

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste versie manuscript

Datum: 8 November 2023

Gedeelde gezinszorg: interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen bij een uithuisplaatsing

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks aanzienlijke problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma’s met gedeelde gezinszorg in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksnetwerken. We hebben drie belangrijke soorten van “gedeelde gezinszorg” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectieve ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg (GRZ) programma’s omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma’s waren alleen gericht op kinderen. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma’s (GRB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op behandeling. We beschrijven op dit moment actieve programma's die elk type gedeelde gezinszorg illustreren. Aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om duurzaam toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg; gezinnen; residentiële zorg, ouders, modellen, pleegzorg

Shared Family Care: Out of Home Care Programs For Serving Parents And Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. Active programs that illustrate each type are described. Through this typology and detailed information of currently active shared family care programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation and sustainability.

Keywords: shared family care; families; residential care, parents, modeling, foster care

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen (altijd) te beschermen, maar ook om gezinnen (waar mogelijk) in stand te houden (Berwick, 2017). Deze verplichting heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg in de gezondheids- en welzijnszorg (bijv. Wood, et al., 2022; Kokerelias et al., 2019). Toch blijft er een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatiserend is voor kinderen en ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis aanzienlijk; het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw in de jeugdhulp wordt geplaatst is een punt van zorg in veel landen (Hebert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Carolina, et al., 2018).

Een andere ontwikkeling in veel landen is het verminderde gebruik van residentiële zorg. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld die gezinnen samen met hun kinderen plaatsen en een combinatie bieden van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg (Shared Family Care), waarbij ambulante hulp en jeugdhulp met verblijf wordt gecombineerd. Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]).

Dergelijke twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>) trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van de ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer

aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg

Eerdere bewegingen rondom gedeelde gezinszorg laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting die vaststelde dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen en probeerden de verschillen met ouders te verkleinen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede vroeg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschappen crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, VS (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze werkten allemaal minstens tien jaar, sommige voor twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's wekte veel belangstelling en veel bezoekers op, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Helaas heeft geen van de programma's experimentele evaluaties uitgevoerd en ze zijn nu allemaal gesloten - grotendeels omdat er geen financieringsstromen zijn om dit soort programma's te ondersteunen of omdat de conventionele manier om kinderen bij hun ouders weg te halen zo diep geworteld is in de huidige zorgsystemen.

Commented [AH1]: Andere term

Commented [LZ2R1]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Definitie van gedeelde gezinszorg

Gedeelde gezinszorg is beschreven als het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis door de ouder ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te helpen vaardigheden en middelen te verkrijgen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met een enkele cliënt, kan een gedeelde gezinszorg programma zich primair richten op de behoeften van de ouder (inclusief hun middelengebruik of opvoedingscapaciteit) en de behoeften van het kind (intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg). Een programma voor gedeelde gezinszorg erkent het belang van het behoud van het gezin als een samenhangende eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's (zoals KINGS) richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders, maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden en is zeker veel groter dan het deel dat we in dit artikel nemen. Aan het begin van de vorige eeuw publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) een compendium over "Whole Family Care" waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafden.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van FC

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De sterkste studie was die van Price en Wichterman (2003) waarin de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg werden vergeleken met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het programma met succes af en 71% van hen ging zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat lager was dan bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Voorlopige geaggregeerde gegevens verzameld in een nationale cross-site evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsveranderingen bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig afgesloten (soms vanwege een gebrek aan moeder-baby-dyades om de hoge kosten van het programma te rechtvaardigen) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Lokale evaluaties weerspiegelen andere voordelen van de behandeling en uitdagingen van het uitvoeren van programma's die volledige bezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kostengegevens die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma waarvan er in totaal bijna 800 zijn (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Doel van deze studie

Het doel van dit artikel is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de

verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorg programma's voor alleen kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie die, als de wetenschap het aangeeft, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg in de komende decennia.

Methode

Procedures

Om het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, hebben we gezocht naar programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd. We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale netwerken van onderzoekers op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken met een korte vragenlijst om te verspreiden onder andere onderzoekers in het veld.

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

In de vragenlijst werd gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere overwegingen over dit onderwerp. Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg deelden en samen 36 programma's noemden die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's werden aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij de auteurs voordat ze de netwerken benaderden en via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg geïdentificeerd voor verder onderzoek.

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij

het effectief opvoeden van kinderen bieden ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]), is niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds actief zijn (Wilder, 2019), volgens ons ook internationaal (bijv. Brijder, 2022). Op dezelfde manier hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten, hoewel deze programma's voor daklozen en gedeelde gezinszorg programma's het belangrijkste kenmerk delen, namelijk het voorkomen van scheiding van moeder en kind. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg.

Analyse

Voor elk van de programma's werden verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde werd het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie werden de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg door de auteurs gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor

sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, werd contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiële plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling (n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten om de redenen die zijn beschreven onder "Procedures" en werden drie programma's uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, waren er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen werden de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg die worden geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een paar actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg naar voren. De categorieën onderscheiden de programma's in de mate waarin het programma zich richt op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;

2. Gedeelde residentiële jeugdzorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;

3. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. Gedeelde pleegzorg (GPZ) en gedeelde residentiële zorg (GRZ) lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt gezinsgerichte residentiële behandeling (GRB) van GPZ en GRZ, omdat GRB niet inhoudt dat de zorg voor de kinderen expliciet gedeeld wordt met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). GRB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In GRB-programma's worden gezinnen ondersteund door maatschappelijk werk, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerken is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 beschrijft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Hoe ziet gedeelde gezinszorg eruit

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmamakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg die we hebben gevonden bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en uithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

Fysieke omgeving en type leefomgeving. De fysieke leefomgeving is een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg programma's. Er is een grote variatie in het type omgeving waarin gedeelde gezinszorg wordt geboden. We vonden twee typen voorvormen. Allereerst *gezinshuizen* die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg leveren in een eengezinswoning. Gezinnen leven hier samen met gast- of pleegouders. Ten tweede, een woonvorm waarin gezinnen wonen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen*.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hadden, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg aan deze meer impliciete doelen en aan de meer expliciet geformuleerde programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modelling, coaching en mentoring van

opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Programmabeschrijvingen

Om de drie soorten gedeelde gezinszorg verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een paar bestaande programma's.

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde gezinspleegzorg.

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018) voor gezinnen die zich willen herenigen. Metis Child, Family, and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde een aanpak van gedeelde gezinspleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen werden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere middelen die nodig zijn om competente gezinnen te worden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers omvatten onder andere: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) ouderschap; (3) het opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit stipendia voor voedselkosten die worden betaald via

Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Uit anekdotes blijkt dat 75% van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, bij hun gezin zijn gebleven en niet opnieuw in zorg zijn gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE suggereert ook extra voordelen voor gezinnen, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële jeugdzorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma.

De Shabtai Levy Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele-en groepstrainingen in levensvaardigheden en ouderschap. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om hoge verwachtingen van het ouderschap hoog te houden en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren

de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroulines te ontwikkelen.

In een onderzoek van Tener et al. (2018) suggereerden voorlopige bevindingen dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie Bijlage A).

Psychiatrische kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek (niet de ouders samen) en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt verzorgd door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Dit zijn onder andere therapeuten en andere psychosociale hulpverleners. Er is een team van kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders hoe de professionele opvoeders met hun kind werken. De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rond gedeelde gezinszorg te beschrijven, als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en om voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. De resultaten van ons onderzoek leidden tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie categorieën van gedeelde gezinszorg. De prevalentie van deze subtypen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 11 gedeelde residentiële jeugdzorg programma's en 14 gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's. We merkten op dat hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg het gezin, als een collectieve eenheid, de veronderstelde cliënt is, de behoefte aan gedeelde gezinszorg kan worden gedreven vanuit problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen), of een gecombineerde dynamiek (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In werkelijkheid worden gezinnen in programma's voor gedeelde gezinszorg waarschijnlijk echter geconfronteerd met meerdere en complexe problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg te bepalen. Er is echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken gevonden in de verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg die we hebben onderzocht: het aanpakken van de intergenerationele cyclus van

gezinsdisfunctioneren; het beschermen van de veiligheid van kinderen; het aanmoedigen van ouders om hulp te zoeken en in behandeling te blijven; het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de lang gekoesterde overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen, gezinnen en hulpverleners, vonden we slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de activiteit in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels verdwenen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. In gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in dit programmamodel, identificeerden we een praktische uitdaging die gedeelde pleegzorg zou kunnen beperken. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verbante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen echter bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn geschikt voor een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Eerst moet echter worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's, in elke gemeente die een dergelijk programma wil opzetten.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden dan we deden. We weten dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en we hebben gezien dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's is echter veel groter dan een probleem met het werven van

personeel. Ook de logistiek van huisvesting wordt steeds moeilijker. Ouders die een woning hebben, willen die niet graag verlaten om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer in staat zijn iets vergelijkbaars te vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. LIFE, zoals hierboven beschreven, heeft het ondanks deze beperkingen goed gedaan omdat er huisvesting opzij is gezet voor First Nation gezinnen en is toegewezen voor gebruik in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane e.a., 2019).

Uit onze interviews hebben we ook begrepen dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor ouders en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen. Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ondanks de ideologische veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich uitbreidt over de hele wereld (International Parent Advocacy Network, 2022). Hoewel programma's voor gedeelde gezinszorg geen oplossing bieden voor diegenen die overheidstoezicht zien als een schending van ouderlijke rechten, bieden ze wel een alternatief voor de scheiding van ouders en kinderen.

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type programma voor gedeelde gezinszorg werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, we hebben nog maar weinig bewijs om aan te bevelen de toegang tot gedeelde gezinszorg uit te breiden. Het uitgangspunt dat de beste interventies vaardigheden ontwikkelen voor gebruik in omgevingen die de omstandigheden waarin ze het meest nodig zijn het beste benaderen, is het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg. Bestaande programma's moeten worden aangemoedigd om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg als het meten van de resultaten van de gezinnen die worden geholpen. Bewijs van veiligheid, stabiliteit en welzijn voor zowel ouders als kinderen na plaatsing zou de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aan kunnen sluiten bij een ledenorganisatie. In de VS zou de Association of Children's & Residential Services een logische thuisbasis kunnen zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een

lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen in het netwerken en delen van kennis als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie subtypes van programma's die in dit artikel zijn geïdentificeerd, zouden verder onderzocht kunnen worden en, als ze standhouden, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, erkennen we dat onze resultaten waarschijnlijk niet uitputtend zijn voor alle bestaande programma's, vooral buiten Engelstalige contexten. Er zullen waarschijnlijk programma's voor gedeelde gezinszorg bestaan die niet in ons overzicht zijn opgenomen. Onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typologieën die we hebben geïdentificeerd waren niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De rol en functie van de medewerkers binnen de programma's waren van het grootste belang voor onze analyse, maar waren vaak de moeilijkst te achterhalen details.

Volgende stappen

Dit overzicht kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg helpen om contact op te nemen met de geïdentificeerde programma's die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. Bestaande programma's worden aangemoedigd om samen te werken met onderzoekers om programma-elementen te identificeren en resultaten te meten. Overheidsinstanties en NGO's zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Gezien de implementatie van programma's door instanties die ook alleen residentiële jeugdzorg of pleegzorg bieden, is het misschien mogelijk om vergelijkende onderzoeken uit te voeren met twee groepen of zelfs mogelijkgerwijs gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken. Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke belangrijke dimensies van programma's resulteren in succesvolle herenigingen van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktischelementen van gedeelde gezinszorg zouden kunnen zijn, kunnen voortbouwen op de bevindingen in dit artikel. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest invloedrijk zijn buiten ons bereik.

Commented [AH3]: Andere term

Commented [LZ4R3]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Aangezien er internationale belangstelling is voor deze innovatie, zouden we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf willen aanmoedigen om het voortouw te nemen bij het ontwikkelen van (elementen van) gedeelde gezinszorg. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertise centrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen, zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om benaderingen van gedeelde gezinszorg uit te breiden en te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Referenties

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.

<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>

Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.

<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>

Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women*, 15(4), 460–

481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>

Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>

Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review [Review]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>

Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review*, 2, 63-72.

Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(4), 365-375.

Doi:10.1080/07263869100034701

Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>

- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment, 26*(3), 313-324.
<https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare, 80*, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 4*(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystrcil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review, 13*(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children, 58*(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from:
https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders, 31*(3), 312-322
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare, 70*, 371-382.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., Prinzie, P. J., & Assink, M. (2021). Components associated with the effect of home visiting programs on child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect, 114*.
 Doi:10.1016/j.chiabu.2021.104981
- Harkness, R., Abrams, S., & Eskin, A. (2017, May/June). Building a safety net for teen parents in foster care: California's approach. *Child Law Practice Today*. American

Bar Association. Retrieved from:

https://www.americanbar.org/groups/public_interest/child_law/resources/child_law_practiceonline/child_law_practice/vol-36/may-june-2017/building-a-safety-net-for-teen-parents-in-foster-care--californi/

Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care [Article]. *Children and Youth Services Review*, *95*, 117-124.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.10.032>.

Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,
<https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>

International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.

Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience [Article]. *Children and Youth Services Review*, *82*, 177-184.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>;

Johnson, C. P., Kastner, T. A., & American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. (2005). Helping families raise children with special healthcare needs at home. *Pediatrics*, *115* (2), 507-11.

LeBel, J. L., Galyean, L., Nickell, M., Caldwell, B., Johnson, K. A., Rushlo, K., & Blau, G. M. (2018). The changing role of residential intervention. *Residential Treatment for Children & Youth*, *35*(3), 225–241. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1437376>.

Lewis, W. W. (1971). Project Re-ED: The program and a preliminary evaluation. In H. C. Rickard (Ed.), *Behavioral intervention in human problems*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health* [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>

- Metis Child, Family, and Community Services. (2014a). Annual Report 2013-2014.
Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Processen en uitkomsten [needs-led and family-focused youth care: Processes and outcomes]*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Retrieved from <https://www.rug.nl/research/portal/files/14547712/thesis.pdf>
- Nelson, K. M. (1992). Fostering homeless children and their parents too: the emergence of whole-family foster care. *Child Welfare, 71* (6), 575-84.
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect, 79*, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS) [The importance of treating parents when the child is at risk for separation; Child in Healthy System]. *Pedagogiek, 40*(2), 191-203.
<https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work, 7* (2), 35-54.
Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Rosenthal, E. (2021). Residential care controversy: The promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities to Protect All Children. *International Journal of Disability and Social Justice, 1*, 95-117
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Simmel, C., & Price, A. (2002). The shared family care demonstration project: Challenges of implementing and evaluating a community-based project. *Children and Youth Services Review, 24*(6-7), 455-470. Doi:10.1016/S0190-7409(02)00196-2
- Slack, K. S., & Berger, L. M. (2020). Who Is and Is Not Served by Child Protective Services Systems? Implications for a Prevention Infrastructure to Reduce Child Maltreatment. *Annals of The American Academy Of Political And Social Science, 692*(1), 182-202.
Doi:10.1177/0002716220980691
- Sobotka, S. A., Lynch, E., Quinn, M. T., Awadalla, S. S., Agrawal, R. K. & Peek, M. E. (2019). Unmet respite needs of children with medical technology dependence.

