vergt de complexiteit van het implementatieproces specifieke kennis (Linden, Cox, Holleman, & Tol, 2010). De uitvoering van een interventie met voldoende "(behandel)integriteit" is van belang. Specifiek opgeleid personeel in de interventie en ervaring zijn van belang voor goede resultaten, met andere woorden: controle op de uitvoering. Al met al kan er geconcludeerd worden dat een goede implementatie dus niet vanzelfsprekend is en dat er tamelijk weinig aandacht voor is (Boendermaker, 2011).

Kortom, het model beschrijft de invloed van verschillende determinanten op de verschillende fasen in een innovatieproces. Belangrijk is hierbij om rekening te houden met het feit dat de gebruiker van de innovatie niet geïsoleerd werkt maar deel is van een organisatie, die op zijn beurt weer deel uitmaakt van een bredere context (Fleuren e.a., 2004). Het is een samenkomst en samenspel van verschillende (f)actoren.

Daarnaast zou men strategieën (zie Model 3) kunnen gebruiken om de verschillende fasen gemakkelijker door te komen en zodoende het vernieuwingsproces te begeleiden. Strategieën voor de eerste twee fasen zouden bijvoorbeeld kunnen zijn: het aantrekkelijker maken van informatie en voorlichting kunnen zijn, evenals het

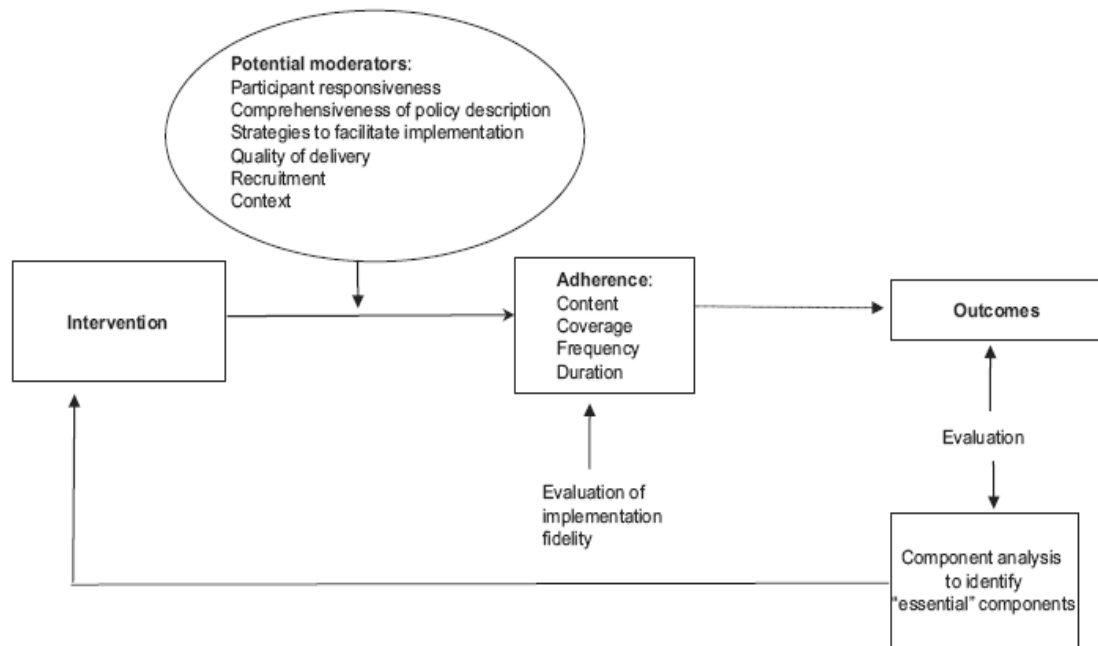
benadrukken van de relevantie van de vernieuwing en de voordelen ten opzichte van de nadelen. Wat betreft de derde en vierde fases zouden kennisvergroting/vaardigheids - training, monitoring, geregelde evaluatie en het bijstellen van de richtlijnen een uitkomst kunnen bieden.

### *Fidelity*

In deze paragraaf wordt ingegaan op het belang van een goede naleving van een interventie. Dit wordt gedaan aan de hand van een model dat hiervoor een raamwerk vormt.

In het proces van implementatie en innovatie in de gezondheidszorg spelen de adoptie - en implementatiefase, beschreven in het model van Fleuren e.a. (2004), een rol. De “fidelity of implementation” oftewel de getrouwe naleving van de interventie neemt dus een centrale positie in beslag. Hieronder wordt het volgende verstaan: “Fidelity of Implementation (FOI) has been defined as the determination of how close the program is implemented according to its original design or as intended “ (Dobson & Shaw, 1993; Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Ruiz-Primo, 2005). Met het citaat wordt bedoeld op de mate waarin de methodiek wordt uitgevoerd zoals in de geest van de methodiek bedoeld is. Deze getrouwheid is bovenal een factor met betrekking tot de hulpverlener op uitvoerend niveau, waarbij voornamelijk de adoptiefase van het implementatieproces centraal staat (Fleuren e.a., 2004).

#### Model 4 : Een raamwerk voor de implementatie van getrouwheid



Bron: "A conceptual framework for implementation fidelity", door C. Carroll, M. Patterson, S. Wood, A. Booth, J. Rick, en S. Balain, 2007, *Implementation Science*, 2, p. 4. Copyright: 2007 door Carroll e.a. BioMed Central Ltd.

#### *Toepassing van het model in deze studie*

Het model van Carroll e.a. (2007) laat zien dat er verschillende moderatoren van invloed kunnen zijn op de getrouwheid van een implementatie van een interventie. In deze studie zijn alle vier de moderatoren van invloed: *strategieën om implementatie mogelijk te maken, de duidelijkheid van de beschrijving van het beleid, kwaliteit van de levering, de reactie van de participant*. De mate van naleving van 1Gezin1Plan gebeurt in deze studie voornamelijk aan de hand van de inhoud, duur en de dekking (volledigheid). De andere twee aspecten (frequentie en duur) zijn in deze studie niet van toepassing. Aan de hand van deze twee subcategorieën wordt de mate van naleving van de implementatie geëvalueerd. Het andere deel van het model is in deze studie buiten beschouwing gelaten.

Het Model 4, is samengesteld door Carroll e.a. (2007), stelt dat succesvol evidence based practice beheerst wordt door onder andere de getrouwheid. Tevens wordt er in het model uitgelegd waarom en hoe de getrouwheid geëvalueerd zou moeten worden. De meting van de getrouwheid is in andere woorden een meting van de mate van naleving (adherence) van het gedachtegoed (theoretische onderbouwing) van een interventie, op verschillende aspecten. Deze meting gebeurt aan de hand van de volgende subcategorieën: inhoud, frequentie, duur en dekking.

De naleving heeft voornamelijk betrekking op de inhoud, duur en de dekking van de interventie. Bijvoorbeeld of de elementen van de interventie ontvangen zijn door de cliënten, zo vaak en zolang als gepland was. Deze subcategorieën zijn in deze studie systematisch onderzocht. Al deze vier factoren zouden systematisch geëvalueerd moeten worden bij een evaluatie van de getrouwheid. In hoeverre een volledige opvolging, een hoge getrouwheid, bereikt wordt kan beperkt/gematigd worden door factoren die het proces beïnvloeden.

Carroll e.a. (2007) benoemen verschillende modererende factoren die, zowel positief als negatief, van invloed kunnen zijn op het implementatieproces in de gezondheidszorg. Dit is in het Model 4 (Carroll e.a., 2007) schematisch weergegeven. Deze factoren staan in interactie met elkaar. Het effect van een factor op de getrouwheid kan beïnvloed worden door een andere modererende factor. Onder de modererende factoren worden verstaan: complexiteit van de interventie, ondersteunende strategieën zoals voorziening van handleidingen, richtlijnen, intervisie en feedback.

Van interventies beschreven tot in het detail wordt verwacht dat zij geïmplementeerd worden met een hogere getrouwheid in tegenstelling tot de interventies met vage beschrijvingen. Opvallend aan het model is niet zozeer de complexiteit maar de veelzijdigheid en reikwijdte van factoren die erop van invloed zijn tot welke hoogte de naleving van een interventie plaats vindt.

Kortom, er zijn voor dit onderzoek naar de getrouwheid van een interventie meerdere goede motieven: dergelijk onderzoek biedt informatie aan onderzoekers en ontwikkelaars over stagnaties in het implementatieproces, zoals over welke belangrijke elementen van een interventie niet geïmplementeerd worden, of over de implementatie van technieken die juist niet bij de interventie passen. Tevens draagt dergelijk onderzoek bij aan de identificatie van de meest problematische aspecten bij de implementatie van een programma. Vervolgens kan met behulp van de verkregen informatie de implementatie van de interventie op het gebied van de training, handleidingen en de programma supervisors verfijnd worden en een bijdrage leveren aan de standaardisatie tussen- en binnen programma-aanbieders (Hasson, 2010).

### *Completeness of fidelity*

Naast de getrouwheid is “completeness” een belangrijk begrip bij de implementatie van een nieuwe interventie. Hieronder wordt de mate van de *volledigheid* van de interventie verstaan. De volledigheid heeft te maken met de mate waarop een methodiek compleet uitgevoerd wordt zoals deze is bedoeld. Dit staat dus in verband met de getrouwheid van

een interventie. Een interventie kan namelijk op inhoudelijk gebied worden uitgevoerd zoals deze bedoeld is echter tegelijkertijd ook op een aantal aspecten niet *volledig* (compleet) uitgevoerd zijn. Kortom, wat is uitgevoerd volgens de richtlijnen van de interventie; echter een deel zou ook nog uitgevoerd kunnen worden voor het bereiken van een zo “compleet mogelijke getrouwheid” van een interventie.

Een voorbeeld wordt gegeven met betrekking tot 1Gezin1Plan. Een volledig dossier, oftewel gezinsplan, moet het toelaten om gegevens op een juiste manier te ontvangen, te openen, te integreren en eventueel te bewerken (Verdonck e.a., 2004). Daarnaast geeft een volledig gezinsplan een chronologisch overzicht van de verzamelde informatie over de verschillende zorgcontacten, afspraken en andere informatie die van belang zijn voor de continuïteit van de zorgverlening. Hierbij kan gedacht worden aan de evaluatie en planning gerelateerde informatie (Pas, Strobbe, & Piette, 2001).

Wanneer een lezer, de cliënt, hulp -, of dienstverlener op eenvoudige wijze kan zien of iets veranderd is in het plan vergroot dit de betrouwbaarheid van het gezinsplan zelf. Tevens vergroot het daarmee de betrouwbaarheid van de behandelintegriteit van de methodiek (Brands, 2006). Vandaar dat de mate van volledigheid in verband staat met de getrouwheid van de implementatie van een interventie. Het bieden van een chronologisch overzicht van verzamelde informatie over verschillende zorgcontacten en afspraken is belangrijk om een helder en volledig overzicht te krijgen van de fase waarin het gezin zich bevindt, binnen het hulpverleningsproces. De mate van *volledigheid* waarin een gezinsplan de meest relevante gegevens verzameld loont de moeite voor een effectieve digitale uitwisseling van het gezinsplan met de verschillende betrokken hulp -, en dienstverleners. (Brands, 2006; Pas, Strobbe, & Piette, 2001)

In deze studie is gekeken in hoeverre de getrouwheid van de implementatie van 1Gezin1Plan *volledig* uitgevoerd is. Met andere woorden: in hoeverre zijn de centrale uitgangspunten van de methodiek *nageleefd*, zoals de methodiek voorschrijft, en in welke mate gebeurt dit *volledig*? Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat deze studie enkel *op basis van de gezinsplannen is uitgevoerd*. De resultaten zullen dus met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

### 3. Onderzoeksmethode dossieranalyse

#### 3.1 Dossieranalyse onderzoek

In deze studie wordt er aan de hand van een dossieranalyse onderzoek getracht een beter beeld te krijgen van de mate van implementatie van de kernelementen van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Onder de kernelementen van 1Gezin1Plan worden de zes (methodische) uitgangspunten verstaan. Deze uitgangspunten worden beschreven in de “handleiding gezinsplan”, geschreven door Partners in Jeugdbeleid (2011). Het onderzoek is gedaan aan de hand van een zelf opgestelde checklist voor de analyse van de verschillende gezinsplannen, op basis van de zes centrale uitgangspunten van 1Gezin1Plan: versterken van de zelfregulering van gezinnen, versterken van het sociale netwerk, multisystemisch werken, herstel van het gewone leven, continuïteit en het planmatig en doelgericht werken. Belangrijk hierbij is het benoemen van het feit dat deze gezinsplannen ingevuld zijn door de hulpverlener(s) waardoor de informatie uit het gezinsplan enkel met uiterste nauwkeurigheid en zorgvuldigheid bezien kan worden in relatie met de bredere context.

##### 3.1.2 Meetinstrumenten

Gezien de mate van ongedwongenheid en flexibiliteit met betrekking tot de inhoudelijke vormgeving van de centrale uitgangspunten van 1Gezin1Plan, zijn in dit onderzoek een aantal kernbegrippen gedefinieerd en gehanteerd. De definities van deze begrippen zijn gebaseerd op het gedachtengoed van Partners in Jeugdbeleid over de werkwijze 1Gezin1Plan in combinatie met de uitgangspunten beschreven in de handleiding door Van der Zijden (2010). Het betreft onder andere de definities van de volgende *centrale begrippen* in het 1Gezin1Plan- gezinsplan en de *uitgangspunten* zoals: de algemene missie, de visie, het gezinsplan, gezinsdoelen, de afsprakenlijst, de betrokkenen, het bredere sociale netwerk, een rondetafelgesprek, de rol en de attitude van de zorgcoördinator, transparantie. Deze definities zijn in de variabelenlijst in Bijlage A te zien. De variabelenlijst is tevens het uitgangspunt geweest bij de ontwikkeling van de checklist, aan de hand waarvan de gezinsplannen systematisch geanalyseerd zijn.

De checklist is daarnaast opgebouwd aan de hand van het 1Gezin1Plan-gezinsplan format. Dit *format* bestaat uit drie *onderdelen*. Dit zijn: 1) de Gezinsdoelen, 2) de Betrokkenen en tot slot 3) de Afsprakenlijst. In de checklist zijn aan ieder onderdeel



een aantal vragen geclusterd. Deze vragen hebben betrekking op het onderdeel en op de elementen die binnen de zorgcoördinatie methodiek centraal staan. Deze vragen zijn enkel gericht zijn op de inhoud van de methodiek. Hierbij staan de volgende methodische uitgangspunten centraal: 1) gezinsdoelen ( $\alpha=.86$ ), 2) betrokkenen bij het gezinsplan (.70), 3) rondetafelgesprekken ( $\alpha=.69$ ), 4) afsprakenlijst, 5) attitude zorgcoördinatoren en tot slot 6) de transparantie ( $\alpha=.85$  (zie Model 2.1.2)). De Cronbach's alpha is een maat voor interne consistenties van items van een vragenlijst. De waarde van alpha is een indicatie voor de mate waarin een aantal items in een test hetzelfde concept meten. Bij een alpha van 0,70 of hoger kan de vragenlijst gebruikt worden. De items op punt 1 hebben een Cronbach's alpha van .86 waarmee het een goed betrouwbare schaal is (zie Tabel 2). Punt vier en vijf hadden een lagere Cronbach's alpha van beneden de 60 (respectievelijk: .59 en .58). Ook bevinden zich zoals te zien is in het format, in Bijlage B, een aantal subonderdelen. Hier zijn eveneens een aantal vragen aan gekoppeld, zoals de vragen over de start en einddatum bij het onderdeel van de Afsprakenlijst.

Tabel 2: Betrouwbaarheidsanalyse voor de methodische uitgangspunten van 1Gezin1Plan:

Uitgangspunt	Aantal items (n)	Cronbach's alpha
1. Volledigheid ("completeness")	19	0,83
2. De getrouwheid ("fidelity"):		
2.1. Gezinsdoelen	8	0.86
2.2. Betrokkenen gezinsplan	7	0.70
2.3. Rondetafelgesprekken	6	0.69
2.4. Afsprakenlijst	11	- *
2.5. Attitude v/d zorgcoördinator	7	- *
2.6. Transparantie	14	0.85

\* (-) = een Cronbach's alpha van  $< .60$ .

Voor de beantwoording van de eerste en derde onderzoeksvragen, gericht op de *implementatie*, zijn de vragen in de checklist gebruikt met het oog op de inhoud van de methodiek gebruikt. De eerste onderzoeksvraag luidt: *"In hoeverre komen de elementen, centraal in de methodiek, terug in het gezinsplan?"* Door middel van de checklist is ieder element per gezinsplan geteld en geanalyseerd. Onder de meest succesvol geïmplementeerde elementen vallen de elementen die, blijkens het gezinsplan, het meest gebruikt worden. Deze elementen worden het vaakst genoemd en/of als een positief en zinvol element afgeschilderd in het gezinsplan. Voor de minst succesvol geïmplementeerde elementen geldt het tegenovergestelde. Deze elementen worden het minst vaak genoemd en/of hebben een minder positieve of een negatieve ervaring achtergelaten, zo blijkt uit het gezinsplan.

