

Samen voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek

Beter Thuis: evaluatie van het zorgaanbod

Rianne Wassink-de Stigter, Rianne Jansen, Inge Simons, Mathijs Deen & Sarah Soenen

Samenvatting

De integrale specialistische ambulante teams van het samenwerkingsverband Beter Thuis bieden voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek een integrale gezinsbehandeling met een combinatie van behandel- en ondersteuningsmogelijkheden vanuit de jeugdhulpverlening, specialistische geestelijke gezondheidszorg voor jeugd en volwassenen, het sociaal-maatschappelijk domein en de zorg voor

mensen met een licht verstandelijke beperking. Door onderzoek met behulp van Routine Outcome Monitoring werd voor 63 gezinnen onder meer zicht gekregen op de mate van herstel bij afronding van de hulpverlening. Opvoeders zijn meer zelfredzaam, ervaren minder gezondheidsklachten en er is een verbetering in het psychisch welbevinden van opvoeders en jeugdigen. Opvoeders en jeugdigen geven het zorgaanbod van Beter Thuis een ruime voldoende.

Naar schatting hebben 35.000 tot 116.0000 gezinnen in Nederland te maken met meervoudige en complexe problematiek (Expertisecentrum Gezin- nen met Meervoudige en Complexe Problematiek, 2022). Een gezin met meervoudige en complexe problematiek is een gezin van minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaaleconomische en psychosociale problemen. Individuele gezinsleden ervaren problemen op verschillende levensdomeinen en binnen het gezin als geheel zijn er geregeld spanningen, zorgen over de onderlinge relaties en negatieve interacties tussen gezinsleden (Van de Laak-Bruins e.a., 2024; Wassink e.a., 2025). Veelvoorkomende problemen

zijn financiële problemen, werkloosheid, zorgen rond huisvesting, criminaliteit, psychische klachten bij ouders en/of kinderen en pedagogische onmacht (Holwerda, 2014). De problemen van deze gezinnen hangen vaak met elkaar samen, zijn chronisch en intergenerationeel van aard en versterken elkaar. Ze zijn zo complex dat ze niet binnen één domein passen, zoals de jeugd-ggz, jeugdhulp, LVB-zorg, volwassen-ggz of het sociaal domein. De wijze van organisatie van hulpverlening in Nederland staat daarmee op gespannen voet met de problematiek. De fragmentatie van hulpverlening leidt tot gestapelde zorg, waarbij individuele hulpverleners uit verschillende organisaties zich

Zorgaanbod Beter Thuis

Beter Thuis werd op initiatief van Youz, Ipse de Bruggen en Jeugdformaat in 2018 opgericht. Beter Thuis bestaat uit drie ambulante teams in regio Haaglanden, waarbij het *Integraal 0 tot 6 team in de Wijk* zich specifiek richt op gezinnen met jonge kinderen vanuit de Infant Mental Health (IMH)-visie. De teams zijn opgebouwd uit hulpverleners van Youz (specialistische jeugd-ggz, onderdeel van Parnassia Groep), Ipse de Bruggen (zorg voor kinderen en volwassenen met een LVB), Jeugdformaat (specialistische jeugd- en opvoedhulp), Reakt (sociaal-maatschappelijke ondersteuning, onderdeel van Parnassia Groep) en PsyQ (specialistische volwassen-ggz, onderdeel van Parnassia Groep). De kracht van de teams ligt in het bundelen van expertise voor jeugd en volwassenen. Binnen de teams zijn onder andere ambulant gezinsbehandelaren, verpleegkundig specialisten, (GZ-) psychologen, orthopedagogen, klinisch psychologen, systeemtherapeuten en psychiaters werkzaam.

Gezinnen komen voor Beter Thuis in aanmerking wanneer zij vastlopen op minimaal drie domeinen van het gewone leven. In de gezinnen

moet sprake zijn van (vermoedens van) psychische problematiek bij een van de kinderen, gecombineerd met opvoedproblematiek en LVB en/of psychische problematiek bij minstens een van de opvoeders. Het hele gezin wordt gezien als cliënt.