- Clinical Pediatrics, 58 (11-12), 1175-1186.
<https://doi.org/10.1177/0009922819870251>
- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme [Article]. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Therapeutic Services Agency (2021). *Full Family Foster Care*.
<https://www.hoperealized.com/programs-services/foster-care-based-programs/full-family-care>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- Thoburn, J., & Courtney, M. E. (2011). A guide through the knowledge base on children in out-of-home care. *Journal of Children's Services*, 6(4), 210-227.
doi:10.1108/17466661111190910
- Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). Family participation in child protection. *Child Abuse Review*, 4(3), 161-171. doi:<https://doi.org/10.1002/car.2380040303>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from
<https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Wanders, F., & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting. KINGS: Kind in Gezond Systeem [EMDR in an inpatient setting. KINGS: Child in Healthy System]. In R. Beer, & C. De Roos (Eds.). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren [Handbook of EMDR with children and adolescents]* (pp. 469-487). Lannoo Campus.
- Whittaker, J. K., Bellonci, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Holden, M., James, S., Lyons, J., Ramsey, S., Sisson, K., Small, R., Thompson, R., Holmes, L., Berridge, D., Kendrick, A., McDermid, S., Thoburn, J., del, V. J. F., Martin, E., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: a consensus statement of the international work group on therapeutic residential care*. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33(2), 89-106.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a

30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>

Wilder Research and Volunteers of America. July 2019). Family-based Residential Treatment:” Directory of Residential substance us disorder treatment programs for parents with children. St Paul, MN: Wilder Research, https://voa-production.s3.amazonaws.com/uploads/pdf_file/file/2933/Wilder_VOA_directory_2019_7-12_MWS_edit__1_.pdf.

Williamson, J. & Greenberg, A. (2010). Families not orphanages. NY: United Nations, Better Care Network.

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma)	(voornamelijk inheemse) ouders met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS)	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.

2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS)	Gezinnen die wensen herenigd te worden	Elk gezin heft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levy Mothers' Unit (Israel)	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren)	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland)	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) | Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen | Het centrum bidet plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen. | Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit. |
| 6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stifting, Zwitserland) | Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren | Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar. | Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school. |
| 7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) | Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen | Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd. | Het programma heft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt |

8) Het Babyhuis (Nederland)	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby	11 moeder-kind plekken verdeeld over 3 fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	<p>gebonden om de verbeterde gezinssituatie te behouden.</p> <p>Het Babyhuis heft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvang begeleiding bij de zorg voor de baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn.</p>
9) Onderzoeksflats (Zweden)	Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling	<p>Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uur residentiële setting.</p> <p>Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.</p>	<p>During the time spent in the investigation flat, the child's and family's situation are assessed. There are also elements of casework and family group work services.</p> <p>Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswork.</p>

10) Gezinsopname (Mereo, Nederland)	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland))	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden	Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

beschikbaar 24/7. Gezinnen
 verblijven ongeveer 14
 maanden, variërend van enkele
 weken tot 45 maanden.

Tabel A3 Bestaande gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland)	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind- Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/ fachbereiche/psychiat	Psychisch zieke moeders of vaders met kinderen van 0-5 jaar	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in paper).

[rische-
 klinik/psychiatrische-
 klinik-
 muensterlingen/psych
 otherapie/station-
 fuer-eltern-kind-
 behandlung/](#)

3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben	Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland)	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.
5) Klinieken De Stee & De Bron,	Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen

<p>Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland)</p> <p>https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf</p>	<p>hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.</p>	<p>douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot “goed genoeg” ouderschap.</p>
<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p>	<p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar)</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en</p>

		beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.	therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.
7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië)	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve

		kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High and Intensive Care (HIC) Youth (Yulius, Nederland)	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS)	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste versie manuscript – antwoord eerste reviewer

Voor auteur en redacteur

Het artikel is relevant en interessant in het kader van het themanummer. Omdat het nu om de eerste ronde gaat hebben de reviewers hun feedback in hetzelfde document geplaatst. Er zijn twee grote aandachtspunten: 1) het is duidelijk te merken dat het om een vertaling gaat. Graga aandacht voor formuleringen van zinnen in de tekst. 2) de link met het themanummer (GMCP) kan op verschillende plekken nog nadrukkelijker wordne gedaan. Verder zijn alle andere opmerkingen in het artikel zelf te vinden.

Datum: 14 November 2023

Gedeelde gezinszorg: interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen bij een uithuisplaatsing

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks aanzienlijke problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksnetwerken. We hebben drie belangrijke soorten-typen van “gedeelde gezinszorg” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectieve ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma's (GRZ) programma's omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren alleen gericht op kinderen. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven op dit moment actieve programma's die elk type gedeelde gezinszorg illustreren. Aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om duurzaam toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg; gezinnen; residentiële zorg, ouders, modellen, pleegzorg

Commented [LB1]: Mooi en goed leesbaar artikel over een bijzondere vorm van hulpverlening aan de gezinnen waar het themanummer over gaat. Dank daarvoor!

Ik heb twee opmerkingen:

1) het is wel duidelijk een vertaling uit het Engels. Wat mij betreft graag doorlezen en her en daar wat herformuleren. Vertaald Engels komt her en daar wat 'formeel' over.
2) het is niet helemaal duidelijk dat het hulpaanbod dat in het artikel wordt beschreven bedoeld is voor de GMCP die in het themanummer centraal staan. Ik snap dat dit niet de insteek was van het in het Engels gepubliceerde artikel. Voor het artikel in dit themanummer lijkt het me goed in de inleiding en ook in de samenvatting wel de term noemen. En de link met GCMP's in de discussie aan bod te laten komen.

Commented [JKD2]: Beste auteurs, dank voor het zeer interessante artikel. Voor de eerste review ronde hebben we besloten de feedback van beide reviewers in hetzelfde document te plaatsen (dit in tegenstelling tot ronde 2). Alleen als er geen overeenstemming is tussen beide reviewers, dan wordt dit expliciet vermeld. In alle andere gevallen is dus consensus over het gegeven feedback.

Verder: klopt de titel zo wel? Suggereert dat kinderen uit huis zijn geplaatst.

Commented [JKD3]: Onderzoeksgroepen?

Commented [LB4]: Anders formuleren. Dit artikel beschrijft programma's die op dit moment in de (internationale) praktijk toegepast worden?

Commented [JKD5R4]: Voorstel: we beschrijven programma's, die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd ...

Shared Family Care: Out of Home Care Programs For Serving Parents And Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. **Active programs** that illustrate each type are described. Through this typology and detailed information of currently active shared family care programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation and sustainability.

Keywords: shared family care; families; residential care, parents, modeling, foster care

Commented [LB6]: Ok, snap nu vertaling. Maar m.i. in NL toch andere term gebruiken

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen (altijd) te beschermen, maar ook om gezinnen (waar mogelijk) in stand te houden (Berwick, 2017). Deze verplichting heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg in de gezondheids- en **welzijnszorg** (bijv. Wood, et al., 2022; Kokerelias et al., 2019). **Toch** blijft er een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatiserend is voor kinderen en ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis aanzienlijk; het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw in de jeugdhulp wordt geplaatst is een punt van zorg in veel landen (Hebert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Carolina, et al., 2018).

Een andere ontwikkeling in veel landen is **het verminderde gebruik van residentiële** zorg. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het **voorkomen van uithuisplaatsingen en op het** zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld die gezinnen samen met hun kinderen plaatsen en een combinatie bieden van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde **gezinszorg** (Shared Family Care), waarbij **ambulante hulp en jeugdhulp met verblijf** wordt gecombineerd. Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]).

Dergelijke twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>) trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van de ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun

Commented [LB7]: Wat is dat?

Commented [JKD8]: Is in tegenspraak met voorgaande zin. Beter: Er is grote bezorgdheid ...

Commented [LB9]: Lijkt me gevolg van eerste?

Commented [LB10]: Wat is precies gedeelde gezinszorg? Gaat het niet meer om gecombineerde zorg voor het hele gezin? Hoezo 'gedeeld'? Wat wordt er gedeeld? Ouders en kinderen delen de hulp?

Commented [JKD11]: Maar dat toch niet in alle gevallen? Soms toch opname en dan bijv. aansluitend ambulante hulp.

eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg

Eerdere bewegingen rondom gedeelde gezinszorg laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting die vaststelde dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen en probeerden de verschillen met ouders te verkleinen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede vroeg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschappen crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, VS (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze werkten allemaal minstens tien jaar, sommige voor twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's wekte veel belangstelling en veel bezoekers op, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Helaas heeft geen van de programma's experimentele evaluaties uitgevoerd en ze zijn nu allemaal gesloten - grotendeels omdat er geen financieringsstromen zijn om dit soort programma's te ondersteunen of omdat de conventionele manier om kinderen bij hun ouders weg te halen zo diepgeworteld is in de huidige zorgsystemen.

Commented [LB12]: ??

Commented [JKD13]: Waarbij medewerkers vaststelden

Commented [JKD14]: Formulering; en heb je hier ook ene bron en kun je jaartal aangeven

Commented [JKD15]: ? Begeleidden ze zo lang de gezinnen of wat bedoel je hiermee.

Commented [AH16]: Andere term

Commented [LZ17R16]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Commented [LB18R16]: Experimenteel onderzoek gedaan?

Commented [JKD19]: Zijn dat aannames van de auteurs of komt dat ergens vandaan?

Definitie van gedeelde gezinszorg

Gedeelde gezinszorg is beschreven als het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis door de ouder ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te helpen vaardigheden en middelen te verkrijgen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met een enkele cliënt, kan een gedeelde gezinszorg programma zich primair richten op de behoeften van de ouder (inclusief hun middelengebruik of opvoedingscapaciteit) en de behoeften van het kind (intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg). Een programma voor gedeelde gezinszorg erkent het belang van het behoud van het gezin als een samenhangende eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's (zoals KINGS) richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders, maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden en is zeker veel groter dan het deel dat we in dit artikel nemen. Aan het begin van de vorige eeuw publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) een compendium over "Whole Family Care" waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafden: ouders

Commented [JKD20]: Zou ik eigenlijk meer naar voren plaatsen omdat het begrip al meerdere keren is gebruikt.

Commented [JKD21]: Het residentiële programma?

Commented [LB22]: Hier hebben we nog niet eerder over gelezen

Commented [LB23]: ??

Commented [LB24R23]: formulering

Commented [LB25]: En dat is waar dit artikel zich op richt ..?

Commented [JKD26R25]: Nee breder toch? Gaat om gezamenlijke opname bij alle mogelijke problemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van FC

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De sterkste studie was die van Price en Wichterman (2003) waarin de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg werden vergeleken met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het programma met succes af en 71% van hen ging zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat lager was dan bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Voorlopige geaggregeerde gegevens verzameld in een nationale cross-site evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsveranderingen bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig afgesloten (soms vanwege een gebrek aan moeder-baby-dyades om de hoge kosten van het programma te rechtvaardigen) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Lokale evaluaties weerspiegelen andere voordelen van de behandeling en uitdagingen van het uitvoeren van programma's die volledige bezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kostengegevens die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma waarvan er in totaal bijna 800 zijn (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Commented [JKD27]: Andere afkorting gebruiken; het liefst geen afkorting in titel

Commented [JKD28]: Wat maakte dit de sterkste studie? En dus ook geen experimenteel onderzoek?

Commented [JKD29]: Hoe was het % dan bij de andere groep?

Commented [JKD30]: Kan ik niet volgen

Commented [JKD31]: Bedoelen jullie koste-baten-analyses; kosten-effectiviteitsanalyses?

Commented [JKD32]: 800 die dan weer onderdeel zijn van een groter programma?

Doel van deze studie

Het doel van dit artikel is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorg programma's voor alleen kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie die, als de wetenschap het aangeeft, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg in de komende decennia.

Commented [LB33]: ??

Commented [LB34R33]: formulering

Methode

Procedures

Om het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, hebben we gezocht naar programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd. We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale netwerken van onderzoekers op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken met een korte vragenlijst om te verspreiden onder andere onderzoekers in het veld.

Commented [JKD35]: Ik vind de opbouw van de methode niet volgens APA. Kunnen jullie hier nog een keer kritisch naar kijken

Commented [JKD36]: formulering

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

In de vragenlijst werd gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere overwegingen over dit onderwerp. Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg deelden en samen 36 programma's noemden die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's werden aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij de auteurs voordat ze de netwerken benaderden en via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg geïdentificeerd voor verder onderzoek.

Commented [JKD37]: hoe waren die over de 13 onderzoeksnetwerken?

Commented [JKD38]: Hebben jullie daar de vraag ook uitgezet?

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]), is niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds [actief zijn](#) worden [aangeboden](#) (Wilder, 2019), volgens ons ook internationaal (bijv. Brijder, 2022). **Op dezelfde manier** hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten, hoewel deze programma's voor daklozen en gedeelde gezinszorg programma's het belangrijkste kenmerk delen, namelijk het voorkomen van scheiding van moeder en kind. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg.

Analyse

Voor elk van de programma's werden verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde werd het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie werden de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg door de auteurs

Commented [JKD39]: Daarom

gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, werd contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiële plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling(n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten om de redenen die zijn beschreven onder "Procedures" en werden drie programma's uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, waren er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen werden de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg die worden geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een paar actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg naar voren. De categorieën onderscheiden de programma's in de mate waarin het programma zich richt op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

Commented [JKD40]: Tussen alle auteurs?