De derde deelvraag luidt: “*is er een significante variatie in de uitvoering van IGezinIPlan?*” Voor de beantwoording hiervan is gekeken wie de zorgcoördinator is en van welke instelling hij/zij afkomstig is. De vraag of er een significante variatie is tussen de persoon/instelling die het gezinsplan invult met de volledigheid van het plan, staat centraal. De volledigheid van de gezinsplannen is getoetst aan de hand van een zestiental vragen die betrekking hebben op de compleetheid van het gezinsplan. De Cronbach’s alfa ( $\alpha$ ) is goed ( $\alpha = .83$ ).

Per gezinsplan, zijn per onderdeel (1. de gezinsdoelen, 2. de betrokkenen, 3. de afsprakenlijst) de vragen gescoord in de vorm van breuken. Wanneer er bijvoorbeeld 7 betrokkenen werden opgeschreven waarvan slechts 4 namen volledig werden ingevuld, was de compleetheid van de betrokken m.b.t. “de namen” 4 van de 7 (4/7). Vervolgens werd er aan de hand van een vooraf opgestelde grenswaarde per *onderdeel* gescoord op voldoende (=1) of onvoldoende (=0). Gedurende de dataverzameling is dus de mate van compleetheid per element berekend en opeenvolgend gescoord (0 of 1). De score “voldoende” werd toegekend indien er voor de variabele op een nominale schaal (1 t/m 7) afgerond 80% was ingevuld. Deze grenswaarde is arbitrair op 80% gesteld. Er werd op hele getallen afgerond. Vanaf 3.5 naar boven toe (=4) en de getallen onder 3.5 worden naar beneden afgerond (=3) (Tabel 3). Indien niet aan deze criteria werd voldaan, werd er op dat onderdeel gescoord als “onvoldoende” (=0) op het gebied van de volledigheid.

Tabel 3: De grenswaardes, per item aantal, voor de score van een voldoende op de mate van volledigheid.

Aantal items	Voldoende (=80%)
2	2
3	2
4	3
5	4
6	5
7	6
8	6
9	7

Bij items waarvan geen totaal aangegeven kon worden, zoals bijvoorbeeld bij de vraag op het format naar “het aantal aanwezigen” werd er gescoord op de afwezigheid van de gegevens. Hierbij gaat het dus om het aantal matrixen die niet zijn ingevuld per onderdeel (N.B: en wel ingevuld hadden moeten zijn). Een voorbeeld is het ontbreken van een telefoonnummer van een wel opgeschreven betrokkene. Indien er onder de vraag op het gezinsplan format “namen van de gezinsleden en de leeftijd van de kinderen” geen

antwoord gegeven werd is de mate van de volledigheid hiervan eveneens onvoldoende (=0). Dit gold ook voor gezinsplannen waarbij onder het kopje “betrokkenen” niets was ingevuld en/of verschillende telefoonnummers of namen niet werden ingevuld. Op de manier zoals hierboven beschreven is er gekeken in hoeverre de centrale elementen voldoende of onvoldoende naar voren komen in de gezinsplannen.

### **3.1.3 Procedure**

In dit onderzoek zijn er drie verschillende zorgaanbiedende instellingen betrokken. Dit zijn MEE, Kwadraad en Bkk.

MEE is een organisatie waar deskundige mensen werken die helpen en adviseren op verschillende gebieden zoals: opvoeding, onderwijs, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer en vrije tijd. MEE helpt bij het maken van moeilijke beslissingen en bij het vinden van de weg in de brede zorginfrastructuur in Nederland. Deze ondersteuning is gericht op alle mensen met een handicap, functiebeperking of chronische ziekte (<http://www.mee.nl/>). Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen (Bkk) is onderdeel van de GGD Hollands Midden. Bkk helpt kinderen die opgroeien bij ouders met psychiatrische of verslavings-problemen. Daarnaast zorgt Bkk dat de verschillende betrokken hulpverlenende instanties goed samenwerken met elkaar (<http://www.ggdhmn.nl/>). De derde organisatie, genaamd Kwadraad Maatschappelijk werk, verleent hulp op maat, dit is hulp die afgestemd wordt op de behoeften van iedere cliënt. Ze benadrukken het belang van de inzet (betrokkenheid) van de sociale omgeving van mensen. Het doel vanuit Kwadraad is om mensen te helpen en te ondersteunen zodat ze zelfredzame burgers zijn van de samenleving (<http://www.kwadraad.nl/>).

Deze instellingen werken allemaal met de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Om de respondenten, in dit geval de instellingen, te benaderen zijn de contacten gebruikt van de Academische Werkplaats Jeugd (AWPJ) in Leiden. De AWPJ is een structurele samenwerking van onderzoek, praktijk, beleid en opleidingen. ZonMw stimuleert deze structurele samenwerking en uitwisseling van kennis tussen de verschillende partijen (Verschoor, 2011). De werving van de respondenten is verlopen in samenwerking met de AWPJ.

Middels een uitnodigingsbrief per email is er gevraagd om deel te willen nemen aan het onderzoek. Van de vijf zorginstellingen (Bkk, Kwadraad, MEE, Valent en Bjj) die benaderd zijn hebben er drie instellingen toegezegd deel te willen en kunnen nemen

aan het onderzoek. Twee instellingen konden wegens niet nader toegelichte redenen niet deelnemen.

Per instelling zijn er vijftien *recent afgesloten* gezinsplannen (n=15) *random* vrijgegeven die vervolgens aan de hand van een vaste vooraf opgestelde checklist geanalyseerd zijn. Deze gezinsplannen (n=15) zijn afkomstig uit het totale zorgdossier van het gezin per instelling. De analyse is echter enkel uitgevoerd op het gezinsplan van “1Gezin1Plan” en niet op het gehele dossier. Hiervoor is gekozen om ervoor te zorgen dat de focus van het onderzoek, namelijk de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan, de centrale plek binnen het onderzoek blijft vervullen. In totaal zijn er 45 gezinsplannen bekeken en zijn deze allemaal (n=45) binnen de muren van de betrokken instelling digitaal geanalyseerd. De gezinsplannen zijn immers enkel in een digitaal registratiesysteem opgeslagen. De onderzoeker is naar de instelling gegaan en heeft daar een geheimhoudingsverklaring ondertekend. Vervolgens heeft de onderzoeker bij iedere instelling gemiddeld een week intern de gezinsplannen geanalyseerd aan de hand van de checklist.

### **3.1.4 Analyse**

Voor de presentatie van de achtergrondgegevens is gebruik gemaakt van frequentietabellen. Tevens zijn de gemiddelden, standaarddeviaties en percentages van de verschillende uitgangspunten (zie Tabel 3.1.3a) berekend en vergeleken.

Voor de beantwoording van de eerste deelvraag: “*in hoeverre de elementen, centraal in de methodiek, terug komen in het gezinsplan*”, is met een multivariate analyse in SPSS bekeken of de elementen significant verschillen in de mate van implementatie in de praktijk. Met behulp van de multivariate analysetechnieken kan gecorrigeerd worden voor de mogelijke invloed van variabelen (ervaring hulpverlener, type organisatie) op de uitkomst hiervan.

Voor de derde deelvraag: “*is er een significante variatie in de uitvoering van 1Gezin1Plan?*” zijn er verschillen tussen de instelling berekend om de samenhang tussen twee variabelen te toetsen. Daarnaast is aan de hand van een (enkelvoudige) variantie analyse onderzocht of de persoon of organisatie die het gezinsplan invult significant samenhangt met de mate van volledigheid van het plan.

## 3.2 Enquête

In dit tweede kleinere aanvullende deel van het onderzoek is aan de hand van een vragenlijst geprobeerd meer inzicht te verwerven in de mate van implementatie van de kernelementen van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Ook is er getracht een beter beeld te krijgen van de ervaringen van zorgcoördinatoren die bekend zijn met deze methodiek. De zes (methodische) uitgangspunten van 1Gezin1Plan zijn in deze vragenlijst uiteengezet.

### 3.2.1 Onderzoeksgroep

De deelnemers zijn zorgcoördinatoren uit Zuid Holland Noord die bekend zijn met de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan. Dit is een kleine steekproef van het totaal aantal zorgcoördinatoren in Zuid Holland Noord. De werving is gericht op deze regio aangezien er grote verschillen zijn met betrekking tot de implementatie van de methodiek in de verschillende regio's in Nederland<sup>1</sup> (Van der Zijden, 2010). De focus van dit onderzoek ligt namelijk niet op wat de verschillen zijn tussen de regio's maar hoe de methodiek al dan niet volledig geïmplementeerd wordt. De regio Zuid Holland Noord werkt daarnaast het langst van alle regio's met 1Gezin1Plan en heeft dus de meeste ervaring met deze methodiek. Er mag daarom verwacht worden dat de methodiek geïmplementeerd is zoals oorspronkelijk beoogd is.

### 3.2.2 Meetinstrumenten

Er is gebruik gemaakt van de Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE) voor gezinshulpverleners. De BESTE is een vragenlijst om de cliënttevredenheid en de ervaren effecten van ontvangen hulp te meten. In de vragenlijst voor de *gezinshulpverleners* gaat de interesse uit naar wat de gezinshulpverlener na afsluiting van de geboden Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling vindt. Er is gevraagd naar de mening over het resultaat van de behandeling op kind en gezin en over de tevredenheid over de geboden hulp. De BESTE is ontwikkeld door de Meyer, Janssen en Veerman (2004). De vragenlijst is ontstaan vanuit vragen uit de praktijk van de jeugdzorg met

---

<sup>1</sup> De gemeenten in Zuid Holland Noord: Alphen aan de Rijn, Hillegom, Kaag en Braasem, Katwijk, Leiden, Leiderdorp, Lisse, Nieuwkoop, Noordwijk, Noordwijkerhout, Oegstgeest, Rijnwoude, Teylingen, Voorschoten en Zoeterwoude.

betrekking tot evaluatie onderzoek. De vragenlijst kan naar wens worden uitgebreid met vragen van de betreffende hulpverleningsinstelling (de Meyer, Janssen & Veerman, 2004). Een voorbeeldvraag luidt: “*is het gedrag van het kind (of van de kinderen) veranderd ten gevolge van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan*”? en “*kunt u ook aangeven waardoor deze verandering (of stilstand) is veroorzaakt*”? Van de eerste vier vragen is de betrouwbaarheid goed (.80). De overige vragen in de vragenlijst vormen geen schaal waardoor de betrouwbaarheid niet berekend kan worden.

De constructvaliditeit is ook onderzocht en is voldoende bevonden (Meyer e.a., 2004).

Voor dit onderzoek is de BESTE, die uit een negental vragen bestaat, gebruikt in combinatie met een zelf opgestelde vragenlijst, waarbij de principes van de zorgcoördinatiemethodiek van 1Gezin1Plan de domeinen van de vragenlijst vormen. Ieder domein is aan de hand van gemiddeld 3 items gemeten. Hierbij staan de belevingen en de ervaringen van de hulpverleners met de zorgcoördinatie methodiek centraal. Deze aanvullende vragenlijst bestaat uit 19 vragen, wat de totale vragenlijst samen met de 9 BESTE vragen op 28 vragen brengt. De beleving en ervaringen over het samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan is gemeten aan de hand van een zevental vragen op onder andere een 5 puntsschaal (van 1=slechter tot 4=goed vooruit gegaan, en 5= anders). Een voorbeeld van deze vragen is: “Heeft de werkwijze 1G1P bijgedragen aan het herstel van het gewone leven van het gezin?”. Ook zijn er vragen gesteld aan de hand van een 4 puntsschaal (1= beslist niet tot 4= heel veel) zoals: “Ik kan een rondetafelgesprek voorzitten”. Tevens zijn er 5 meerkeuze vragen gesteld. Er werd bijvoorbeeld een vraag gesteld met betrekking tot de *afsprakenlijst*, waarbij de respondent kon aanvinken wat bij hem/haar van toepassing was (onbekend begrip, bekend begrip, heeft het gezin geholpen, heeft geholpen de gezinsdoelen concreet en duidelijk te maken).

Tot slot is er gevraagd een gemiddeld rapportcijfer te geven, op basis van een schaal van 0 t/m 8, over de werkwijze 1Gezin1Plan. De verschillende elementen zijn voornamelijk aan de hand van diverse losstaande vragen getoetst, aangezien de meeste vragen geen schaal vormden. Een aantal voorbeeldvragen en stellingen zijn: “*hoe verliepen de afspraken met de verschillende zorgverleners/instanties*”? en “*ik heb gewerkt aan het betrekken van vrienden, kennissen, familieleden en/of burens van het gezin*” en tot slot “*door wie zijn de doel(en) in het gezinsplan! opgesteld*”?

### 3.2.3 Procedure

De vragenlijsten voor de hulpverleners zijn per post verstuurd. De respondenten die de vragenlijsten per post toegestuurd hadden gekregen, werden vriendelijk verzocht de vragenlijst in te vullen en vóór de daarop vermelde terugzenddatum via een port vrije enveloppe naar de Universiteit van Amsterdam te retourneren. Het invullen van de vragenlijst nam 15 minuten in beslag.

Er zijn 30 vragenlijsten verstuurd, waarvan er 16 zijn geretourneerd. Hiervan waren er 5 niet volledig ingevuld waardoor deze niet mee genomen konden worden in de analyses.

Er is gewerkt met *active informed consent*: de respondenten hebben van tevoren alle informatie over het onderzoek gekregen om de beslissing te kunnen nemen om wel of niet deel te nemen aan het onderzoek (Bryman, 2008). Hierin is het doel van het onderzoek verteld en is het onderzoeksproces ook verder uitgelegd. Op deze manier hebben de respondenten vrijwillig kunnen deelnemen aan het onderzoek. Daarnaast is hen aangeraden om de vragenlijst geheel te doorlopen, maar zij zijn hier niet toe verplicht. Ze konden de beantwoording van bepaalde vragen weigeren en ten allen tijde hun medewerking aan het onderzoek staken.

### 3.2.4 Analyse

Voor de analyse met betrekking tot de vierde en laatste onderzoeksvraag: “*in hoeverre onderschrijven de hulpverleners de zes uitgangspunten van IGezinIPlan?*” is er gebruik gemaakt van de frequentietabellen en descriptieve analyses. Aan de hand van de verschillende schalen (zie Tabel 2) is gekeken in hoeverre een uitgangspunt wel of niet uit de gezinsplannen naar voren komt. Ook zijn er losse items (vragen) gebruikt die gezamenlijk geen betrouwbare schaal vormden maar wel als losstaand item zinvol was.

## 4. Resultaten

In dit resultatenhoofdstuk wordt iedere onderzoeksvraag apart behandeld. Aan het eind van elke paragraaf wordt er een korte samenvatting gegeven van de gevonden resultaten.

### *Beschrijvende gegevens Dossieranalyse*

Van de 45 gezinsplannen die geanalyseerd zijn blijkt dat de doelgroep die bereikt is specialistische zorgcoördinatie heeft genoten. Dit is een intensievere vorm van zorgcoördinatie vanuit de hulpverlening. Deze zorgcoördinatie heeft 37 keer plaatsgevonden binnen het vrijwillige kader van de hulpverlening, 5 keer binnen het strafrechtelijke (gedwongen) - en 1 keer binnen het civielrechtelijk kader (OTS).

De gezinssamenstelling bestaat voor 37,2% uit beide ouders. Als men kijkt naar het ouder type valt op dat slechts 1 keer de vader in het alleenstaand gezin de ouder is en in alle andere gevallen betreft het enkel de moeder. Daarnaast bestaat de gezinssamenstelling voor 53,5% uit een “eenoudergezin”. Van de overige tien procent is de gezinssamenstelling niet bekend.

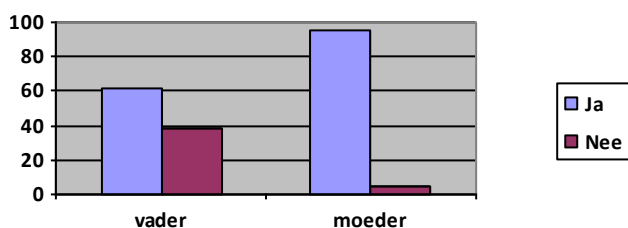
De leeftijd van de moeder is in de meeste gezinsplannen 30 jaar en ouder. Over de leeftijd van de vader kan echter minder gezegd worden aangezien deze voor 53,3% niet bekend is. Zowel het eerste als het tweede kind zijn tussen de 5 en 12 jaar oud (respectievelijk 36,6% en 30,4%).

