

## **Behandelintegriteit van Systemgerichte gezinscoaching**

YES07: Masterthesis  
Master Youth, Education and Society  
Faculteit Sociale Wetenschappen  
Universiteit Utrecht

13 juli 2020

Auteur	E.A. Veenstra BSc (5488206)
Begeleider en eerste beoordelaar	Dr. M. van Londen-Barentsen
Tweede beoordelaar	Prof. Dr. E. Blom
Stagebegeleider	I. van Hoorn MSc

### Abstract

**Background.** This study aimed to gain insights and measure the treatment integrity of Systemgerichte gezinscoaching (SG), an intervention that multi-problem families with a parent experiencing an intellectual disability had been offered. **Method.** Treatment integrity of SG was studied on the basis of a mixed methods research design by means of semi-structured interviews with both family coaches (N=4) and supervisors (N=7), observations (N=3), a global questionnaire (N=20) and a specific family report (N=44) based on the elements of the intervention described in the manual. **Results.** The manual of SG is used as a common thread by the professionals, whereby the professionals then implement the intervention in a flexible manner. The factor analysis of the constructed family report has shown that four underlying factors can be distinguished: imaging, drawing up plans, working on change and closure. **Conclusion.** It appears that there is long-term involvement with the families and that various elements are used. Structured and targeted work during an intervention phase of twelve months can be improved. Due to the high reliability of the family report as well as of the factors themselves, it can be suggested that the family report may be suitable for further research into the activities in each phase. Follow-up research is necessary to further investigate the treatment integrity of SG.

**Keywords:** Treatment Integrity, Adherence, Competence, Differentiation, Systems-oriented Family Coaching

### Samenvatting

**Achtergrond.** Dit onderzoek tracht inzicht te verkrijgen in de behandelintegriteit van de interventie Systemgerichte gezinscoaching (SG) voor multiprobleemgezinnen met een ouder met een licht verstandelijke beperking. **Methode.** Aan de hand van een *mixed methods* onderzoeksdesign is behandelintegriteit gemeten door middel van semigestructureerde interviews met zowel gezinscoaches (N=4) als gedragsdeskundigen (N=7), observaties (N=3), een globale vragenlijst (N=20) en een specifieke gezinsrapportage (N=44) over de in de handleiding beschreven elementen van de interventie. **Resultaten.** De handleiding van Systemgerichte gezinscoaching wordt door de gezinscoaches als rode draad gebruikt, waarbij de gezinscoaches de interventie vervolgens op flexibele wijze uitvoeren. Uit de factoranalyse van de gezinsrapportage is gebleken dat er vier onderliggende factoren te onderscheiden zijn: beeldvorming, plannen opstellen, werken aan verandering en afsluiting. **Conclusie.** Het blijkt dat er sprake is van een langdurige betrokkenheid bij de gezinnen en dat er gebruik wordt

gemaakt van verschillende elementen. Het gestructureerd, doelgericht en specifiek werken tijdens elke interventiefase kan verbeterd worden. Door de hoge interne consistentie van de vier factoren van de GR is dit instrument mogelijk bruikbaar bij vervolgonderzoek naar de activiteiten in elke fase. Vervolgonderzoek is nodig om de behandelintegriteit van Systeemgerichte gezinscoaching verder te onderzoeken.

**Kernwoorden:** Behandelintegriteit, Behandeltrouw, Behandelcompetentie, Behandeldifferentiatie, Systeemgerichte Gezinscoaching

### Behandelintegriteit van Systeemgerichte gezinscoaching

Vanuit Amerpoort, een organisatie voor mensen met een licht verstandelijke tot ernstig meervoudige beperking, worden multiprobleemgezinnen, waarbij één of beide ouders een licht verstandelijke beperking (LVB) heeft en waarbij de ontwikkeling van hun kind(eren) is bedreigd of vertraagd, ondersteund door middel van Systeemgerichte gezinscoaching (SG) (Van der Steege, 2019). SG is erkend als ‘goed onderbouwd’ door de Erkenningcommissie Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut. Amerpoort streeft ernaar de effectiviteit van de interventie te onderzoeken via een effectiviteitsstudie. Om effectonderzoek mogelijk te maken is het noodzakelijk dat er sprake is van een integrale uitvoering van SG volgens de beschrijving in de handleiding en het werkblad (Van der Steege, 2019; Van Hoorn, 2019). Uitspraken over de effectiviteit van SG kunnen namelijk pas worden gedaan wanneer duidelijk is of de interventie uitgevoerd is zoals bedoeld, ook wel *behandelintegriteit* of *treatment integrity* genoemd (Boendermaker & Goense, 2017; Perepletchikova, 2011; Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007).

Doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de daadwerkelijk geleverde zorg aan multiprobleemgezinnen die SG ontvangen en te komen tot aanbevelingen voor het verhogen van de behandelintegriteit van SG. Op dit moment is binnen Amerpoort namelijk niet bekend in hoeverre SG volgens de richtlijnen wordt toegepast. Informatie betreffende implementatie van een dergelijke interventie is echter nodig om in een later stadium de elementen te kunnen achterhalen waarom een interventie succesvol is of niet (Schoenwald et al., 2011). Aan de hand van het in kaart brengen van de behandelintegriteit van SG, is het mogelijk om gedegen uitspraken te doen over de effectiviteit van SG. Tijdens de implementatie van een interventie is het essentieel dat systematisch besloten wordt hoe behandelintegriteit geanalyseerd en gepromoot kan worden (Barnett, Hawkins, & Leniz, 2011). Daarnaast kan informatie over de kwaliteit van de uitvoering gebruikt worden om de professional te ondersteunen bij de uitvoering van hun werk, wat kan leiden tot een hogere kwaliteit van de uitvoering (Boendermaker & Goense, 2017; Schoenwald & Garland, 2013).

Aan de hand van onderzoek naar behandelintegriteit van een interventie wordt tevens bijgedragen aan de wetenschappelijke kennis over behandelintegriteit. Ondanks dat behandelintegriteit steeds vaker wordt erkend als belangrijk component in de kwaliteitsbewaking van een interventie, kent het meten van behandelintegriteit nog geen eenduidige methode. Huidig onderzoek geeft inzicht in het belang van behandelintegriteit voor de kwaliteit en effectiviteit van een dergelijke interventie en leidt tot nieuwe inzichten betreffende meetinstrumenten voor het meten van behandelintegriteit. In huidig onderzoek

wordt dan ook de volgende vraag beantwoord: *'In hoeverre wordt Systemgerichte gezinscoaching van Amerpoort integer uitgevoerd?'*

### **Behandelintegriteit**

Tot op heden wordt weinig aandacht besteed aan de kwaliteit van de uitvoering van een interventie. Zo blijkt uit de studie van Perepletchikova en collega's (2007) dat slechts 3.5% van de 147 geëvalueerde psychosociale interventies voldoet aan de criteria voor een adequate meting van behandelintegriteit. Concreet betekent dit dat maar 3.5% van de geëvalueerde interventies gekeken heeft naar de wijze waarop de interventie uitgevoerd wordt zoals omschreven. Het belang van de kwaliteit van de uitvoering van een interventie wordt daarentegen steeds meer erkend. In de laatste twee decennia zijn verschillende studies verschenen die het belang van behandelintegriteit van interventies erkennen en dit concept conceptualiseren (Goense, 2016; McLeod, Southam-Gerow, Tully, Rodríguez, & Smith, 2013; Perepletchikova et al., 2007).

Behandelintegriteit wordt veelal uiteengezet in twee onderling gerelateerde concepten: behandeltrouw (*therapist adherence*) en behandelcompetentie (*therapist competence*) (Boendermaker & Goense, 2017; Goense, 2016; Nezu & Nezu, 2008; Perepletchikova et al., 2007). Uit aanbevelingen van de meta-analyse van Goense (2016) volgt dat alleen door onderscheid te maken tussen behandeltrouw en -competentie, volledig begrepen wordt hoe deze twee concepten op elkaar inwerken en impact hebben op cliëntuitkomsten. Daarnaast wordt aanbevolen om *behandeldifferentiatie* te meten, staat de mate waarin een interventie flexibel kan worden uitgevoerd en tegelijkertijd effectief blijft tot op heden ter discussie en is het van belang dat gekeken wordt naar de gegeven training en supervisie (Goense, 2016).

**Behandeltrouw.** Behandeltrouw wordt aangeduid als de mate waarin specifieke procedures nageleefd worden door de professional, ook wel de werkzame elementen van een interventie, en verwijst naar het al dan niet voorkomen van een bepaalde reeks gedragingen (Perepletchikova et al., 2007; Nezu & Nezu, 2008). De mate waarin de professional de werkzame elementen toepast, bepaalt de mate van behandeltrouw.

**Behandelcompetentie.** Behandelcompetentie betreft de kwaliteit van een dergelijke naleving van de specifieke procedures (Perepletchikova et al., 2007). Behandelcompetentie wordt door McLeod en collega's (2013) onderverdeeld in algemene, specifieke en technische competentie. Algemene competentie omvat de aspecten waarover elke professional dient te beschikken. Specifieke competentie omvat bepaalde houdings- en vaardigheidsaspecten. Technische competentie omvat de technieken die de professional dient te beheersen zodat de professional de handelingen uit de praktijk daadwerkelijk kan toepassen (Boendermaker &

Goense, 2017; McLeod et al., 2013). Deze onderverdeling maakt duidelijk over welke competenties de professional dient te beschikken en maakt het tevens eenvoudiger om inzicht te krijgen op welk gebied de professional meer instructie nodig heeft (McLeod et al., 2013). Daarnaast betekent behandeltrouw niet per definitie een hoge behandelcompetentie. Het is namelijk mogelijk dat de professional zich zeer nauw kan houden aan de voorschriften in de handleiding, maar deze voorschriften op een minder competente manier uitvoert.