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële jeugdzorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. Gedeelde pleegzorg (GPZ) en gedeelde residentiële zorg (GRZ) lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt gezinsgerichte residentiële behandeling (GRB) van GPZ en GRZ, omdat GRB niet inhoudt dat de zorg voor de kinderen expliciet gedeeld wordt met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). GRB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In GRB-programma's worden gezinnen ondersteund door maatschappelijk werk, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelingsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 [beschrijft-geeft](#) de geografische

Commented [LB41]: Zijn daar eigen kinderen bij?

locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg [weer](#) die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Hoe ziet gedeelde gezinszorg eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmamakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg die we hebben gevonden **bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en lúthuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).**

Fysieke omgeving en type leefomgeving. De fysieke leefomgeving is een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg programma's. Er is een grote variatie in het type omgeving waarin gedeelde gezinszorg wordt geboden. We vonden twee typen **voorzinnen**. Allereerst **gezinshuizen** die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg leveren in een eengezinswoning. Gezinnen leven hier samen met gast- of pleegouders. Ten tweede, een woonvorm waarin gezinnen wonen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen*.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving **hebben**, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg aan

Commented [LB42]: Voor discussie: sluit dit wel/niet aan bij GMPD?

Commented [JKD43]: Hier is de link denk ik met GMCP

Commented [JKD44]: Ik snap deze zin niet zo goed. Heb je deze zin nodig?

Commented [JKD45]: Wat bedoel je hiermee. En welke andere vormen zijn er dan nog als het zo vele zijn of konden jullie allen onder deze twee vormen groeperen?

deze meer impliciete doelen en aan de meer expliciet geformuleerde programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modelling, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Commented [JKD46]: Wat zijn dan de impliciete en wat de expliciete doelen?

Commented [JKD47]: Verderop heb je het ook over activiteiten, maar gaat het hier wel om hetzelfde? Modelling is bijv van een andere orde dan een ondersteuningsgroep

Programmabeschrijvingen

Om de drie soorten-typen gedeelde gezinszorg verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een paar-aantal bestaande programma's.

Commented [LB48]: Waarom deze?

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde gezinspleegzorg: [Live-In Family Enhancement \(LIFE\)](#).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018) voor gezinnen die zich willen herenigen. Metis Child, Family, and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze een-aanpak van gedeelde gezinspleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen werden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

Commented [LB49]: Na wat?

Commented [JKD50]: Als het programma nog steeds bestaat dan zou ik kiezen voor: worden

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere middelen die nodig zijn om competente gezinnen te worden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

Commented [JKD51]: Is dat het goede woord?

Commented [JKD52]: Ik zou di meer omschrijven. Wanneer ben je dat volgens het programma?

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers omvatten onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) ouderschap; (3) het

Commented [JKD53]: Verbeteren van ...?

opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit stipendia voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Commented [JKD54]: Klopt dat woord?

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Uit anekdotes blijkt dat 75% van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, bij hun gezin zijn gebleven en niet opnieuw in zorg zijn gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE suggereert ook extra voordelen voor gezinnen, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Commented [JKD55]: woordkeuze

Commented [JKD56]: Formulering. Er is dus niet structureel gemonitord?

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële jeugdzorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma.

Commented [JKD57]: Waarop is deze keuze gebaseerd

De Shabtai Levy Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

Commented [LB58]: Hoe doen zij dat?

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele- en groepstrainingen in levensvaardigheden en ouderschap. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om hoge verwachtingen van het ouderschap hoog te houden en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap.

Commented [JKD59]: Formulering.

Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroutines te ontwikkelen.

In een onderzoek van Tener et al. (2018) [suggereerden wijstvoorlopige bevindingen uit](#) dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie Bijlage [A](#)).

Commented [LB60]: Is dit tabel 2?

Psychiatrische kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek ([niet de ouders samen](#)) en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

Commented [JKD61]: Waarom niet?

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt [verzorgd-geboden](#) door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen

een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Dit zijn onder andere therapeuten en andere psychosociale hulpverleners. Er is een team van kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders hoe de professionele opvoeders met hun kind werken. De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg te beschrijven, als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en om voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. De resultaten van ons onderzoek leidden tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie categorieën typen van gedeelde gezinszorg. De prevalentie van deze subtypen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 11 gedeelde residentiële jeugdzorg programma's en 14 gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's. We merkten op dat hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg het gezin, als een collectieve eenheid, de veronderstelde cliënt is, de behoefte aan gedeelde gezinszorg kan worden gedreven vanuit problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen), of een gecombineerde dynamiek (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In werkelijkheid worden gezinnen in programma's voor gedeelde gezinszorg waarschijnlijk echter geconfronteerd met meerdere en complexe problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

Commented [JKD62]: Kan deze zin niet weg?

Commented [JKD63]: ? Gaat het hier om modelling?

Commented [JKD64]: Ik vind di teen hele lange zin e nook niet goed lopend

Commented [JKD65]: Formulering. En maker 2 zinne van

Commented [JKD66]: Zien jullie dat ook in jullie onderzoek? Zo ja, geef dat duidelijker aan. Maak link met GMCP – zie ook boven

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg te bepalen. Er is echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken gevonden in de verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg **die we hebben onderzocht**: het aanpakken van de intergenerationele cyclus van gezinsdisfunctioneren; het beschermen van de veiligheid van kinderen; het aanmoedigen van ouders om hulp te zoeken en in behandeling te blijven; het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de lang gekoesterde overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen, gezinnen en hulpverleners, vonden we slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de activiteit in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels verdwenen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. In gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in dit programmamodel, identificeerden we een praktische uitdaging die gedeelde pleegzorg zou kunnen beperken. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen echter bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's **zijn** internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn geschikt voor een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Eerst moet echter worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's, in elke gemeente die een dergelijk programma wil opzetten.

Commented [LB67]: Zijn deze elementen eerder genoemd? Lijkt nieuwe info!! Link GMCP!

Commented [JKD68R67]: Klopt, deels nieuwe informatie. Maak link tussen jullie onderzoek en bestaand onderzoek.

Commented [JKD69]: Formulering

Commented [JKD70]: Trend? Die tot stilstand is gekomen.

Commented [JKD71]: In dit soort type en ook verder is de zin niet goed geformuleerd.

Commented [LB72]: En hoe is het met de eigen kinderen en hun rechten en ontwikkeling?

Commented [JKD73]: Hoe weten we dat? Er lijkt vrij weinig goed onderzoek aanwezig

Commented [JKD74]: Precies, dus voorgaande zin minder stellig formuleren

Commented [JKD75]: Dat kun je pas weloverwogen doen als je wete of dat wat er is werkt

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden ~~dan we deden~~. We weten dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en we hebben gezien dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's is echter veel groter dan een probleem met het werven van personeel. Ook de logistiek van huisvesting wordt steeds moeilijker. Ouders die een woning hebben, willen die niet graag verlaten om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer in staat zijn iets vergelijkbaars te vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. LIFE, zoals hierboven beschreven, heeft het ondanks deze beperkingen goed gedaan omdat er huisvesting opzij is gezet voor First Nation gezinnen en is toegewezen voor gebruik in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane e.a., 2019).

Uit onze interviews hebben we ook begrepen dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor ouders en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen. Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ondanks de ideologische veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich uitbreidt over de hele wereld (International Parent Advocacy Network, 2022). Hoewel programma's voor gedeelde gezinszorg geen oplossing bieden voor diegenen die overheidstoezicht zien als een schending van ouderlijke rechten, bieden ze wel een alternatief voor de scheiding van ouders en kinderen.

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type programma voor gedeelde gezinszorg werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, we hebben nog maar weinig bewijs om aan te bevelen de toegang tot gedeelde gezinszorg uit te breiden. Het uitgangspunt dat de beste interventies vaardigheden ontwikkelen voor gebruik in omgevingen die de omstandigheden waarin ze het meest nodig zijn het beste benaderen, is het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg. Bestaande programma's moeten worden aangemoedigd om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg als het meten van de resultaten van

Commented [JKD76]: Nieuwe info

Commented [JKD77]: Dus het is wel een probleem?

Commented [JKD78]: Je hoeft je woning toch niet op te geven of wel?

Commented [JKD79]: ?

Commented [LB80]: ??

Commented [JKD81]: formulering

Commented [JKD82]: idem

Commented [JKD83]: idem

de gezinnen die worden geholpen. Bewijs van veiligheid, stabiliteit en welzijn voor zowel ouders als kinderen na plaatsing zou de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aan kunnen sluiten bij een ledenorganisatie. In de VS zou de Association of Children's & Residential Services een logische thuisbasis kunnen zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen in het netwerken en delen van kennis als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie-subtypes van programma's die in dit artikel zijn geïdentificeerd, zouden verder onderzocht kunnen worden en, als ze standhouden, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, erkennen we dat onze resultaten waarschijnlijk niet uitputtend zijn voor alle bestaande programma's, vooral buiten Engelstalige contexten. Er zullen waarschijnlijk programma's voor gedeelde gezinszorg bestaan die niet in ons overzicht zijn opgenomen. Onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typologieën die we hebben geïdentificeerd waren niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De rol en functie van de medewerkers binnen de programma's waren van het grootste belang voor onze analyse, maar waren vaak de moeilijkste te achterhalen details.

Volgende stappen

Dit overzicht kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg helpen om contact op te nemen met de geïdentificeerde programma's die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. Bestaande programma's worden aangemoedigd om samen te werken met onderzoekers om [werkzame](#) programma-elementen te identificeren en resultaten te meten. Overheidsinstanties en NGO's zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Gezien de implementatie van programma's door instanties die ook alleen residentiële jeugdzorg of pleegzorg bieden, is het misschien mogelijk om vergelijkende onderzoeken uit te voeren met twee groepen of zelfs mogelijkgerwijs gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken. Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke belangrijke dimensies van programma's resulteren in succesvolle [herenigingen](#) van gezinnen en de overgang naar wonen in de

Commented [JKD84]: idem

Commented [AH85]: Andere term

Commented [LZ86R85]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Commented [LB87R85]: Zie eerdere opmerking

Commented [JKD88]: Gata juist toch om voorkomen van UHP

gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg zouden kunnen zijn, kunnen voortbouwen op de bevindingen in dit artikel. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest invloedrijk zijn buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor deze innovatie, zouden we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf willen aanmoedigen om het voortouw te nemen bij het ontwikkelen van (elementen van) gedeelde gezinszorg. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertise centrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen [en](#) zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om benaderingen van gedeelde gezinszorg uit te breiden en te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Commented [JKD89]: Op wat

Commented [JKD90]: is het nog innovatief als het al zo lang bestaat?

Commented [JKD91]: Gaat het om ontwikkelen? Wat vervolgens wordt genoemd gaat meer ook waarborgen van kwaliteit en monitoring

Commented [JKD92]: Eerst onderzoeken end an uitbreiden, toch?

Referenties

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.

<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>

Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.

<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>

Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women*, 15(4), 460–

481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>

Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>

Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review [Review]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>

Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review*, 2, 63-72.

Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(4), 365-375.

Doi:10.1080/07263869100034701

Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>

- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment, 26*(3), 313-324.
<https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare, 80*, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 4*(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystrcil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review, 13*(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children, 58*(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from:
https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders, 31*(3), 312-322
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare, 70*, 371-382.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., Prinzie, P. J., & Assink, M. (2021). Components associated with the effect of home visiting programs on child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect, 114*.
 Doi:10.1016/j.chiabu.2021.104981
- Harkness, R., Abrams, S., & Eskin, A. (2017, May/June). Building a safety net for teen parents in foster care: California's approach. *Child Law Practice Today*. American

Bar Association. Retrieved from:

https://www.americanbar.org/groups/public_interest/child_law/resources/child_law_practiceonline/child_law_practice/vol-36/may-june-2017/building-a-safety-net-for-teen-parents-in-foster-care--californi/

Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care [Article]. *Children and Youth Services Review*, *95*, 117-124.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.10.032>.

Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,

<https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>

International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.

Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience [Article]. *Children and Youth Services Review*, *82*, 177-184.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>;

Johnson, C. P., Kastner, T. A., & American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. (2005). Helping families raise children with special healthcare needs at home. *Pediatrics*, *115* (2), 507-11.

LeBel, J. L., Galyean, L., Nickell, M., Caldwell, B., Johnson, K. A., Rushlo, K., & Blau, G. M. (2018). The changing role of residential intervention. *Residential Treatment for Children & Youth*, *35*(3), 225–241. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1437376>.

Lewis, W. W. (1971). Project Re-ED: The program and a preliminary evaluation. In H. C. Rickard (Ed.), *Behavioral intervention in human problems*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health* [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>

- Metis Child, Family, and Community Services. (2014a). Annual Report 2013-2014.
Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Processen en uitkomsten [needs-led and family-focused youth care: Processes and outcomes]*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Retrieved from <https://www.rug.nl/research/portal/files/14547712/thesis.pdf>
- Nelson, K. M. (1992). Fostering homeless children and their parents too: the emergence of whole-family foster care. *Child Welfare, 71* (6), 575-84.
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect, 79*, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS) [The importance of treating parents when the child is at risk for separation; Child in Healthy System]. *Pedagogiek, 40*(2), 191-203.
<https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work, 7* (2), 35-54.
Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Rosenthal, E. (2021). Residential care controversy: The promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities to Protect All Children. *International Journal of Disability and Social Justice, 1*, 95-117
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Simmel, C., & Price, A. (2002). The shared family care demonstration project: Challenges of implementing and evaluating a community-based project. *Children and Youth Services Review, 24*(6-7), 455-470. Doi:10.1016/S0190-7409(02)00196-2
- Slack, K. S., & Berger, L. M. (2020). Who Is and Is Not Served by Child Protective Services Systems? Implications for a Prevention Infrastructure to Reduce Child Maltreatment. *Annals of The American Academy Of Political And Social Science, 692*(1), 182-202.
Doi:10.1177/0002716220980691
- Sobotka, S. A., Lynch, E., Quinn, M. T., Awadalla, S. S., Agrawal, R. K. & Peek, M. E. (2019). Unmet respite needs of children with medical technology dependence.

Clinical Pediatrics, 58 (11-12), 1175-1186.

<https://doi.org/10.1177/0009922819870251>

Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme [Article]. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>

Therapeutic Services Agency (2021). *Full Family Foster Care*.

<https://www.hoperealized.com/programs-services/foster-care-based-programs/full-family-care>

Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.07.020>

Thoburn, J., & Courtney, M. E. (2011). A guide through the knowledge base on children in out-of-home care. *Journal of Children's Services*, 6(4), 210-227.

doi:10.1108/17466661111190910

Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). Family participation in child protection.

Child Abuse Review, 4(3), 161-171. doi:<https://doi.org/10.1002/car.2380040303>

UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from

<https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>

Wanders, F., & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting. KINGS: Kind in Gezond Systeem [EMDR in an inpatient setting. KINGS: Child in Healthy System]. In R. Beer, & C. De Roos (Eds.). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren [Handbook of EMDR with children and adolescents]* (pp. 469-487). Lannoo Campus.