Uit de analyse van de 45 gezinsplannen is gebleken dat er voor 95,6% sprake is van gezinsproblemen. Dit getal is een bevestiging van wat de literatuur over multiprobleemgezinnen laat zien (Steege, 2009). Daarnaast blijkt dat 96% van de gezinnen problemen ervaart met het voeren van een *huishouding*. Problemen bij het voeren van een huishouding (woon/leefomgeving) ontstaan bijvoorbeeld door gebrek aan financiën, wooncomfort, hygiëne en regelmaat.

De mate waarin ouders, in de totale groep participanten, opvoedingsproblematiek ervaren is eveneens boven gemiddeld, namelijk 78,1%. Vervolgens is er gekeken in hoeverre de *gezinsleden problemen* in de ontwikkeling ervaren, hierbij is gekeken naar vader, moeder evenals naar de kinderen. Tabel 4 laat zien dat de moeders in vergelijking met vaders het vaakst problemen ervaren (95,6% versus 61,8%). Er is een verdeling gemaakt tussen lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen van de ouder(s). Zowel de vader(s) als ook de moeder(s) ervaren vaker psychische gezondheidsproblemen dan lichamelijke problematiek.

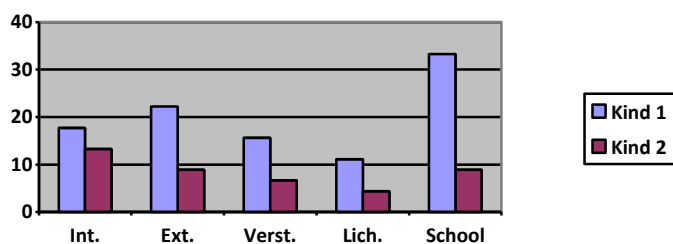


Tabel 4: De mate waarin er wordt vermeld of de ouders problemen ervaren (in percentages)



Bovendien kampt het eerste kind daarnaast in gemiddeld 48,9% van de gezinnen met problemen en het tweede kind in 38,7%. De typen problemen die kinderen kunnen ervaren zijn onderverdeeld in vijf subprobleemgroepen. Uit een analyse van deze verschillen typen kindproblemen zijn schoolproblemen en externaliserende en internaliserende problematiek toonaangevend (zie Tabel 5).

Tabel 5: Minder -, en veelvoorkomende typen kindproblemen (in percentages)



Als men kijkt naar de *financiële problematiek*, blijkt 91,3% ook op dit gebied met problemen te worstelen. Naast armoede en/of schulden ervaart 81,8% van de gezinnen ook problemen op en/of met het werk. Tot slot blijkt uit de gezinsplannen dat bij de helft van de gezinnen zich problemen voordoen in de *relatie* tussen de (ex)partners (als gevolg van echtscheiding, onderlinge spanningen en/of wisselende relaties). Weerstand tegen de hulpverlening is eveneens een veelvoorkomend probleem bij deze gezinnen met meervoudige problematiek.

## Is er een significant verschil (tussen de instellingen) met betrekking tot de volledigheid van de uitvoering van 1Gezin1Plan?

Er is geen significant verschil gevonden tussen de instelling die het gezinsplan invult en de mate van volledigheid van het gezinsplan ( $F= 2.86$ ;  $df= 2$ ;  $p= 0.07$ ). De instellingen (MEE, Bkk en Kwadraad) verschillen niet significant van elkaar in de mate van compleetheid van de ingevulde gezinsplannen.

Tabel 6: De volledigheid van het gezinsplan per instelling; gemiddelden, totaal en standaarddeviaties

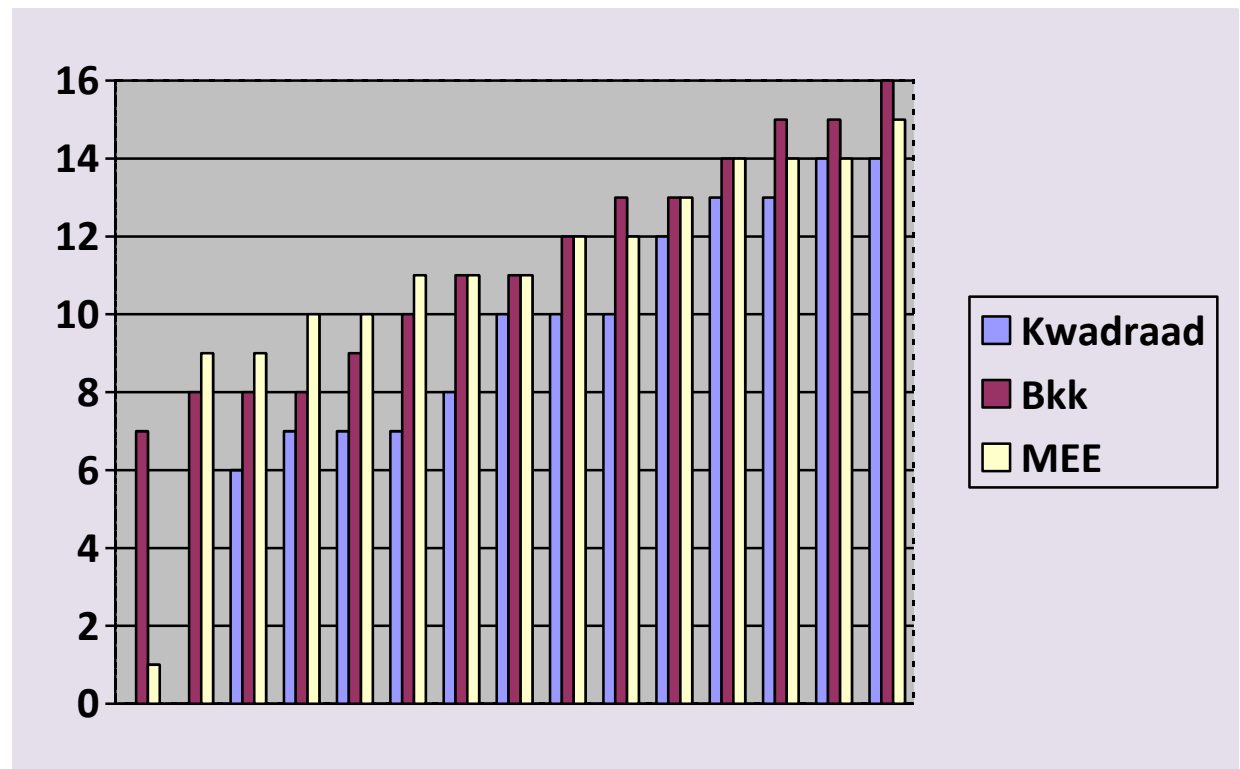
	Percentages	N	Gemiddelden	SD
<b>De naam van de instelling</b>				
<b>Van het gezinsplan</b>				
Kwadraad	55.44	15	8,87	4,64
MEE	72.06	15	11,53	2,13
Bkk	70.81	15	11,33	2,94
Totaal		45	10,58	3,55
Minimale score	0			
Maximale score	16			

Uit Tabel 7 blijkt dat de organisatie MEE gemiddeld de hoogste mate van compleetheid van het gezinsplan bereikt ( $M= 11.5$ ) daarna Bkk ( $M= 11.33$ ) en tot slot Kwadraad met een beneden gemiddelde score ( $M= 8.9$ ). Het totale gemiddelde is 10,58 met een maximaal te behalen aantal punten van 16.00. Dit betekent dat Kwadraad onder het gemiddelde scoort wat betreft de mate waarin de gezinsplannen “compleet” ingevuld worden. Indien er gekeken wordt tussen de mannen en vrouwen in betrekking tot de volledigheid van het gezinsplan is er een significant verband gevonden ( $F=4.586$  ;  $df= 2$ ;  $p < 0.05$  ;  $p= 0.016$  ). Met de Post- hoc (Scheffé) toets is nagegaan welke groepen (gemiddelden) significant van elkaar verschillen. Hieruit komt naar voren dat met name Kwadraad verschilt ten opzichte van de andere twee organisaties.

### *Conclusie*

Met betrekking tot de mate van volledigheid van gezinsplannen zijn er geen significante verschillen tussen de instellingen gevonden. Wel zijn er significante verschillen gevonden op een ander punt, namelijk het verschil tussen de mannen en vrouwen die het gezinsplan hebben ingevuld. Daarnaast geven de resultaten met betrekking tot de instelling afzonderlijk een helder beeld weer wat betreft de mate van volledigheid van de gezinsplannen.

Tabel 7: De score op volledigheid per gezinsplan (n=15) per instelling (min=0, max=16). Op de horizontale as het aantal gezinsplannen en op de verticale as het aantal gescoorde punten per gezinsplan op de mate van volledigheid van het plan



### **In hoeverre komen de elementen, centraal in de methodiek, terug in het gezinsplan?**

In deze paragraaf worden de belangrijkste resultaten van de elementen afzonderlijk, in het kort besproken. Er wordt getracht om zo een helder beeld te creëren over de mate waarin de zes elementen, die centraal staan in de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan, terug komen in het gezinsplan.

#### **Gezinsdoelen**

Het element “gezinsdoelen” komt regelmatig terug in de gezinsplannen. Van de gestelde subdoelen werd in 3 van de 45 gezinsplannen aangegeven in hoeverre ze bereikt zijn. Als men kijkt naar het totale plaatje gebeurde dit onvoldoende in 93% van de gevallen.

De doelen die gesteld werden zijn daarnaast in 39 van de 45 gezinsplannen niet SMART geformuleerd. De SMART doelformulering betekent dat de doelen specifiek -, meetbaar -, acceptabel -, realistisch - en tijdgebonden geformuleerd moeten zijn. Met name het criterium “tijdgebonden (T)”, wanneer het doel bereikt moet zijn,

ontbrak regelmatig (89%). Aan de vastgestelde concrete doelen en acties (66%) waren echter zelden termijnen verbonden. De concrete doelen zijn de doelen die onder het onderdeel Afsprakenlijst op het gezinsplan vermeld worden. Van deze doelen behoort vermeld te zijn *wie* het gaat uitvoeren, *wat* er precies gedaan moet worden om dit doel te behalen en *wanneer* het doel bereikt moet zijn (Van der Zijden, 2010).

De ouders gaven bovengemiddeld vaak aan (respectievelijk wel, niet: 73%, 26%) wat hun hulpverlenersdoelen zijn. De formulering van deze (sub)doelen gebeurde echter niet vanuit de ouder, het gezin of het kind. De meeste subdoelen werden vanuit de hulpverlening in de derde persoon enkelvoud geformuleerd (84%). Een voorbeeld luidt: “moeder zal gaan zorgen dat de kinderen voortaan op tijd op school zijn”. In 40% was er sprake van door de hulpverlening geformuleerde subdoelen (“vader/ Bas houdt zich aan afspraken”). De doelen werden onder de namen van de cliënt genoteerd, en niet door de cliënt zelf geformuleerd.

Tot slot blijkt het gebruik van het hulpverlenersjargon geen veelvoorkomend fenomeen te zijn. Slechts een enkele keer werden vaktermen gebruikt en moeilijke zinsconstructies gemaakt. Veruit het grootste deel van de gezinsplannen werd in een voor de ouders begrijpelijke taal opgeschreven.

### *Conclusie*

De gezinsdoelen komen terug in de gezinsplannen. Er wordt echter onvoldoende (93,3%) bij de afsprakenlijst aangegeven *of* het doel (ja of nee) bereikt is. Daarnaast wordt er eveneens onvoldoende aangegeven *wanneer* (de einddatum) het doel bereikt zou moeten zijn. Het tijdgebonden criteria komt dus nauwelijks terug in de gezinsplannen. De formulering van de doelen wordt voornamelijk vanuit de hulpverlening in de derde persoon enkelvoud gedaan (84%).

### **Betrokkenen**

Met name het aantal betrokkenen per gezin varieerde tussen de 5 tot 8 betrokkenen. Uit de analyses komt naar voren dat er voornamelijk ouderorganisaties betrokken worden bij het gezin. Dit komt overeen met de resultaten over de mate waarin ouder(s) kampen met problemen op verschillende gebieden.

Er blijkt veel samenwerking te zijn met hulpverleners (93%) van de ouders evenals met de school (42%) van het kind(eren). De samenwerking met dienstverleners zoals woningcorporaties en schuldhulpverlening is ten minste in 26 gezinsplannen voorgekomen.

Tot slot: er werden nauwelijks doelen gesteld waaruit blijkt dat er geïnvesteerd is in het versterken van het sociale netwerk. Het sociale netwerk wordt minimaal betrokken bij de hulpverlening. Daarnaast wordt het sociaal netwerk evenmin betrokken bij zorgbesprekingen, afspraak en/of een rondetafelgesprek (respectievelijk niet, wel: 68%, 6%). Van de 45 geanalyseerde gezinsplannen blijken in drie gevallen andere bekende van het gezin vermeld te worden. ( familieleden)

### *Conclusie*

Er wordt veel samengewerkt met hulpverleners en dienstverleners. Met name de ouder organisaties (volwassenenzorg) zijn betrokken bij het gezin. Daarnaast blijkt dat het sociale netwerk daarentegen weinig betrokken wordt. Evenmin bij de zorgbesprekingen, afstemmingen en/of rondetafelgesprekken.

### **Rondetafelgesprekken**

Met de rondetafelgesprekken wordt getracht duidelijkheid te krijgen over de te volgen aanpak en de onderlinge betrokkenheid te versterken. Door ouders hierbij een actieve rol te geven komen de gezinsdoelen meer centraal te staan (Van der Zijden, 2010; Zorgondersteuning Noord-Holland, 2010). Door de analyses van de gezinsplannen is bevestigd dat dit de onderlinge betrokkenheid vergroot.

Een rondetafelgesprek blijkt voor 42% één tot drie -, 15% drie tot zes -, en 2% zes keer of vaker, plaats te vinden. Per gezin werd een rondetafelgesprek dus gemiddeld tussen de één en drie keer gevoerd. Deze gesprekken vonden grotendeels plaats indien er afstemming van de hulpverlening nodig is (37%). Bij andere casussen werd uit het gezinsplan niet duidelijk wanneer de rondetafelgesprekken plaatsvonden.

De rondetafelgesprekken hebben in 33 van de 45 gezinsplannen plaatsgevonden, in 12 gevallen is deze informatie onbekend. In drie gevallen waren de ouders er niet bij aanwezig.

Volgens de grondbeginselen van 1Gezin1Plan is een rondetafelgesprek een overleg met gezinsleden en professionals. Uit de analyses blijkt echter dat er niet altijd eenduidigheid is in het gebruik van het begrip in de praktijk. Zo werd er eveneens verwezen naar “rondetafelgesprek” onder de volgende noemers: een afstemmingsoverleg, bijeenkomst, gesprek, overleg, afstemming. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het feit dat de verwoording van een dergelijk gesprek per instelling hetzelfde is maar dat de betekenis hiervan verschilt. Daarentegen is het tegenovergestelde ook waar. Wat betreft het totale beeld is er dus niet altijd eenduidigheid in het vakjargon.

### *Conclusie*

Er wordt per gezin gemiddeld tussen de één en drie keer een rondetafelgesprek gevoerd. Dit gesprek vindt vaak plaats indien afstemming tussen de hulpverleners nodig is. Wat betreft het vakjargon is geen eenduidigheid in te gezinsplannen te zien. Verschillende termen lijken gebruikt te worden voor een “rondetafelgesprek”.

### **Afsprakenlijst**

In meer dan de helft van de gezinsplannen werd goed aangegeven wie welke actie gaat doen. Voor het vermelden van “wat” er voor het realiseren van de afspraken gedaan moet worden geldt dat 66% voldoende vermeld werd.

De vader en de moeder deden in respectievelijk 14% en 7% van de gezinsplannen, één afspraak alleen. Samen met de hulpverlener maakte(n) de ouder(s) 1 afspraak in 15% -, en 5 afspraken in 10% van de onderzochte gezinsplannen. Het aantal afspraken dat de hulpverlener zelfstandig maakte varieerde van 1-7 afspraken tussen de 2% (7) tot 17% (3).

Vervolgafspraken blijken niet in ieder gezinsplan vastgesteld te zijn (42%).

Indien hier wel sprake van is, werd er gemiddeld één vervolgafpraak gemaakt .

Zoals genoemd in de voorgaande paragraaf werd er onvoldoende (93%) aangegeven in hoeverre het doel *bereikt* is. Een concrete *startdatum* van een afspraak waarbij de dag, maand en het jaar vermeld is wordt in 50% van de geanalyseerde gezinsplannen voldoende gegeven. Bij de andere 50% werd er geen (concrete) startdatum vermeld. Een definitieve startdatum en/of een datum van wanneer het gezinsplan voor het laatst besproken (bewerkt) is werd ook onvoldoende gegeven op het gezinsplan format. Deze datum is daarentegen wel in het digitaal registratiesysteem vermeld.