Het behandeltraject binnen Beter Thuis duurt ongeveer een jaar en bestaat uit een analysefase, een behandel- en ondersteuningsfase en een afrondingsfase. Het behandel- en ondersteuningsplan bestaat uit een samenhangend aanbod met heldere prioriteiten dat aansluit bij de mogelijkheden van het gezin en bijdraagt aan het herstel van het dagelijks leven. Tijdens de behandel- en ondersteuningsfase vindt het grootste deel van de behandeling plaats in de thuissituatie. Het verloop wordt gemonitord en de aard en intensiteit van de behandeling worden continu afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van het gezin. In de afrondingsfase wordt samen met het gezin een plan gemaakt voor het vasthouden van de resultaten en terugvalpreventie. Waar nodig volgt een warme overdracht naar een lichter zorgaanbod bij een aanbieder in de regio.

richten op het probleem van hun eigen expertise zonder voldoende onderlinge samenhang en afstemming te borgen. Mogelijke gevolgen hiervan zijn overvraging van gezinnen, teleurstelling wanneer het bereiken van de gestelde behandeldoelen uitblijft en wantrouwen bij gezinnen. Het niet kunnen overzien en adresseren van de meervoudige problematiek kan er enerzijds voor zorgen dat hulpverleners zich minder verantwoordelijk voelen en eerder doorverwijzen. Anderzijds kan het ertoe leiden dat hulpverleners zich machteloos voelen omdat ze geen invloed hebben op de inzet van hulpverlening op andere domeinen.

De laatste jaren wordt veel nadruk gelegd op het belang van integraal werken, waarbij wordt samengewerkt over de schotten van de zorg heen. Doel daarvan: een betere afstemming van de zorg op de zorgvraag van een gezin, en tegengaan van

fragmentatie binnen het zorglandschap (Goodwin, 2016).

Het samenwerkingsverband Beter Thuis biedt integrale gezinsbehandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problematiek. Vanuit één integraal specialistisch ambulant team werken professionals vanuit verschillende organisaties en expertises samen aan passende en samenhangende zorg.

Het onderzoek

In dit onderzoek werd het zorgaanbod van Beter Thuis geëvalueerd met behulp van pseudo-anonieme gegevens die met *Routine Outcome Monitoring* (ROM) zijn verzameld bij de start en afronding van hulpverlening. De uitkomstmaten waren: de

De fragmentatie van hulpverlening leidt bij veel gezinnen tot gestapelde zorg

zelfredzaamheid van opvoeders op verschillende levensdomeinen (ZRM; Lauriks et al., 2017), de aanwezigheid van psychische problemen bij zowel opvoeders als kinderen (HoNOS; Gowers et al., 1999; HoNOSCA; Gowers et al., 2000) en de door opvoeders ervaren opvoedingsbelasting (OBVL; Vermulst et al., 2015). Bij de afronding van de hulpverlening werd ook de cliënttevredenheid (CEM+; Gemeente Amsterdam, 2018) en de kwaliteit van de werksamenwerking tussen cliënten en behandelaren in kaart gebracht (WAV-12; Stinckens et al., 2009). Data werden geanalyseerd met R. Omdat de data bestaan uit herhaalde metingen over individuele gezinsleden uit hetzelfde gezin, is voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruikgemaakt van multilevel-analyses. Meer informatie over de psychometrische eigenschappen van de gebruikte onderzoeksinstrumenten en de wijze waarop de data zijn geanalyseerd, is op te vragen bij de eerste auteur van deze rapportage.

De deelnemende gezinnen

Gezinnen werden mondeling en schriftelijk geïnformeerd over het pseudo-anoniem gebruik van ROM-data voor wetenschappelijk onderzoek. Gezinnen die hier bezwaar tegen hadden, konden dit laagdrempelig kenbaar maken bij hun behandelaar of het onderzoeksteam. Voor 63 gezinnen waarvoor in de periode 2020 - 2023 binnen één van de drie Beter Thuis-teams een hulpverlenings-traject was opgestart en afgerond, was een ROM begin- en eindpakket beschikbaar. Bij meer dan de helft van de gezinnen (63,5%) waren twee opvoeders betrokken, al dan niet woonachtig in hetzelfde huis. De overige gezinnen waren eenoudergezinnen (30,2%), meestal met een moeder, of gezinnen waarbij drie opvoeders betrokken waren (6,3%). In totaal waren gegevens van 111 opvoeders beschikbaar voor het onderzoek:

61 moeders (55%), 43 vaders (38,7%), 3 stiefvaders (2,7%) en 4 overige familieleden (3,6%). Ongeveer de helft van de gezinnen (50,8%) bestond uit één kind. In de overige gezinnen woonden twee (31,7%), drie (15,9%) of vier (1,6%) kinderen. In totaal waren gegevens van 106 kinderen in de leeftijd van 4 maanden tot 17,8 jaar beschikbaar voor het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 9,8 jaar ($SD = 4,5$ jaar). Van de kinderen was 52,8% jongen, 46,2% meisje en 0,9% non- binair.

Zelfredzaamheid

Bij opvoeders was een toename zichtbaar op het aantal domeinen waarop zij als zelfredzaam beoordeeld konden worden. Gemiddeld waren ze op 29,3% meer domeinen zelfredzaam aan het eind van het zorgtraject in vergelijking met de start van het zorgtraject. Wat betreft de zelfredzaamheid per domein was een toename in de zelfredzaamheid van opvoeders zichtbaar op de domeinen Huiselijke relaties ($B = 1.02$, $SD = 0.34$, $p = .003$, $OR = 2.76$), Sociaal netwerk ($B = 1.63$, $SD = 0.38$, $p < .001$, $OR = 5.09$) en Zorgdragen voor opvang van kinderen ($B = 1.70$, $SD = 0.39$, $p < .001$, $OR = 5.50$). Toch werd ook aan het eind van het zorgtraject een deel van de opvoeders als niet zelfredzaam beoordeeld op een of meerdere domeinen, zie tabel 1. Aan het eind van het zorgtraject was van alle opvoeders 17,1% zelfredzaam op alle domeinen aan het eind van het zorgtraject, ten opzichte van 6,3% van alle opvoeders bij de start van het zorgtraject. Verder was 7,2% zelfredzaam op 16 van de 17 domeinen, 8,1% zelfredzaam op 15 van de 17 domeinen en 9,9% zelfredzaam op 14 van de 17 domeinen. Bij de start van het zorgtraject was dit respectievelijk 9%, 9% en 9,9%. Aan het eind van het zorgtraject was 28% van de opvoeders niet zelfredzaam op 4 of meer domeinen, bij de start van het zorgtraject was dit 41,5% van

Behandeltraject Beter Thuis draagt bij aan herstel van dagelijks leven binnen het gezin

Tabel 1

Het percentage opvoeders dat onvoldoende zelfredzaam is per domein op de ZRM

Domein	% opvoeders onvoldoende zelfredzaam start zorgtraject (n)	% opvoeders onvoldoende zelfredzaam eind zorgtraject (n)
Financiën	40,5% (n = 45)	26,1% (n = 29)
Werk & Opleiding	36,9% (n = 41)	24,3% (n = 27)
Tijdsbesteding	36,0% (n = 40)	27,0% (n = 30)
Huisvesting	15,3% (n = 17)	7,2% (n = 8)
Huiselijke relaties	48,6% (n = 54)	27,9% (n = 31)
Geestelijke gezondheid	29,7% (n = 33)	21,6% (n = 24)
Lichamelijke gezondheid	27,0% (n = 30)	20,7% (n = 23)
Middelengebruik	4,5% (n = 5)	5,4% (n = 6)
Basale Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL)	4,5% (n = 5)	5,4% (n = 6)
Instrumentele ADL	8,1% (n = 9)	2,7% (n = 3)
Sociaal netwerk	46,8% (n = 52)	24,3% (n = 27)
Maatschappelijke participatie	33,3% (n = 37)	24,3% (n = 27)
Justitie	5,4% (n = 6)	3,6% (n = 4)
<i>Ouderschapssupplement</i>		
Lichamelijke verzorging	12,6% (n = 14)	5,4% (n = 6)
Sociaal-emotionele ondersteuning	45,9% (n = 51)	26,1% (n = 29)
Scholing	16,2% (n = 18)	4,5% (n = 5)
Opvang	14,4% (n = 16)	4,5% (n = 5)

de opvoeders. Voor 29,3% van de opvoeders waren er geen gegevens beschikbaar wat betreft zelfredzaamheid bij het begin en eind van het zorgtraject.