**Behandeldifferentiatie.** Behandeldifferentiatie betreft de mate waarin de interventie onderscheidend is van andere interventies en wordt vaak pas onderzocht wanneer twee of meer interventies worden geëvalueerd binnen een studie (McLeod, Southam-Gerow, & Weisz, 2009; Perepletchikova et al., 2007; Nezu & Nezu, 2008). Perepletchikova en collega's (2007) stellen dat het meten van behandeltrouw voldoende is om de zuiverheid van een interventie vast te stellen en te behouden, mits verboden procedures zijn vastgesteld. Verboden procedures zijn te vermijden procedures die de zuiverheid van een interventie kunnen verminderen. Daarentegen maakt de mate van behandeldifferentiatie duidelijk of aanvullende behandelmethoden de behandel-effectiviteit van een interventie vergroten of verkleinen (Goense, 2016; McLeod et al., 2013).

**Flexibiliteit.** Bij het meten van behandelintegriteit dient rekening gehouden te worden met het werken aan de hand van een handleiding in de praktijk (Perepletchikova & Kazdin, 2005). McLeod en collega's (2013) stellen dat de mate waarin de professional eerdere ervaringen toepast in het huidige handelen en daardoor afwijkt van de geplande interventie, een belangrijk aspect is dat meegenomen dient te worden in het meten van behandelintegriteit. Het blijkt dat flexibiliteit zorgt voor een lagere mate van behandelintegriteit, omdat het flexibel handelen resulteert in het afwijken van de handleiding (Barber, Gallop & Crits-Christoph, 2006). Barber en collega's (2006) beargumenteren dat een hoge mate van behandelintegriteit een onvermogen zou betekenen om een handleiding te vertalen naar de praktijk, aangezien juist ingespeeld dient te worden op de behoeften van de cliënt.

**Training en supervisie.** Een interventie wordt eerder integer uitgevoerd wanneer directe en actieve trainingsbijeenkomsten worden gegeven (Perepletchikova et al., 2007). Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen indirecte training en supervisie (schriftelijk(e) instructies en materiaal) en directe training en supervisie (rollenspellen, interactie, feedback en terugkerende bijeenkomsten). Daarnaast is het bieden van frequente en gerichte ondersteuning aan de professional een effectieve manier om behandelintegriteit te behalen en vast te houden, waarbij aangesloten dient te worden bij de behoeften en mogelijkheden van de professional. Het betrekken van de professional bij discussies over kwaliteitsborging leidt

daarbij tot het vergroten van behandelintegriteit (Boendermaker & Goense, 2017), waardoor tevens ingespeeld wordt op de motivatie van de professional wat zorgt voor een gevoel van verantwoordelijkheid (Van Yperen, 2003).

### **Het meten van behandelintegriteit**

Het meten van behandelintegriteit kent nog geen eenduidige methode (Goense, 2016; Perepletchikova et al., 2007). Onderzoekers hebben de afgelopen twee decennia verschillende manieren voorgesteld om behandelintegriteit te meten en de afgelopen vijf jaar hebben enkele studies tevens onderzoek uitgevoerd naar behandelintegriteit van zorg gerelateerde interventies. In Nederland wordt de behandelintegriteit van interventies voor ouders met een LVB enkel op basaal niveau gemonitord. Zo wordt binnen de interventie HouVast, een interventie voor thuiswonende kinderen in gezinnen van (een) ouder(s) met een LVB waarbij sprake is van opvoedproblematiek, de behandelintegriteit enkel bewaakt door de handleiding als leidraad te nemen in de training en door middel van evaluaties (Lever, 2015).

Desondanks groeit de aandacht voor behandelintegriteit binnen effectiviteitsonderzoek en zijn inmiddels richtlijnen voor het meten van behandelintegriteit in Nederland opgesteld, welke overeenkomen met de bestudeerde literatuur (Boendermaker & Goense, 2017; Goense, 2016). Behandelintegriteit van een interventie kan gemeten worden door de behandelintegriteit vast te stellen (*establishing*), te beoordelen (*assessing*), te evalueren (*evaluating*) en te rapporteren (*rapping*) (Perepletchikova et al., 2007).

Behandelintegriteit kan allereerst vastgesteld worden door na te gaan of een gedetailleerde en expliciete operationele definitie van de interventie en de gegeven supervisie en training is vastgesteld in een handleiding (Bellg et al., 2004; Perepletchikova et al., 2007).

Vervolgens kan behandelintegriteit beoordeeld worden aan de hand van directe en indirecte methoden (Boendermaker & Goense, 2017; Perepletchikova et al., 2007). Het beoordelen van behandelintegriteit gebeurt idealiter aan de hand van directe methoden, zoals observaties, omdat dit de meest gebruikelijke en betrouwbare methode is om behandelintegriteit te meten (Bellg et al., 2004; Berkel, Mauricio, Schoenfelder & Sandler, 2011; Perepletchikova et al., 2007). Sanetti en Collier-Meek (2017) voegen hieraan toe dat directe observatie vereist dat de interventie is onderverdeeld in discrete, observeerbare en meetbare interventiefasen. Vervolgens worden indirecte methoden gebruikt ter aanvulling, zoals een interview, vragenlijst of zelfrapportage, aangezien indirecte instrumenten gevoelig zijn voor vertekeningen, zoals sociaal wenselijke antwoorden en subjectieve herinneringen (Perepletchikova et al., 2007). Zelfrapportage is hierbij de meest gebruikte indirecte methode voor behandelintegriteit (Sanetti & Collier-Meek, 2017).

Nadat behandelintegriteit van een interventie is vastgesteld en beoordeeld, wordt behandelintegriteit geëvalueerd en gerapporteerd. Evaluatie vindt plaats door zowel de validiteit en betrouwbaarheid van gebruikte methoden als de representativiteit van de gevonden resultaten te evalueren.

### **Systeemgerichte gezinscoaching**

Volgens Perepletchikova en collega's (2007) dient behandelintegriteit allereerst vastgesteld worden. De operationele definitie, de werkzame elementen en de gegeven supervisie en training van SG zijn vastgesteld in een handleiding (Van der Steege, 2019). Voorafgaand aan de interventie is er sprake van een selectieprocedure, waarna een startgesprek volgt en er een werkaliantie wordt opgebouwd met het gezin. Tijdens het startgesprek wordt de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO; Veerman et al., 2016) en de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM; Lauriks et al., 2016) ingevuld. De interventie omvat vervolgens twaalf maanden en bestaat uit drie fasen: beeldvorming en gezinstaxatie (fase 1; drie maanden), het werken aan verandering (fase 2; zeven maanden) en het vaststellen van de resultaten en de afronding van de interventie (fase 3; twee maanden). Aan het einde van SG, na twaalf maanden, wordt in een continue proces gewerkt aan het vasthouden en terughalen van het geleerde (fase 4; consolideren en monitoren). SG is daarmee een onderdeel van een langdurige betrokkenheid van de gezinscoach bij een gezin (Van der Steege, 2019).

Tijdens de uitvoering van de interventie hebben de gezinscoaches zes uur per week per gezin beschikbaar, waarbij twee tot vier uur besteed wordt aan directe contacten met de gezinsleden en twee uur voor indirecte contacten rondom het gezin. SG wordt uitgevoerd door HBO-opgeleide en SKJ-geregistreerde jeugdprofessionals, welke een interne leergang gezinscoaching hebben gevolgd van tien dagdelen, verspreid over negen maanden. De gezinscoaches maken gebruik van een handleiding waar instrumenten in beschreven staan. Tijdens SG worden verschillende instrumenten ingezet om samen met de gezinsleden te werken aan verandering, zoals een genogram.

Behandelintegriteit wordt in SG erkend als een belangrijke factor in de kwaliteitsbewaking van de interventie (Van der Steege, 2019). Om een integere uitvoering van SG te waarborgen wordt het van belang geacht dat gezinscoaches over een aantal competenties beschikken, zoals het inspelen op de denk- en handelwijze van het gezin en het aansluiten van de communicatiestijl aan het taalniveau van de ouders (Douma, De Jong, Looij & Stremmelaar, 2017; Van der Steege, 2019). De kwaliteit van SG wordt daarbij bewaakt en gemonitord door gedragsdeskundigen (Van der Steege, 2019). Gezinscoaches maken gebruik van tweewekelijkse intercollegiale consultaties en halfjaarlijkse



deskundigheidsbevorderingen. De gedragsdeskundigen bieden hierbij supervisie aan de gezinscoaches en de gedragsdeskundigen hebben tevens elke twee maanden intervisie om de behandelintegriteit van SG te monitoren.

### **Huidig onderzoek**

In huidig onderzoek wordt de behandelintegriteit van SG empirisch onderzocht. Het doel van deze studie is om inzicht te verkrijgen in de daadwerkelijk geleverde zorg aan multiprobleemgezinnen die SG ontvangen. In dit onderzoek wordt de volgende vraag beantwoord: *'In hoeverre wordt Systeemgerichte gezinscoaching van Amerpoort integer uitgevoerd?'* Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, zijn er vier deelvragen opgesteld:

- a. Wordt Systeemgerichte gezinscoaching uitgevoerd conform de handleiding van Systeemgerichte gezinscoaching (*behandeltrouw*)?
- b. Wordt Systeemgerichte gezinscoaching op een competente manier uitgevoerd (*behandelcompetentie*)?
- c. In hoeverre is Systeemgerichte gezinscoaching onderscheidend van andere interventies (*behandeldifferentiatie*)?
- d. In hoeverre mogen gezinscoaches werkzaam voor Systeemgerichte gezinscoaching flexibel zijn in het uitvoeren van hun werk (*flexibiliteit*)?
- e. In hoeverre draagt de training en supervisie van Systeemgerichte gezinscoaching bij aan behandelintegriteit (*training*)?

Verwacht wordt dat de gezinscoaches aangeven dat zij conform de handleiding hebben gehandeld en SG op een competente manier uitvoeren. Ook wordt er verwacht dat SG onderscheidend is van andere interventies. Aangezien er geen consensus is over de mate van flexibiliteit, is de laatste deelvraag exploratief van aard en worden er geen hypothesen opgesteld. Ten slotte wordt verwacht dat de training en supervisie van SG bijdraagt aan behandelintegriteit.