### *Conclusie*

In meer dan de helft van de gezinsplannen wordt aangegeven wie welke actie gaat doen. Vervolgafspraken worden niet in ieder gezinsplan vastgesteld. Daarnaast wordt een concrete startdatum van de afspraak in de helft van de plannen wel -, en in de andere helft niet gegeven. Indien een doel bereikt is of niet wordt nauwelijks aangegeven. Tot slot is blijkt een “algemene” startdatum van 1Gezin1Plan bij een gezin slechts digitaal geregistreerd te staan en dus niet in het gezinsplan zelf.

### **Attitude van de zorgcoördinator**

De zorgcoördinator was in 20 van de 45 gezinsplannen het daadwerkelijke aanspreekpunt voor het gezin. Ook blijkt de zorgcoördinator zich goed in te zetten voor

de basisbehoeften van het gezin. Uit de analyses blijkt dat de zorgen van de hulpverlener, omtrent het gezin, voor 64% gedeeld en besproken werden met de ouder(s). Daarnaast werden de zorgen van de ouder(s) voor 66% gedeeld en/of besproken met de hulpverlening. Vervolgens werd er zowel door de hulpverlener als door de ouder(s) in dezelfde mate aangegeven in hoeverre de ouder(s) iemand heeft om beroep op te doen. In gemiddeld 9 gezinsplannen werd er door beide partijen aangegeven iemand te hebben om beroep op te doen indien dit nodig is.

De mate van zelfstandigheid en betrokkenheid van de ouder bij het opstellen van het gezinsplan komt echter niet duidelijk uit het gezinsplan naar voren. Dit blijkt uit het gegeven dat de doelen grotendeels niet vanuit het gezin geschreven zijn. De doelen werden in 48% van de onderzochte gezinsplannen niet gesteld in het kader van “zoveel mogelijk zelf doen met eventuele ondersteuning”. Hierbij luidt het resultaat respectievelijk wel, niet, onbekend: 55%, 17% en 26%.

### *Conclusie*

De attitude van de zorgcoördinator is gericht op het goed inzetten voor de basisbehoeften van het gezin. Zorgen vanuit de hulpverlener omtrent het gezin worden in meer dan de helft van de gezinnen besproken met het gezin. De mate van zelfstandigheid en betrokkenheid van de ouder bij het opstellen van het gezinsplan komt niet duidelijk naar voren.

### **Transparantie**

De afspraken over wie wat gaat doen, blijken vaak (75%) samenhangend uit de gestelde subdoelen naar voren te komen. Echter werden de doelen waaraan de moeder wil werken niet altijd terug te zien in de gestelde afspraken, in de afsprakenlijst. Deze waren daarentegen wel regelmatig terug te zien in de *gestelde overkoepelende doelen*. Als men naar het totale plaatje kijkt werd er bij 42 van de 45 gezinsplannen aangegeven waarmee de moeder problemen ervaart (93%). Waarmee de vader problemen ervaart werd echter opvallend minder vaak vermeld (43%). Wat de vader anders zou willen in vergelijking met de huidige “problematiese situatie(s)” werd niet duidelijk in het gezinsplan aangegeven. De moeders daarentegen blijken echter met een grote meerderheid aan te geven wat ze anders zouden willen in vergelijking met de huidige situatie (71%).

### *Conclusie*

De afspraken over *wie, wat* gaat doen blijken vaak goed naar voren te komen. Daarnaast wordt ook duidelijk waarmee de moeders problemen ervaren en wat zij anders zouden willen. Wat betreft de vader komt deze informatie minder duidelijk naar voren.

Uit de dossieranalyse is gebleken de elementen van 1Gezin1Plan afwisselend in sterkte naar voren komen. Er wordt transparant gewerkt; de hulpverleners bespreken hun zorgen met de ouders. Daarnaast wordt er veel samengewerkt met verschillende hulp - en dienstverlenende instanties. Hierbij wordt er ingezet op het herstel van het gewone leven.

De volgende elementen blijken daarentegen *niet* of *nauwelijks* uit het gezinsplan naar voren te komen: planmatig en doelgericht werken, versterken en betrekken van het sociaal netwerk, en het versterken zelfregulering van het gezin.

De tekortkomingen in het gebruik van deze uitgangspunten in de praktijk hebben voornamelijk te maken met 1) het nalaten van de SMART doelenformulering, 2) het nalaten van: vermelding *of* de doelen bereikt zijn en *wanneer* ze bereikt moeten zijn, 3) de doelformulering vanuit de hulpverlener in plaats vanuit de cliënt, 4) familie -, kennissen -, mantelzorg en/of vrienden betrekken bij het gezin. Tot slot blijkt uit deze analyse dat er een verwarring is ontstaan in het gebruik van de begrippen.

### **In hoeverre onderschrijven de hulpverleners de zes uitgangspunten van 1Gezin1Plan?**

De hulpverleners hebben onder de functie van zorgcoördinator voor 27% gemiddeld 0-2 en 3-6 gezinnen begeleid aan de hand van de coördinatie methodiek 1Gezin1Plan. Enkel twee zorgcoördinatoren hebben 7-10 gezinnen begeleid. De duur van de methodiek werd voor de helft (54%) als “precies genoeg” ervaren, en voor 36 van de zorgcoördinatoren als te kort ervaren.

De doelen in het gezinsplan werden opgesteld door zowel de ouder(s) en de zorgcoördinator (72%). Het gebruik van de rondetafelgesprekken (multisystemisch werken) met de gezinnen samen is bovengemiddeld (63%). Daarnaast hebben de meeste ouder(s) 1 keer of vaker een rondetafelgesprek bijgewoond (81%).



Van het versterken van het sociaal netwerk, werd in het algemeen weinig gebruik gemaakt. Een aantal zorgcoördinatoren geven echter aan hier wel gebruik van te maken (27%).

De zorgcoördinatoren geven daarnaast aan gebruik te hebben gemaakt van de eigen krachten van het gezin (27 %), immers geeft een zelfde percentage zorgcoördinatoren aan dit niet te hebben gedaan.

## 5. Conclusie

De zes uitgangspunten centraal in de zorgcoördinatiemethodiek 1Gezin1Plan zijn bekeken aan de hand van drie onderzoeken. Hieruit blijkt dat niet alle uitgangspunten in dezelfde mate naar voren komen.

Er is geen significant verschil gevonden tussen de instelling die het gezinsplan invult en de mate van volledigheid van het gezinsplan. De organisatie MEE bereikt gemiddeld de hoogste mate van compleetheid van het gezinsplan, daarna Bkk, en tot slot Kwadraad.

De centrale uitgangspunten van 1Gezin1Plan zijn getoetst aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: *“In hoeverre komen de elementen, centraal in de methodiek, terug in het gezinsplan?”* Uit de analyses blijken de zes centrale elementen allemaal gebruikt te worden in de praktijk. Er zijn daarentegen grote verschillen in de mate waarin deze elementen in de praktijk geïmplementeerd worden. Aan de hand van de beschrijvende analyses met betrekking tot de uitgangspunten van de methodiek kan er een conclusie worden geformuleerd. Uit het dossieranalyse onderzoek blijkt dat de volgende elementen *niet of nauwelijks* uit het gezinsplan naar voren komen.

- 1) Planmatig en doelgericht werken.
- 2) Versterken en betrekken van het sociaal netwerk.
- 3) Versterken zelfregulering van het gezin

De tekortkomingen in het gebruik van deze uitgangspunten in de praktijk hebben voornamelijk te maken met 1) het nalaten van de SMART doelenformulering, 2) de doelformulering vanuit de hulpverlener in plaats van uit de cliënt, 3) familie -, kennissen -, mantelzorg en/of vrienden betrekken bij het gezin. Tot slot blijkt uit deze analyse dat er een verwarring is ontstaan in het gebruik van de begrippen. Er worden verschillende begrippen gebruikt waaraan vervolgens ook verschillende betekenissen gegeven lijken te worden. Zowel binnen als tussen de instellingen is hier geen eenduidigheid over gevonden.

Daarentegen komen zowel uit de dossieranalyse onderzoek als uit het onderzoek naar ervaringen van de zorgcoördinatoren een aantal uitgangspunten duidelijk en regelmatig naar voren die voldoende geïmplementeerd zijn in de praktijk:

- 1) het herstel van het gewone leven en
- 2) het multisystemisch werken.

Er werden bijvoorbeeld regelmatig rondetafelgesprekken gehouden, met name indien afstemming tussen de verschillende betrokkenen nodig was. Daarnaast werd er ook veel samengewerkt met diverse hulpverleners en dienstverleners zoals de schuldhulpverlening,

school, huisarts en maatschappelijk werkers. Met het doel om in de leefomgeving van de cliënt in te zetten en te ondersteunen indien dit nodig is.

Tot slot is er een discrepantie gevonden in de resultaten van de twee onderzoeken. Uit de dossieranalyse blijkt dat er nauwelijks planmatig en doelgericht gewerkt wordt. Daarnaast zijn de doelen grotendeels vanuit de hulpverlening opgesteld te zijn en niet vanuit de cliënt zelf. Dit resultaat wordt door de zorgcoördinatoren allesbehalve bevestigd. Zij geven aan wel planmatig en doelgericht te hebben gewerkt. Hierbij is het van belang op te merken dat dit onderzoek grotendeels gebaseerd is op gezinsplannen. Deze gezinsplannen geven geen volledige weergave van de realiteit, hierdoor is enige voorzichtigheid nodig bij de interpretatie van de resultaten.

Als er naar de implementatie wordt gekeken dan komt uit deze studie duidelijk naar voren dat met name de gebruiker en de organisatie kenmerken van grote invloed zijn op een innovatieproces. Deze twee kenmerken worden eveneens in een model samengesteld door Fleuren e.a. (2004) als belangrijke beïnvloedende determinanten op een innovatieproces in de hulpverlening genoemd. Om de invloed van deze determinanten zoveel mogelijk te ondervangen is onder andere een complete handleiding, met bijvoorbeeld uitgewerkte casussen over hoe het in de praktijk eruit ziet, van groot belang. Van interventies beschreven in detail wordt namelijk verwacht dat zij geïmplementeerd worden met een hogere getrouwheid in tegenstelling tot de interventies met vage beschrijvingen (Fleuren e.a., 2004).

## 6. Discussie

### 6.1 Beperkingen van het onderzoek

Een kanttekening van dit onderzoek heeft betrekking op de steekproefgrootte van de hulpverleners die de vragenlijst ingevuld hebben. De steekproef die in dit onderzoek gebruikt is om met name de ervaringen van hulpverleners te onderzoeken, is te klein om een betrouwbaar beeld te hierover te creëren.

Daarnaast is het in vervolgonderzoek zinvol om enkel dossiers te analyseren die reeds helemaal zijn afgerond. Ondanks dat er in dit onderzoek slechts een zevental “openstaande” dossiers betrokken zijn, geeft dit mogelijk verkleuringen met betrekking tot het eindresultaat. Een openstaand dossier is een weergave van een momentopname en geen (retrospectief) verslag van een hulpverleningstraject van een gezin. Dit lijkt echter achteraf bekeken ook te gelden voor de gesloten dossiers. Vandaar dat een grotere steekproef per instelling nodig zal zijn om de resultaten te kunnen generaliseren naar de bredere omgeving, zoals bijvoorbeeld regio Zuid Holland Noord.

De volgende kanttekeningen die genoemd worden hebben betrekking op de elementen van 1Gezin1Plan die niet overduidelijk terug te zien zijn in de gezinsplannen, maar wel volgens de methodiek voorgeschreven zijn. Het betreft de volgende elementen: versterken van de eigen kracht -, en het sociale netwerk en het planmatig en doelgericht werken.

Volgens de uitgangspunten van 1Gezin1Plan zouden ouders en jongeren aanwezig zijn bij rondetafelgesprekken en/of andere vormen van afstemmingsoverleg tussen de betrokken professionals. Dit komt uit deze analyse niet duidelijk naar voren. Deze bevinding staat in sterk contrast met hetgeen in de handleiding beschreven staat. Hierin wordt bepleit dat de hulpverleners uit moeten gaan van de eigen kracht van de gezinsleden en men zich op de versterking daarvan moeten richten. Het gezinsplan moet van de gezinsleden zijn, en de doelen van het gezin vertegenwoordigen en centraal stellen (Van der Zijden, 2010). In de literatuur is deze gedachte terug te zien. Daarin wordt eveneens herhaaldelijk genoemd dat de ouders behoefte hebben aan ondersteuning waarbij een beroep wordt gedaan op de eigen krachten van de ouders. In plaats van een overname vanuit de hulpverlening. De doelformulering in de geanalyseerde gezinsplannen bevestigt evenmin dit gedachtegoed.

Daarnaast heeft de idee om het sociale netwerk van het gezin te betrekken en te versterken, de laatste jaren eveneens veel aan bekendheid gewonnen. Uit de praktijk komen signalen die deze visie ook beaamen, maar tegelijkertijd worden ook belemmeringen ervaren in het verwezenlijken hiervan. Een mogelijke verklaring voor

deze belemmering zou te maken kunnen hebben met het gebrek aan voldoende handvatten met het verwezenlijken hiervan in de praktijk. Daarnaast hebben met name multiprobleemgezinnen vaak een klein of geen sociaal netwerk om zich heen. Het versterken van het sociale netwerk wordt, althans blijkend uit de gezinsplannen, weinig gedaan. Echter door het sociale netwerk van het gezin te activeren, ondersteuning om hen heen te regelen, zou dit zorgen dat gezinsleden weer grip op hun leven krijgen. Door te werken aan concrete doelen, waarover overeenstemming bestaat tussen het gezin en de hulpverlener, kan dit het best bewerkstelligd worden (Van der Steege, 2009).

Daarnaast wordt in het format van 1Gezin1Plan (Bijlage B) gevraagd, aan de hand van een datum, aan te geven *wanneer* het doel bereikt zal zijn en in hoeverre het doel reeds *wel of niet* bereikt is. Uit de analyses blijkt hier echter niet aan voldaan te worden. Het vermelden van termijnen is daarentegen wel belangrijk om zodoende het zicht op het proces te houden. Dit geldt niet alleen voor de hulpverleners zelf alsook voor zijn/haar collega's in de ketenzorg en de betrokken ouder(s)/gezin. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat op het moment van het invullen van het plan, er nog geen duidelijk overzicht is wat betreft het behalen van de doelen. Daarentegen zou men dit ook aan kunnen geven of dat de doelen tot dusver slechts "gedeeltelijk" bereikt zijn.

Ook wordt er in het gezinsplan format (Bijlage B) nadrukkelijk gevraagd om vervolgafspraken in te vullen. Uit de analyses blijkt dat dit niet consequent gedaan wordt. Ditzelfde geldt eveneens voor het benoemen van de kernelementen van de evaluatie. Uit de literatuur blijkt echter dat de evaluatie een belangrijk onderdeel is in de Jeugdzorg. Aan het einde van de hulpverlening, bij de evaluatie, wordt teruggekeken naar het begin. De vraag: "heeft de hulpverlening voldoende opgeleverd?" kan zorgen voor nieuwe inzichten en wellicht een aanpassing in het plan. Structureren van de interventie, onder meer aan de hand van heldere doelen, is één van de effectbevorderende factoren (Van Yperen & Van der Steege, 2007).

Al met al kan geconcludeerd worden dat planmatig en doelgericht werken een algemeen werkzame factor is die de kans vergroot op effectief hulpverlening.

## 6.2. Aanbevelingen voor vervolg onderzoek

Naar aanleiding van de analyses die gedaan zijn kunnen naast deze kanttekeningen ook een aantal aanbevelingen gedaan worden met betrekking tot het gebruik van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan in de praktijk.

Een opvallend aspect is de afwezigheid van een startdatum van de zorgcoördinatie, middels 1Gezin1Plan, op het plan zelf. Dit geldt ook voor de datum van de laatste wijziging gedaan in het verslag, kortom een nummering van de verschillende gezinsplanversies van het gezin. Opdat voor alle betrokken hulpverleners een helder en eenduidig beeld ontstaat wat betreft de fase van het gezin in het proces van de zorgcoördinatie. Deze twee elementen zijn niet standaard in het format inbegrepen waardoor het tijdselement erg vaag en onduidelijk lijkt te blijven. De digitale registratie die meestal wel gedaan wordt door een instelling blijft ook enkel zichtbaar voor deze instelling. Zodra het gezinsplan verstuurd wordt naar de andere betrokken ketenpartners wordt deze datum niet mee verzonden. Afhankelijk van de zorgcoördinator, niet de instelling, wordt er zo nu en dan wel een datum op het gezinsplan vermeld.