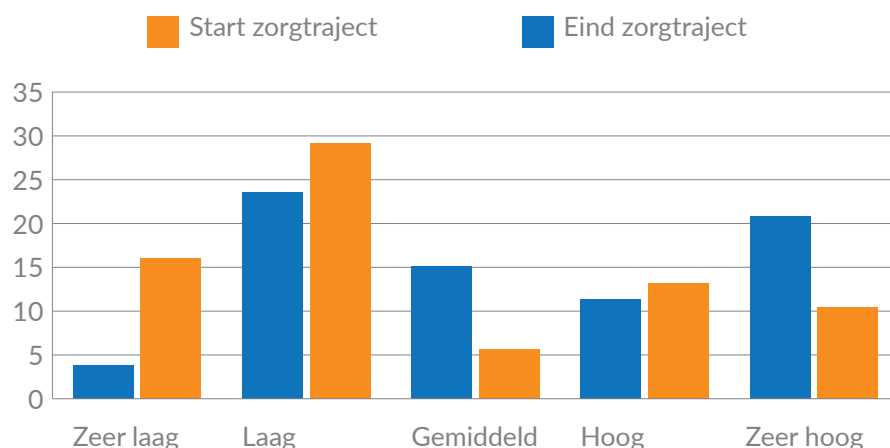
Psychisch welbevinden

Opvoeders ervoeren aan het eind van het Beter Thuis-traject minder psychische problematiek in vergelijking met de start van die hulpverlening ($B = -0.94$, $SD = 0.45$, $df = 84.4$, $t = -2.210$, $p = .039$, Cohen's $d = 0.23$; klein effect). Toch behaalde 9,9% van de opvoeders zowel bij start als afronding van Beter Thuis op de HoNOS een score die duidt op klinische ernst. Voor respectievelijk 13,5% en

20,7% van de opvoeders waren er te weinig gegevens om een HoNOS-score te berekenen bij start en afronding.

Voor kinderen werd aan het eind van het Beter Thuis-traject minder problematiek gerapporteerd

Samen met het gezin wordt een plan gemaakt voor vasthouden van resultaten en terugvalpreventie



Figuur 1 Vergelijking scores psychische problematiek jeugdigen met de normgroep HoNOSCA

dan aan de start van het traject ($B = -3.19$, $SD = 0.79$, $df = 75.43$, $t = -4.03$, $p < .001$, Cohen's $d = 0.46$; middelgroot effect). Ook was een afname zichtbaar in de klinische ernst van de scores (figuur 1).

Opvoedingsbelasting

Opvoeders ervaarden aan het eind van het zorgtraject minder opvoedingsbelasting op de subschalen *Depressieve stemmingen* ($B = -0.96$, $SD = 0.33$, $df = 180.89$, $t = -2.94$, $p = .004$, Cohen's $d = 0.22$; klein effect) en *Gezondheidsklachten* ($B = -1.09$, $SD = 0.40$, $df = 177.17$, $t = -2.71$, $p = .007$, Cohen's $d = 0.22$; klein effect). Op de overige subschalen en de totaalscore was geen toe- of afname van scores zichtbaar. Ook was sprake van een reductie van klinische ernst, gezien de afname van de totaalscore (tabel 2).

Cliënttevredenheid

Opvoeders gaven gemiddeld het cijfer 8 bij de vraag hoe nuttig zij de hulpverlening voor henzelf en hun kind vonden. Jeugdigen van 12 jaar of ouder

gaven gemiddeld het cijfer 7,5 op de vraag: "Geef met een schoolcijfer van 1 tot 10 aan hoe nuttig deze hulp voor jou was". Ruim 92% ($n = 72$) van de opvoeders en 91% van de jeugdigen ($n = 21$) was tevreden met de mate waarin hulpverleners luisterden naar wat het gezin of de jeugdige nodig had. Over de samenwerking tussen hulpverleners was ongeveer 87% ($n = 67$) van de opvoeders en 73% ($n = 16$) van de jeugdigen tevreden.