## **Methoden**

### **Procedure en deelnemers**

Voor huidig onderzoek werd tussen februari en juni 2020 data verzameld als voorbereiding op de effectiviteitsstudie naar SG binnen Amerpoort (Van Hoorn, 2019). In totaal waren 27 gezinscoaches en zeven gedragsdeskundigen van twee 24-uurslocaties en drie ambulante teams betrokken bij SG. In totaal werden 103 gezinnen ondersteund. Hiervan namen 23 gezinscoaches (85%) en zeven gedragsdeskundigen (100%) op vrijwillige basis deel aan huidig onderzoek (zie Tabel 1). Twee gedragsdeskundigen waren trainers van SG,

welke in huidig onderzoek enkel benoemd worden als gedragsdeskundigen om anonimiteit te waarborgen. Alle deelnemers waren vrouw. Er is via een vragenlijst (Gezinsrapportage; GR) een beeld geschetst van de daadwerkelijk geleverde zorg aan 29 gezinnen aan de hand van 44 voor- en nametingen, waarvan 4 gezinnen 24-uurszorg ontvingen. De 29 gezinnen hadden gemiddeld twee kinderen in de leeftijd van 0-23 jaar en 55% was een éénoudergezin. Bij één gezin zijn drie observaties uitgevoerd.

Tabel 1

*Aantal Deelnemers en Corresponderende Meetinstrumenten van Huidig Onderzoek naar Behandelintegriteit van SG*

	Professional (N)	Gezins- observatie (N)	GR <sup>b</sup> (N)	VBSG <sup>a</sup> (N)	Interview (N)
<b>Gedragsdeskundigen</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	-	-	<b>7</b>
- 24-uurs	2	-	-	-	2
- Ambulant	3	1	-	-	3
- Trainers	2	-	-	-	2
<b>Gezinscoaches</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
- 24-uurs	3	-	3	1	1
- Ambulant	20	1	15	19	3

*Noot.* <sup>a</sup>VBSG = Vragenlijst Behandelintegriteit Systeemgerichte Gezinscoaching. <sup>b</sup>GR = Gezinsrapportage.

Er is een *mixed methods* onderzoeksdesign uitgevoerd (zie Tabel 1). Aan de hand van drie observaties van één gezin, 44 specifieke gezinsrapportages (GR) over 29 gezinnen door 18 gezinscoaches, 11 semigestructureerde interviews met twee trainers, vijf gedragsdeskundigen en vier gezinscoaches en een globale Vragenlijst Behandelintegriteit SG (VBSG) ingevuld door 20 gezinscoaches, is een beeld gecreëerd van de daadwerkelijke uitvoering van SG. De observaties en de GR zorgen voor zeer specifieke informatie tijdens specifieke momenten. De interviews en de VBSG geven daarentegen een globaal beeld van de uitvoering van SG en geven informatie over de eventuele verschillen tussen de professionals betreffende de behandelintegriteit van SG. Het gebruik van verschillende onderzoeksinstrumenten geeft tevens inzicht in eventuele verschillen tussen hoe gezinscoaches de eigen uitvoering inschatten en de daadwerkelijke uitvoering.

## Instrumenten

**Gezinsobservatie.** Er werd één intakegesprek tijdens een huisbezoek geobserveerd welke werd uitgevoerd door één gedragsdeskundige en één gezinscoach. Wegens de uitbraak van COVID-19 in maart 2020 hebben de resterende twee observaties online plaatsgevonden via WhatsApp beeldbellen, uitgevoerd door één gezinscoach. Hierbij werd het gedrag van zowel de gezinscoach als de gedragsdeskundige aan de hand van een open observatie geobserveerd en werd een beeld verkregen van de mate van behandeltrouw en -competentie. Deze observaties duurden tussen de vijf en 90 minuten en zijn globaal beschreven. De registraties door de onderzoeker zijn geverifieerd door de geobserveerde professional.

**Vragenlijst Behandelintegriteit SG (VBSG).** De VBSG is geconstrueerd op basis van de handleiding van SG en maakt inzichtelijk in hoeverre en in welke fase welke werkzame elementen van SG werden ingezet door de gezinscoaches. Hiermee werd een beeld geschetst van de mate van behandeltrouw. Alle items waren activiteiten die volgens de handleiding van SG uitgevoerd dienden te worden. Voorbeelditem uit de VBSG waren *'Ik als gezinscoach stel een gezinstaxatie op'* en *'Ik als gezinscoach gebruik een sociogram'*. De vragen werden met een 5-punts Likertschaal beantwoord. De vragenlijst omvatte 20 items betreffende het uitvoeren van de elementen van de interventie (*1=nooit en 5=altijd*) en in welke fase dit plaatsvond, 14 items betreffende materialen (*1=nooit en 5=altijd*) en hoe belangrijk deze materialen werden geacht (*1=onbelangrijk en 5=zeer belangrijk*) en 3 items betreffende supervisie en hoe belangrijk deze supervisie werd geacht (*1=onbelangrijk en 5=zeer belangrijk*). De VBSG is aan de hand van een factoranalyse onderverdeeld in vier schalen, te weten beeldvorming, werken aan verandering, stress reduceren en afsluiting (zie Bijlage 2).

**Semigestructureerde interviews.** Aan de hand van de interviews werd gevraagd naar de mate van behandeltrouw, de gegeven en verkregen supervisie, de mate van behandelcompetentie en -differentiatie en de mate van flexibiliteit. Voorafgaand aan de interviews werden drie topic lijsten voor de gedragsdeskundigen die de training geven, de gedragsdeskundigen die supervisie geven en de gezinscoaches opgesteld op basis van de handleiding van SG (Van der Steege, 2019), het werkblad van SG (Van Hoorn, 2019) en op basis van aanbevelingen van Ritchie en Lewis (2003). Een voorbeeldvraag voor de trainers was *'In hoeverre wordt de handleiding in de training gevolgd?'*, voor de gedragsdeskundigen *'Hoe ondersteun je de gezinscoaches bij het uitvoeren van hun werk?'* en voor de gezinscoaches *'Hoe flexibel mag je zijn in het uitvoeren van je werk?'*. De semigestructureerde interviews werden tussen maart en mei 2020 telefonisch afgenomen en

duurden tussen de 40 en 60 minuten, afhankelijk van de tijd die vrijgemaakt werd door de professional.

**Gezinsrapportage (GR).** Bij het ontwikkelen van de GR is een onderverdeling gemaakt op basis van de fases van SG. Aan de hand van de GR werd een omschrijving gegeven van wat de gezinscoach in één week concreet heeft gedaan met het gezin. De GR omvatte allereerst een aantal algemene vragen, zoals datum van invullen, gezinssamenstelling en de fase waarin het gezin zit. Ten tweede werd de tijdsbesteding genoteerd; hoeveel tijd de gezinscoach in één week aan het gezin had besteed. De interne consistentie van de schaal 'tijdsbesteding' bleek voldoende na aanpassing van de schaal ( $\alpha = .781$ ). De schaal is onderverdeeld in de subschalen 'direct contact', 'indirect contact' en 'totale tijdsbesteding'. Ten derde werd op de vragen 1 tot en met 79 met een 5-punts Likertschaal (1=activiteit is in het geheel niet kenmerkend voor week en 5=activiteit is zeer kenmerkend) aangegeven in hoeverre een bepaalde techniek of activiteit werd toegepast. Een voorbeelditem uit de GR was 'Ouder-kind interactie observeren' en 'De verzamelde informatie vastleggen in de gezinstaxatie'. Ten slotte werden drie open vragen gesteld, waarin gezinscoaches overige activiteiten aan konden geven, momenten waar zij trots op waren en momenten waar zij in de afgelopen week tegenaan liepen.

### Analyse

Kwantitatieve data van beide vragenlijsten is geanalyseerd via SPSS-versie 20. Zowel de VBSG als de GR worden op beschrijvend niveau geanalyseerd en aanvullend worden twee exploratieve factoranalyses en vervolgens een Confirmatory Factor Analysis (CFA) uitgevoerd (zie voor de beschrijving van deze procedure Bijlage 1 en 2). CFA spoort de onderliggende componenten van een dataset op aan de hand van correlaties tussen variabelen (Field, 2013). Op deze manier zijn voor de GR vier betrouwbare ( $\alpha > .89$ ) schalen geconstrueerd: (1) beeldvorming, (2) plannen opstellen, (3) werken aan verandering en (4) afsluiting, en voor de VBSG vier schalen: (1) beeldvorming, (2) werken aan verandering, (3) stress reduceren en (4) afsluiting, waarbij de schaal 'stress reduceren' onbetrouwbaar blijkt (zie Bijlage 1 en 2).

De kwalitatieve data van de interviews, observaties en de open vragen van de GR worden geanalyseerd aan de hand van NVivo-versie 10. De aantekeningen van open observaties wordt gecodeerd en van de interviews wordt een audio opname gemaakt, welke worden getranscribeerd en gecodeerd om systematische analyse mogelijk te maken. Hierbij worden thema's geïdentificeerd door middel van het open en vervolgens axiaal coderen van

de resultaten. Zo worden open codes zoals ‘maatwerk’ en ‘aansluiten bij gezin’ vervolgens axiaal gecodeerd onder ‘flexibiliteit’.

## Resultaten

### Behandeltrouw

Gekeken is naar de mate waarin specifieke procedures gevolgd worden door de professionals zoals omschreven in de handleiding, ook wel *behandeltrouw*, gemeten aan de hand van de vier meetinstrumenten. Deze specifieke procedures worden per fase besproken, waarbij allereerst algemeen ingegaan wordt op de fasering van SG.

**Fasering.** Gemiddeld genomen worden de gezinnen op het moment van invullen van de GR al 18 maanden ondersteund ( $M = 18.21$ ,  $SD = 18.69$ , range = 1-87). Dit betekent dat SG onderdeel is van een langdurige betrokkenheid, wat in lijn is met de handleiding. Voor 27% van de gezinnen is echter geen startdatum bekend. In totaal zit 7% van de gezinnen in fase 1, 56% in fase 2, 22% in fase 3 en 15% in fase 4. De meeste gezinnen zitten dus in fase 2, wat tevens terug te zien is in Tabel 2: de gemiddelde score is bij schaal 3 (fase 2, werken aan verandering) het hoogst ( $M = 2.25$ ,  $SD = 1.07$ ).