Er kan geconcludeerd worden dat er een gebrek is aan eenduidigheid wat betreft de vermelding van deze twee data typen. Tevens ontbreken de startdata in de afsprakenlijst ook regelmatig, wat het planmatig en doelgericht werken niet ten goede komt. Een belangrijk punt om hierbij op te merken is wat de verklaringen vanuit de praktijk hiervoor zijn. Wellicht dat men een andere “methode” gebruikt om alsnog het tijdselement onder alle betrokkenen helder en up to date te houden. Dit komt niet uit de dossieranalyse naar voren. Vervolgonderzoek aan de hand van eventuele focusgroepen met de hulpverleners zou hier meer duidelijkheid over kunnen geven.

Wat betreft de formulering van de doelen in de afsprakenlijst blijkt het merendeel van de doelen niet SMART geformuleerd te zijn. Hierbij is met name het tijdsaspect onvoldoende. In de jeugdzorg is de tijd echter voorbij dat hulpverlening jaren duurt. De idee hierachter is onder andere dat een beperkte behandelduur dwingt tot efficiëntie en helpt de hulpverlener en de cliënt duidelijke doelen te formuleren. (Van Yperen, Meyknecht, & Diephuis, 2004; Van Yperen & Van der Steege, 2007).

Het langer doorbehandelen levert niet per definitie meer resultaat op en kost zodoende onnodig meer geld en tijd (Lamber & Bergin, 1994 in; Van Yperen & Van der Steege, 2007). Voor een goede overgang van de ene dienst naar de andere (bijvoorbeeld het doorsturen van dossiers) is het nodig om samenwerkingsverbanden vast te leggen en te structureren. Hiervoor zal er tijdgebonden -, planmatig- en doelgericht te werk gegaan

moeten worden. Er zou eveneens door middel van focusgroepen meer inzicht over praktijkervaringen met betrekking tot dit aspect verkregen kunnen worden.

Een derde (noemenswaardig) aspect dat uit de analyse naar voren komt heeft betrekking op het betrekken en versterken van het bredere sociale netwerk van het gezin. Zowel uit de dossieranalyse als uit de vragenlijsten komt naar voren dat het betrekken van het sociale netwerk van het gezin niet regelmatig gebeurt. Hier zijn verschillende verklaringen voor zoals het feit dat multiprobleemgezinnen vaak een klein (tot geen) sociaal netwerk hebben en/of problemen in relaties binnen dit netwerk ervaren. Dit maakt het voor de hulpverlening lastig hierop in te zetten. Wellicht dat op dit gegeven ingezet kan worden met het doel de competentie van hulpverlening op dat gebied te vergroten en/of meer handvatten te bieden.

Eenzelfde aanbeveling zou mogelijk van toegevoegde waarde kunnen zijn op de formulering van de doelen. Aangezien de doelen grotendeels gesteld worden vanuit het perspectief van de hulpverlening en slechts een enkele keer vanuit de ouder(s) en/of de jongere(n). In deze studie zijn de doelen gesteld vanuit de hulpverlening en spreken zodoende indirect voor de ouders. De centrale visie voor de transitie van de jeugdzorg vraagt echter het tegenovergestelde van de hulpverleners, namelijk het praten met ouders en niet over of voor ouders (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011). Dit geldt eveneens voor de jongeren en kinderen binnen het gezin. De gedachte daarachter is dat het gezinsplan op deze manier daadwerkelijk van het gezin is en niet alleen voor het gezin.

De visie die eveneens binnen de transitie jeugdzorg een centrale plek inneemt bekleedt is de aanspraak op de eigen krachten van het gezin en het betrekken van het sociale bredere netwerk rondom het gezin. Deze uitgangspunten staan eveneens centraal in de methodiek 1Gezin1Plan. Noemenswaardig hierbij is het feit dat de methodiek nog niet volgens de databank Effectieve Jeugdinterventies als “theoretisch goed onderbouwd” is beoordeeld. Dit is wellicht een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst aangezien de reikwijdte van de implementatie van de methodiek toeneemt terwijl er nog weinig onderzoek gedaan is naar de effectiviteit van de methodiek.

Naar aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat in deze methodiek een humanistisch gedachtegoed centraal staat, waarbij er aandacht is voor de morele dimensie. Rondom de inrichting van een menswaardige *samenleving* is onder andere *samenwerking* nodig. Het gezamenlijk maken van afspraken (doelen) is noodzakelijk om in deze samenleving de hulpverlening van verschillende diensten en sectoren flexibel en makkelijk te kunnen combineren.

Echter de vraag is in hoeverre dit een individueel proces is wat van binnen uit een intrinsieke motivatie nodig heeft om te succes te ervaren? En in hoeverre heeft het een stimulans van boven nodig, een monitor, een protocol, om op gang te komen en te blijven? Het lijken diepere waarden te zijn waarbij echter het monitoren mogelijk wel een bewustwordingsproces op gang kan zetten. Dit, met behulp van een effectieve methodiek, uitgevoerd door ervaren hulpverlening. Volgens Hermanns (2007) is de boodschap dat normen en waarden, geweten en zelfbeheersing weliswaar simpel kunnen worden 'uitgelegd' aan burgers of zelfs aan hen worden 'opgelegd', maar dat ze daarmee nog niet geïnternaliseerd worden door deze burgers. Het maken van afspraken met elkaar is niet genoeg, er is een mentaliteitsverandering nodig die kan leunen op de gemaakte afspraken (Van der Zijden & Diephuis, 2011).

Dit alles klinkt als een positieve ontwikkeling: dit gedachtegoed is als de moraalridder van de 21<sup>e</sup> eeuw die de mensen verteld dat ze samen zouden moeten werken. Echter waarom moet een ridder van hogerhand gezonden worden? Zijn de mensen het verleerd om samen te werken aan samenwerken? Kan 1Gezin1Plan hun helpen een kwaliteit te wekken die in slaap is geraakt. Het gaat dus eerder om de ridder die de kwaliteit wekt dan om de moraal ridder. Hiermee wordt het essentiële belang bevestigd van de discussie binnen het huidige jeugdbeleid, over de empowerment, oftewel het van binnen uit versterken van het gezin. Samen werken aan samenwerken is een wezenlijk element om te komen tot een noodzakelijke omslag in de wijze van omgaan met gecompliceerde gezinsproblematiek.



## 8. Referentielijst

- Admiraal, L., Brandts, A., Goede, J. de., & Schamhart, R. (2010). *Onderzoeksrapport Vooronderzoek Pilots wraparound care Utrecht en Amersfoort*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Anning, A., Cottrell, D., Frost, N., Green, J., & Robinson, M. (2010). *Developing Multi-professional Teamwork for Integrated Children's Services*. New York: The McGraw-Hill companies.
- Beutler, L. E., Machado, P. P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 229-269). New York: Wiley.
- Boendermaker, L. (2011). *Implementeren is reflecteren. Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Hogeschool van Amsterdam: HvA Publicaties.
- Brandenburg, M. van., & Puts, M. (2002). *Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, een methodiek*. Amsterdam: SWP.
- Brands, W.G. (2006). Over dossier en delegatie. *Nederlands Tijdschrift Tandheelkunde*, 113, 107-112.
- Bryman, A. (2008). *Social Research Methods*. New York: Oxford University Press.
- Bucx, F., & Roos, S. de. (2011). *Opvoeden in Nederland*, in: F. Bucx (red), 'Het Gezinsrapport: een portret van het gezinsleven in Nederland', p .152-179. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40), 1-9.
- Cattaneo, L.B., & Chapman, A. (2010). The Process of Empowerment: A Model for Use in Research and Practice. *American Psychologist*, 65(7), 646–659.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1993). The training of cognitive therapists: What have we learned from treatment manuals. *Psychotherapy*, 30, 573-577.
- Duncan, B.L., & Miller, S.D. (2000). *The Heroic Client*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (2010). *The Heart and Soul of Change: delivering what works in therapy*. Second Edition. Washington, DC: American Psychological Association.

- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18 (2), 237- 256.
- Eldering, L. (2006). *Cultuur en opvoeding: interculturele pedagogiek vanuit ecologisch perspectief*. Rotterdam: Lemniscaat.
- De Jeugdzaak. (2011). *De 7 sleutels voor een goed werkend CJG*. Verkregen op 19/11/2011 op: <http://www.dejeugdzaak.nl/DeJeugdzaak/sleutels.html>
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (2), 107–123.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D., & Kruse, M. I. (2000). Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Mental Health Services Research*, 2 (3), 127-139.
- Garland, A. F., Haine, R. A., & Lewczyk Boxmeyer, C. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30, 45-54.
- Gemmeke, M.(2011). *De rol van de Centra voor Jeugd en Gezin bij versterking van de pedagogische civil society*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Govaerts, F., & Smeets, F. (2004). Het Elektronisch medisch dossier. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Huisartsen Nu*, 33 (2), 58-68.
- Hasson, H. (2010). Systematic evaluation of implementation fidelity of complex I interventions in health and social care. *Implementation Science*, 5 (67), 1-9.
- Hellinckx, W. (1998). *Pedagogische thuishulp in problematische opvoedingssituaties*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Heerwaarden, Y. van (2010). *Handleiding 'Tussen In': Het overbruggen van de kloof naar de jeugdzorg*. Utrecht: Stichting Al Amal.
- Hermanns, J.(2007). *Opvoeden en Opgroeien: een visie achter het beleid*. Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd. Rede*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Hermanns, J. (2010). *Goed geregelde jeugdzorg? Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J., Mordang, H., & Mulders, L. (2003). *Jeugdhulp Thuis. Een Alternatief voor Uithuisplaatsing*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hutschemaekers, G. (2010). Richtlijnen zijn maar de helft van het verhaal. *Psychopraktijk*, 2 (2), 3-6.

- Janssen, J., Meyer, R.E. de., & Veerman, J.W. (2003). *Evaluatieonderzoek Hulp aan Huis Twente. Tussentijdse rapportage over de manier van werken in de periode 2000-2002*. Nijmegen: Praktikon
- Kievit, Th., Tak, J.A., & Bosch, J.D. (2008). *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Koning, N., (2011). *Timon Talita Houten, methodiekontwikkeling*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Konijn, C. (2006). Allemaal een beetje verantwoordelijk. Verwarrend overheidsbeleid rond casemanagement multiprobleemgezinnen. *Sozio*, 71, 14-21.
- Kriek, F., Berg, B., van den., Stouten, J., Vaan, K.M.B. de., Witvliet, M., Idema, W., & Annema, N. (2010). *CJG vorming begin 2010. Een doorkijk bij 10 gemeenten. Eindrapport*. Amsterdam: Regioplan.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lietaer, G.(1991). Authenticiteit en onvoorwaardelijk positieve gezindheid. In: H.Swildens, O. de Haas, G. Lietaer., & R. Van Balen (Red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 27-64). Leuven: Acco.
- Limbrick, P. (2005). Team around the child: Principles and practice. In Carpenter, B. & Egerton, J. (Eds.). *Early Childhood Intervention. International perspectives, national initiatives and regional practice*. Great Britain: West Midlands SEN Regional Partnership.
- Linden, B. van der., Cox, K., Holleman, G., & Tol, M. van. (2010). *Mooie plannen en weerbarstige praktijk*. Theorie en praktijkervaringen rond implementeren van zorgverbeteringen. Den Haag: ZonMw.
- Luscombe, D. (2009). Team Around the Child: Building the Capacity of All. *Intellectual Disability Australasia*, 30 (3), 3-5.
- Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg (2006). *'10' voor Toekomst: Gezinsondersteuning voor multiprobleemgezinnen. Methodiekbeschrijving*. Almere: Stichting Leger des Heils, Welzijns- en Gezondheidszorg.
- McGonigel, M., Woodruff, G., & Roszmann-Millican, M. (1994). The transdisciplinary team: A model for family-centred intervention. In L.Johnson, R.J. Gallagher, M.J.
- Meyer de, R.E., Janssen, J., & Veerman, J.W. (2004). *Handleiding Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect (BESTE)*. Nijmegen: Praktikon.

- Miller, S., Hubble, M., & Duncan, B. (2007). *Supershrink. What's the secret of their success?* United States of America: Psychotherapy Networker. Verkregen op 25/10/2011 op: [www.psychotherapynetworker.org](http://www.psychotherapynetworker.org).
- Möhle, M., & Katwijk, P. van. (2010). *Centra voor Jeugd en Gezin en de kracht van het sociale netwerk*. Gouda: JSO expertisecentrum voor jeugd, samenleving en opvoeding.
- Nachsen, J.S. (2004). Empowerment and families: building bridges between parents and professionals, theory and research. *Journal on Developmental Disabilities*, 11, 67-75.
- Pas, L., Strobbe, J., & Piette, P. (2001). *Structuur van het geïnformatiseerd dossier. Versie 1.0. Onderzoeksrapport van de werkgroep Structuur binnen de vzw EMDMI*. Den Haag: Federaal ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.
- Pijnenburg, H. (2010). *Zorgen dat het werkt*. Nijmegen: Lectoraat Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Portengen, R. (2010). *Gezinscoaching Utrecht; Verbinden en doorzetten! Een raamwerk voor methodisch handelen*. Ouderkerk aan de Amstel: TOPIC
- Resendez, M.G., Quist, R.M., & Matshazi, D.G.M. (2000). A longitudinal analysis of family empowerment and client outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 449-460.
- Ruiz-Primo, M. A. (2005). *A multi-method and multi-source approach for studying fidelity of implementation*. CSE: Technical Report 677. Los Angeles, CA: Center for Research on Evaluation.
- Schamhart, R., & Colijn, J. (2012). *Greep op Wraparound Care: Eindrapport o onderzoekprogramma Wraparound Care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hoge School Utrecht.
- Smolders, M., Laurant, L., Duin, D. van, Wensing, M., & Grol, R. (2006). Werken met richtlijnen. Beïnvloedende factoren bij het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 1018-1030.
- Steege, M. van der (2005). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: de Versterking*. Utrecht: NIZW. Verkregen op 04/06/2012 van: <http://www.jeugdinterventies.nl>.
- Steege, M. van der. (2007). *Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. Naar een gouden standaard*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Steege, M. van der. (2009). *Multiprobleemgezinnen*. In: Handboek kind en adolescent. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van der Zijden, Q.C.M. (2010). *Handleiding gezinsplan. Samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan*. Holland Rijnland: Partners in jeugdbeleid.
- Van der Zijden, Q.C.M., & Diephuis, K. (2011). *Handleiding gezinsplan. Samenwerken volgens de principes van 1Gezin1Plan*. Hoogmade: Partners in jeugdbeleid.
- Van Eijck, S.R.A. (2006). *Koersen op het kind. Sturingsadvies Deel 1*. Den Haag: Projectbureau Operatie Jong.
- Verschoor, V. (2011). *Academische Werkplaatsen Jeugd komen uit de startblokken*. Utrecht: Jeugdkennis (Nederlands Jeugdinstituut).
- Verzaal, H. (2002). *Empowerment in de jeugdzorg. Onderzoek naar e empowermentbevorderend gedrag van hulpverleners*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Wolswinkel, L. (2010). *Wrap around care in de Utrechtse praktijk; plan van aanpak voor de pilot*.
- Yperen, T.A. van., & Steege, M. van der. (2007). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Utrecht: NJI
- Yperen, T.A. van., & Veerman, J. W. (2006). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T. A. van., & Woudenberg, A. van. (2011). *Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel*. Utrecht: NJI.
- Yperen, T.A. van., Meyknecht, G., & Diephuis, K. (2004). *Werken met doelrealisatie. Handreiking formuleren en evalueren van hulpverleningsdoelen. Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland/ MOgroep.
- Yperen, T.A. van., Booy, Y., & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Zozijn zorg (2010). *Jaardocument, maatschappelijke verslag*. Wilp: Stichting Zozijn Beheer.