Werkrelatie

Voor de Nederlandstalige, verkorte versie van de WAV-12 zijn geen normscores beschikbaar. Hierdoor was het niet mogelijk om de gemeten werkrelatie te vergelijken met andere doelgroepen of klinische settingen. Aan de gemiddelde scores (tabel 3) is echter wel zichtbaar dat de werkrelatie door zowel opvoeders, professionals en jeugdigen positief werd beoordeeld. De gemiddelde scores liggen niet ver bij de maximale score vandaan.

Hulpverleners gaven lagere scores dan opvoeders op de WAV-12. Dit gold zowel voor de *totaalscore* als voor de subschalen *Doel* ($t = 5.20$, $df = 54$, $p < .001$; Cohen's $d = 0.70$; gemiddelde effectgrootte) en *Taak* ($t = 5.21$, $df = 55$, $p < .001$; Cohen's $d = 0.69$; gemiddelde effectgrootte). Dit duidt erop dat de hulpverleners de werkrelatie met de opvoeders minder positief beoordelen dan de opvoeders zelf. De hulpverleners ervaarden met name minder

Rapportcijfer kwaliteit van hulpverlening:

- Opvoeders: 8
- Jeugdigen: 7,5

Tabel 2

Beschrijvende gegevens opvoedingsbelasting zoals gemeten met de OBVL

	% opvoeders in klinisch gebied start zorgtraject	% opvoeders in klinisch gebied eind zorgtraject
Totaalscore	38,3%	20,7%
Problemen opvoeder-kind relatie	21,8%	14,0%
Problemen met opvoeden	30,6%	18,7%
Depressieve stemming	32,1%	15,5%
Rolbeperking	23,3%	13,5%
Gezondheidsklachten	39,9%	22,8%

Tabel 3

Beschrijvende gegevens Nederlandstalige, verkorte versie WAV-12

Subschaal	Opvoeder over professional M (SD)	Professional over opvoeder M (SD)	Jeugdige (12+) over professional M (SD)	Professional over jeugdige (12+)	Minimale - maximale score
Doel	12.73 (2.64)	10.54 (2.79)	10.47 (3.61)	9.78 (4.11)	0-16
Taak	12.61 (2.56)	10.53 (2.91)	10.88 (3.93)	8.52 (3.91)	0-16
Band	13.96 (2.65)	13.97 (2.40)	13.06 (3.72)	13.85 (2.12)	0-16
Totaal	38.88 (6.98)	34.71 (7.72)	33.94 (10.41)	31.90 (9.22)	0-48

overeenstemming over de binnen de behandeling gestelde doelen en de acties die nodig zijn om deze doelen te bereiken. Omdat er van weinig jeugdigen scores rond de werkrelatie beschikbaar waren, zijn geen verdere analyses uitgevoerd voor vergelijking. Jeugdigen moeten minimaal 12 jaar oud zijn om de WAV-12 in te vullen.

Klinische betekenis van de resultaten

De resultaten van het onderzoek laten zien dat de behandeling binnen Beter Thuis bijdraagt aan het herstel van het dagelijks leven. Zo versterkte de behandeling de zelfredzaamheid van opvoeders, met name op de domeinen huiselijke relaties,

sociaal netwerk en zorgdragen voor opvang van kinderen (zie tabel 1 voor alle domeinen). Opvoeders werden met name vaardiger in het aangaan en onderhouden van kwalitatief goede relaties met gezinsleden, familie, vrienden en kennissen. Inzetten op het versterken van het sociaal netwerk is een werkzaam element binnen de hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (Visscher et al., 2022). Het sociaal

Opvoeders werden
vaardiger in het aangaan
en onderhouden van
kwalitatief goede relaties

netwerk is voor opvoeders een belangrijke bron van praktische en emotionele steun. Een steunend sociaal netwerk is daarnaast een constante factor wanneer hulpverleners afschalen en kan gezinnen helpen om de bereikte resultaten vast te houden. Bij Beter Thuis wordt in de analysefase standaard een sociogram gemaakt naast het genogram. Daarnaast wordt gezinnen gevraagd om steunfiguren uit hun netwerk mee te nemen naar de intake. Ook worden nieuwe partners in het traject betrokken en wordt een netwerkberaad of gezinsvergadering ingezet indien nodig. Het betrekken van het netwerk gebeurt ook informeel bij evaluaties of psycho-educatie. Mogelijk zijn opvoeders door een versterkt sociaal netwerk ook beter in staat om opvang voor/toezicht op hun kinderen te organiseren op de momenten dat zij zelf niet aanwezig zijn en de kinderen niet op school zitten. Ook de afname van COVID-maatregelen ten tijde van de dataverzameling zou kunnen hebben bijgedragen aan de verbetering van zelfredzaamheid in organisatie van opvang voor de kinderen.