Whittaker, J. K., Bellonci, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Holden, M., James, S., Lyons, J., Ramsey, S., Sisson, K., Small, R., Thompson, R., Holmes, L., Berridge, D., Kendrick, A., McDermid, S., Thoburn, J., del, V. J. F., Martin, E., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: a consensus statement of the international work group on therapeutic residential care*. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33(2), 89-106.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a

30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>

Wilder Research and Volunteers of America. July 2019). Family-based Residential Treatment:” Directory of Residential substance us disorder treatment programs for parents with children. St Paul, MN: Wilder Research, https://voa-production.s3.amazonaws.com/uploads/pdf_file/file/2933/Wilder_VOA_directory_2019_7-12_MWS_edit__1_.pdf.

Williamson, J. & Greenberg, A. (2010). Families not orphanages. NY: United Nations, Better Care Network.

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma)	(voornamelijk inheemse) ouders met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS)	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.

2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS)	Gezinnen die wensen herenigd te worden	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levy Mothers' Unit (Israel)	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren)	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland)	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) | Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen | Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen. | Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit. |
| 6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) | Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren | Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar. | Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school. |
| 7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) | Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen | Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd. | Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt |

8) Het Babyhuis
(Nederland)

Moeders die tijdelijk extra
ondersteuning nodig hebben
bij de zorg voor hun baby

11 moeder-kind plekken
verdeeld over 3 fasen van
intensieve ondersteuning naar
zelfstandigheid.

gebonden om de verbeterde gezinssituatie
te behouden.

Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande)
moeders opvang en ondersteuning te
bieden voor, tijdens en na de geboorte
van hun baby. De moeder ontvang
begeleiding bij de zorg voor de baby, het
opbouwen van een hechtingsrelatie en
sociaal netwerk. Biologische vaders
kunnen ook betrokken zijn.

9) Onderzoeksflats
(Zweden)

Gezinnen die zijn
beschuldigd van
mishandeling

Deze faciliteit wordt zowel
gebruikt als dagbehandeling als
een 24-uur residentiële setting.
Het gezin verblijft hier ongeveer
vier weken, samen met
maatschappelijk werkers en
verzorgers.

~~During the time spent in the investigation
flat, the child's and family's situation are
assessed. There are also elements of
easework and family group work
services.~~

Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat
wordt de situatie van het kind en het
gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen
van begeleiding en groepswork.

10) Gezinsopname (Mereo, Nederland)	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland))	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden	Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

beschikbaar 24/7. Gezinnen
 verblijven ongeveer 14
 maanden, variërend van enkele
 weken tot 45 maanden.

Tabel A3 Bestaande gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland)	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind- Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/ fachbereiche/psychiat	Psychisch zieke moeders of vaders met kinderen van 0-5 jaar	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in paper).

[rische-
 klinik/psychiatrische-
 klinik-
 muensterlingen/psych
 otherapie/station-
 fuer-eltern-kind-
 behandlung/](#)

3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben	Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland)	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.
5) Klinieken De Stee & De Bron,	Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen

<p>Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland)</p> <p>https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf</p>	<p>hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.</p>	<p>douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot "goed genoeg" ouderschap.</p>
<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p>	<p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar)</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en</p>

		beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.	therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.
7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië)	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve

		kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High and Intensive Care (HIC) Youth (Yulius, Nederland)	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS)	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste versie manuscript – antwoord tweede reviewer

Geen aparte beschrijving

Datum: 14 November 2023

Gedeelde gezinszorg: interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen bij een uithuisplaatsing

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks aanzienlijke problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksnetwerken. We hebben drie belangrijke soorten-typen van “gedeelde gezinszorg” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectieve ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma's (GRZ) programma's omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren alleen gericht op kinderen. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven op dit moment actieve programma's die elk type gedeelde gezinszorg illustreren. Aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om duurzaam toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg; gezinnen; residentiële zorg, ouders, modellen, pleegzorg

Commented [LB1]: Mooi en goed leesbaar artikel over een bijzondere vorm van hulpverlening aan de gezinnen waar het themanummer over gaat. Dank daarvoor!

Ik heb twee opmerkingen:

1) het is wel duidelijk een vertaling uit het Engels. Wat mij betreft graag doorlezen en her en daar wat herformuleren. Vertaald Engels komt her en daar wat 'formeel' over.
2) het is niet helemaal duidelijk dat het hulpaanbod dat in het artikel wordt beschreven bedoeld is voor de GMCP die in het themanummer centraal staan. Ik snap dat dit niet de insteek was van het in het Engels gepubliceerde artikel. Voor het artikel in dit themanummer lijkt het me goed in de inleiding en ook in de samenvatting wel de term noemen. En de link met GCMP's in de discussie aan bod te laten komen.

Commented [JKD2]: Beste auteurs, dank voor het zeer interessante artikel. Voor de eerste review ronde hebben we besloten de feedback van beide reviewers in hetzelfde document te plaatsen (dit in tegenstelling tot ronde 2). Alleen als er geen overeenstemming is tussen beide reviewers, dan wordt dit expliciet vermeld. In alle andere gevallen is dus consensus over het gegeven feedback.

Verder: klopt de titel zo wel? Suggereert dat kinderen uit huis zijn geplaatst.

Commented [JKD3]: Onderzoeksgroepen?

Commented [LB4]: Anders formuleren. Dit artikel beschrijft programma's die op dit moment in de (internationale) praktijk toegepast worden?

Commented [JKD5R4]: Voorstel: we beschrijven programma's, die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd ...

Shared Family Care: Out of Home Care Programs For Serving Parents And Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. **Active programs** that illustrate each type are described. Through this typology and detailed information of currently active shared family care programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation and sustainability.

Keywords: shared family care; families; residential care, parents, modeling, foster care

Commented [LB6]: Ok, snap nu vertaling. Maar m.i. in NL toch andere term gebruiken

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen (altijd) te beschermen, maar ook om gezinnen (waar mogelijk) in stand te houden (Berwick, 2017). Deze verplichting heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg in de gezondheids- en **welzijnszorg** (bijv. Wood, et al., 2022; Kokerelias et al., 2019). **Toch** blijft er een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatiserend is voor kinderen en ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis aanzienlijk; het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw in de jeugdhulp wordt geplaatst is een punt van zorg in veel landen (Hebert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Carolina, et al., 2018).

Een andere ontwikkeling in veel landen is **het verminderde gebruik van residentiële** zorg. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het **voorkomen van uithuisplaatsingen en op het** zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld die gezinnen samen met hun kinderen plaatsen en een combinatie bieden van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde **gezinszorg** (Shared Family Care), waarbij **ambulante hulp en jeugdhulp met verblijf** wordt gecombineerd. Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]).

Dergelijke twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>) trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van de ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun

Commented [LB7]: Wat is dat?

Commented [JKD8]: Is in tegenspraak met voorgaande zin. Beter: Er is grote bezorgdheid ...

Commented [LB9]: Lijkt me gevolg van eerste?

Commented [LB10]: Wat is precies gedeelde gezinszorg? Gaat het niet meer om gecombineerde zorg voor het hele gezin? Hoezo 'gedeeld'? Wat wordt er gedeeld? Ouders en kinderen delen de hulp?

Commented [JKD11]: Maar dat toch niet in alle gevallen? Soms toch opname en dan bijv. aansluitend ambulante hulp.

eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt, moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg

Eerdere bewegingen rondom gedeelde gezinszorg laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting die vaststelde dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen en probeerden de verschillen met ouders te verkleinen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede vroeg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschappen crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, VS (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze werkten allemaal minstens tien jaar, sommige voor twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's wekte veel belangstelling en veel bezoekers op, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Helaas heeft geen van de programma's experimentele evaluaties uitgevoerd en ze zijn nu allemaal gesloten - grotendeels omdat er geen financieringsstromen zijn om dit soort programma's te ondersteunen of omdat de conventionele manier om kinderen bij hun ouders weg te halen zo diepgeworteld is in de huidige zorgsystemen.

Commented [LB12]: ??

Commented [JKD13]: Waarbij medewerkers vaststelden

Commented [JKD14]: Formulering; en heb je hier ook een bron en kun je jaartal aangeven

Commented [JKD15]: ? Begeleidden ze zo lang de gezinnen of wat bedoel je hiermee.

Commented [AH16]: Andere term

Commented [LZ17R16]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Commented [LB18R16]: Experimenteel onderzoek gedaan?

Commented [JKD19]: Zijn dat aannames van de auteurs of komt dat ergens vandaan?

Definitie van gedeelde gezinszorg

Gedeelde gezinszorg is beschreven als het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis door de ouder ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te helpen vaardigheden en middelen te verkrijgen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met een enkele cliënt, kan een gedeelde gezinszorg programma zich primair richten op de behoeften van de ouder (inclusief hun middelengebruik of opvoedingscapaciteit) en de behoeften van het kind (intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg). Een programma voor gedeelde gezinszorg erkent het belang van het behoud van het gezin als een samenhangende eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's (zoals KINGS) richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders, maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden en is zeker veel groter dan het deel dat we in dit artikel nemen. Aan het begin van de vorige eeuw publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) een compendium over "Whole Family Care" waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafden: ouders

Commented [JKD20]: Zou ik eigenlijk meer naar voren plaatsen omdat het begrip al meerdere keren is gebruikt.

Commented [JKD21]: Het residentiële programma?

Commented [LB22]: Hier hebben we nog niet eerder over gelezen

Commented [LB23]: ??

Commented [LB24R23]: formulering

Commented [LB25]: En dat is waar dit artikel zich op richt ..?

Commented [JKD26R25]: Nee breder toch? Gaat om gezamenlijke opname bij alle mogelijke problemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van FC

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De sterkste studie was die van Price en Wichterman (2003) waarin de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg werden vergeleken met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het programma met succes af en 71% van hen ging zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat lager was dan bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Voorlopige geaggregeerde gegevens verzameld in een nationale cross-site evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsveranderingen bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig afgesloten (soms vanwege een gebrek aan moeder-baby-dyades om de hoge kosten van het programma te rechtvaardigen) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Lokale evaluaties weerspiegelen andere voordelen van de behandeling en uitdagingen van het uitvoeren van programma's die volledige bezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kostengegevens die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma waarvan er in totaal bijna 800 zijn (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Commented [JKD27]: Andere afkorting gebruiken; het liefst geen afkorting in titel

Commented [JKD28]: Wat maakte dit de sterkste studie? En dus ook geen experimenteel onderzoek?

Commented [JKD29]: Hoe was het % dan bij de andere groep?

Commented [JKD30]: Kan ik niet volgen

Commented [JKD31]: Bedoelen jullie koste-baten-analyses; kosten-effectiviteitsanalyses?

Commented [JKD32]: 800 die dan weer onderdeel zijn van een groter programma?

Doel van deze studie

Het doel van dit artikel is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorg programma's voor alleen kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie die, als de wetenschap het aangeeft, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg in de komende decennia.

Commented [LB33]: ??

Commented [LB34R33]: formulering

Methode

Procedures

Om het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg te beschrijven, hebben we gezocht naar programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd. We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale netwerken van onderzoekers op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken met een korte vragenlijst om te verspreiden onder andere onderzoekers in het veld.

Commented [JKD35]: Ik vind de opbouw van de methode niet volgens APA. Kunnen jullie hier nog een keer kritisch naar kijken

Commented [JKD36]: formulering

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

In de vragenlijst werd gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere overwegingen over dit onderwerp. Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg deelden en samen 36 programma's noemden die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's werden aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij de auteurs voordat ze de netwerken benaderden en via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg geïdentificeerd voor verder onderzoek.

Commented [JKD37]: hoe waren die over de 13 onderzoeksnetwerken?

Commented [JKD38]: Hebben jullie daar de vraag ook uitgezet?

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]), is niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds [actief zijn](#) worden [aangeboden](#) (Wilder, 2019), volgens ons ook internationaal (bijv. Brijder, 2022). **Op dezelfde manier** hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten, hoewel deze programma's voor daklozen en gedeelde gezinszorg programma's het belangrijkste kenmerk delen, namelijk het voorkomen van scheiding van moeder en kind. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg.

Analyse

Voor elk van de programma's werden verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde werd het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie werden de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg door de auteurs

Commented [JKD39]: Daarom

gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, werd contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiële plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling(n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten om de redenen die zijn beschreven onder "Procedures" en werden drie programma's uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, waren er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen werden de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg die worden geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een paar actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg naar voren. De categorieën onderscheiden de programma's in de mate waarin het programma zich richt op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

Commented [JKD40]: Tussen alle auteurs?

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële jeugdzorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. Gedeelde pleegzorg (GPZ) en gedeelde residentiële zorg (GRZ) lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt gezinsgerichte residentiële behandeling (GRB) van GPZ en GRZ, omdat GRB niet inhoudt dat de zorg voor de kinderen expliciet gedeeld wordt met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). GRB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In GRB-programma's worden gezinnen ondersteund door maatschappelijk werk, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelingsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 [beschrijft-geeft](#) de geografische

Commented [LB41]: Zijn daar eigen kinderen bij?

locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg [weer](#) die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Hoe ziet gedeelde gezinszorg eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg die we hebben gevonden **bedienen** een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en **lithuisplaatsing van het kind** (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

Fysieke omgeving en type leefomgeving. De fysieke leefomgeving is een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg programma's. Er is een grote variatie in het type omgeving waarin gedeelde gezinszorg wordt geboden. We vonden twee typen **voorzinnen**. Allereerst **gezinshuizen** die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg leveren in een eengezinswoning. Gezinnen leven hier samen met gast- of pleegouders. Ten tweede, een woonvorm waarin gezinnen wonen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen*.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving **hebben**, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg aan

Commented [LB42]: Voor discussie: sluit dit wel/niet aan bij GMPD?

Commented [JKD43]: Hier is de link denk ik met GMCP

Commented [JKD44]: Ik snap deze zin niet zo goed. Heb je deze zin nodig?

Commented [JKD45]: Wat bedoel je hiermee. En welke andere vormen zijn er dan nog als het zo vele zijn of konden jullie allen onder deze twee vormen groeperen?

deze meer impliciete doelen en aan de meer expliciet geformuleerde programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modelling, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Commented [JKD46]: Wat zijn dan de impliciete en wat de expliciete doelen?