Tabel 2

*Beschrijvende Statistieken van de Onderliggende Factoren van de GR*

Schaal	Aantal items	M	SD	Min-max	Cronbach's Alfa
Fase 1: Beeldvorming	19	1.13	.20	1-1.83	.93
Fase 1: Plannen opstellen	9	1.86	.83	1-4.2	.89
Fase 2: Werken aan verandering	11	2.25	1.07	1-4.2	.91
Fase 3 en 4: Afsluiting	19	1.15	.25	1-2	.91

**Selectieprocedure en intake (fase 0).** Hoewel de gezinnen die ondersteund worden door gezinscoaches multiprobleemgezinnen horen te zijn, waarbij een van de ouders een LVB indicatie heeft of functioneert op LVB-niveau, blijkt uit de interviews dat de VGFO en ZRM tijdens het startgesprek vrijwel niet worden afgenomen. Dit wordt bevestigd door de observatie van het intakegesprek en het item uit de GR, waarin geen enkele gezinscoach de VGFO heeft afgenomen. SG wordt al opgestart voordat gekeken wordt of aan de inclusiecriteria voldaan wordt. Daarentegen wordt wel direct gestart met het opbouwen van een werkalliantie, blijkend uit één item in de VBSG ( $M = 4.90$ ,  $SD = 0.31$ ). In de interviews wordt een verklaring gegeven voor deze resultaten. Gesteld wordt dat het intakegesprek niet

het juiste moment is, aangezien in het intakegesprek voornamelijk gewerkt wordt aan het investeren in de werkaliantie met het gezin en dat ouders te veel spanning ervaren om een vragenlijst in te kunnen vullen.

**Beeldvorming en gezinstaxatie (fase 1).** Volgens de VBSG worden de onderdelen van de gezinstaxatie, namelijk het in beeld brengen van de ouder- en gezinsfactoren, de kindontwikkeling, de beschikbare sociale steun en de financiën, bijna altijd in beeld gebracht, en de gehechtheidsontwikkeling soms niet/soms wel (zie Tabel 3). Dit wordt bevestigd in de observatie, waarin een gezinscoach de reeds opgestelde gezinstaxatie met moeder bespreekt, en de interviews, waarin gezinscoaches aangeven altijd aandacht te besteden aan beeldvorming. Daarentegen blijkt uit de geconstrueerde schaal ‘*beeldvorming*’ van de GR dat de score op beeldvorming niet zo hoog is ( $M = 1.13$ ,  $SD = .20$ ), wat betekent dat de onderdelen van de gezinstaxatie niet kenmerkend zijn in de ingevulde gezinsrapportages.

Tabel 3

*Beschrijvende Statistieken van Vijf Items van de Vragenlijst Behandelintegriteit  
Systeemgerichte Gezinscoaching*

Item	N	M	SD	Min-max
Kindontwikkeling	20	4.15	.59	3-5
Gezinsfactoren	20	4.20	.62	3-5
Netwerk	20	4.15	.75	3-5
Financiën	20	3.80	.95	2-5
Gehechtheidsontwikkeling	20	2.90	.91	2-5

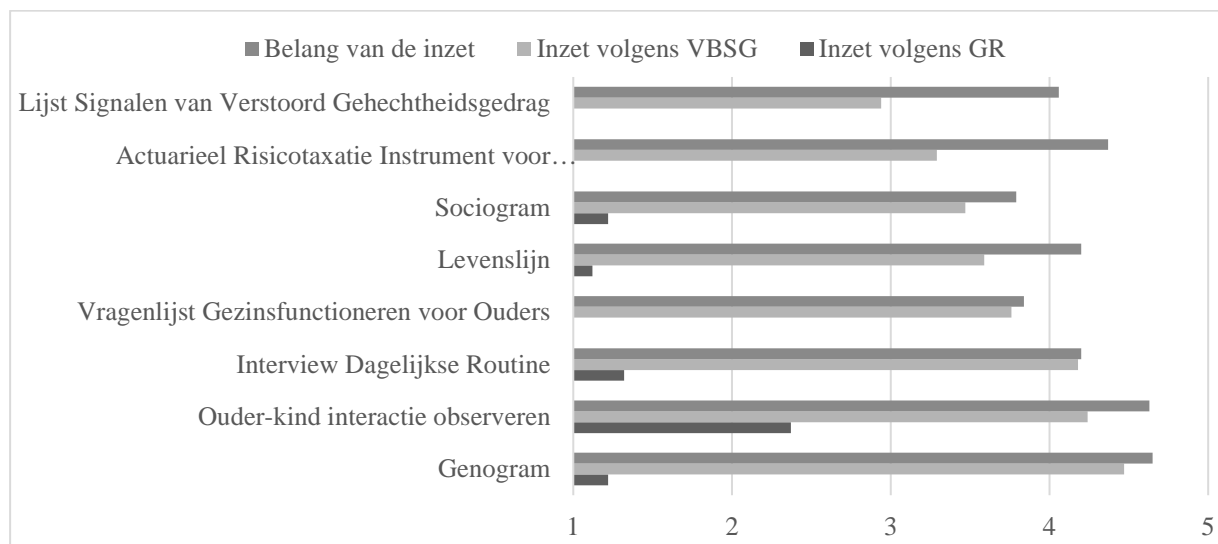
De beeldvorming van het gezin gebeurt aan de hand van verschillende materialen uit de handleiding van SG. Uit de VBSG blijkt dat mate van behandeltrouw betreffende de materialen, aangegeven door gezinscoaches, gemiddeld uitkomt op 76%. Dit betekent dat de gezinscoaches aangeven dat zij de materialen inzetten en daarmee integer handelen.

Opvallend zijn echter de tegenstrijdige resultaten van de verschillende meetinstrumenten (zie Figuur 1). Zo wordt de inzet van de materialen zeer belangrijk geacht door de gezinscoaches, blijkend uit de VBSG. De daadwerkelijke inzet ligt volgens de VBSG echter lager. Met name het genogram, het observeren van de ouder-kind interactie en het Interview Dagelijkse Routine (IDR) worden gebruikt. Daarentegen worden de Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ) en de Lijst Signalen van Verstoord Gehechtheidsgedrag (LVSG) in mindere mate gebruikt, namelijk soms niet/soms wel. De

daadwerkelijke inzet volgens de GR ligt vervolgens nog lager. Het blijkt dat vrijwel alle genoemde materialen niet kenmerkend zijn voor de betreffende observatieweek, met uitzondering van de IDR.

Figuur 1.

*Overzicht van het Belang en de Daadwerkelijke Inzet van de Materialen van Systeemgerichte Gezinscoaching*



*Noot.* VBSG = Vragenlijst Behandelintegriteit Systeemgerichte Gezinscoaching, GR = Gezinsrapportage.

Volgens de VBSG vindt de beeldvorming voornamelijk in fase 1 plaats, wat in lijn is met de handleiding. In de interviews komt echter naar voren dat de beeldvorming van het gezin ook in andere fases terugkomt:

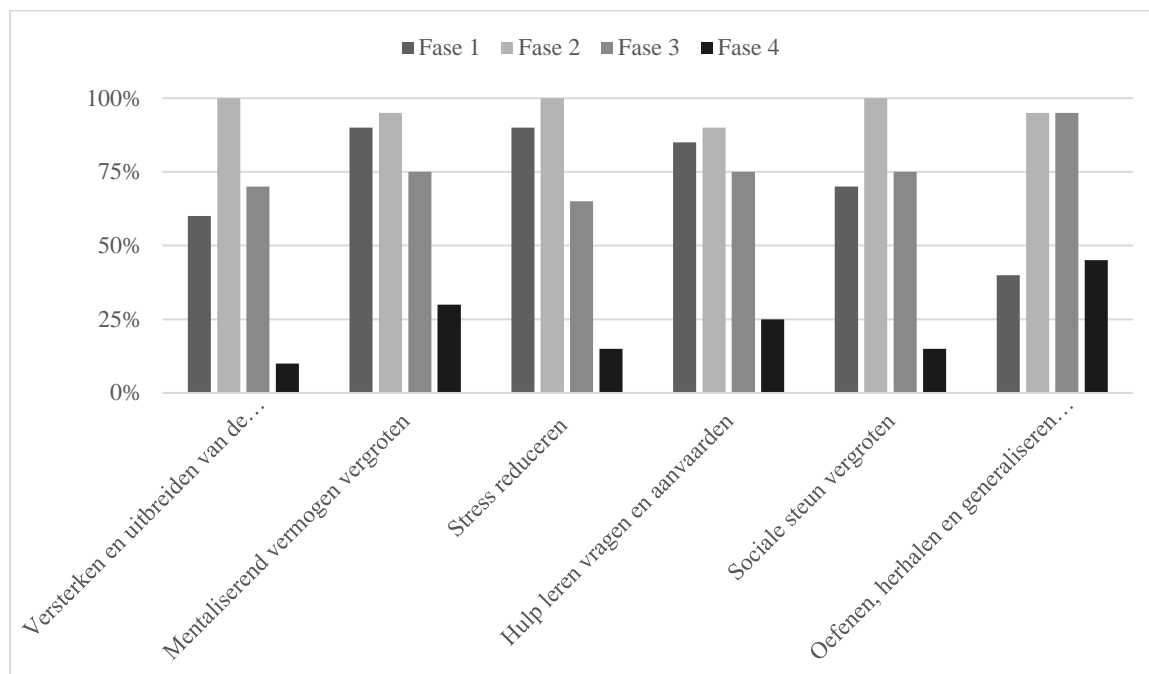
*‘En dan zie je ook aan het eind [in fase 4] dat toch heel veel dingen nog naar voren komen omdat mensen bepaalde dingen makkelijker vertellen, omdat tegen die tijd dat je wat verder bent in de hulpverlening er ook veel meer vertrouwen is.’* – Gezinscoach ambulant

**Werken aan verandering (fase 2).** In figuur 2 staat beschreven in welke fasen gezinscoaches aan aspecten van verandering werken volgens de VBSG. Gezinscoaches geven aan dat ze bijna altijd tot altijd werken aan verandering. Zo wordt gemiddeld bijna altijd gewerkt aan het versterken en uitbreiden van de opvoedingsvaardigheden ( $M = 4.25$ ,  $SD = .85$ ). Dit wordt bevestigd in de observaties, waarbij de gezinscoach in één observatie de opvoedingsvaardigheden uitbreidt door informatie te geven over het belang van structuur en

welke middelen hiervoor kunnen worden ingezet, en via de interviews, waarin het belang van het creëren van opvoedruimte wordt benadrukt. Wanneer echter gekeken wordt naar de resultaten uit de GR, blijkt dat de geconstrueerde schaal ‘werken aan verandering’ slechts bij 44% van de gezinnen kenmerkend is. Desondanks blijkt uit de GR dat het aanleren van verschillende opvoedingsvaardigheden binnen een aantal gezinnen (zeer) kenmerkend is, waarbij voornamelijk de opvoedingsvaardigheid ‘tijd doorbrengen met elkaar’ zeer kenmerkend is voor 16% van de gezinnen.