Naast het versterken van de zelfredzaamheid van opvoeders draagt de behandeling binnen Beter Thuis bij aan het verbeteren van het psychisch welbevinden van opvoeders en jeugdigen. Ook werden aan het eind van het zorgtraject door opvoeders minder gezondheidsklachten gerapporteerd. De stress die gepaard gaat met het opvoeden van kinderen onder ingewikkelde omstandigheden, kan leiden tot fysieke klachten bij ouders (Shahali et al., 2024). Andersom kunnen langdurige fysieke klachten onder meer leiden tot gevoelens van somberheid (Michalec, 2023). Dit benadrukt het belang om in het hulpverleningstraject voor gezinnen met meervoudige en complexe

Behandeling Beter Thuis draagt bij aan verbetering van psychisch welbevinden van opvoeders en jeugdigen

Belangrijk: warme overdracht en aanwezigheid externe partij die zorg rondom het gezin blijft coördineren

problematiek ook aandacht te hebben voor het lichamelijk welbevinden van gezinsleden. Binnen Beter Thuis wordt steeds meer ingezet op lichaamsgerichte interventies, zoals Sherborne Samenspel. Ook wordt gezinsgerichte psychomotorische therapie ingezet. Domeinoverstijgend kan samenwerking worden gezocht met de huisarts of eventueel andere medische specialisten. Ook de samenwerking met bijvoorbeeld een fysiotherapeut of psychomotorisch therapeut kan een belangrijke aanvulling op het zorgaanbod zijn.

Het doel van de trajecten binnen Beter Thuis is herstel van het dagelijkse leven. Soms bestaat het traject voornamelijk uit het hanteerbaar maken van de aanwezige problematiek, met name waar het gaat om moeilijk veranderbare problematiek, zoals LVB- en persoonlijkheidsproblematiek. In de trajecten wordt gewerkt aan bewustwording bij opvoeders van hun eigen klachten en de invloed daarvan op het ouderschap. Soms ontstaat deze bewustwording en het openstaan voor eigen behandeling bij opvoeders pas tegen het einde van het traject. Ook wordt veel tijd geïnvesteerd in het opbouwen van een werkrelatie met gezinnen en het motiveren van gezinsleden voor behandeling. Pas dan kan de daadwerkelijke behandeling plaatsvinden.

De behandeling binnen Beter Thuis is voor veel gezinnen daarom geen eindstation en sommige gezinsleden ervaren aan het eind van het traject nog steeds klachten die hun dagelijks functioneren belemmeren op het gebied van zelfredzaamheid, opvoeding en psychisch welbevinden (tabel 1 en 2). Samen met de gezinnen wordt aan het eind van het traject georiënteerd op passende vervolgzorg. Wat passende zorg is, hangt af van de

doelen en mogelijkheden van het gezin. Voor verzorging kan gedacht worden aan het continueren van de inzet van schuldhulpverlening, het voortzetten en afronden van individuele behandeltrajecten voor opvoeders of kinderen, verdere inzet van opvoedingsondersteuning of de inzet van dagbesteding of logeerhuizen. Soms is het netwerk van opvoeders voldoende steunend om zelf verder te gaan. Een warme overdracht en de aanwezigheid van een externe partij (bijvoorbeeld een casusregi houder of jeugdbeschermer) die de zorg rondom het gezin coördineert blijft belangrijk.

De behandeling zoals die binnen Beter Thuis wordt geboden, is een relatief zeer intensieve vorm van integrale dienstverlening die slechts voor een beperkte periode – ongeveer een jaar tot anderhalf jaar – kan worden ingezet. In het licht van de eerste positieve resultaten van dit onderzoek en de ervaringen vanuit de praktijk van Beter Thuis is het de verwachting dat gezinnen na de periode van Beter Thuis, met intensieve integrale hulpverlening, verder kunnen met enkelvoudige zorg en minder intensieve of andere vormen van integrale hulpverlening. Samenwerking tussen domeinen of zorgsectoren blijft belangrijk in het licht van de resultaten, en kan plaatsvinden in diverse vormen en mate van intensiteit van integrale hulp.