Commented [JKD47]: Verderop heb je het ook over activiteiten, maar gaat het hier wel om hetzelfde? Modelling is bijv van een andere orde dan een ondersteuningsgroep

Programmabeschrijvingen

Om de drie soorten-typen gedeelde gezinszorg verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een paar-aantal bestaande programma's.

Commented [LB48]: Waarom deze?

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde gezinspleegzorg: [Live-In Family Enhancement \(LIFE\)](#).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018) voor gezinnen die zich willen herenigen. Metis Child, Family, and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze een-aanpak van gedeelde gezinspleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen werden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

Commented [LB49]: Na wat?

Commented [JKD50]: Als het programma nog steeds bestaat dan zou ik kiezen voor: worden

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere middelen die nodig zijn om competente gezinnen te worden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014a).

Commented [JKD51]: Is dat het goede woord?

Commented [JKD52]: Ik zou di meer omschrijven. Wanneer ben je dat volgens het programma?

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers omvatten onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) ouderschap; (3) het

Commented [JKD53]: Verbeteren van ...?

opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit stipendia voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Commented [JKD54]: Klopt dat woord?

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Uit anekdotes blijkt dat 75% van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, bij hun gezin zijn gebleven en niet opnieuw in zorg zijn gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE suggereert ook extra voordelen voor gezinnen, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Commented [JKD55]: woordkeuze

Commented [JKD56]: Formulering. Er is dus niet structureel gemonitord?

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële jeugdzorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma.

Commented [JKD57]: Waarop is deze keuze gebaseerd

De Shabtai Levy Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

Commented [LB58]: Hoe doen zij dat?

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele- en groepstrainingen in levensvaardigheden en ouderschap. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om hoge verwachtingen van het ouderschap hoog te houden en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap.

Commented [JKD59]: Formulering.

Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroutines te ontwikkelen.

In een onderzoek van Tener et al. (2018) [suggereerden wijstvoorlopige bevindingen uit](#) dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie Bijlage [A](#)).

Commented [LB60]: Is dit tabel 2?

Psychiatrische kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek ([niet de ouders samen](#)) en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

Commented [JKD61]: Waarom niet?

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt [verzorgd-geboden](#) door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen

een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Dit zijn onder andere therapeuten en andere psychosociale hulpverleners. Er is een team van kinder- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders hoe de professionele opvoeders met hun kind werken. De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg te beschrijven, als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg te karakteriseren, en om voorbeelden te geven van programma's in elk van de drie geïdentificeerde subcategorieën van gedeelde gezinszorg. De resultaten van ons onderzoek leidden tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie categorieën typen van gedeelde gezinszorg. De prevalentie van deze subtypen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 11 gedeelde residentiële jeugdzorg programma's en 14 gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's. We merkten op dat hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg het gezin, als een collectieve eenheid, de veronderstelde cliënt is, de behoefte aan gedeelde gezinszorg kan worden gedreven vanuit problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen), of een gecombineerde dynamiek (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In werkelijkheid worden gezinnen in programma's voor gedeelde gezinszorg waarschijnlijk echter geconfronteerd met meerdere en complexe problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

Commented [JKD62]: Kan deze zin niet weg?

Commented [JKD63]: ? Gaat het hier om modelling?

Commented [JKD64]: Ik vind di teen hele lange zin e nook niet goed lopend

Commented [JKD65]: Formulering. En maker 2 zinne van

Commented [JKD66]: Zien jullie dat ook in jullie onderzoek? Zo ja, geef dat duidelijker aan. Maak link met GMCP – zie ook boven

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg te bepalen. Er is echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken gevonden in de verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg **die we hebben onderzocht**: het aanpakken van de intergenerationele cyclus van gezinsdisfunctioneren; het beschermen van de veiligheid van kinderen; het aanmoedigen van ouders om hulp te zoeken en in behandeling te blijven; het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de lang gekoesterde overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen, gezinnen en hulpverleners, vonden we slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de activiteit in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels verdwenen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. In gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in dit programmamodel, identificeerden we een praktische uitdaging die gedeelde pleegzorg zou kunnen beperken. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen echter bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's **zijn** internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn geschikt voor een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Eerst moet echter worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's, in elke gemeente die een dergelijk programma wil opzetten.

Commented [LB67]: Zijn deze elementen eerder genoemd? Lijkt nieuwe info!! Link GMCP!

Commented [JKD68R67]: Klopt, deels nieuwe informatie. Maak link tussen jullie onderzoek en bestaand onderzoek.

Commented [JKD69]: Formulering

Commented [JKD70]: Trend? Die tot stilstand is gekomen.

Commented [JKD71]: In dit soort type en ook verder is de zin niet goed geformuleerd.

Commented [LB72]: En hoe is het met de eigen kinderen en hun rechten en ontwikkeling?

Commented [JKD73]: Hoe weten we dat? Er lijkt vrij weinig goed onderzoek aanwezig

Commented [JKD74]: Precies, dus voorgaande zin minder stellig formuleren

Commented [JKD75]: Dat kun je pas weloverwogen doen als je wete of dat wat er is werkt

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden ~~dan we deden~~. We weten dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en we hebben gezien dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is ([GEMASKEERD VOOR REVIEW]). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's is echter veel groter dan een probleem met het werven van personeel. Ook de logistiek van huisvesting wordt steeds moeilijker. Ouders die een woning hebben, willen die niet graag verlaten om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer in staat zijn iets vergelijkbaars te vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. LIFE, zoals hierboven beschreven, heeft het ondanks deze beperkingen goed gedaan omdat er huisvesting opzij is gezet voor First Nation gezinnen en is toegewezen voor gebruik in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane e.a., 2019).

Uit onze interviews hebben we ook begrepen dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor ouders en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen. Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ondanks de ideologische veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich uitbreidt over de hele wereld (International Parent Advocacy Network, 2022). Hoewel programma's voor gedeelde gezinszorg geen oplossing bieden voor diegenen die overheidstoezicht zien als een schending van ouderlijke rechten, bieden ze wel een alternatief voor de scheiding van ouders en kinderen.

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type programma voor gedeelde gezinszorg werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, we hebben nog maar weinig bewijs om aan te bevelen de toegang tot gedeelde gezinszorg uit te breiden. Het uitgangspunt dat de beste interventies vaardigheden ontwikkelen voor gebruik in omgevingen die de omstandigheden waarin ze het meest nodig zijn het beste benaderen, is het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg. Bestaande programma's moeten worden aangemoedigd om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg als het meten van de resultaten van

Commented [JKD76]: Nieuwe info

Commented [JKD77]: Dus het is wel een probleem?

Commented [JKD78]: Je hoeft je woning toch niet op te geven of wel?

Commented [JKD79]: ?

Commented [LB80]: ??

Commented [JKD81]: formulering

Commented [JKD82]: idem

Commented [JKD83]: idem

de gezinnen die worden geholpen. Bewijs van veiligheid, stabiliteit en welzijn voor zowel ouders als kinderen na plaatsing zou de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aan kunnen sluiten bij een ledenorganisatie. In de VS zou de Association of Children's & Residential Services een logische thuisbasis kunnen zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen in het netwerken en delen van kennis als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie-subtypes van programma's die in dit artikel zijn geïdentificeerd, zouden verder onderzocht kunnen worden en, als ze standhouden, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, erkennen we dat onze resultaten waarschijnlijk niet uitputtend zijn voor alle bestaande programma's, vooral buiten Engelstalige contexten. Er zullen waarschijnlijk programma's voor gedeelde gezinszorg bestaan die niet in ons overzicht zijn opgenomen. Onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typologieën die we hebben geïdentificeerd waren niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De rol en functie van de medewerkers binnen de programma's waren van het grootste belang voor onze analyse, maar waren vaak de moeilijkste te achterhalen details.

Volgende stappen

Dit overzicht kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg helpen om contact op te nemen met de geïdentificeerde programma's die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. Bestaande programma's worden aangemoedigd om samen te werken met onderzoekers om [werkzame](#) programma-elementen te identificeren en resultaten te meten. Overheidsinstanties en NGO's zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Gezien de implementatie van programma's door instanties die ook alleen residentiële jeugdzorg of pleegzorg bieden, is het misschien mogelijk om vergelijkende onderzoeken uit te voeren met twee groepen of zelfs mogelijkgerwijs gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken. Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke belangrijke dimensies van programma's resulteren in succesvolle [herenigingen](#) van gezinnen en de overgang naar wonen in de

Commented [JKD84]: idem

Commented [AH85]: Andere term

Commented [LZ86R85]: Zie mijn suggesties in eerdere comment

Commented [LB87R85]: Zie eerdere opmerking

Commented [JKD88]: Gata juist toch om voorkomen van UHP

gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg zouden kunnen zijn, kunnen voortbouwen op de bevindingen in dit artikel. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest invloedrijk zijn buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor deze innovatie, zouden we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf willen aanmoedigen om het voortouw te nemen bij het ontwikkelen van (elementen van) gedeelde gezinszorg. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertise centrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen [en](#) zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om benaderingen van gedeelde gezinszorg uit te breiden en te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Commented [JKD89]: Op wat

Commented [JKD90]: is het nog innovatief als het al zo lang bestaat?

Commented [JKD91]: Gaat het om ontwikkelen? Wat vervolgens wordt genoemd gaat meer ook waarborgen van kwaliteit en monitoring

Commented [JKD92]: Eerst onderzoeken end an uitbreiden, toch?

Referenties

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

[GEMASKEERD VOOR REVIEW]

- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.
<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.
<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women, 15*(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect, 119*(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review [Review]. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review, 2*, 63-72.
- Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 17*(4), 365-375.
Doi:10.1080/07263869100034701
- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>

- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment, 26*(3), 313-324.
<https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare, 80*, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care, 4*(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystrcil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review, 13*(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children, 58*(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from:
https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders, 31*(3), 312-322
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare, 70*, 371-382.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., Prinzie, P. J., & Assink, M. (2021). Components associated with the effect of home visiting programs on child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect, 114*.
 Doi:10.1016/j.chiabu.2021.104981
- Harkness, R., Abrams, S., & Eskin, A. (2017, May/June). Building a safety net for teen parents in foster care: California's approach. *Child Law Practice Today*. American

Bar Association. Retrieved from:

https://www.americanbar.org/groups/public_interest/child_law/resources/child_law_practiceonline/child_law_practice/vol-36/may-june-2017/building-a-safety-net-for-teen-parents-in-foster-care--californi/

Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care [Article]. *Children and Youth Services Review*, *95*, 117-124.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.10.032>.

Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,

<https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>

International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.

Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience [Article]. *Children and Youth Services Review*, *82*, 177-184.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>;

Johnson, C. P., Kastner, T. A., & American Academy of Pediatrics Committee on Children with Disabilities. (2005). Helping families raise children with special healthcare needs at home. *Pediatrics*, *115* (2), 507-11.

LeBel, J. L., Galyean, L., Nickell, M., Caldwell, B., Johnson, K. A., Rushlo, K., & Blau, G. M. (2018). The changing role of residential intervention. *Residential Treatment for Children & Youth*, *35*(3), 225–241. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2018.1437376>.

Lewis, W. W. (1971). Project Re-ED: The program and a preliminary evaluation. In H. C. Rickard (Ed.), *Behavioral intervention in human problems*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health* [Doctoral dissertation, Maastricht University]. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>

- Metis Child, Family, and Community Services. (2014a). Annual Report 2013-2014.
Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: Processen en uitkomsten [needs-led and family-focused youth care: Processes and outcomes]*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Retrieved from <https://www.rug.nl/research/portal/files/14547712/thesis.pdf>
- Nelson, K. M. (1992). Fostering homeless children and their parents too: the emergence of whole-family foster care. *Child Welfare, 71* (6), 575-84.
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect, 79*, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS) [The importance of treating parents when the child is at risk for separation; Child in Healthy System]. *Pedagogiek, 40*(2), 191-203.
<https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work, 7* (2), 35-54.
Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Rosenthal, E. (2021). Residential care controversy: The promise of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities to Protect All Children. *International Journal of Disability and Social Justice, 1*, 95-117
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Simmel, C., & Price, A. (2002). The shared family care demonstration project: Challenges of implementing and evaluating a community-based project. *Children and Youth Services Review, 24*(6-7), 455-470. Doi:10.1016/S0190-7409(02)00196-2
- Slack, K. S., & Berger, L. M. (2020). Who Is and Is Not Served by Child Protective Services Systems? Implications for a Prevention Infrastructure to Reduce Child Maltreatment. *Annals of The American Academy Of Political And Social Science, 692*(1), 182-202.
Doi:10.1177/0002716220980691
- Sobotka, S. A., Lynch, E., Quinn, M. T., Awadalla, S. S., Agrawal, R. K. & Peek, M. E. (2019). Unmet respite needs of children with medical technology dependence.

Clinical Pediatrics, 58 (11-12), 1175-1186.

<https://doi.org/10.1177/0009922819870251>

Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme [Article]. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>

Therapeutic Services Agency (2021). *Full Family Foster Care*.

<https://www.hoperealized.com/programs-services/foster-care-based-programs/full-family-care>

Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>

Thoburn, J., & Courtney, M. E. (2011). A guide through the knowledge base on children in out-of-home care. *Journal of Children's Services*, 6(4), 210-227.

doi:10.1108/17466661111190910

Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1995). Family participation in child protection.

Child Abuse Review, 4(3), 161-171. doi:<https://doi.org/10.1002/car.2380040303>

UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from

<https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>

Wanders, F., & Ploeg, C. (2017). EMDR in een klinische setting. KINGS: Kind in Gezond Systeem [EMDR in an inpatient setting. KINGS: Child in Healthy System]. In R. Beer, & C. De Roos (Eds.). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren [Handbook of EMDR with children and adolescents]* (pp. 469-487). Lannoo Campus.

Whittaker, J. K., Bellonci, C., Courtney, M., Currey, L., Daly, D., Holden, M., James, S., Lyons, J., Ramsey, S., Sisson, K., Small, R., Thompson, R., Holmes, L., Berridge, D., Kendrick, A., McDermid, S., Thoburn, J., del, V. J. F., Martin, E., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: a consensus statement of the international work group on therapeutic residential care*. *Residential Treatment for Children and Youth*, 33(2), 89-106.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a

30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>

Wilder Research and Volunteers of America. July 2019). Family-based Residential Treatment:” Directory of Residential substance us disorder treatment programs for parents with children. St Paul, MN: Wilder Research, https://voa-production.s3.amazonaws.com/uploads/pdf_file/file/2933/Wilder_VOA_directory_2019_7-12_MWS_edit__1_.pdf.