Figuur 2

*De Fasering van de Verschillende Onderdelen van Werken aan Verandering Volgens de VBSG.*



Het werken aan verandering vindt voornamelijk plaats in fase 2, maar blijkt ook hier over langere tijd in fase 1, 2 en 3 te worden ingezet en lijkt niet gebonden aan fase 2 (zie Figuur 2). Een verklaring hiervoor wordt gegeven in de interviews:

*‘Ik kom nu in een gezin binnen waar heel weinig kennis is over een verstandelijke beperking. Dus dan kan je wel eerst de sociogram en de levenslijn inzetten, maar het is veel belangrijker om dan te beginnen met psycho-educatie, zodat ze dan begrijpen waarom hun kind doet wat hij doet. En als daar een beetje rust in is en daar begrip voor is, kun je beginnen met de rest.’*

– gezinscoach ambulant



**Vaststellen van resultaten en afronding (fase 3).** De resultaten worden volgens de VBSG bijna altijd vastgesteld en er is bijna altijd sprake van een eindgesprek met het gezin. Daarnaast wordt er soms niet/soms wel een terugvalplan opgesteld. In de geconstrueerde schaal 'Afsluiting' van de GR komt daarentegen duidelijk naar voren dat het afsluiten van de interventie niet kenmerkend is ( $M = 1.13$ ,  $SD = .20$ ), wat tevens overeenkomt met de interviews. Zo wordt gesteld dat het afsluiten van de interventiefase van twaalf maanden onduidelijk is:

*'Dat [afronden van gezinscoaching] vond ik ook een beetje vaag. Hoe moet ik dat dan interpreteren?'* – Gezinscoach ambulante

Daarnaast blijkt uit een interview dat het afsluiten van de interventie ook onduidelijk is binnen 24-uurslocaties:

*'Dat zou ik wel een interessant vraagstuk vinden: biedt je ze [gezinnen in 24-uurslocaties] dan [na uitbehandeling] nog steeds SG of zeg je op een gegeven moment het is klaar en we gaan nu over tot reguliere begeleiding?'* – Gedragsdeskundige

Het vaststellen van de resultaten wordt door de gezinscoaches voornamelijk in fase 3 uitgevoerd en het voeren van een eindgesprek gebeurt enkel in fase 3 en 4.

**Consolideren en monitoren (fase 4).** Uit de interviews blijkt dat in een continue proces gewerkt wordt aan het vasthouden en terughalen van het geleerde. Dit gebeurt echter gedurende de gehele interventie, waarbij vrijwel alle gedragsdeskundigen aangeven dat in de praktijk de gezinscoaches wisselen tussen de interventiefases:

*'We hebben het nu beschreven [in de handleiding van SG] als een soort van periode die dan over een jaar loopt, waar je dan ook die interventiefases afwerkt. Ik zie in de praktijk veel meer dat er allemaal kleine loopjes gemaakt worden.'* – Gedragsdeskundige

Ook de gezinscoaches geven aan dat het werken aan de hand van de interventiefase anders verloopt in de praktijk:

*‘Want dan zeggen we van we zijn ongeveer een jaar, anderhalf jaar betrokken bij een gezin en ik zit nu ongeveer bijna drie jaar in een gezin, en je flippert dan weer van fase 3 naar 1.’* –

Gezinscoach ambulant

De fase van consolideren en monitoren vindt dus in de praktijk al plaats gedurende de interventiefase van 12 maanden en is niet gebonden aan een bepaalde periode.

### **Behandelcompetentie**

Vervolgens is gekeken naar de kwaliteit van de naleving van de voorschriften in de handleiding van SG aan de hand van semigestructureerde interviews en drie observaties, uiteengezet in algemene, specifieke en technische competentie, ook wel *behandelcompetentie*.

**Algemene competentie.** De competentie van de gezinscoach wordt aangetoond middels een eindopdracht in de leergang, waarbij gezinscoaches dienen aan te tonen dat zij een voldoende beeld hebben gekregen van één gezin aan de hand van de beschikbare materialen en de richtlijn en dat zij in staat zijn om te reflecteren op hun eigen handelen. Het blijkt echter dat niet alle gezinscoaches de leergang gevolgd hebben of succesvol hebben afgerond.

Gezinscoaches blijken voornamelijk competent te zijn in het opbouwen en onderhouden van een werkalliantie met de gezinnen. Zo blijkt voortdurend gewerkt te worden aan het opbouwen en onderhouden hiervan volgens de VBSG ( $M = 4.90$ ,  $SD = .31$ ) en wordt de werkalliantie in de GR door twaalf gezinscoaches nadrukkelijk benoemd, zoals *‘Er is een vertrouwde werkalliantie tussen ouders, kinderen en mij’* en *‘Verder ben ik trots omdat ik zeer welkom ben in het gezin’*. Ook in de interviews met alle gedragsdeskundigen wordt deze competentie benadrukt. Zo geeft één gedragsdeskundige aan dat het contact maken de sterkste competentie is van de gezinscoaches.

Alle zeven gedragsdeskundigen stimuleren bij de gezinscoaches het reflecteren op het eigen handelen, hun competenties en op henzelf als persoon. Dit blijkt telkens terug te komen in zowel training als supervisie, waarbij de gedragsdeskundigen de gezinscoaches continu uitnodigen om op hun eigen denken, waarnemen en handelen te reflecteren. Vier gedragsdeskundigen geven aan dat de gezinscoaches hierin uitermate competent zijn.

**Specifieke competentie.** In de interviews met gedragsdeskundigen wordt gesteld dat er vanuit gegaan kan worden dat gezinscoaches competent zijn als het gaat om het werken met mensen met een LVB en het hanteren van een passende communicatiestijl, gezien de

opleidingsachtergronden. Uit de VBSG blijkt dat altijd passende communicatie voor mensen met een LVB gehanteerd wordt door de gezinscoaches ( $M = 4.80$ ,  $SD = .41$ ).

Daarnaast hebben de gezinscoaches een systeemgerichte blik. De drie geïnterviewde gezinscoaches geven aan continue aandacht te hebben voor het systeem:

*‘Dat je niet je focust op een ouder en een kind, maar dat je kijkt naar het geheel. Dat je jezelf als een onderdeel van dat systeem ziet en ook het netwerk.’* – Gezinscoach 24-uurslocatie

De systeemgerichte blik van de gezinscoaches wordt tevens in de interviews door de gedragsdeskundigen bevestigd.

**Technische competentie.** Uit de interviews blijkt dat een aantal professionals zich (nog) niet competent voelen in het uitvoeren van de verschillende materialen van SG. Zo hebben zowel gedragsdeskundigen als gezinscoaches zich nog niet voldoende verdiept in de beschikbare materialen, zoals de VGFO of de ARIJ. Uit de interviews blijkt dat materialen lastig vindbaar zijn en dat een overzicht van materialen mist, wat een negatief effect heeft op het toepassen van bepaalde materialen.

### **Behandeldifferentiatie**

Gekeken is naar de mate waarin SG onderscheidend is van andere interventies, ook wel *behandeldifferentiatie*, aan de hand van semigestructureerde interviews. Eén gedragsdeskundige geeft aan:

*‘De basis van de methodiek die wij gebruiken gaat over de kwaliteit van de relatie. Overal, bovenaan, en de eerste stappen van de methodiek, dat is namelijk het kennismaken, wat bijzonder lang is voor deze methodiek. Heel extreem lang. Dat zie je in bijna geen andere methodiek terugkomen.’* - Gedragsdeskundige

Met name het opbouwen en onderhouden van de werkalliantie met de gezinsleden, het systeemgericht werken en de focus op het reflecteren op eigen handelen maakt SG onderscheidend van andere interventies en wordt beschouwd als de kern van SG.

Uit de interviews blijkt dat aspecten van Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG), Intensieve Ambulante Gezinscoaching (IAG) of Triple P eventueel worden meegenomen in de uitvoering van SG. Zo volgt één gezinscoach de opleiding IAG en heeft, zover bekend, één gedragsdeskundige de cursus Triple P gevolgd. Eén gedragsdeskundige

geeft aan dat een PPG-er ingeschakeld wordt zodra er vraag is voor concrete opvoedondersteuning.

### **Flexibiliteit**

Gekeken is naar in hoeverre gezinscoaches de werkzaamheden flexibel mogen uitvoeren, aan de hand van semigestructureerde interviews. Zowel gedragsdeskundigen als gezinscoaches geven aan dat er ruimte is om op heel flexibele wijze de richtlijnen van de handleiding te volgen. Gesteld wordt dat het werken met de doelgroep LVB flexibiliteit vereist en dat gezinscoaches voortdurend flexibel zijn in het uitvoeren van hun werk. De grens hierin ligt bij de ethische verantwoording en het systeemgericht werken.

*‘In de handleiding staat dat je alles mag doen opdat er opvoedruimte komt bij deze ouders, om kinderen goed op te voeden. Dus het hoort bij de manier van kijken, maar je blijft systeemgericht denken: daar is nooit een verschil in.’ – Gedragsdeskundige*

Flexibiliteit is noodzakelijk wil je goed aan kunnen sluiten bij de doelgroep, maar blijkt tegelijkertijd een valkuil. Zo stelt één gedragsdeskundige dat het belangrijk is om de grote lijnen vast te houden. Een valkuil kan zijn dat gezinscoaches alleen maar aansluiten op wat er in de gezinnen gebeurt. Dit is tegenstrijdig met een uitspraak van een andere gedragsdeskundige, waarbij het volgende antwoord wordt gegeven op de vraag in hoeverre gezinscoaches flexibel mogen zijn in het uitvoeren van hun werk:

*‘Ja maximaal flexibel dus, als het maar binnen de beroepsethiek valt. Maar wat ik zeg, schoonmaken, poetsen, handen wassen tot voordoen nadoen bij de opvoeding overnemen tot alles kan.’ – Gedragsdeskundige*

Bovenstaande geeft aan dat er geen gelijkgestemdheid bestaat in hoeverre gezinscoaches hun werk op flexibele wijze mogen uitvoeren volgens de gedragsdeskundigen.