### **Digitale bronnen:**

Folder 7 sleutels van de jeugdzaak. Gedownload op: 10 April 2012, van <http://www.dejeugdzaak.nl/DeJeugdzaak/Welkom.html>  
gedownload op 7 maart 2012, van [http://zonh.nl/nieuws/samenwerken-volgens - de principes-an-1gezin1plan.html](http://zonh.nl/nieuws/samenwerken-volgens-de-principes-an-1gezin1plan.html)

gedownload op 6 Juni 2012, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/faq/specifiek/faq-hoeveel-kinderen.html>

gedownload op 20 Mei 2012, van <http://www.kwadraad.nl/Kwadraad.aspx.html>

gedownload op 20 Mei 2012, van <http://www.ggdhm.nl/GetDocument.ashx?.html>

gedownload op 20 Mei 2012, van <http://www.MEE.nl/over-ons/missie.html>

## Bijlagen

### A: Variabelenlijst

<i>Begrip:</i>	<i>Omschrijving/definitie van het begrip gebruikt in de dossieranalyse:</i>
Verantwoording begrippen gebruikte checklist (Zijden & Diephuis, 2011; Zijden, 2010).	
Algemene missie	Een sluitende zorgstructuur: professionals, dienstverleners en personen uit het sociale netwerk betrokken bij het gezin, werken samen met de gezinsleden aan het "herstel van het gewone leven" (geïnspireerd op de handleiding Van der Zijden, 2010)
Algemene visie	Het versterken en uitgaan van de eigen kracht en zelfregulatie van gezinsleden (Van der Zijden, 2010).
Het (breder) sociaal netwerk	Hieronder worden enkel familieleden, burens, kennissen, medeleerlingen op school, collega's op het werk, vrijwilligers en vrienden verstaan, hulp-, en dienstverleners vallen hierbuiten. Daarnaast worden leerkrachten (de mentor) eveneens beschouwd als het sociaal netwerk indien hij/zij (langer) betrokken is en blijven bij het gezin, nadat de zorg reeds is afgerond (Möhle & Katwijk, 2010).
De (rol van de) algemene zorgcoördinator (zoco)	De algemene zorgcoördinator draagt er, samen met de gezinsleden, zorg voor dat er een gezinsplan komt en dat dit plan op afgesproken tijden wordt geëvalueerd. Hij/zij werkt nauw samen met de gezinsleden en inventariseert met hen onder andere welke problemen er zijn en welke doelen de gezinsleden hierin willen bereiken, welke hulpverleners en mensen uit het netwerk van het gezin al een rol spelen, of, en zo ja welke, extra hulp nodig is om de doelen te realiseren. Ook behoort het toetsen van de veiligheid van de kinderen onder de taken van de zorgcoördinator. En indien aan de orde: het bespreken van zorgen over kindermishandeling. Tot slot wordt er van de zorgcoördinator verwacht dat hij/zij adequate beslissingen kan nemen over het opschalen en afschalen van de zorgcoördinatie (Van der Zijden, 2010).
Specialistische zoco	De taken en bevoegdheden komen overeen met die van de algemene zoco. Belangrijkste verschil: de specialistische zoco voert de gecombineerde rol van coördinator en hulpverlener uit met behulp van een methodiek die is toegesneden op zijn doelgroep. Het aantal uren dat een specialistische zoco per week in het gezin investeert is groter dan bij de algemene zoco (Van der Zijden, 2010).
De attitude van de zoco	Onderzoek bevestigt herhaaldelijk dat succesvolle hulpverleners voornamelijk te onderscheiden zijn op basis van de attitude van <i>'onvoorwaardelijk positieve aanvaarding'</i> . De hulpverlener creëert <i>interpersoonlijke veiligheid</i> door de cliënt <i>onbevooroordeeld</i> tegemoet te treden en hem te ontvangen zoals hij komt, <i>zonder evaluatie of kritiek</i> , en hem op die wijze te bevestigen in zijn bestaan. Hierbij is de transparantie van de hulpverleners een belangrijk criterium (Beutler e.a. 1994).
Driehoeksgesprek	Een driehoeksgesprek is een gesprek tussen de cliënt en zijn netwerk (zie sociaal netwerk), de persoonlijk ondersteuner (zorgcoördinator, gezinscoach) en de betrokken hulp en dienstverlening (e.g: woningbouw, schuldsanering). Het is te vergelijken met de Eigen Kracht conferenties en de rondetafel gesprekken. Deze definitie is geïnspireerd op het digitaal jaardocument van Zozijn zorg (2010).
Eigen kracht conferenties	Een eigen kracht conferentie (EK- c) is een bijeenkomst van professionals, familie en hun netwerk. Doel van de conferentie is het maken van een plan als antwoord op de (hulp) vraag die er ligt. Tijdens een EK- c is het netwerk van de persoon om wie het gaat aanwezig en helpt mee om een plan te maken. Dat netwerk kan bestaan uit: kinderen, ouders, stiefouders, grootouders, andere familieleden, vrienden, burens, collega's. De bijeenkomst wordt gekenmerkt door de voorbereiding door een Eigen Kracht coördinator en door een deel besloten tijd voor de familie en het netwerk waarin zij het plan opstellen. Een Eigen Kracht coördinator is een onafhankelijk persoon die niet in dienst is van of op een andere manier verbonden aan een beslissingsbevoegde of hulpverlenende instantie (Van der Zijden & Diephuis, 2011).

Familie netwerk beraad	Een familienetwerk beraad is vergelijkbaar met een Eigen Kracht conferentie Het belangrijkste verschil is dat de coördinator een professional is. Een beraad of conferentie kan heel goed <i>voorafgaan aan</i> , of onderdeel zijn van 1Gezin1Plan (Van der Zijden & Diephuis, 2011).
Transparantie	De mate van compleetheid van de gegevens en de mate waarin de hulpverlener(s) eerlijk en open is naar de cliënt toe. Een open en eerlijke attitude van de hulpverlener naar de cliënt toe (Lietaer, 1991; Leijssen, 1995).
Kernelementen	De kernelementen van de 1Gezin1Plan methodiek zijn de zes methodische uitgangspunten (zie hieronder).
<b>Methodische uitgangspunten</b>	Gebaseerd op de zes visionaire uitgangspunten (Van der Zijden, 2010) zijn ook een aantal methodische uitgangspunten/ kernelementen samengesteld aan de hand waarvan de gezinshulpverlening plaats vindt: 1) Gezinsdoelen, 2) Betrokken(en) bij het gezinsplan (community-based), 3) Rond de tafel gesprekken, 4) Afsprakenlijst, 5) Attitude zorgcoördinatoren, 6) Transparantie.
Betrokkenen bij het gezinsplan	Bij het opstellen, uitvoeren en evalueren van het gezinsplan werken alle betrokken hulpverleners (jeugd- en volwassenenzorg) en dienstverleners (woningbouw en schuldhulpverlening bijvoorbeeld) samen. Met elkaar, met de gezinsleden en met belangrijke leden uit het netwerk van het gezin (Van der Zijden, 2010).
Rondetafelgesprek	Dit zijn gesprekken met <i>gezinsleden en professionals</i> . Hiermee wordt getracht duidelijkheid te krijgen over de te volgen aanpak, en de onderlinge betrokkenheid te versterken. Door ouders hierbij een actieve rol te geven komen de gezinsdoelen meer centraal te staan. Gebaseerd op Van der Zijden (2010).
<b>Gezinsdoelen (format)</b>	<b>Dit is het tweede deel van het 1Gezin1Plan format waarin een verslag staat over de huidige stand van zaken van het gezin. De overkoepelende doelen worden hier vermeld. Ook worden de namen van de gezinsleden, de leeftijden van de kinderen, de ouder(s)/verzorger(s), het telefoonnummer en de mail gegeven. Daarnaast is er nog een vrije ruimte om informatie, die belangrijk is voor alle betrokkenen, te noteren.</b>
Gezinsdoelen	Dit zijn de overkoepelende doelen die voor het gezin centraal staan. Deze doelen zullen in samenwerking met de professionals, ouders, kinderen en jongeren geformuleerd worden. Professionals behouden daarbij hun eigen verantwoordelijkheid wat betreft de ontwikkeling en de veiligheid van de kinderen en jongeren. Belangrijk hierbij is om de verbinding te maken tussen de doelen van de ouders en de eigen verantwoordelijkheid (Van der Zijden, 2010)
Afsprakenlijst	In de afsprakenlijst wordt aangegeven <i>wie, wat</i> doet en <i>wanneer</i> . Tevens wordt er vermeld welke doelen er zijn gesteld en welke doelen hiervan bereikt zijn. De doelen die op in het gezinsplan onder afsprakenlijst genoemd worden zijn de tussendoelen (Van der Zijden, 2010)
Transparantie	“Zijnde de helderheid waarmee men communiceert over wat er innerlijk leeft” . Transparantie wordt in deze studie geanalyseerd als een tweeledig begrip, namelijk: 1) de mate van compleetheid van de gegevens en 2) de mate waarin de hulpverlener(s) eerlijk en open is naar de cliënt toe (Lietaer, 1991; Leijssen, 1995).
<b>Centrale uitgangspunten</b>	Aan de hand van de grote kennis over werkzame factoren bij de hulp aan ouders, jongeren en kinderen met meervoudige problematiek, zijn er door Van der Zijden en Diephuis (2011) zes centrale uitgangspunten samengesteld. Het zijn de volgende zes werkzame factoren die onder andere de leidraad vormen bij het werken met gezinsplannen: 1) versterk zelfregulering van gezinnen, 2) herstel van het gewone leven, 3) werk multisystemisch, 4) versterk het sociaal netwerk, 5) werk planmatig en doelgericht, en 6) zorg voor continuïteit.
Empowerment	Versterken van de eigen kracht en zelfregulatie van de gezinsleden staat centraal bij het werken volgens de methodiek 1Gezin1Plan. Het versterken,



	empoweren van de gezinsleden, is tevens de visie van de werkwijze. Door gezinsleden te ondersteunen i.p.v. alle taken over te nemen is een voorbeeld van empowerment (Van der Zijden & Diephuis, 2011; Verzaal, 2002; Cattaneo & Chapman, 2010).
Community-based werken	Met community - based werken wordt er gewerkt rond -, met -, en vanuit het gezin. Er is sprake van gelijkwaardigere relaties tussen hulpverleners en gezinsleden. Met name het versterken van het sociaal netwerk (zie sociaal netwerk) staat centraal. Dit vergroot de kans op herstel van het gewone leven en draagt bij aan het voorkomen van terugval na afronding van de zorg (Van der Zijden & Diephuis, 2011)
Theorie van Bronfenbrenner	Het ecologisch model van Bronfenbrenner (1977) gaat er van uit dat de omgeving waarin kinderen (jongeren/mensen) opgroeien, grote invloed heeft op hun ontwikkeling en hun gedrag. De ecologische omgeving kan worden weergegeven als een hiërarchisch model van systemen. Elk systeem is ingebed in een bredere context. De systemen zijn: het micro -, meso -, exo -, en macro - systeem. Binnen de principes van 1Gezin1Plan komt dit ook duidelijk naar voren. Zo worden de problemen van gezinsleden op de basale leefgebieden (wonen, werk, inkomen, psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) in samenhang gezien en aangepakt (Eldering, 2006).
Zelfregulering van gezinnen	Uitgaan van de eigen kracht van het gezin en richten op het versterken daarvan. Ouders helpen om vindingrijke, onafhankelijke probleemoplossers te worden (Van der Zijden & Diephuis, 2011)
Versterken van zelfregulering van gezinnen	De gezinsleden dragen bij aan het opstellen van het gezinsplan, het gezinsplan ligt bij hen thuis “op de keukentafel”. Ouders en jongeren regelen zoveel mogelijk zaken zelf, waar nodig met ondersteuning. Ouders en jongeren zijn aanwezig bij rondetafelconferenties of andere vormen van afstemmingsoverleg tussen de betrokken professionals. Gezinnen bepalen hun eigen specifieke doelen en er wordt afgestemd op hun verwachtingen. Ouders beslissen (zoveel mogelijk) zelf waar ze aan willen werken waarbij de ontwikkeling en veiligheid van het kind een centrale positie heeft (Van der Zijden & Diephuis, 2011).
“Herstel van het gewone leven”	De concrete bijdrage van de hulpverlener aan het herstel van het gewone leven van de kinderen of jongeren in het gezin. Dit kan gaan om verschillende problemen en vragen van het gezin waarbij de hulpverlener(s) heel concreet iets voor die gezinnen in de knel iets kunnen betekenen (Van der Zijden & Diephuis, 2011; Pijnenburg, 2010).
Werkrelatie hulpverlener -cliënt (zie attitude zoco).	Een goede <i>werkrelatie</i> tussen hulpverlener en cliënt is één van de belangrijkste werkzame factoren die kan helpen bij het herstel van het gewone leven. Indien zij heel concreet iets kunnen bijdragen en betekenen voor het gezin, verwerven hulpverleners gemakkelijker vertrouwen en gezag. Zowel bij de gezinsleden als bij de andere hulpverleners (Van der Zijden & Diephuis, 2011; Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010).
Concreet bijdragen aan “het herstel van het gewone leven”	Een voorbeeld van een concrete bijdrage waarmee de hulpverleners iets voor het gezin heeft kunnen betekenen is: het regelen dat de wasmachine wordt gerepareerd (Van der Zijden & Diephuis, 2011).
Multisystemisch werken	Het zelf initiatief nemen om met een gezinsplan te werken of werk actief mee op het moment dat anderen daarom vragen. De problemen van gezinsleden op de verschillende basale leefgebieden (wonen, werken, inkomen psychische en fysieke gezondheid, opvoedingsvaardigheden) worden in samenhang gezien en aangepakt. Dit uit zich in de betrokkenheid van diverse hulpverlenende organisaties bij het gezin (Anning, Cottrell, Frost, Green & Robinson, 2010; Van der Zijden, 2010).
Versterken van het (breder) sociaal netwerk	Het als hulpverlener, samen met of zonder het gezin, nagaan welke krachten in het sociale netwerk van de gezinsleden kunnen worden versterkt; betrek deze mensen bij het gezinsplan (Van der Zijden, 2010).
Planmatig en doelgericht werken	Maak met de betrokkenen een gezinsplan met concrete doelen, acties en termijnen. Vul het gezinsplan volledig en systematisch in zodat hulpverleners en het gezin weten wat van hen verwacht wordt, en wat zij van hun collega's kunnen verwachten (Steege, 2008; Van der Zijden, 2010).

Zorgen voor continuïteit	Het doen van wat je beloofd hebt. Lever je aandeel op het juiste moment en spreek anderen daar ook op aan. Zorg dat de vervolgafspraken nageleefd worden en dat iedereen aanwezig is bij (bijvoorbeeld) de afstemming overleggen. Draag zorg voor een zorgvuldige afronding en overdracht (Van der Zijden & Diephuis, 2011).
<b>Gespreksverslag (format)</b>	<b>Dit is het eerste deel van het 1Gezin1Plan format waarin een verslag staat over de huidige stand van zaken van het gezin. De aanwezige en afwezige bij dit gesprek worden vermeld, er wordt eveneens aangegeven ten behoeve van wie het gesprek plaats gevonden heeft en wanneer het gespreksverslag plaatsgevonden heeft (de datum). Bij de aanwezige/afwezige worden zowel de persoonsnamen als de naam van de instelling van de persoon opgeschreven.</b>
Ten behoeve aan	In het gespreksverslag wordt aangegeven waarover het gespreksverslag gaat en voor wie het overleg plaatsvindt (Van der Zijden, 2010)
Taal van de ouder	Doelen, afspraken en taal in het algemeen geformuleerd vanuit de ouder. Bijvoorbeeld: "ik wil graag een betere band met mijn dochter krijgen".
Taal van de hulpverlener	Doelen, afspraken en taal in het algemeen geformuleerd vanuit de hulpverlener. Bijvoorbeeld: "Moeder wil graag een betere band met haar dochter krijgen".
Hulpverleners jargon	Het gebruik van hulpverleners jargon is het taalgebruik binnen hulpverleners vakgebied of deze specifieke groep mensen, deze "vaktaal" is voor buitenstaanders (ouders) vaak moeilijk te volgen. Een voorbeeld is: "de moeder werkt aan de empowerment van het gezin".
Taal van het kind/jongeren.	Doelen, afspraken en taal in het algemeen geformuleerd vanuit het kind/jongeren zelf. Bijvoorbeeld: "Ik wil graag dat mama minder vaak verdrietig is".
Aanwezige	Het aantal mensen die bij het gesprek aanwezig waren (Van der Zijden, 2010)
Afwezige	Het aantal mensen die niet bij het gesprek aanwezig waren, afwezig (Van der Zijden, 2010)
Overkoepelende doelen	De belangrijkste doelen voor het gezin. Ook wel gezien als de hoofddoelen (Van Yperen & Van der Steege, 2007).
Subdoelen	De subdoelen/afspraken zijn afgeleid van de overkoepelende/hoofddoelen. De overkoepelende doelen zijn gesplitst in meerdere verschillende afspraken. Deze subdoelen worden onder de afsprakenlijst weergegeven .
Hulpverleners doelen	Doelen die gericht zijn op een kind, ouder, gezinsprobleem waarbij (uit het gespreksverslag) niet naar voren komt dat de cliënt dat doel bereiken wilt. Dit kan verschillende redenen hebben bijvoorbeeld omtrent zorgen die er zijn vanuit de hulpverlening (kindermishandeling, ontwikkeling, gezondheid) met betrekking tot de waarborging van de veiligheid van een van de gezinsleden (Van Yperen, Gastel & Diephuis, 2004). Als ouder niet mee wilt werken, noch gemotiveerd is, dan is het een hulpverleners doel. Doel voor een gezinslid waar dat gezinslid niet achter staat. Afstemmen van de hulp met de hulpverlening (anderen) omdat ouder(s) het zelf niet willen/kunnen en/of doen.
Ouderdoelen	Doelen die gericht zijn op een ouderprobleem en/of op de oplossing daarvan. Doel waar de ouder aan mee wilt werken, zoals: opvoedingsondersteuning, problemen van de ouder.
Kinddoelen	Doelen die gericht zijn op een kindprobleem en/of op de oplossing daarvan. Bijvoorbeeld problemen op en/of met de school, (naschoolse) opvang, VVE en gezondheidsproblemen van het kind.
Gezinsdoelen	Doelen die gericht zijn op een gezinsprobleem en/of op de oplossing daarvan, zoals: financiële problemen.
Belangrijke informatie voor alle betrokkenen	Extra informatie die voor alle betrokkenen belangrijk is. Bijvoorbeeld incidenten, bijzondere gebeurtenissen, afspraken, afstemming, kind, ouder, gezin en hulpverleners problemen, tips en tops (Van der Zijden, 2010)
Concrete doelen	Doelen die duidelijk en helder (beschreven) zijn. Het moet een waarneembare actie, gedrag of resultaat beschrijven waaraan een getal, bedrag, percentage of ander kwantitatief gegeven verbonden is. Hierbij moet