Waardering zorgaanbod

Opvoeders en jeugdigen gaven het zorgaanbod van Beter Thuis een ruime voldoende. Gezinsleden waren met name tevreden over de samenwerking tussen hulpverleners onderling en de mate waarin hulpverleners luisterden naar wat zij nodig hadden. Opvoeders en jeugdigen beoordeelden de werkrelatie met betrokken hulpverleners veelal

Samenwerking tussen domeinen of zorgsectoren: bewaak de vorm en intensiteit van integrale hulp

Belangrijk is het opbouwen van vertrouwen met gezinnen: helpen met praktische en organisatorische zaken

positief. In het licht van de negatieve ervaringen die veel van deze gezinnen in eerdere hulpverleningstrajecten hebben opgedaan, is dit een hoopvolle bevinding. Een goede werkrelatie vormt de basis van waaruit gezinnen zich durven open te stellen voor behandeling, nu en in de toekomst. Binnen Beter Thuis wordt veel tijd besteed aan het opbouwen van verbinding en vertrouwen. Elementen die hierbij van belang zijn, zijn onder meer: aandacht voor het unieke verhaal van het gezin, een positieve, onbevooroordeelde basishouding van professionals, laagdrempelige bereikbaarheid en flexibiliteit in afstand en nabijheid (Barnhoorn e.a., 2025; Morris, 2012; Visscher e.a., 2022).

Opvoeders beoordeelden de werkrelatie met de hulpverleners van Beter Thuis positiever dan hulpverleners zelf, met name waar het gaat om de mate van overeenstemming in therapiedoelen en -taken. Deze schalen meten de mate van overeenstemming rond de doelen van de behandeling en de activiteiten die nodig zijn om deze doelen te behalen (Stinckens et al., 2009). Hulpverleners gaven in gesprek aan vaak geen consensus met gezinnen te hebben over behandel doelen, bijvoorbeeld waar het gaat om veiligheid in het gezin. Tijdens het traject wordt naar consensus toegewerkt. Toch beoordeelden de hulpverleners de werkrelatie met de individuele gezinsleden veelal positief. Hulpverleners in de reguliere zorg ervaren dat de geboden hulp gezinnen met meervoudige en complexe problematiek vaak niet goed weet te bereiken. De omvang van de problematiek zet vaardigheden onder druk, zoals tijdig en op een adequate manier om hulp vragen en regie nemen over de eigen situatie. Ook het missen van afspraken (*no shows*) is soms eerder te wijten aan het

chaotische leven van deze gezinnen dan aan onvoldoende motivatie voor de behandeling (Morris, 2013; Tausenfreund e.a., 2016). De hulpverleners van Beter Thuis lijken hier goed op in te spelen. Hulpverleners investeren veel in het opbouwen van vertrouwen met gezinnen. Dit bestaat in het begin vooral uit het helpen met praktische en organisatorische zaken, zoals opruimen bij de gezinnen thuis. Juist de praktische hulp vermindert de stressoren voor een gezin en versterkt de motivatie. Dit vraagt van hulpverleners een *hands-on* mentaliteit. Andere belangrijke facetten die hulpverleners noemen in het contact met de gezinnen zijn vertragen, opvoeders ontschuldigen door het doorzien van de dynamiek en hen daardoor het gevoel geven dat zij gezien worden. Het unieke van Beter Thuis is de aandacht in de gezinsbehandeling voor de ouder als individu: tegemoetkomen aan behoeftes van de opvoeder buiten het ouderschap om, waardoor ook ruimte ontstaat om het over de kinderen te hebben.