Williamson, J. & Greenberg, A. (2010). Families not orphanages. NY: United Nations, Better Care Network.

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma)	(voornamelijk inheemse) ouders met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS)	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.

2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS)	Gezinnen die wensen herenigd te worden	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levy Mothers' Unit (Israel)	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren)	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland)	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

- | | | | |
|--|---|--|--|
| 5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) | Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen | Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen. | Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit. |
| 6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) | Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren | Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar. | Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school. |
| 7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) | Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen | Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd. | Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt |

8) Het Babyhuis
(Nederland)

Moeders die tijdelijk extra
ondersteuning nodig hebben
bij de zorg voor hun baby

11 moeder-kind plekken
verdeeld over 3 fasen van
intensieve ondersteuning naar
zelfstandigheid.

gebonden om de verbeterde gezinssituatie
te behouden.

Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande)
moeders opvang en ondersteuning te
bieden voor, tijdens en na de geboorte
van hun baby. De moeder ontvang
begeleiding bij de zorg voor de baby, het
opbouwen van een hechtingsrelatie en
sociaal netwerk. Biologische vaders
kunnen ook betrokken zijn.

9) Onderzoeksflats
(Zweden)

Gezinnen die zijn
beschuldigd van
mishandeling

Deze faciliteit wordt zowel
gebruikt als dagbehandeling als
een 24-uur residentiële setting.
Het gezin verblijft hier ongeveer
vier weken, samen met
maatschappelijk werkers en
verzorgers.

~~During the time spent in the investigation
flat, the child's and family's situation are
assessed. There are also elements of
easework and family group work
services.~~

Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat
wordt de situatie van het kind en het
gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen
van begeleiding en groepswork.

10) Gezinsopname (Mereo, Nederland)	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland))	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden	Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

beschikbaar 24/7. Gezinnen
 verblijven ongeveer 14
 maanden, variërend van enkele
 weken tot 45 maanden.

Tabel A3 Bestaande gezinsgerichte residentiële behandelprogramma's (GRB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland)	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind- Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/ fachbereiche/psychiat	Psychisch zieke moeders of vaders met kinderen van 0-5 jaar	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in paper).

[rische-
 klinik/psychiatrische-
 klinik-
 muensterlingen/psych
 otherapie/station-
 fuer-eltern-kind-
 behandlung/](#)

3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben	Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland)	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.
5) Klinieken De Stee & De Bron,	Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen

<p>Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland)</p> <p>https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf</p>	<p>hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.</p>	<p>douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot “goed genoeg” ouderschap.</p>
<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p>	<p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar)</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en</p>

		beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.	therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.
7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië)	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve

		kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High and Intensive Care (HIC) Youth (Yulius, Nederland)	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS)	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste gereviseerde versie manuscript

Datum: 28 February 2024

Gedeelde gezinszorg met verblijf: intensieve interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks complexe en meervoudige problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg met verblijf in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksgroepen. We hebben drie belangrijke typen van “gedeelde gezinszorg met verblijf” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectief ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma's (GRZ) omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren alleen gericht op kinderen. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven programma's die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd en elk type gedeelde gezinszorg met verblijf illustreren. Aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om duurzaam toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg met verblijf; gezinnen; residentiële zorg, ouders, modellen, pleegzorg

Commented [LB1]: Mooi en goed leesbaar artikel over een bijzondere vorm van hulpverlening aan de gezinnen waar het themanummer over gaat. Dank daarvoor!

Ik heb twee opmerkingen:

- 1) het is wel duidelijk een vertaling uit het Engels. Wat mij betreft graag doorlezen en her en daar wat herformuleren. Vertaald Engels komt her en daar wat 'formeel' over.
- 2) het is niet helemaal duidelijk dat het hulpaanbod dat in het artikel wordt beschreven bedoeld is voor de GMCP die in het themanummer centraal staan. Ik snap dat dit niet de insteek was van het in het Engels gepubliceerde artikel. Voor het artikel in dit themanummer lijkt het me goed in de inleiding en ook in de samenvatting wel de term noemen. En de link met GMCP's in de discussie aan bod te laten komen.

Commented [AH2R1]: 1) We hebben het artikel helemaal doorgenomen en meer in NL strijl gezet

2) In de samenvatting en inleiding hebben we de term mbt GMCP nu opgenomen

Commented [JKD3]: Beste auteurs, dank voor het zeer interessante artikel. Voor de eerste review ronde hebben we besloten de feedback van beide reviewers in hetzelfde document te plaatsen (dit in tegenstelling tot ronde 2). Alleen als er geen overeenstemming is tussen beide reviewers, dan wordt dit expliciet vermeld. In alle andere gevallen is dus consensus over het gegeven feedback.

Verder: klopt de titel zo wel? Suggereert dat kinderen uit huis zijn geplaatst.

Commented [AH4R3]: We hebben aanpassingen gemaakt op basis van jullie vragen/feedback en de titel aangepast.

Shared Family Care: Out of Home Care Programs For Serving Parents And Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. Active programs that illustrate each type are described. Through this typology and detailed information of currently active shared family care programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation and sustainability.

Keywords: shared family care; families; residential care, parents, modeling, foster care

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen te beschermen en gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Deze verantwoordelijkheid heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg (bijv. Kokerelias et al., 2019). Er bestaat een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatisch kan zijn voor zowel kinderen als ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis een punt van zorg, aangezien het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw in de jeugdhulp wordt geplaatst, zorgwekkend is in veel landen (Hébert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Parolini et al., 2018).

Een andere ontwikkeling die samenhangt met de bezorgdheid over uithuisplaatsingen, is het verminderde gebruik van residentiële zorg in veel landen. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het voorkomen van uithuisplaatsingen en op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld waarbij gezinnen met complexe en meervoudige problemen gezamenlijk worden opgenomen en behandeld. Deze programma's bieden een combinatie van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg met verblijf (Shared Family Care). Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg met verblijf is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt (Barth, 1994).

Definitie van gedeelde gezinszorg met verblijf

Gedeelde gezinszorg met verblijf omvat het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige

zorg en opvoeding thuis door de ouder (Barth & Price, 1999). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg met verblijf, namelijk: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het residentiële programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te ondersteunen en te helpen vaardigheden te ontwikkelen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met individuele cliënten, kan een gedeelde gezinszorg programma zich richten op zowel de behoeften van de ouder (inclusief bijvoorbeeld zijn/haar middelengebruik of opvoedingscapaciteit) als de behoeften van het kind (bijvoorbeeld intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg).

Een programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf erkent het belang van het behoud van het gezin als een hechte eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020), maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden. Zo publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) aan het begin van de vorige eeuw een compendium over "Whole Family Care" (cf. Baxter & Cummins, 1991) waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafde ouders.

Twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>), zoals gedeelde gezinszorg met verblijf, trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak

getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020; Marsman, 2021; Widom et al., 2012).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg met verblijf

Eerdere ontwikkelingen rondom gedeelde gezinszorg met verblijf laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting waar medewerkers vaststelden dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede gedeelde gezinszorg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschap en crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, VS (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië (Barth & Price, 1999; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze bestonden allemaal minstens tien jaar, sommige voor twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's kreeg veel belangstelling en veel bezoekers, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Geen van deze programma's heeft experimentele onderzoeken uitgevoerd. Daarbij zijn de programma's nu gesloten - grotendeels door gebrek aan financieringsstromen om dit soort programma's te ondersteunen. Wat in het sluiten van de programma's mee kan spelen is dat

Commented [JKD5]: Formulering; en heb je hier ook een bron en kun je jaartal aangeven

Commented [AH6R5]: Dit is gebaseerd op persoonlijke communicatie van Rick Barth met een (oud)professional daar, dus we hebben geen bron en jaartal.

de conventionele manier om kinderen bij hun ouders weg te halen diepgeworteld is in de huidige zorgsystemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van gedeelde gezinszorg met verblijf

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg met verblijf experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De methodologisch sterkste, maar niet experimentele studie was die van Price en Wichterman (2003). Zij vergeleken de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg met verblijf met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het programma met succes af en van die groep ging 71% zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat iets lager was dan de 20% bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Geaggregeerde gegevens verzameld in een landelijke evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsverandering bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig gestopt (soms vanwege te weinig deelnemers in relatie tot de hoge kosten van het programma) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Regionaal uitgevoerde evaluaties laten andere voordelen van de behandeling zien en uitdagingen in het uitvoeren van programma's die volledige cliëntbezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsanalyses die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met het bieden van geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Doel van deze studie

Het doel van deze studie is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te karakteriseren, en voorbeelden te geven van gedeelde gezinszorg programma's. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorg programma's voor individueel verblijf van kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie van programma's in de praktijk die, als er empirische steun voor is, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg met verblijf in de komende decennia.

Methode

Respondenten

We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale onderzoeksgroepen op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken.

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg met verblijf deelden.

Instrumenten

In een vragenlijst die we aan de onderzoeksgroepen en onze netwerken hebben voorgelegd hebben we gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere overwegingen over dit onderwerp. Het doel van de vragenlijst was om programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd te beschrijven.

Commented [JKD7]: Ik vind de opbouw van de methode niet volgens APA. Kunnen jullie hier nog een keer kritisch naar kijken

Commented [AH8R7]: Ik heb nu de indeling wat meer volgens APA gemaakt...

Commented [JKD9]: hoe waren die over de 13 onderzoeksnetwerken?

Commented [AH10R9]: we hebben alleen de namen en organisaties, maar weten niet via welke netwerken zij bereikt zijn

Procedure

We hebben een korte vragenlijst voorgelegd aan onderzoekers van (inter)nationale onderzoeksgroepen om in te vullen en om te verspreiden onder andere onderzoekers in het veld. De respondenten noemden samen 36 programma's die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's hebben we aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij ons voordat we de netwerken benaderden en via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf geïdentificeerd voor verder onderzoek

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg met verblijf die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden (Barth, 1994), hebben we niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds van worden aangeboden (Wilder, 2019), ook buiten de VS (bijv. Brijder, 2022). Daarom hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf.

Commented [JKD11]: Hebben jullie daar de vraag ook uitgezet?

Commented [AH12R11]: Nee, niet uitgezet. Dit waren programma's (bijv. Baby Huis) die wij zelf (toevallig) op LinkedIn tegenkwamen

Data-analyse

Voor elk van de programma's hebben we verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde hebben we het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie hebben we de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, hebben we contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus tussen alle auteurs, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg met verblijf volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiele plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling (n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten om de redenen die zijn beschreven bij de Procedure en werden drie programma's uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg met verblijf, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, was er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen hebben we de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf die worden

geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een aantal actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg met verblijf naar voren. De categorieën classificeren de programma's op basis van de mate waarin ze zich richten op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap, en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële zorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. GPZ en GRZ lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt RGB van GPZ en GRZ, omdat RGB niet inhoudt dat de zorg voor de kinderen expliciet gedeeld wordt met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). RGB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

Commented [LB13]: Zijn daar eigen kinderen bij?

Commented [AH14R13]: Goede vraag... Dit kan wel lijkt mij, hebben we daar info over?

Commented [LZ15R13]: Is niet duidelijk o.b.v. het artikel over het programma en info op de website:
<https://www.cebc4cw.org/program/live-live-in-family-enhancement/>

Ik denk eigenlijk dat dit niet het geval is.

In RGB-programma's worden gezinnen ondersteund door hulpverleners, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 geeft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf weer die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Hoe ziet gedeelde gezinszorg met verblijf eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg met verblijf en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die we hebben gevonden **bedienen** een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en **lithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).**

Fysieke omgeving en type leefomgeving. We vonden twee typen **woonvormen** waarin gedeelde gezinszorg met verblijf wordt geboden, namelijk **1) gezinshuizen die,** verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg met verblijf leveren in een eengezinswoning waar gezinnen samenleven met gast- of pleegouders, en **2) woonvormen**

Commented [LB16]: Voor discussie: sluit dit wel/niet aan bij GMPD?

Commented [JKD17]: Hier is de link denk ik met GMCP

Commented [AH18R17]: Ja klopt!

Commented [JKD19]: Wat bedoel je hiermee. En welke andere vormen zijn er dan nog als het zo vele zijn of konden jullie allen onder deze twee vormen groeperen?

Commented [AH20R19]: Ik heb de zin aangepast waardoor het hopelijk duidelijker is. En we konden inderdaad alleen in deze twee vormen groeperen

waarin gezinnen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen* wonen.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg met verblijf omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hebben, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf aan deze programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modellering, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Programmabeschrijvingen

Om de drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een aantal bestaande programma's.

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde pleegzorg: Live-In Family Enhancement (LIFE).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018). Metis Child, Family and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze aanpak van gedeelde pleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen worden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven

Commented [LB21]: Waarom deze?

Commented [AH22R21]: Verderop wat duidelijker beschreven per type programma

dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere interventies (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers zijn onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) het goed vormgeven van ouderschap; (3) het opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit financiële toelagen voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Een meerderheid (75%) van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, is bij hun gezin gebleven en niet opnieuw in zorg gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE lijkt ook positieve uitkomsten voor gezinnen te hebben, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële zorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma. We hebben gekozen voor dit programma, aangezien er relatief veel informatie over beschikbaar is en dit het enige programma is dat plaatsvindt buiten de Verenigde Staten en Europa, namelijk in Azië.

De Shabtai Levy Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig

Commented [LB23]: Hoe doen zij dat?

Commented [AH24R23]: Goede vraag, hebben we geen info over.

wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele-en groepstrainingen in levens- en ouderschapsvaardigheden. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om het ouderschap aan te kunnen en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroulines te ontwikkelen.

Onderzoek van Tener et al. (2018) wijst uit dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie tabel A3 in Bijlage A). We hebben gekozen voor het beschrijven van een programma waar relatief veel informatie over beschikbaar is en dat een goed beeld geeft van residentiële gezinsbehandeling.

Psychiatrische kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De

verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt geboden door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Er is een team van kinderen- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders van de professionele opvoeders hoe zij met hun kind omgaan (i.e. modellering). De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, om gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf vast te stellen, en om voorbeelden te geven van deze programma's. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf. De prevalentie van deze typen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 11 gedeelde residentiële zorg programma's en 14 residentiële gezinsbehandelprogramma's. Hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf het gezin als een collectieve eenheid de veronderstelde cliënt is, wordt de behoefte aan gedeelde gezinszorg met verblijf bepaald door

problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen) of een combinatie daarvan (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In de praktijk lijkt het merendeel van de programma's zich echter te richten op gezinnen met complexe en meervoudige problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf te bepalen. De verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf in onze studie laten echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken zien, waaronder het beschermen van de veiligheid van kinderen, het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders, het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (zie ook Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen, gezinnen en hulpverleners, hebben we in deze studie slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de trend in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels tot stilstand gekomen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. Uit gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in gedeelde pleegzorg, kwam een praktische belemmering naar voren. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn RGB's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn gericht op een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom

Commented [LB25]: En hoe is het met de eigen kinderen en hun rechten en ontwikkeling?