	er duidelijk aangegeven worden wanneer welke resultaten bereikt moeten zijn. Wie, wat en wanneer dienen hiervoor beantwoord te worden (Van Yperen, Gastel & Diephuis, 2004; Van der Zijden, 2010)
Vervolgafspraken	Een nieuwe geplande afspraak voor het gezin en de hulpverleners. Voorzien van een datum en mogelijk ook de tijd, locatie en/of aanwezigheid (Van der Zijden, 2010)
Telefoonnummer	Een volledig telefoonnummer: mobiel of vast van de ouder(s), hulpverlener(s) en/of andere betrokkenen (Van der Zijden, 2010)
Email adres	Een volledig email adres van de ouder(s), hulpverlener(s) en/of andere betrokkenen (Van der Zijden, 2010)
<b>Betrokkenen (format)</b>	<b>Dit is het derde deel van het 1Gezin1Plan format waarin een schematisch weergegeven wordt wie de betrokkenen zijn bij het gezin. Dit zijn de hulpverleners, dienstverleners en mensen uit het bredere sociaal netwerk zijn. In dit onderdeel wordt de naam, de functie, de organisatie, het adres, de bereikbaarheid (welke dagen), het telefoonnummer (vast of mobiel) en tot slot het email adres genoemd. Tot slot wordt er informatie gegeven over eventuele vervolg afstemming afspraken.</b>
Naam	De voornaam of initialen en achternaam van de betrokkenen (Van der Zijden, 2010)
Functie	De functie van de betrokkenen, is hij/zij bijvoorbeeld een huisarts, case manager, zorgcoördinator, sociaal pedagogisch medewerker, mentor (Van der Zijden, 2010)
Organisatie	Een instantie of instelling die gespecialiseerd is in een specifiek gebied in de zorg, hulp en/of dienstverlening (Van der Zijden, 2010)
Mogelijke betrokken organisaties	De betrokken organisaties zijn met name de regionale en lokale zorgaanbieders. Dit zijn als volgt: Kwadraad, MEE, BKK, Valent (transparant), Cardea, Altras, Spirit, BJZ, jgz, AMW, volwassen ggz, woningbouw, onderwijs, huisartsen, overig.
Hulpverleners	Een hulpverlener helpt mensen (weer) actief deelnemen aan de samenleving. Hij/zij vangt mensen op en helpt hen hun problemen zo goed mogelijk op te lossen. Het gaat meestal om procesmatige contacten en over immateriële problematiek. De hulpverlener probeert erachter te komen wat de problemen zijn van de hulpvrager om zo de juiste hulp te kunnen vinden voor die persoon. Gebaseerd op de handleiding geschreven door Van der Zijden en Diephuis (2011) en Konijn (2006).
Dienstverleners	Hij/zij heeft meestal te maken met kortstondige, eenmalige contacten waarbij de materiële problemen voorop staan. Zoals schulden, geld, een voorziening, een huis, het geven van informatie en advies. Er wordt iets beschikbaar gesteld en/of aangeboden. Het gaat hierbij om het oplossen van praktische en zakelijke problemen (MVWS, 2005).
School	Binnen de (basis) school zijn er verschillende functies. Zoals de Onderwijsassistent, vakleerkracht, Interne begeleider (ib), Remedial teacher (rt), Locatieleider, Conciërge, Administratieve kracht, Schoolmaatschappelijk werker, ICT- coördinator, Combinatiefunctionaris, Directeur, Bestuur en de Overblijfcoördinator. Deze professionals bieden indien nodig begeleiding en ondersteuning aan ouder(s) en jongeren. De mentor wordt in deze dossieranalyse als enige lid vanuit de school gezien als mogelijke steun/versterking van het breder sociaal netwerk van het gezin. Dit, aangezien hij/zij vaak een jaar of langer intens betrokken is met het kind en de ouder(s). Geïnspireerd op Van der Zijden (2010).
Adres	Het adres van de betrokkenen houdt in: een straatnaam, huisnummer, postcode en woonplaats (Van der Zijden, 2010)
Bereikbaarheid	Op welke dagen van de week de betrokkenen bereikbaar is (Van der Zijden, 2010)
Afspraken over afstemming	Afspraken over de wijze waarop de onderlinge afstemming is geregeld. Dit kan per mail, telefoon, afstemmingsoverleg (driehoeksgesprek, familienetwerkberaad of rondetafelgesprek) of op een andere manier (“anders”) gebeuren (Van der Zijden, 2010)

<b>Afspraken (format)</b>	<b>Dit is het laatste onderdeel van het 1Gezin1Plan format. Hier wordt het aantal afspraken genoemd die er gemaakt zijn. Dit zijn de subdoelen van het gezin. Er wordt aangegeven om hoeveel doelen het gaat, om welke doelen het gaat, wie de doelen gaat realiseren, wat er moet gebeuren om de doelen te realiseren, een start datum, een geplande einddatum en tot slot of het doel bereikt (gerealiseerd) is of niet (of half).</b>
De afsprakenlijst	In de afsprakenlijst wordt aangegeven wie wat doet en wanneer (Van der Zijden, 2010)
Afspraken, doel	Onder het kopje “doel” worden de subdoelen aangegeven, dit zijn de afspraken die er met het gezin gemaakt zijn.
Afspraken, wie	Wie het doel gaat uitvoeren: de vader, moeder, kind, jongere(n), grootouder(s), kennis, betrokkenen, hulpverlener of ander(s). En met wie hij/zij dit gaat doen.
Afspraken, wat	Wat hij/zij gaat doen om het doel te bereiken.
Soorten afspraken	Er zijn verschillende soorten/ typen afspraken die allemaal op een ander gebied betrekking kunnen hebben. De volgende mogelijkheden worden in dit onderzoek gebruikt: persoon -, school -, thuis -, relatie -, en buurtgerelateerde afspraken. Het kunnen zodoende afspraken zijn met betrekking tot het huishouden (thuis) of de bedtijd van het kind (persoon) of de ruzies thuis/op school (relatie).
Start datum	Vanaf wanneer men begint met een afspraak. Datum wordt gegeven: dag/maand/jaar (Van der Zijden, 2010)
Geplande einddatum	Wanneer het doel bereikt moet zijn (Van der Zijden, 2010)
Evaluatie	De kernpunten uit de evaluatie en de vervolgstappen aan de hand van de oorspronkelijke, en eventueel nieuw geformuleerde, doelen.
Doel bereikt	Is de doelrealisatie van het gestelde doel (afspraak) nagekomen. Is het doel bereikt: ja, nee of half.
Geïnternaliseerde problemen	Dit zijn problemen die mensen naar binnen richten zoals angst en depressie. Het gaat bij deze categorie problemen vaak om psychische problemen. Mensen hebben hier zelf (vaak) het meeste last van.
Psychische Problemen	Psychische problemen gaan over een aandoening die het dagelijks leven van de persoon verstoort zoals bijvoorbeeld gevoelens van angst of verdriet. Moeilijke momenten in het leven, grote veranderingen of ernstige gebeurtenissen uit het verleden kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van een geestelijk probleem. Voorbeelden van psychische problemen zijn onder andere: angststoornissen, depressie, manisch-depressieve stoornissen, schizofrenie.
Somatiek/ Gezondheidsproblemen	Bij het domein somatiek gaat het om lichamelijke klachten die een rol spelen in het dagelijks leven van cliënten. Problemen die te maken hebben met de gezondheid van ouder en/of kind. Deze klachten kunnen tijdelijk zijn maar kunnen ook een langdurig ziektebed veroorzaken. Hierbij kan gedacht worden aan allerlei vormen van verslavingen zoals drank en middelengebruik, pervasieve stoornissen, een kinderziekte zoals de waterpokken of een flinke griep.
Gezondheidsproblemen	Dit kunnen psychische en lichamelijke (somatische) gezondheidsklachten zijn.
Sociale omgeving	De sociale omgeving heeft betrekking op het sociale netwerk van het gezin en daarnaast ook de mensen waarmee een gezin te maken krijgt (bijvoorbeeld huisarts, contacten op school). Het kan zowel een beschermende als een risicofactor vormen bij een cliënt. Zo kunnen contacten zorgen voor steun en activiteiten, maar aan de andere kant kunnen problemen met sociale contacten of het ontbreken van contacten stressvol zijn. Enkele voorbeelden van risicofactoren zijn eenzaamheid, sociale isolatie en verveling. Deze beschrijving is geïnspireerd op Kievit, Tak en Bosch (2008).
Woon/leefomgeving	Bij dit domein gaat het om de huisvesting en juridische status van de cliënt die voor stress kunnen zorgen. Voorbeelden van risicofactoren hierbij zijn problemen omtrent de verblijfsvergunning en slechte/ te kleine huisvesting.

Werksituatie	Bij het domein werksituatie kunnen zowel het niet hebben van werk als de werkomstandigheden een rol spelen. Risicofactoren kunnen bijvoorbeeld werkloosheid, de werkomstandigheden en het niveau van de werkzaamheden zijn. Ook het ontbreken van mogelijkheden tot opleiding of omscholing.
Lichamelijke en/of verstandelijke beperking	Het hebben van een beperking en/of een handicap op lichamenlijk en/of verstandelijk gebied. Dit vraagt vaak extra en gespecialiseerde zorg voor de betreffende persoon (Kievit, Tak & Bosch, 2008).
Geëxternaliseerde problemen	Dit zijn problemen die mensen naar buiten richten. Dit zijn problemen waar vooral anderen mee lastig gevallen worden. Vaak hebben anderen hier dan ook meer last van dan de persoon zelf. Het gaat bij deze "probleem" categorie voornamelijk over gedragsproblemen zoals agressie, brandstichten, narcistische persoonlijkheidsstoornis en allerlei vormen van criminaliteit (Hellinckx, 1998).
Gedragsproblemen	Een gedragsprobleem is niet genetisch bepaald. Het staat meer buiten het kind, het is geen eigenschap. Er zijn problemen die ontstaan zijn in de omgeving van het kind (bijvoorbeeld (door omstandigheden) in het gezin of op school). Door die problemen verloopt nu de ontwikkeling minder goed. Het probleem is aan de situatie gebonden. Het gedragsprobleem wordt als het gevolg gezien van een oorzaak, bijvoorbeeld een trauma die het kind heeft ondergaan of een slechte opvoeding. Anderen hebben vaak last van het gedragsprobleem: het antisociaal gedrag (pesten, geweld gebruiken, ruzie maken, brutaal, spijbelen, brand stichten, van huis weglopen etc.) (Kievit, Tak & Bosch, 2008).
Sociaal-emotionele problemen	Dit is ook een vorm van gedragsproblemen echter is het individu nu zelf het slachtoffer van zijn/haar probleem. Enkele voorbeelden zijn: gepest worden, faalangst, laag zelfvertrouwen, negatief zelfbeeld, sociale isolement/angst en depressie (Kievit, Tak & Bosch, 2008).
Gezinsproblemen	Bij dit domein gaat het om factoren met betrekking tot het gezin, die extra stress veroorzaken bij een cliënt. Spanningen en ruzies tussen ouder(s)/verzorger(s), kinderen en/of andere familieleden kunnen voor veel problemen zorgen binnen het gezin. Daarnaast zijn er ook andere factoren zoals psychische of lichamelijke problematiek bij een ander gezinslid, die voor veel extra stress kunnen zorgen. Tot slot blijkt het (fysieke/emotionele) gemis van een partner of kinderen voor een cliënt erg stressvol te zijn (Hellinckx, 1998).
School problemen	School problemen zijn problemen die zich afspelen op school en/of problemen die te maken hebben met de school. Dit kan gaan over de relatie tussen de leerling en leerkracht, of met de schoolprestaties en ontwikkelingen van het kind/jongeren.
Opvoedproblemen	Ouder(s) en/of verzorger(s) die moeilijkheden en problemen ervaren in de opvoeding van de kinderen/jongeren. Dit kan zowel thuis als ook op school of in de buurt zijn. Er zijn verschillende oorzaken te noemen zoals: verzwaring van de opvoedingstaak als gevolg van een handicap van het kind (gedragsproblemen, pervasieve stoornissen zoals ADHD) of van de ouder. Daarnaast zij er gezinnen wier leef- en communicatiestijl risico's met zich mee kan brengen voor de cognitieve en culturele ontwikkeling van het kind en tot slot zijn er ook opvoedingsproblemen die (onder meer) de vorm aannemen van conflicten tussen ouder en kind/jongeren en eventueel ook tussen andere betrokkenen (Hellinckx, 1998).
Stoornissen	Kinderen, jongeren en volwassenen kunnen soms een specifieke stoornis ontwikkelen (hebben), deze hebben vaak een genetische oorzaak. Mentale en/of gedragsstoornissen beheersen vaak het dagelijkse leven van het kind/jongere en dat van de naaste betrokkenen zoals ouders/gezin en de school. Voorbeelden van deze stoornissen zijn: aandacht -, gedrag - (Autisme, PDD-NOS), communicatie -, stemming -, angst -, tic -, eet - en pervasieve ontwikkelingsstoornissen.
Onderlinge afstemming	De onderling afstemming kan vloeiend verlopen maar deze kan ook moeilijk verlopen bijvoorbeeld wanneer mensen niet goed bereikbaar zijn, afspraken vergeten, niet mee willen werken, of niet mee kunnen werken. Gebaseerd op