### **Training en supervisie**

SG heeft een specifieke leergang van tien maanden. Daarnaast is het de bedoeling dat gezinscoaches intensief en periodiek worden ondersteund door een gedragsdeskundige. De resultaten zijn overeenkomstig: gemiddeld is volgens de VBSG elke twee weken sprake van een teamvergadering, elke drie maanden een bijeenkomst deskundigheidsbevordering en elke

maand worden de gezinscoaches ondersteund door de gedragsdeskundige. Hierbij wordt gebruik gemaakt van directe training en supervisie. Uit de interviews blijkt dat de ondersteuning door de gedragsdeskundige vaak nog intensiever is: zij hebben vaak wekelijks contact met de gezinscoaches. Dit verschilt echter per gezinscoach en is tevens afhankelijk van de gezinssituatie.

Volgens een enkelvoudige t-toets blijkt dat de totale tijdsbesteding ( $M = 240.77$ ,  $SD = 100.44$ ) niet verschilt van die vanuit de handleiding (240 minuten). Per week wordt gemiddeld 120 minuten besteed aan direct contact met het gezin. Daarnaast wordt gemiddeld 81 minuten besteed aan indirecte contacten met het gezin, zoals administratie en intervisie met collega's. De totale en specifieke tijdsbesteding is in lijn met de handleiding.

### **Verklaringen voor het afwijken van de richtlijnen**

Ten slotte komen uit de kwalitatieve analyses van de semigestructureerde interviews en de GR verschillende verklaringen naar voren betreffende het afwijken van de richtlijnen. Deze verklaringen kunnen tevens gezien worden als knelpunten voor het integer handelen volgens de handleiding van SG.

**Tijdsdruk.** Bij het werken met multiprobleemgezinnen is het opbouwen en onderhouden van een werkalliantie een belangrijk onderdeel van de interventie en hier kan geen tijd aan gebonden worden. Zo geeft één gezinscoach aan dat vertrouwen nodig is wil een gezin zich openstellen. Daarnaast heeft de doelgroep ruim de tijd nodig om te acclimatiseren, met name als zij net op een 24-uurs locatie zijn komen te wonen. Gezinscoaches geven hierbij aan dat het hebben van een tijdsdruk niet bevorderend is voor de werkalliantie:

*'Dat [werken in fases] vind ik echt helemaal niet fijn, en zo werkt het ook gewoon niet. Met sommige gezinnen ben je een jaar verder en dan pas mag ik een keer binnen komen.'* –

Gezinscoach ambulante

**Gebrek aan tijd.** De gezinscoaches ervaren weinig tijd voor het inzetten van materialen:

*'Ik ben allang blij als ik een keer tijd heb voor een tijdlijn en een genogram.'* –

Gezinscoach ambulante

Een gebrek aan tijd zorgt ervoor dat gezinscoaches in mindere mate verschillende materialen inzetten. Daarnaast ervaren gezinscoaches weinig tijd voor het evalueren en rapporteren:

*‘Wat wel een zwakte in ons werk is, dat is het schrijven van de plannen. Daar komen we weinig aan toe, dat heeft te maken dat we voortdurend van ons werk gehaald worden.’*

Gezinscoach 24-uurslocatie

Een gebrek aan tijd zorgt er dus tevens voor dat gezinscoaches in mindere mate evalueren en rapporteren, wat van negatieve invloed kan zijn op het integer handelen.

**PlanCare is niet gebruiksvriendelijk.** Naast dat gezinscoaches een gebrek aan tijd ervaren betreffende het evalueren en rapporteren, geeft het elektronische cliëntendossier PlanCare niet de mogelijkheden om een uitgebreid dossier goed te kunnen ordenen. PlanCare is volgens de gedragsdeskundigen en gezinscoaches niet gebruiksvriendelijk. Zo is het lastig om het systeem van een gezin onder te brengen in één dossier. Daarnaast wordt in PlanCare niet gevraagd naar een evaluatie op de fasering en geeft één gezinscoach aan dat zij het gevoel heeft dubbel werk te verrichten.

**Wisseling van gedragsdeskundigen.** Binnen de 24-uurslocaties is het afgelopen jaar een wisseling geweest van gedragsdeskundigen, waardoor een belangrijke continue factor voor SG is weggevallen. Daarnaast heeft er binnen één ambulante team ook een wisseling van gedragsdeskundigen plaatsgevonden.

**Materialen staan niet overzichtelijk bijeen.** Een aantal geïnterviewde gezinscoaches en gedragsdeskundigen geven aan dat materialen uit de handleiding niet overzichtelijk bijeen staan:

*‘Zo'n VGFO en ZRM, waar vind ik dat, waar staat dat dan? En sommige dingen die weet ik inmiddels echt wel te vinden, maar sommige dingen zijn echt heel lastig om... ja, ik weet gewoon niet waar ze staan.’* – Gezinscoach ambulante

De onoverzichtelijkheid van de materialen uit de handleiding zorgt er tevens voor dat gezinscoaches niet duidelijk voor ogen hebben wanneer materialen ingezet kunnen worden en wat het doel hiervan is, wat vervolgens leidt tot een verminderde inzet.

**Intensiteit van het contact wisselt.** In zowel de interviews als de GR komt naar voren dat de intensiteit van het contact met de gezinnen wisselt, wat ervoor zorgt dat niet altijd

gefaseerd gewerkt wordt. Wanneer een bepaald doel behaald wordt ondersteunt de gezinscoach in het vervolg minder intensief, waarna de gezinscoach de gezinnen weer intensiever ondersteunt op het moment dat hier weer vraag naar is. De intensiteit van het contact hangt dus niet van de interventiefase waarin het gezin zit, maar van de vraag vanuit het gezin. Dit betekent dat er niet gestructureerd wordt gewerkt tijdens een interventiefase van twaalf maanden met het gezin.

### **Discussie**

In huidig onderzoek is onderzocht in hoeverre SG van Amerpoort integer wordt uitgevoerd, waarbij specifiek is gekeken naar de mate van behandeltrouw, -competentie en -differentiatie, de mate van flexibiliteit en in hoeverre de training en supervisie bijdraagt aan de mate van behandelintegriteit.

Huidig onderzoek heeft allereerst aangetoond dat de handleiding van SG als rode draad wordt gebruikt. Kernelementen zijn het opbouwen en onderhouden van een werkaliantie, het systeemgericht werken en het reflecteren op het eigen handelen en gezinscoaches blijken hierin uitermate competent. Daarentegen worden materialen in mindere mate ingezet. Het blijkt dat sprake is van een langdurige betrokkenheid bij de gezinnen, maar dat niet gestructureerd, fase-gebonden en doelgericht gewerkt wordt tijdens een interventiefase van twaalf maanden. Ten tweede blijkt uit de resultaten dat het van belang is dat behandeldifferentiatie een belangrijk aspect is van behandelintegriteit (Goense, 2016; McLeod et al., 2013). In de uitvoering van SG blijkt dat gezinscoaches eerdere ervaringen toepassen in hun handelen en aanvullende behandelmethoden gebruiken, waardoor zij afwijken van SG. Daarnaast zijn verboden procedures niet vastgesteld in de handleiding van SG, waardoor de zuiverheid van de interventie niet kan worden gegarandeerd. Ten derde heeft huidig onderzoek aangetoond dat gezinscoaches flexibel (mogen) zijn in het uitvoeren van hun werkzaamheden. Dit is in lijn met de literatuur, waarin gesteld is dat ingespeeld dient te worden op de behoeften van de cliënt (Barber et al., 2006). Ten slotte blijkt training en supervisie op dezelfde wijze uitgevoerd te worden als beschreven in de handleiding van SG. Hierbij wordt voornamelijk directe training en supervisie gegeven, wat overeenkomt met de adviezen uit de literatuur (Beidas & Kendall, 2010; Perepletchikova et al., 2007).

### **Sterke kanten en beperkingen.**

Door een diversiteit aan zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden en de participatie van bijna alle professionals (88%) wordt de onderzoeksvraag vanuit verschillende perspectieven beantwoord. Deze combinatie geeft inzicht over de eventuele verschillen tussen de professionals betreffende de behandelintegriteit van SG. Alle meetinstrumenten waren

daarbij gebaseerd op de handleiding van SG en door zowel op globale wijze de behandelintegriteit te meten als specifiek te kijken naar de handelingen van de gezinscoaches, zijn de constructen op verschillende wijzen uitgevraagd. Deze combinatie heeft inzicht gegeven in het verschil tussen hoe professionals de eigen uitvoering inschatten en de daadwerkelijke uitvoering.

Daarnaast levert huidig onderzoek nieuwe inzichten op betreffende het inzetten van vragenlijsten bij het meten van behandelintegriteit. Binnen huidige studie zijn onder andere twee nieuwe meetinstrumenten opgesteld, aangezien tot op heden in Nederland geen valide instrumenten zijn ontwikkeld om behandelintegriteit van een niet-geprotocolleerde interventie te meten (Goense, 2016). Door de hoge interne consistentie van de factoren op zichzelf alsmede de GR als geheel, kan gesuggereerd worden dat de GR mogelijk geschikt is om in te zetten tijdens het meten van behandelintegriteit van SG (Field, 2013). Daarnaast is in huidig onderzoek gebleken dat de GR en de VBSG praktisch bruikbaar zijn. Zowel de VBSG als de GR zijn efficiënt als het gaat om de hoeveelheid tijd en inspanning die het instrument vraagt van de gezinscoaches en beiden konden zelfstandig door de gezinscoaches ingevuld worden.