Commented [AH26R25]: Daar hebben we geen informatie over gevonden, maar wel relevant met het oog op pleegzorg

bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Daarmee kan worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's, in elke gemeente die een dergelijk programma wil opzetten.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden. We weten uit eerder onderzoek dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is (Barth & Price, 2005). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's lijken vooral te maken te hebben met de financiering. Uit onze resultaten blijkt dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor hulp aan ouders (e.g. opvang in verband met huiselijk geweld) en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen (e.g. residentiële jeugdhulp). Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ook de logistiek van huisvesting is moeilijk bij gedeelde gezinszorg met verblijf. Ouders die een woning hebben, kunnen terughoudend zijn om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer een vergelijkbare woning kunnen vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. Het gedeelde pleegzorgprogramma LIFE die we in de resultaten hebben beschreven heeft ondanks deze beperkingen goed gefunctioneerd omdat er huisvesting gereserveerd en toegewezen is voor de gezinnen in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane et al., 2018).

Ondanks de veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg met verblijf hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich internationaal verder ontwikkeld (International Parent Advocacy Network, 2022).

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type gedeelde gezinszorg programma werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, er is nog maar weinig bewijs voor een aanbeveling om gedeelde gezinszorg met verblijf uit te breiden. Het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg met verblijf is de verwachting dat het vaardigheden bij jeugdigen en ouders kan ontwikkelen die toepasbaar zijn in een omgeving die de omstandigheden waarin ze het meest nodig zijn het beste benaderen. We bevelen bestaande programma's aan om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf als voor

het meten van de resultaten van de gezinnen die worden geholpen. Bewijs ten aanzien van veiligheid, stabiliteit en welzijn bij zowel ouders als kinderen na plaatsing kan de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aan kunnen sluiten bij een ledenorganisatie. In de VS kan de *Association of Children's & Residential Services* een logische thuisbasis zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen in het netwerken en delen van kennis als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie types van gedeelde gezinszorg met verblijf die in deze studie zijn beschreven, zouden verder onderzocht kunnen worden en, als ze standhouden, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, omvatten onze resultaten waarschijnlijk niet alle bestaande programma's, vooral niet die buiten de Engelstalige context. Er bestaan waarschijnlijk programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die niet in ons overzicht zijn opgenomen. Onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typen waren niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De werkzaamheden en functie van medewerkers binnen de programma's waren van groot belang voor onze resultaten, maar waren vaak het moeilijkst te achterhalen.

Volgende stappen

Het overzicht van gedeelde gezinszorgprogramma's in deze studie kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg met verblijf helpen om contact op te nemen met programma's die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. We moedigen bestaande programma's aan om samen te werken met onderzoekers om werkzame programma-elementen te identificeren en resultaten te meten.

Overheidsinstanties en jeugdhulp aanbieders zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Gezien de implementatie van programma's door instanties die ook alleen residentiële jeugdzorg of pleegzorg bieden, is het misschien mogelijk om vergelijkende onderzoeken uit te voeren met twee groepen of zelfs mogelijkgerwijs gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken.

Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke elementen van programma's resulteren in het succesvol functioneren van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg met verblijf zouden kunnen zijn, kunnen voortbouwen op de bevindingen in deze studie. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg met verblijf blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest van belang zijn voor positieve uitkomsten buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor gedeelde gezinszorg met verblijf, willen we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf aanmoedigen om het voortouw te nemen bij de ontwikkeling van en kennisuitwisseling over (elementen van) gedeelde gezinszorg met verblijf. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertisecentrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg met verblijf flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg met verblijf zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg met verblijf. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen en zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om benaderingen van gedeelde gezinszorg met verblijf nader te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Referentics

- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.
<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.
<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women, 15*(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect, 119*(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Barth, R. P. (1994). Shared family care: Child protection and family preservation. *Social Work, 39*(5), 515-524.
- Barth, R. P., & Price, A. (1999). Shared family care: Providing services to parents and children placed together in out-of-home care. *Child Welfare, 78*(1), 88-107.
- Barth, R. P., & Price, A. (2005). Shared family care: Evidence from implementing an innovative child protection and family preservation program. In J. Scott & H. Ward (Eds.), *Promoting the Wellbeing of Vulnerable Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review, 2*, 63-72.
- Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 17*(4), 365-375.
Doi:10.1080/07263869100034701

- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystreil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review*, 13(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from: https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders*, 31(3), 312-322.
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare*, 70, 371-382.
- Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care. *Children and Youth Services Review*, 95, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.032>.

- Hessle, S. (1988). *Familjer i sonderfall [Disintegrating families]*. Nordstedts.
- Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,
<https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>
- International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.
- Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience. *Children and Youth Services Review*, 82, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11.
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Metis Child, Family, and Community Services. (2014). *Annual Report 2013-2014*. Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect*, 79, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7 (2), 35-54.
 Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from <https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135-1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Wilder Research and Volunteers of America (2019). Family-based Residential Treatment:” Directory of Residential substance us disorder treatment programs for parents with children. St Paul, MN: Wilder Research, https://voa-production.s3.amazonaws.com/uploads/pdf_file/file/2933/Wilder_VOA_directory_2019_7-12_MWS_edit_1_.pdf

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma)	Ouders (voornamelijk inheems) met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg.	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin.	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS)	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties.	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.

2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS)	Gezinnen die wensen herenigd te worden.	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levy Mothers' Unit (Israel)	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren).	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland)	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen.	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) | Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen. | Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen. | Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit. |
| 6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) | Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren. | Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar. | Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school. |
| 7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) | Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen. | Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd. | Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt |

8) Het Babyhuis (Nederland)	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby.	11 moeder-kind plekken verdeeld over 3 fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	gebonden om de verbeterde gezinssituatie te behouden. Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvang begeleiding bij de zorg voor de baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn.
9) Onderzoeksflats (Zweden)	Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling.	Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uur residentiële setting. Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.	Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswerk.
10) Gezinsopname (Mereo, Nederland)	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het

	ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen.		programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland))	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden.	Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures.	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is beschikbaar 24/7. Gezinnen verblijven ongeveer 14 maanden, variërend van enkele weken tot 45 maanden.	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland)	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben.	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind- Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrische-klinik/psychiatrische-klinik-muensterlingen/psychotherapie/station-	Moeders of vaders met psychische problemen en hun kinderen van 0-5 jaar.	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling.	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in het artikel).

[fuer-eltern-kind-
behandlung/](#)

3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben.	Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland)	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.
5) Klinieken De Stee & De Bron, Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ)	Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot "goed genoeg" ouderschap.

<p>Drenthe, Nederland) https://ggzdrenthe.nl/ media/01- folders/folder- informatie-voor- verwijzers- gezinspsychiatrie-g- gp009-0714.pdf</p>	<p>wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p> <p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar).</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.</p>
---	--	---	---	--

7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal- economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningfase (één week) of 'vormingfase'.
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië)	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve therapie, speelgroepen, counseling en advies.

9) High and Intensive Care (HIC) Youth (Yulius, Nederland)	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS)	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste gereviseerde versie manuscript – reactie eerste reviewer

Geen aparte opmerking

Datum: 24 April 2024

Gedeelde gezinszorg met verblijf: intensieve interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks complexe en meervoudige problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma’s met gedeelde gezinszorg met verblijf in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksgroepen. We hebben drie belangrijke typen van “gedeelde gezinszorg met verblijf” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectief ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma’s (GRZ) omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma’s waren alleen gericht op kinderen. Residentiële gezinsbehandelprogramma’s (RGB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven programma’s die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd en elk type gedeelde gezinszorg met verblijf illustreren. Aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om duurzaam toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg met verblijf; gezinnen; residentiële zorg; ouders; modellen; pleegzorg

Shared Family Care: Out of Home Care Programs For Serving Parents And Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care** (SFFC) involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care** (SRC) programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs** (FRT) also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. Active programs that illustrate each type are described. Through this typology and detailed information of currently active shared family care programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation and sustainability.

Keywords: shared family care; families; residential care; parents; modeling; foster care

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen te beschermen en gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Deze verantwoordelijkheid heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg (bijv. Kokerelias et al., 2019). Er bestaat een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatisch kan zijn voor zowel kinderen als ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis een punt van zorg, aangezien het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw [in de jeugdhulp uithuis](#) wordt geplaatst, [in veel landen](#) zorgwekkend is [in veel landen](#) (Hébert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Parolini et al., 2018).

Een andere ontwikkeling die samenhangt met de bezorgdheid over uithuisplaatsingen, is het verminderde gebruik van residentiële zorg in veel landen. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het voorkomen van uithuisplaatsingen en op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld waarbij gezinnen met complexe en meervoudige problemen gezamenlijk worden opgenomen en behandeld. Deze programma's bieden een combinatie van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezintherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg met verblijf (Shared Family Care). Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg met verblijf is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt (Barth, 1994).

Definitie van gedeelde gezinszorg met verblijf

Gedeelde gezinszorg met verblijf omvat het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door

professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige zorg en opvoeding thuis door de ouder (Barth & Price, 1999). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg met verblijf, namelijk: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het residentiële programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te ondersteunen en te helpen vaardigheden te ontwikkelen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met individuele cliënten, kan een gedeelde gezinszorg programma zich richten op zowel de behoeften van de ouder (inclusief bijvoorbeeld zijn/haar middelengebruik of opvoedingscapaciteit) als de behoeften van het kind (bijvoorbeeld intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg).

Een programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf erkent het belang van het behoud van het gezin als een hechte eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020), maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden. Zo publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) aan het begin van de vorige eeuw een compendium over "Whole Family Care" (cf. Baxter & Cummins, 1991) waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafde ouders.

Twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>), zoals gedeelde gezinszorg met verblijf, trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze

modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020; Marsman, 2021; Widom et al., 2012).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg met verblijf

Eerdere ontwikkelingen rondom gedeelde gezinszorg met verblijf laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting waar medewerkers vaststelden dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede gedeelde gezinszorg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschap en crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, VS (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het 'Shared Family Care program' in Noord-Californië (Barth & Price, 1999; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze bestonden allemaal minstens tien jaar, sommige voor twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's kreeg veel belangstelling en veel bezoekers, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Geen van deze programma's heeft experimentele onderzoeksevaluaties uitgevoerd. Daarbij zijn de programma's nu gesloten - grotendeels door gebrek aan financieringsstromen om dit soort

Commented [A1]: Beter: behandel-evaluaties met experimentele onderzoeksdesigns

programma's te ondersteunen. Wat in het sluiten van de programma's mee kan spelen is dat de conventionele manier om kinderen bij hun ouders weg te halen diepgeworteld is in de huidige zorgsystemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van gedeelde gezinszorg met verblijf

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg met verblijf experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De methodologisch sterkste, maar niet experimentele studie was die van Price en Wichterman (2003). Zij vergeleken de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg met verblijf met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het programma met succes af en van die groep ging 71% zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat iets lager was dan de 20% bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Geaggregeerde gegevens verzameld in een landelijke evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsverandering bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig gestopt (soms vanwege te weinig deelnemers in relatie tot de hoge kosten van het programma) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Regionaal uitgevoerde evaluaties laten andere voordelen van de behandeling zien en uitdagingen in het uitvoeren van programma's die volledige cliëntbezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsanalyses die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met het bieden van geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Commented [A2]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A3]: Bedoelen jullie hier de gedeelde gezinszorg?

Commented [A4]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A5]: Deze zin loopt niet goed. En wat zijn dan de andere voordelen?

Doel van deze studie

Het doel van deze studie is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te karakteriseren, en voorbeelden te geven van gedeelde gezinszorg programma's. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorg-programma's voor individueel verblijf van kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie van programma's in de praktijk die, als er empirische steun voor is, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg met verblijf in de komende decennia.

Methode

Respondenten

We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale onderzoeksgroepen op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken.

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg met verblijf deelden.

Instrumenten

In een vragenlijst die we aan de onderzoeksgroepen en onze netwerken hebben voorgelegd hebben we gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere overwegingen over dit onderwerp. Het doel van de vragenlijst was om programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd te beschrijven.

Commented [A6]: Ik zie onderaan alleen tabellen A1-A3. Ik zou hier verwachten dat het om een tabel met de kenmerken van de respondenten gaat. Dus deze informatie mist nog. En het gaat dus om een gemakssteekproef.

Commented [A7]: Wat wordt Hiermee bedoeld? Eventueel vraag uit vragenlijst ter verheldering toevoegen.

Procedure

We hebben een korte vragenlijst voorgelegd aan onderzoekers van (inter)nationale onderzoeksgroepen om in te vullen en om te verspreiden onder andere onderzoekers in het veld. De respondenten noemden samen 36 programma's die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's hebben we aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij ons voordat we de netwerken benaderden en via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf geïdentificeerd voor verder onderzoek

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg met verblijf die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden (Barth, 1994), hebben we niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds van worden aangeboden (Wilder, 2019), ook buiten de VS (bijv. Brijder, 2022). Daarom hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf.

Commented [A8]: Is dit gebeurd? En dan hoort dit ook bij respondenten te staan.

Commented [A9]: Dus die had je van LinkedIn of heb je mensen via deze weg benaderd?

Commented [A10]: Slaat het daarom op PPW programma's? Zo ja dan klopt deze zin niet, want hier gaat het weer om een ander type programma. De argumentatie voor het uitsluiten is mij hier en bij onderstaande programma's niet helemaal duidelijk. Hangt het met de omvang samen?

Data-analyse

Voor elk van de programma's hebben we verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde hebben we het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie hebben we de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, hebben we contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus tussen alle auteurs, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg met verblijf volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiele plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling (n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten om de redenen die zijn beschreven bij de Procedure en werden drie programma's uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg met verblijf, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, was er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen hebben we de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf die worden

Commented [A11]: Ging het dan om opvragen van schriftelijke informatie en/of hebben jullie ook gesprekken gevoerd – gezien mijn opmerking bij discussie.