	de resultaten monitor van 1Gezin1Plan methodiek (Van der Zijden, 2010).
Afstemmingsoverleg	Er zijn verschillende soorten afstemmingsoverleg. Dit kan door middel van een driehoeksgesprek, familienetwerkberaad, eigen kracht conferentie, rondetafelgesprekken, of bilateraal namelijk: via de telefoon of mail (Van der Zijden & Diephuis, 2011).
Andere gezinsleden	Zoals: stiefbroers/zussen, stiefouder(s), pleegkinderen, pleegouder(s), grootouders, neven, nichten, ooms, tantes, half - oom, tante, neef, nicht, broer en/of zus.
Jongere(n)	Kinderen vanaf 12 tot en met 21 jaar.
Kind	Kinderen vanaf 1 tot en met 12 jaar
Verzorgers	Een stief of pleegouder die voor het kind zorgt, en de verantwoordelijkheid heeft voor de veiligheid en ontwikkeling van het kind.
Begeleidende rol	Begeleiden is een vorm van ondersteunen, met raad en daad bijstaan. Er wordt een zekere richting gegeven in het begeleidingsproces. Gezinsleden ondersteunen, bijvoorbeeld door het geven van adviezen.
Ondersteunende rol	Ondersteuning vindt plaats op basis van de vraag die de cliënt stelt. Hij/zij wordt met respect voor persoon en privacy ondersteunt en bijgestaan.
Versterken van...(eigen kracht, sociaal netwerk etc.)	Het “ versterken van...” komt overeen met de definitie van “empowerment”. Namelijk het helpen van de cliënt met het doel dat de cliënt zo spoedig mogelijk het zelf kan doen, oplossen. Het vergroten van de eigen oplossingsmogelijkheden/kunnen van de cliënt (Van der Zijden, 2010).
Gedwongen vs vrijwillig Kader	Er is sprake van een “gedwongen kader” wanneer de vraag voor zorg/hulpverlening niet vanuit de ouder/het gezin zelf komt. De zorg wordt verplicht; gedwongen opgelegd en wordt als noodzakelijk geacht voor het gezin. Het gaat hier zodoende niet om een vrijwillige toezegging vanuit het gezin. Het “vrijwillige kader” houdt in dat het gezin erachter staat om hulp te zoeken en te ontvangen (Van Yperen & Van Woudenberg, 2011).
Doelen formulering	Vanuit welke taal zijn de doelen geformuleerd: moeder, vader, ouder(s), verzorger(s), hulpverleners, kind?
SMART formuleren	Doelen zijn zo SMART mogelijk geformuleerd: Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden. Dit betekent het volgende: 1. Doelen zijn Specifiek zijn en dat duidelijk is waar ze precies over gaan. 2. Doelen zijn Meetbaar. Met cliënt wordt afgesproken waaraan te zien is of het doel al dan niet bereikt is. Doelen moeten Aanvaardbaar zijn voor cliënt en hulpverlener. Doelen moeten Realistisch zijn, ze moeten gaan over zaken die veranderbaar zijn m.b.t situatie van cliënt (binnen realistisch tijdsbestek). Tot slot moeten de doelen Tijdgebonden zijn. Er moet duidelijk zijn welke tijdsperiode beschikbaar is om de doelen te bereiken. Gegeven moet er zijn een dd-mm-jjjj (Van Yperen & Van der Steege, 2007).
Soorten onderwerpen van de doelen, afspraken etc.	Afspraken en/of doelen die kunnen betrekking hebben op (slaan op) de persoon zelf, school, thuis (gezin; relatie ouder-kind en de brusjes) en zelfs op de buurt. Vervolgens kunnen de onderwerpen van deze doelen slaan op de verschillende problemen die ouders, kinderen/jongeren en het gezin kunnen ervaren (zie definitie van de ouder-, kind-, gezinsproblemen).
Hoeveel doelen, onderwerpen, betrokkenen.	Het aantal dat is ingevuld met betrekking tot het gevraagde . Dit kan gaan over het aantal doelen, onderwerpen, personen, afspraken etc. Het aantal wordt ten opzichte van het totaal opgeschreven. Bijvoorbeeld: indien er 8 doelen zijn gesteld en er 4 doelen zijn behaald dan geldt dat er 3/8 doelen behaald zijn. Hier zullen vervolgens in SPSS percentages mee berekend worden.
Volledigheid van het gezinsplan	De volledigheid van het gezinsplan (completeness) wordt aan de hand van een tel systeem gescoord. Hierbij staat de mate van compleetheid van de ingevulde gegevens van het gezinsplan centraal. Hierbij is 80% de grenswaarde voor het behalen van een “voldoende” op de score van de mate van volledigheid (zie methodedeel).
Hulpvormtypen	Lokaal kindorganisatie (hulpverlening), geïndiceerde kindorganisatie, gedwongen kindorganisatie, ouderlokaal (volwassenenzorg), ouder geïndiceerd, ouder gedwongen, schuldhulpverlening.



B: Format “1Gezin1Plan- gezinsplan”

**Toelichting:**

Dit gezinsplan is een middel om samen te werken met gezinnen waarbij meerdere instanties betrokken zijn.

Het gezinsplan biedt houvast en overzicht aan de gezinsleden, de mensen uit hun netwerk en de betrokken hulpverleners en dienstverleners.

De zorgcoördinator zorgt er samen met de gezinsleden voor dat het gezinsplan wordt ingevuld:

1. **Gezinsdoelen:** namen van de gezinsleden en de belangrijkste doelen die zij met het plan willen bereiken
2. **Betrokkenen:** gegevens van mensen uit hun netwerk, hulpverleners en dienstverleners die samenwerken met het gezin. En ook: de gegevens van de zorgcoördinator en afspraken over de wijze waarop de onderlinge afstemming is geregeld (per mail of telefoon, afstemmingsoverleg of anders)
3. **Afsprakenlijst:** wie doet wat en wanneer
4. **Evaluatie en vervolgspraken**

Het gezin en alle andere betrokkenen krijgen een exemplaar van het ingevulde gezinsplan (per mail of uitgeprint)

**Gezinsdoelen**

<b>Namen van de gezinsleden en de leeftijden van de kinderen:</b>		<b>Belangrijkste doel(en) van het gezin:</b>
		<b>Belangrijke informatie voor alle betrokkenen:</b>
<b>Telefoon</b>		
<b>Mail</b>		



**Betrokkenen:**

Naam:	Relatie tot het gezin en/of werkzaam bij welke instantie:	Op welke dagen goed bereikbaar:	Telefoonnummer	Mailadres
<b>Zorgcoördinator:</b>				
<b>Afspraken over afstemming:</b>				

**Afsprakenlijst:**

Nr.	Doel:	Wie doet:	Wat:	Start datum	Geplande einddatum	Doel bereikt?

**Evaluatie en vervolgspraken:**

<b>Kernpunten uit de evaluatie:</b>						
<b>Vervolgspraken per doel:</b>						
Nr.	Doel:	Wie doet:	Wat:	Start datum	Geplande einddatum	Doel bereikt?

## C: Vragenlijst zorgcoördinatoren:

### Vragenlijst 1Gezin1plan voor de zorgcoördinatoren

Voor u ligt een vragenlijst met een aantal vragen over uw ervaringen en belevingen met de door u geboden zorgcoördinatie methodiek één Gezin één Plan (1G1P). Voor het beoordelen van de effecten van de methodiek en de tevredenheid met de behandeling/werkwijze volgens 1G1P zijn proces en evaluatie gegevens (afsluitingsgegevens) noodzakelijk. Daarom gaat de interesse uit naar wat u nu en/of na afsluiting van de geboden gezinsbehandeling vindt en hoe u de werkwijze volgens 1G1P ervaren heeft.

#### **Alle antwoorden worden anoniem behandeld.**

Uw anonimiteit wordt gewaarborgd, u hoeft dus niet uw naam op het formulier te zetten

Het ID nummer dat rechts boven op de brief staat wordt alleen gebruikt voor onze administratie en wordt niet in verband gebracht met uw naam.

#### **Geïnteresseerd in de resultaten?**

5. Vermeld hier uw email adres dan zullen t.z.t de resultaten uw kant op komen.

Email adres:

.....

#### **Wat vragen we van u?**

1. Zou u de vragenlijst binnen twee weken willen invullen.
2. De ingevulde vragenlijst kunt u vervolgens aan de teammanager geven die de vragenlijsten gezamenlijk zal retourneren.

**N.B:** Indien u nog vragen hebt kunt u uiteraard contact met mij opnemen:  
ik sta u graag te woord.

Bij voorbaat hartelijk bedankt voor uw medewerking en succes met het invullen!

**Met vriendelijke groet,**

**Julia Kranen**

J.Kranen@student.uva.nl

06 41 62 58 80

---

**N.B: De vragen gaan over het totale beeld dat u heeft n.a.v. de methodiek. U kunt er echter voor kiezen om bijvoorbeeld het laatste gezin dat u begeleid heeft in gedachte te nemen tijdens het invullen van de vragenlijst.**

**Het is de bedoeling dat u per vraag aankruist wat het best bij uw mening past. Bij sommige vragen kunt u zelf een kort antwoord formuleren.**

#### **1a. Is het gedrag van het kind (of van de kinderen) veranderd ten gevolge van de zorgcoördinatie methodiek 1Gezin1Plan (1G1P)?**

Toelichting: Hier gaat het niet alleen om gedragsveranderingen van het kind (of de kinderen) tijdens de periode van de zorgcoördinatie middels 1G1P maar ook om dingen die eventueel nu na afsluiting merkbaar zijn. Probeer in geval van meerdere kinderen een gemiddelde beoordeling te geven over de veranderingen bij alle kinderen.

- Eerder slechter dan beter geworden
- Niets veranderd
- Wel wat veranderd
- Goed vooruit gegaan
- Niet te beoordelen

**1b. Kunt u ook aangeven waardoor deze verandering (of stilstand) is veroorzaakt? Welke elementen van de zorgcoördinatie middels 1G1P, of welke andere gebeurtenissen hebben daaraan in positieve of in negatieve zin een bijgedrag geleverd?**

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

**2a. Is er door het contact met de gezinshulpverleners die werken met de zorgcoördinatie methodiek 1G1P in het functioneren van het gezin iets veranderd?**

Toelichting: Het betreft niet alleen veranderingen tijdens de periode van de Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling, maar ook dingen die nu na afsluiting merkbaar zijn.

- Eerder slechter dan beter geworden
- Niets veranderd
- Wel wat veranderd
- Goed vooruit gegaan
- Niet te beoordelen

**2b. Kunt u ook aangeven waardoor deze verandering (of stilstand) is veroorzaakt? Welke elementen van de zorgcoördinatie methodiek 1G1P, of welke andere gebeurtenissen hebben daaraan in positieve of in negatieve zin een bijgedrag geleverd?**

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

**3a. Is er door het contact met de hulpverleners die werken met de zorgcoördinatie methodiek 1G1P iets veranderd in de manier waarop de ouder(s) het kind (of de kinderen) opvoedt (opvoeden)?**

Toelichting: Hebben de ouders(s) iets geleerd, of is er iets veranderd, in de wijze waarop ze nu na afsluiting met hun kinderen omgaan? Geef, indien het weer om meerdere kinderen gaat, een gemiddelde beoordeling.

- Eerder slechter dan beter geworden
- Niets veranderd
- Wel wat veranderd
- Goed vooruit gegaan
- Niet te beoordelen

**3b. Kunt u ook aangeven waardoor deze verandering (of stilstand) is veroorzaakt? Welke elementen van de zorgcoördinatie methodiek 1G1P, of welke andere gebeurtenissen hebben daaraan in positieve of negatieve zin een bijdrage geleverd?**

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

**4a. Is bij de ouder(s) door te werken en begeleid te worden met de zorgcoördinatie methodiek 1G1P het zicht op het gedrag van het kind (of de kinderen) verhelderd?**

Toelichting: Begrijpt de ouder nu beter wat er aan de hand is met het kind? Geef in geval van meerdere aangemelde kinderen weer een gemiddelde beoordeling.

- Eerder slechter dan beter geworden
- Niets veranderd
- Wel wat veranderd
- Goed vooruit gegaan
- Niet te beoordelen

**4b. Kunt u ook aangeven waardoor deze verandering (of stilstand) is veroorzaakt? Welke elementen van de zorgcoördinatie methodiek 1G1P, of welke andere gebeurtenissen hebben daaraan in positieve of negatieve zin een bijdrage geleverd?**

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

**5. Wat vindt u van de periode die de hulpverlening en zorgcoördinatie middels 1G1P heeft geduurd?**

- Te kort
- Precies lang genoeg
- Te lang
- Geen mening

**6a. Vindt u nu, met “de wijsheid achteraf” dat de begeleiding en zorgcoördinatie middels 1G1P een goede keus is geweest voor dit gezin? Zou u dit opnieuw aanraden voor dit gezin?**

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel
- Weet niet

**6b. Indien nee (beslist niet, waarschijnlijk niet): waarom niet?**

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

**7a. Had de zorgcoördinatie (middels 1G1P) achteraf gezien beter gekund?**

- Beslist niet
- Waarschijnlijk niet
- Waarschijnlijk wel
- Beslist wel
- Weet niet

**7b. Indien ja (beslist wel, waarschijnlijk wel): wat had dan beter gekund?**

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

**8a. Bent u tevreden over de geboden vervolghulp?**

- Nee
- Een beetje
- Ja
- Weet niet
- Geen vervolghulp

**8b. Indien nee ( of een beetje): wat had er beter gekund?**

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

**9. Wanneer u op dit moment denkt aan het contact met dit gezin, wat schiet u dan het eerst te binnen, wat is uw eerste reactie? (geef een aantal steekwoorden).**

Toelichting: De bedoeling is dat u opschrijft wat er in uw hoofd opkomt. Het mogen best losse kreten zijn.

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

**10. Ik heb gebruik gemaakt van:**

Het gezinsplan:

- Ja     Nee     Soms     Ja, samen met het gezin

De afsprakenlijst:

- Ja     Nee     Soms     Ja, samen met het gezin

De rond de tafel gesprekken:

(=een gesprek met de verschillende betrokken organisaties en de zorgcoördinator)

- Ja     Nee     Soms     Ja, samen met het gezin

Het bredere sociale netwerk van het gezin (familie, burens, vrienden, kennissen):

- Ja     Nee     Soms

De eigen kracht van het gezin:

- Ja     Nee     Soms

**11. Bestond het Gezinsplan uit concrete doelen, acties (wie doet wat) en termijnen (een start – en geplande einddatum)?**

- Slecht  
 Matig  
 Redelijk  
 Goed

**12. De doel(en) in het gezinsplan zijn opgesteld door:**

- mij zelf (en/of andere hulpverleners)  
 de ouder(s)  
 de ouder(s) en ik samen  
 het gezin, nl:.....

**13. De ouder(s) konden samen met mij:**

**meerdere antwoorden zijn mogelijk!**

- Doelen formuleren  
 Afspraken maken over hun inzet (en die van de gezinsleden)  
 Afspraken maken over de inzet van hulp uit hun netwerk  
 Inventariseren welke professionals betrokken zijn in het gezin  
 Organiseren hoe we het gezinsplan verder invullen  
 Geen antwoord is van toepassing

**14. Is er door de aanpak van problemen op de verschillende leefgebieden (zoals werk, gezondheid, school, financiën) in het functioneren van het gezin iets veranderd?**

- Eerder slechter dan beter  
 Niets veranderd  
 Wel wat verbeterd  
 Goed vooruit gegaan  
 Niet te beoordelen

**15. Ik kan een ronde tafel gesprek voorzitten:**

- Ja  
 Alleen samen met een collega  
 Dit hangt af van het gezin  
 Nee

**16. De ouder(s) heeft de ronde tafel gesprekken:**

**Meerdere antwoorden zijn mogelijk!**

- 1 keer of vaker bijgewoond
- 1 keer of vaker begeleid
- nooit bijgewoond
- positief ervaren
- negatief ervaren

**17. Heeft de werkwijze 1G1P bijgedragen aan het “herstel van het gewone leven” van het gezin?**

- Eerder slechter dan beter
- Niets veranderd
- Wel wat verbeterd
- Goed vooruit gegaan
- Niet te beoordelen

**18. Ik heb gewerkt aan het betrekken van vrienden, kennissen, familieleden en/of burens van het gezin:**

- Ja
- Nee, nl.....
- Samen met het gezin

**19a. De afsprakenlijst:**

**Meerdere antwoorden zijn mogelijk!**

- Is een onbekend begrip voor mij
- Is een bekend begrip voor mij
- Heeft mij geholpen het gezinsdoel(en) concreet en duidelijk te maken
- Heeft het gezin geholpen

**19b. Indien van toepassing is geef aan in hoeverre de gestelde doelen wel of niet behaald zijn:**

- Géén van de nagestreefde doelen zijn behaald
- 1- > van de nagestreefde doelen zijn behaald
- Alle doelen zijn behaald

**20. Ik ervaar in vergelijking met andere soortgelijke zorgcoördinatie methodieken (zoals wraparound care, hulp aan huis) verschillen met 1Gezin1Plan:**

- Beslist niet, nl.....
- Een beetje, , nl.....
- Beslist wel, , nl.....
- Heel veel, , nl.....

**21. Ik heb als zorgcoördinator/teamlid het gevoel gehad:**

Het gezin te kunnen helpen

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Het gezin te kunnen steunen

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Naar de ouder(s) en jongeren te hebben geluisterd

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Open en eerlijk te zijn geweest naar het gezin

- Ja
- Nee
- n.v.t.

Rekening te hebben gehouden met problemen op verschillende leefgebieden (inkomen, werk, opvoedingsvaardigheden, psychische gezondheid)

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

**22. Omcirkel hoe “goed” u het gevoel heeft het gezin te hebben kunnen helpen? (1= zeer slecht, 5= onvoldoende,10=uitstekend)**

1            2            3            4            5            6            7            8            9            10

**23. Hoe verliepen de afspraken met het gezin?**

- Volgens plan
- Niet volgens plan
- Het gezin hield zich niet altijd aan de afspraak, nl.....
- Ik hield mij niet altijd aan de afspraak, .....

**24. Hoe verliepen de afspraken met de verschillende zorgverleners/instanties?**

- Volgens plan
- Niet volgens plan
- De zorgverleners hielden zich niet altijd aan de afspraak
- Ik hield mij niet altijd aan de afspraak

**25. Hoe verliep de samenwerking met andere instanties?**

- Slecht
- Matig
- Redelijk
- Goed
- Anders, nl.....

**26. Hoe was de afstemming met de verschillende instanties?**

- Slecht
- Matig
- Redelijk
- Goed
- Anders,nl.....

**27. Opmerkingen of suggesties met betrekking tot de zorgcoördinatie:**

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

**28. Hoeveel gezinnen heeft u begeleid middels de methodiek 1Gezin1Plan?**

- < 2
- 3-6
- 7-10
- > 10

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.  
Ik stel uw medewerking zeer op prijs,

Met vriendelijke groet,

J. Kranen