Beperkingen huidige onderzoek

De hier besproken rapportage geeft een eerste aanzet voor het evalueren van de dienstverlening binnen de drie Beter Thuis-teams. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat de hulpverlening zoals die vanuit Beter Thuis geboden wordt, zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld kijkend naar de behoeften van gezinnen in zorg. Zo is de samenwerking met de volwassenen-ggz in de loop der jaren verstevigd. Het huidige onderzoek is echter niet volledig. Zo betreft de huidige onderzoeksgroep slechts een selectie van de gezinnen die in de periode 2020 - 2023 in zorg waren en waren de verkregen data veelal niet compleet. Het percentage ontbrekende gegevens was voor de meeste variabelen rond de 30%. Ook geven de verkregen ROM-data weinig zicht op het perspectief van

Het unieke van Beter Thuis: aandacht in gezinsbehandeling voor de ouder als individu

Resultaten onderzoek benadrukken belang van langdurig samenwerken, over grenzen van zorgsectoren heen

jeugdigen zelf ten aanzien van hun klachten en het gezinsfunctioneren als geheel. Aangezien de werkwijze van Beter Thuis zich ook richt op versterken van de krachten van het gezin, is het relevant om de beschermende factoren van het gezin en de individuele gezinsleden in kaart te brengen en de wijze waarop deze in de behandeling zijn versterkt. Toekomstig onderzoek zou daarnaast ook de vraag moeten beantwoorden welke specifieke elementen van de zorg het meest bijdragen aan het herstel van het dagelijks leven. Zo wijst eerder onderzoek op het belang van frequent telefonisch contact met gezinnen tussen de afspraken door, en intervisiebijeenkomsten voor hulpverleners (Visscher et al., 2022). Daarnaast lijkt het relevant om deze gezinnen over tijd heen te volgen. Dit geeft zicht op het ondersteuningspad dat gezinnen na afloop van de Beter Thuis-zorg afleggen en levert daarmee aanknopingspunten op voor het optimaliseren van de samenwerking in de regio.

Conclusie

De resultaten van deze eerste aanzet tot evaluatie van het zorgaanbod van Beter Thuis laten zien dat gezinnen met meervoudige en complexe problematiek baat hebben bij passende en samenhangende zorg geleverd vanuit één integraal specialistisch team. Bij de start van zorgtrajecten moet eerst worden geïnvesteerd in het opbouwen van vertrouwen en verbinding, aangezien veel van deze gezinnen eerder negatieve ervaringen in de hulpverlening hebben opgedaan. Samen met het gezin wordt gewerkt aan het herstel van het gewone leven. De resultaten benadrukken het belang van langdurig samenwerken over de grenzen van zorgsectoren heen, ook na intensieve integrale zorgtrajecten

zoals Beter Thuis. Hierbij is het belangrijk dat behalve het verstevigen van de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de ggz, ook wordt samengewerkt met sociaal-maatschappelijke organisaties, scholen, centra voor jeugd en gezin en professionals op het gebied van lichaamsgericht werken zoals (huis)artsen of fysiotherapeuten. Alleen op deze manier kan de intergenerationele overdracht van problematiek worden doorbroken, waardoor kinderen die in deze gezinnen opgroeien een eerlijke kans krijgen op een goede toekomst.



Mathijs Deen, MSc

is werkzaam als senior statisticus voor de Parnassia Groep Academie (Parnassia Groep) en promovendus aan de Universiteit van Leiden.



Dr. Sarah Soenen

is directeur bij Youz (Parnassia Groep) en werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut en senior onderzoeker integraal en gezinsgericht werken.

Over de auteurs



Rianne Wassink-de Stigter, MSc

is als onderzoeker integraal en gezinsgericht werken en coördinator familiebeleid en gezinsaanpak werkzaam bij Youz (Parnassia Groep). E-mail: rianne.destigter@youz.nl.



Dr. Rianne Jansen

werkt als aanmeldcoördinator voor het Leo Kannerhuis (Youz, Parnassia Groep), voorheen was ze onderzoeker integraal werken bij Youz.



Dr. Inge Simons

werkt als GZ-psycholoog in opleiding tot Klinisch Psycholoog/ Psychotherapeut bij Youz Haaglanden. Ook is zij als senior onderzoeker verbonden aan de Banjaard Ambulant in Den Haag, TOPGGz afdeling voor jeugdigen met een LVB (Youz, Parnassia Groep).

De eerste (corresponderend) auteur en tweede auteur hebben een gelijkwaardige bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit onderzoeksartikel.

Geraadpleegde literatuur kunt u vinden bij het betreffende artikel op:

www.tijdschriftvoororthopedagogiek.nl