Ondanks dat huidig onderzoek inzicht geeft in de behandelintegriteit van SG, kent het een aantal beperkingen. Allereerst kan met onvoldoende zekerheid gesteld worden of de gebruikte meetinstrumenten daadwerkelijk de behandelintegriteit van SG meten. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of de VBSG en de GR wel degelijk betrouwbaar, valide en bruikbaar genoeg zijn om behandelintegriteit van SG te meten. Een grotere steekproef is daarbij aanbevolen. Vervolgens kan bijvoorbeeld worden onderzocht of er sprake is van een verschil in integer handelen tussen ambulante of 24-uurszorg, tussen de fases waarin het gezin zit, de gezinssamenstelling en de lengte van de interventie.

Daarnaast waren de gezinscoaches vrij in het kiezen van een gezin voor de GR, het moment van invullen en zijn de gezinsrapportages meerdere keren door dezelfde gezinscoaches ingevuld. Hiermee is bij de statistische analyses van de GR geen rekening gehouden, wat een vertekenend beeld kan geven. Dit kan onder andere geleid hebben tot meer sociaalwenselijke antwoorden, doordat voor gezinnen waarbij bijvoorbeeld niet behandeltrouw is gehandeld wellicht geen gezinsrapportage is ingevuld.

De mate van behandelcompetentie betreffende de gedragsdeskundigen zijn in huidige studie niet meegenomen en de mate van behandelcompetentie van de gezinscoaches is enkel onderzocht aan de hand van interviews met gedragsdeskundigen. Vervolgonderzoek dient de behandelcompetentie van de gedragsdeskundigen mee te nemen en dient de behandelcompetentie aan de hand van directe methoden, zoals observaties, te onderzoeken.



## **Aanbevelingen**

De resultaten van huidig onderzoek leiden tot het formuleren van verschillende aandachtspunten en mogelijke verbeteringen betreffende behandelintegriteit van SG. Allereerst is het van belang dat nadruk wordt gelegd op het verkrijgen van inzicht in de registratie van SG, wat betekent dat duidelijk wordt hoeveel gezinnen daadwerkelijk ondersteund worden binnen Amerpoort en of bij deze gezinnen sprake is van langdurige betrokkenheid of het werken tijdens de interventiefase van twaalf maanden. Gebleken is dat professionals wensen hebben om meer aandacht te besteden aan evaluatie. Hierbij is tevens gebleken dat professionals weinig tijd en ruimte ervaren voor het opstellen van rapportages en dat het elektronisch patiëntendossier niet gebruiksvriendelijk is. Het is daarentegen van belang dat een elektronisch patiëntendossier overzicht biedt en aansluit bij SG. Door meer aandacht te besteden aan evaluatie zal inzicht in de daadwerkelijke uitvoering van SG ontstaan, kan training en supervisie hier beter op worden aangesloten en zal het integer handelen worden vergemakkelijkt (Boendermaker & Goense, 2017).

Vervolgens dient kwaliteitsbewaking geïntegreerd te worden in de uitvoering van SG, om kwaliteit te waarborgen. Zoals naar voren komt in de literatuur, blijkt het betrekken van de professional bij discussies over kwaliteitsborging tot het vergroten van behandelintegriteit (Boendermaker & Goense, 2017). Door gezinscoaches te betrekken bij de kwaliteitsbewaking wordt inzicht verkregen in de daadwerkelijke uitvoering, doordat impliciete kennis van gezinscoaches, zoals kennis over mogelijke knelpunten in de uitvoering, wordt benut. Zo kan tevens ingespeeld worden op de motivatie van de professional en zorgt deze betrokkenheid voor een gevoel van verantwoordelijkheid (Van Yperen, 2003). Daarbij is het tevens van belang dat bekeken wordt in hoeverre andere interventies worden toegepast binnen SG, zoals IAG of Triple P, om te onderzoeken of aanvullende behandelmethoden de effectiviteit van SG vergroten of verkleinen (Goense, 2016; McLeod et al., 2013).

Huidig onderzoek is een belangrijke aanzet om het belang van behandelintegriteit van Nederlandse zorg gerelateerde interventies op de kaart te zetten. Deze studie heeft daarbij onder andere een eerste stap gezet in de ontwikkeling van een meetinstrument om de behandelintegriteit van een in Nederland ontwikkelde interventie te onderzoeken. Voor de professionals betrokken bij SG betekent dit een volgende stap in het aanbieden van gerichte en effectieve zorg waar de cliënt uiteindelijk baat bij heeft.

## Referenties

- Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counselling: Results from the National institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research, 16*, 229-240. doi:10.1080/10503300500288951
- Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., ... & Czajkowski, S. (2004). Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology, 23*, 443. doi:10.1037/0278-6133.23.5.443
- Berkel, C., Mauricio, A. M., Schoenfelder, E., & Sandler, I. N. (2011). Putting the pieces together: An integrated model of program implementation. *Prevention Science, 12*, 23-33. doi:10.1007/s11121-010-0186-1.
- Boendermaker, L., & Goense, P. (2017). Meten van behandelintegriteit. In T. Van Yperen, J. W. Veerman, & B. Bijl (Red.), *Zicht op effectiviteit: Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (pp. 375-384). Rotterdam: Lemniscaat.
- Beidas, R. S., & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 1-30. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x
- Douma, J., De Jong, A., Looij, J., & Stremmelaar, B. (2017). *Handreiking: begeleiden van ouders met een verstandelijke beperking en multiproblematiek*. Utrecht, Nederland: Landelijk Kenniscentrum LVB/Amerpoort.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London: Sage.
- Goense, P. B. (2016). *Bridging the implementation gap: A study on sustainable implementation of interventions in child and youth care organizations*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Lauriks, S., Buster, M., De Wit, M., Van de Weerd, S., Kamann, T., Van den Boom, W., & Fassaert, T. (2016). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix*. Amsterdam: GGD.
- Lever, M. (2015). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'HouVast'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., Tully, C. B., Rodriguez, A., & Smith, M. M. (2013). Making a case for treatment integrity as a psychosocial treatment quality indicator for youth mental health care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*, 14-32. doi:10.1111/cpsp.12020

- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., & Weisz, J. R. (2009). Conceptual and methodological issues in treatment integrity measurement. *School Psychology Review*, 38, 541-546. doi:0.1037/0022-006X.38.6.829
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions. In D. McKay (Red.) *Handbook of Research Methods in Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 351-363). New York: Sage.
- Perepletchikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology Science and Practice*, 18, 148-153. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01246.x
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical psychology: Science and practice*, 12, 365-383. doi:10.1093/clipsy.bpi045
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 829-841. doi:0.1037/0022-006X.75.6.829
- Ritchie, J. & Lewis, J. (Red.). (2013). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. Londen, Engeland: Sage Publications Ltd.
- Sanetti, L. M., & Collier-Meek, M. A. (2017). Treatment integrity: Evidence-based interventions in applied settings. In L. A. Theodore (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Interventions for Children and Adolescence* (pp. 3-16). New York: Springer.
- Schoenwald, S. K., & Garland, A. F. (2013). A review of treatment adherence measurement methods. *Psychological Assessment*, 25, 146-156. doi:10.1037/a0029715
- Schoenwald, S. K., Garland, A. F., Chapman, J. E., Frazier, S.L., Sheidow, A.J., & Southam-Gerow, M. A. (2011). Toward the Effective and Efficient Measurement of Implementation Fidelity. *Administration and Policy in Mental Health*, 38, 32-43. doi: 10.1007/s10488-010-0321-0
- Sharpless, B. A., & Barber, J. P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29, 47-56. doi:10.106/j.cpr.2008.09.008
- Van Hoorn, I. (2019). *Projectplan Effectonderzoek Systeemgerichte Gezinscoaching*. Intern document van Amerpoort, Baarn, Nederland.
- Van der Steege (2019). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Systeemgerichte gezinscoaching'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Veerman, J. W., Kroes, G., De Meyer, R., Janssen, J., Nguyen, L., & Vermulst, A. (2016).

*Handleiding VGFO: Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders.* Nijmegen:

Praktikon B.V.

### **Bijlage 1. Factoranalyse op het instrument Gezinsrapportage**

Op basis van de handleiding van Van der Steege is de hypothese opgesteld dat er op het instrument GR een beoogd vier-factorenmodel wordt gevonden, te weten: (1) fase 1: start en gezinstaxatie (2) fase 2: werken aan verandering (3) fase 3: vaststellen en resultaten afronden en (4) fase 4: consolideren en monitoren. Door middel van een CFA met een scheve rotatie (direct oblimin) is hierop gecontroleerd. De factoren worden geselecteerd op basis van Kaiser's criterium, waarbij factoren met een eigenwaarde hoger dan 1 geselecteerd zijn (Field, 2013). Wanneer blijkt dat een item een factorlading van  $<.30$  heeft, wordt deze verwijderd. Daarbij werden 13 factoren met een lage communaliteit ( $<.20$ ) en 8 lage factorloadingen ( $<.40$ ) uit de factoranalyse verwijderd omdat deze factoroplossingen niet in staat zijn de variantie van het item te verklaren. In totaal bestond de factoranalyse uit 58 items (73%), waarbij elf factoren eigenwaardes hadden groter dan Kaiser's criteria van 1 en zij konden 86% van de variantie verklaren. De Scree Plot vertoont verbuigingen die het rechtvaardigen om enkel vier factoren te behouden. De items die op dezelfde factor clusteren, suggereren de volgende factoren: (1) fase 4: afsluiting, (2) fase 1: beeldvorming, (3) fase 2: werken aan verandering, (4) fase 1: plannen opstellen. Samen verklaarden zij 64% van de variantie. De interne consistentie van de vier factoren blijkt voldoende (zie Tabel 4). Gezien de kleine steekproef worden resultaten van de GR enkel op beschrijvend niveau geanalyseerd.

Tabel 4

*Resultaten van een Confirmerende Factoranalyse op het instrument Gezinsrapportage (GR)*

		<b>Factor</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>c</sup>	4 <sup>d</sup>
Huishouding	Bieden van praktische, huishoudelijke hulp		.98			
Netwerk.vaardigheden	Vaardigheden aanleren voor het onderhouden van een sociaal netwerk		.91			
Seksualiteit	Seksuele voorlichting geven		.64			
Vaardigheden.oefenen	Vaardigheden opnieuw oefenen		.62			
Herhaling	Het geleerde met het gezin herhalen		.55			
Huishouding2	Bieden van praktische, huishoudelijke hulp		.50			
Bewindvoering	Aanvraag voor bewindvoering indienen		.98			
Schuldsaneringsregeling	Gezin aanmelden voor een schuldsaneringsregeling		.98			
Netwerk.versterken	Versterken, activeren en uitbreiden van het sociale netwerk rond het gezin		.54			
Afsluiting	Een afsluitende activiteit/ritueel ter afronding van de interventie uitvoeren		.99			
Eindgesprek	Samen met het gezin een eindgesprek voeren		.98			
Resultaten.terughalen	De vastgestelde resultaten in het gezin terughalen		.63			
Resultaten.vaststellen	Samen met het gezin bereikte resultaten vaststellen		.42			
Risicotaxatie	Risicotaxatie ARIJ nalopen		.98			
ARIJ.bespreken	De ingevulde ARIJ met de gedragsdeskundige bespreken		.98			
Terugval.inventarisatie	Inventariseren of er sprake is van terugval		.81			
Terugvalplan	Een terugvalplan opstellen		.73			
Opschalen	Opschalen naar de interventie		.98			
Selectiecriteria.opnieuw	Selectiecriteria van de interventie toepassen		.98			
Wa.opgebouwd	Werken vanuit de opgebouwde werkalliantie			.70		
Wa.opbouwen	Opbouwen van een werkalliantie			.44		
Afspraken	Iaanwezig zijn bij afspraken met instanties en andere hulpverleners			.71		
Kindgesprek	Gesprek met kind(eren)			.63		
Ok.interactie	Ouder-kind interactie observeren			.62		
Ok.interactie.bespreken	Resultaten van de ouder-kind interactie met het gezin doornemen			.64		
Kindontwikkeling	Ontwikkeling van het kind in kaart brengen			.77		
LSVG	Gehechtheidsontwikkeling in beeld brengen			.56		
Kindontwikkeling	Ontwikkeling van het kind in kaart brengen			.84		
Opvoedingscompetenties	De opvoedingscompetenties van de ouders in beeld brengen			.84		
Ouderfactoren	Ouderfactoren in kaart brengen			.83		
Gezinsrelaties	Onderlinge relaties tussen gezinsleden in beeld brengen			.81		

Opvoedingsstijl	De opvoedingsstijl van ouders in beeld brengen	.77				
Gezinscommunicatie	Gezinscommunicatie in beeld brengen	.77				
Veiligheid	Veiligheid van de kinderen in kaart brengen	.67				
Netwerk	Beschikbare sociale steun in kaart brengen	.64				
Financiën	Financiële problemen en schulden in kaart brengen	.54				
Gezinstaxatie	De verzamelde informatie vastleggen in de gezinstaxatie	.44				
Doelen	Doelen opstellen samen met het gezin	.41				
Ov.versterken	Versterken van de opvoedingsvaardigheden		.71			
Ov.positief	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'reageren op positief gedrag'		.87			
Ov.storend	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'reageren op storend gedrag'		.84			
Ov.grenzen	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'leiding nemen en grenzen stellen'		.72			
Ov.tijd	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'tijd doorbrengen met elkaar'		.70			
Ov.oplossen	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'samen de dagelijkse problemen oplossen'		.69			
Ov.leiding	Aanleren van de opvoedingsvaardigheid 'opvolgen en leidinggeven'		.63			
Dagprogramma	Aanbrengen van basisroutine en structuur in het gezin		.76			
Sensitiviteit	Vergroot de sensitiviteit van de ouder		.70			
Invloed.eigenhandelen	Gesprek aangaan over de invloed van het eigen handelen op het kind		.41			
Voortgang	Monitoren hoe het met de voortgang op de doelen staat		.68			
Familieleden	Ontmoeten van belangrijke familieleden, burens en vrienden				-.45	
Genogram	Een genogram maken				-.77	
Sociogram	Een sociogram maken				-.77	
Levenslijn	Een levenslijn maken				-.93	
Interview.dagelijkse.routine	Een gemiddelde dag met het gezin doornemen (Interview Dagelijkse Routine)				-.92	
Gezinsplan	Doelen en acties vastleggen in een gezinsplan				-.93	
Veiligheidsplan	Een veiligheidsplan opstellen samen met het gezin				-.50	
Gezinstaxatie	De verzamelde informatie vastleggen in de gezinstaxatie				-.59	
Gezinstaxatie.bespreken	De gezinstaxatie samen met het gezin bespreken				-.93	
		<b>Eigenwaarden</b>	17.45	10.17	5.78	3.90
		<b>Percentage Verklaarde Variantie</b>	30.09	17.53	9.96	6.73
		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	.91	.93	.91	.89

*Noot.* <sup>a</sup> = Afsluiting, <sup>b</sup> = Beeldvorming, <sup>c</sup> = Werken aan verandering, <sup>d</sup> = Plannen opstellen. De variabelen selectiecriteria, activiteit, veiligheidstaxatie, familieleden, netwerk.belang, financiën.orderen, praktische.zaken, netwerk.onderhouden, netwerk.vergroten, vervolgfafspraken, monitoren, gesprek.voortgang, hulp.aanvaarden, gesprekken.nabespreken, afspraken2, ov.uitbreiden, psycho.edu, onveiligheid en netwerk.inventarisatie zijn uit de factoranalyse verwijderd.

## **Bijlage 2. Factoranalyse op de Vragenlijst Behandelintegriteit Systemgerichte Gezinscoaching (VBSG)**

Op basis van de handleiding van Van der Steege is de hypothese opgesteld dat er ook op het instrument VBSG een beoogd vier-factorenmodel wordt gevonden, te weten: (1) fase 1: start en gezinstaxatie (2) fase 2: werken aan verandering (3) fase 3: vaststellen en resultaten afronden en (4) fase 4: consolideren en monitoren. Door middel van een CFA met een scheve rotatie (direct oblimin) is hierop gecontroleerd. De factoren worden geselecteerd op basis van Kaiser's criterium, waarbij factoren met een eigenwaarde hoger dan 1 geselecteerd zijn (Field, 2013). Wanneer blijkt dat een item een factorlading van  $<.30$  heeft, wordt deze verwijderd. Daarbij werden één factor met een lage communaliteit ( $<.20$ ) en acht lage factorloadingen ( $<|.40|$ ) uit de factoranalyse verwijderd omdat deze factoroplossingen niet in staat zijn de variantie van het item te verklaren. In totaal bestond de factoranalyse uit 32 items, waarbij negen factoren eigenwaardes hadden groter dan Kaiser's criteria van 1 en zij konden 88% van de variantie verklaren. De Scree Plot vertoont verbuigingen die het wederom rechtvaardigen om enkel vier factoren te behouden. De items die op dezelfde factor clusteren, suggereren de volgende factoren: (1) fase 4: afsluiting, (2) fase 2: werken aan verandering, (3) fase 1: beeldvorming, (4) fase 2: stress reduceren. Samen verklaarden zij 61% van de variantie. De interne consistentie van drie factoren blijkt voldoende, met uitzondering van de laatste factor (zie Tabel 5). Gezien de kleine steekproef worden resultaten van de VBSG enkel op beschrijvend niveau geanalyseerd.



Tabel 5

*Resultaten van een Confirmerende Factoranalyse op het instrument Vragenlijst Behandelintegriteit Systeemgerichte Gezinscoaching (VBSG)*

		<b>Factor</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>c</sup>	4 <sup>d</sup>
Db	Ik ben gemiddeld 2-4 uur per week beschikbaar voor direct contact met het gezin		.63			
Financiën	Ik breng de financiële problemen in beeld		.42			
Doelen	Ik stel samen met het gezin doelen op		.83			
Opvoeding	Ik werk aan het versterken en uitbreiden van de opvoedingsvaardigheden		.82			
Sensitiviteit	Ik werk aan de sensitiviteit van de ouder		.74			
Resultaten	Ik stel de resultaten vast		.74			
Eindgesprek	Ik houd een eindgesprek met het gezin		.71			
Interactie	Ik observeer en bespreek de ouder-kind interactie		.81			
Structuur	Ik breng structuur aan in het gezin		.66			
Communicatie	Ik hanteer passende communicatie voor mensen met een LVB			.73		
Sensitiviteit	Ik werk aan de sensitiviteit van de ouder			.46		
Stress	Ik reduceer stress bij ouders door aan de slag te gaan met bijkomende problemen			.65		
Hulp	Ik leer de ouders om hulp te vragen en te aanvaarden			.84		
Steun	Ik werk aan het vergroten van de sociale steun			.62		
Werkalliantie	Ik werk aan het opbouwen en onderhouden van de werkalliantie			.73		
Kindontwikkeling	Ik breng de ontwikkeling van het kind in beeld				.44	
Gezinstaxatie	Ik stel een gezinstaxatie op				.54	
Resultaten	Ik stel de resultaten vast				.53	
Eindgesprek	Ik houd een eindgesprek met het gezin				.43	
Levenslijn	Ik maak gebruik van een levenslijn				.61	
Genogram	Ik maak gebruik van een genogram				.68	
Hechting	Ik breng de gehechtheidsontwikkeling in beeld				.55	
Routine	Ik neem een gemiddelde dag door met het gezin				.81	
Kindontwikkeling	Ik breng de ontwikkeling van het kind in beeld					-.41
Financiën	Ik breng de financiële problemen in beeld					-.64
Stress	Ik reduceer stress bij ouders door aan de slag te gaan met bijkomende problemen					-.54
Oefenen	Ik oefen, herhaal en generaliseer de geleerde vaardigheden in nieuwe situaties					.59
Sociogram	Ik maak gebruik van een sociogram					.91
		<b>Eigenwaarden</b>	8.80	4.40	3.40	2.92
		<b>Percentage Verklaarde Variantie</b>	27.50	13.74	10.61	9.13
		<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>	.85	.78	.75	.03

*Noot.* <sup>a</sup> = Afsluiting, <sup>b</sup> = Werken aan verandering, <sup>c</sup> = Beeldvorming, <sup>d</sup> = Stress reduceren. De variabele Methode is uit de factoranalyse verwijderd.