Commented [A12]: Die worden dus niet echt boven gegeven

Commented [A13]: Gezien de bovenstaande rekensom zou ik uitkomen op 16 uitgesloten programma's en dus 30 programma's die overblijven

geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een aantal actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg met verblijf naar voren. De categorieën classificeren de programma's op basis van de mate waarin ze zich richten op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap, en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële zorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. GPZ en GRZ lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt RGB van GPZ en GRZ, omdat RGB niet inhoudt dat de zorg voor de kinderen expliciet gedeeld wordt met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). RGB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

Commented [A14]: Als dat zo is, waarom dan toch opgenomen in artikel over gedeelde gezinszorg? Omdat er een aandeel in de (individuele) therapieën is van professionals?

In RGB-programma's worden gezinnen ondersteund door hulpverleners, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 geeft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf weer die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Commented [A15]: Deze tabel mis ik ook

Hoe ziet gedeelde gezinszorg met verblijf eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg met verblijf en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die we hebben gevonden bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en uithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

Fysieke omgeving en type leefomgeving. We vonden twee typen woonvormen waarin gedeelde gezinszorg met verblijf wordt geboden, namelijk 1) *gezinshuizen* die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg met verblijf leveren in een eengezinswoning waar gezinnen samenleven met gast- of pleegouders, en 2) woonvormen

waarin gezinnen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen* wonen.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg met verblijf omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hebben, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf aan deze programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modellering, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Programmabeschrijvingen

Om de drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een aantal bestaande programma's.

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde pleegzorg: Live-In Family Enhancement (LIFE).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018). Metis Child, Family and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze aanpak van gedeelde pleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen worden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven

dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere interventies (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers zijn onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) het goed vormgeven van ouderschap; (3) het opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit financiële toelagen voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Een meerderheid (75%) van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooide, is bij hun gezin gebleven en niet opnieuw in zorg gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE lijkt ook positieve uitkomsten voor gezinnen te hebben, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële zorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma. We hebben gekozen voor dit programma, aangezien er relatief veel informatie over beschikbaar is en dit het enige programma is dat plaatsvindt buiten de Verenigde Staten en Europa, namelijk in Azië.

De Shabtai Levy Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig

wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele-en groepstrainingen in levens- en ouderschapsvaardigheden. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om het ouderschap aan te kunnen en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroulines te ontwikkelen.

Onderzoek van Tener et al. (2018) wijst uit dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie tabel A3 in Bijlage A). We hebben gekozen voor het beschrijven van een programma waar relatief veel informatie over beschikbaar is en dat een goed beeld geeft van residentiële gezinsbehandeling.

Psychiatrische [Kliniek Thurgau](#)

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De

Commented [A16]: Komt onderstaande informatie uitsluitend uit de vragenlijst of is er ook geput uit bronnen? Want die staan niet vermeld.

verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt geboden door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Er is een team van kinderen- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders van de professionele opvoeders hoe zij met hun kind omgaan (i.e. modelling). De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, om gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf vast te stellen, en om voorbeelden te geven van deze programma's. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf. De prevalentie van deze typen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 11 gedeelde residentiële zorg programma's en 14 residentiële gezinsbehandelprogramma's. Hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf het gezin als een collectieve eenheid de veronderstelde cliënt is, wordt de behoefte aan gedeelde gezinszorg met verblijf bepaald door

Commented [A17]: Julie hadden toch 23 programma's gevonden, nu zijn het er 26?

problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen) of een combinatie daarvan (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In de praktijk lijkt het merendeel van de programma's zich echter te richten op gezinnen met complexe en meervoudige problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf te bepalen. De verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf in onze studie laten echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken zien, waaronder het beschermen van de veiligheid van kinderen, het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders, het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (zie ook Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen, gezinnen en hulpverleners, hebben we in deze studie slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gevonden die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de trend van het toenemend inzetten van dit type gedeelde gezinszorg in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels tot stilstand gekomen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. Uit gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in gedeelde pleegzorg, kwam een praktische belemmering naar voren. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn RGB's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn gericht op een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's

Commented [A18]: Welke zijn dat dan bij de hulpverleners?

Commented [A19]: Hebben jullie ook nog gesprekken gevoerd? Dat staat niet eerder beschreven in de procedure. En eigenlijk gaat het dan hier om nieuwe onderzoeksinformatie.

verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Daarmee kan worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's, in elke gemeente die een dergelijk programma wil opzetten.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden. We weten uit eerder onderzoek dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is (Barth & Price, 2005). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's lijken vooral te maken te hebben met de financiering. Uit onze resultaten blijkt dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor hulp aan ouders (e.g. opvang in verband met huiselijk geweld) en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen (e.g. residentiële jeugdhulp). Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ook de logistiek van huisvesting is moeilijk bij gedeelde gezinszorg met verblijf. Ouders die een woning hebben, kunnen terughoudend zijn om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer een vergelijkbare woning kunnen vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. Het gedeelde pleegzorgprogramma LIFE die we in de resultaten hebben beschreven, heeft ondanks deze beperkingen goed gefunctioneerd omdat er huisvesting gereserveerd en toegewezen is voor de gezinnen in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane et al., 2018).

Ondanks de veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg met verblijf hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich internationaal verder ontwikkelt (International Parent Advocacy Network, 2022).

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type gedeelde gezinszorg programma werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, er is nog maar weinig bewijs voor een aanbeveling om gedeelde gezinszorg met verblijf uit te breiden. Het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg met verblijf is de verwachting dat het vaardigheden bij jeugdigen en ouders kan ontwikkelen die toepasbaar zijn in een omgeving die de omstandigheden waarin ze het meest nodig zijn het beste benaderen. We bevelen bestaande programma's aan om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen

Commented [A20]: Hier maken jullie de link naar de situatie in NL. Maar dan zou ik toch iets meer de context geven: dat in NL belangstelling is en gemeenten verantwoordelijk zijn en ...

Commented [A21]: Deze zin is moeilijk te volgen

over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf als voor het meten van de resultaten van de gezinnen die worden geholpen. Bewijs ten aanzien van veiligheid, stabiliteit en welzijn bij zowel ouders als kinderen na plaatsing kan de argumenten voor dit programmamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aan ~~kunnen~~ sluiten bij een ledenorganisatie. In de VS kan de *Association of Children's & Residential Services* een logische thuisbasis zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen, ~~het in het netwerken en~~ delen van kennis ~~bevorderen~~ als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie types van gedeelde gezinszorg met verblijf die in deze studie zijn beschreven, zouden verder onderzocht kunnen worden en, ~~als ze standhouden bij bewezen effectiviteit~~, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, omvatten onze resultaten waarschijnlijk niet alle bestaande programma's, vooral niet die buiten de Engelstalige context. ~~Er bestaan waarschijnlijk programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die niet in ons overzicht zijn opgenomen.~~ Onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typen waren niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De werkzaamheden en functies van medewerkers binnen de programma's ~~waren van groot belang~~ voor onze resultaten, maar waren vaak het moeilijkst te achterhalen.

Volgende stappen

Het overzicht van gedeelde gezinszorgprogramma's in deze studie kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg met verblijf helpen om ~~contact op te nemen met programma's die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving.~~ We moedigen bestaande programma's aan om samen te werken met onderzoekers om werkzame programma-elementen te identificeren en resultaten te meten.

Overheidsinstanties en jeugdhulp aanbieders zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. ~~Gezien de~~ implementatie van programma's door instanties die ook ~~alleen~~ residentiële jeugdzorg of pleegzorg bieden, is het misschien mogelijk om vergelijkende onderzoeken uit te voeren met twee groepen of zelfs mogelijkterwijs gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken.

Commented [A22]: Deze zin voegt niets toe aan voorgaande zin en kan dus weg

Commented [A23]: In hoeverre?

Commented [A24]: Met organisaties die deze programma's aanbieden

Commented [A25]: Dit hele stuk is niet heel sterk geformuleerd. Kunnen de auteurs hier nog een keer na kijken. En in hoeverre is dat realistisch. Sluit de ontwikkelstand van deze nieuw te implementerende vormen van hulp dan al aan bij dit soort geavanceerde onderzoeksdesigns? Ook de volgende alinea vind ik nog voor verbetering vatbaar. De vertaling uit het Engels is hier minder goed en lijkt ook een beetje een herhaling van zetten. Dus ook graag kijken naar de opbouw/structuur.

Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke elementen van programma's resulteren in het succesvol functioneren van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg met verblijf zouden kunnen zijn, kunnen voortbouwen op de bevindingen in deze studie. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg met verblijf blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest van belang zijn voor positieve uitkomsten buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor gedeelde gezinszorg met verblijf, willen we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf aanmoedigen om het voortouw te nemen bij de ontwikkeling van en kennisuitwisseling over (elementen van) gedeelde gezinszorg met verblijf. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, **het opzetten van een expertisecentrum voor implementatie**, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg met verblijf flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg met verblijf zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg met verblijf. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen en zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om **benaderingen-programma's** van gedeelde gezinszorg met verblijf nader te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Commented [A26]: Moet je hiervoor een apart expertisecentrum willen hebben? Er is toch een biz. HGL implementatievraagstukken in de JZ aan de UvA

Referentics

- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.
<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.
<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women*, 15(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Barth, R. P. (1994). Shared family care: Child protection and family preservation. *Social Work*, 39(5), 515-524.
- Barth, R. P., & Price, A. (1999). Shared family care: Providing services to parents and children placed together in out-of-home care. *Child Welfare*, 78(1), 88-107.
- Barth, R. P., & Price, A. (2005). Shared family care: Evidence from implementing an innovative child protection and family preservation program. In J. Scott & H. Ward (Eds.), *Promoting the Wellbeing of Vulnerable Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review*, 2, 63-72.
- Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(4), 365-375.
Doi:10.1080/07263869100034701

- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystreil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review*, 13(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from: https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders*, 31(3), 312-322.
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare*, 70, 371-382.
- Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care. *Children and Youth Services Review*, 95, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.032>.

- Hessle, S. (1988). *Familjer i sonderfall [Disintegrating families]*. Nordstedts.
- Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications, <https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>
- International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.
- Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience. *Children and Youth Services Review*, 82, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11.
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Metis Child, Family, and Community Services. (2014). *Annual Report 2013-2014*. Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect*, 79, 315-324. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7 (2), 35-54. Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from <https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Wilder Research and Volunteers of America (2019). Family-based Residential Treatment:” Directory of Residential substance us disorder treatment programs for parents with children. St Paul, MN: Wilder Research, https://voa-production.s3.amazonaws.com/uploads/pdf_file/file/2933/Wilder_VOA_directory_2019_7-12_MWS_edit_1_.pdf

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma)	Ouders (voornamelijk inheems) met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg.	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin.	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS)	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties.	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht houdt en als rolmodellen fungeert.	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.

2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS)	Gezinnen die wensen herenigd te worden.	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepsessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levy Mothers' Unit (Israel)	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren).	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland)	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen.	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelaafspraken vinden plaats in het hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) | Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen. | Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen. | Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit. |
| 6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) | Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren. | Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar. | Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie), kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school. |
| 7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) | Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen. | Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd. | Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt |

8) Het Babyhuis (Nederland)	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby.	11 moeder-kind plekken verdeeld over 3 fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	gebonden om de verbeterde gezinssituatie te behouden. Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvang begeleiding bij de zorg voor de baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn.
9) Onderzoeksflats (Zweden)	Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling.	Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uur residentiële setting. Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.	Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswerk.
10) Gezinsopname (Mereo, Nederland)	Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met	Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.	Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het

	ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen.		programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met video opnemen van ontbijtgesprekken.
11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland))	Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden.	Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.	De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.
12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)	Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures.	Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin). Personeel is beschikbaar 24/7. Gezinnen verblijven ongeveer 14 maanden, variërend van enkele weken tot 45 maanden.	Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland)	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben.	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind- Behandlung, Zwitserland), https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrische-klinik/psychiatrische-klinik-muensterlingen/psychotherapie/station-	Moeders of vaders met psychische problemen en hun kinderen van 0-5 jaar.	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling.	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in het artikel).

[fuer-eltern-kind-
behandlung/](#)

3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)	Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben.	Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's.	Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel.
4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland)	Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.	Kortdurende klinische behandeling	Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.
5) Klinieken De Stee & De Bron, Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ)	Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.	Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te	Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot "goed genoeg" ouderschap.

<p>Drenthe, Nederland) https://ggzdrenthe.nl/ media/01- folders/folder- informatie-voor- verwijzers- gezinspsychiatrie-g- gp009-0714.pdf</p>	<p>wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p> <p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar).</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.</p>
---	--	---	---	--

7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.
8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië)	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve therapie, speelgroepen, counseling en advies.

9) High and Intensive Care (HIC) Youth (Yulius, Nederland)	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.
10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS)	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Eerste gereviseerde versie manuscript – reactie derde reviewer

Datum: 20 April 2024

Datum van voltooiing: 20-04-2024 18:00

Aanbeveling: Revisies benodigd

Titel

Dekt de titel het onderwerp en/of boodschap van het artikel? Is de titel van een redelijke lengte?

Abstract

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Abstract - toelichting

Is het abstract gestructureerd langs de volgende secties: Doelstelling, Methode, Resultaten en Discussie/Conclusies? Beschrijft het abstract de context of achtergrond van het onderzoek, het doel van het onderzoek, de basisprocedures (selectie van deelnemers en de setting waaruit ze geworven zijn, metingen of materiaal, methoden van analyse), belangrijkste bevindingen (zo mogelijk met aanduiding van de effectgrootte) en de belangrijkste conclusies? Geeft het aan welke de nieuwe en belangrijke aspecten van het onderzoek zijn en de belangrijkste beperkingen en geeft het een gepaste, niet overdreven conclusie?

Inleiding

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Inleiding - toelichting

Wordt in de inleiding nauwkeurig beschreven wat het probleem is, waarop het artikel zich richt, wat het doel is van het artikel? Wordt de onderzochte vraag duidelijk gesteld en worden eventuele hypotheses helder geformuleerd? Worden deze delen onderbouwd door een samenvatting van de recente, voor het onderwerp relevante literatuur? Worden de lacunes in kennis over of conflicten in bevindingen uit eerder onderzoek over het onderwerp helder weergegeven? Wordt duidelijk waarom het gerapporteerde onderzoek nuttig en nodig is en wat er origineel aan is? Worden, voor zover van toepassing, de context en het theoretisch kader helder? Maakt de inleiding duidelijk voor wie het onderzoek van belang is?

Methode

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Methode - toelichting

Leggen de auteurs nauwkeurig en volledig uit hoe de gegevens zijn verzameld? Is het onderzoeksdesign geschikt om de gestelde vraag te beantwoorden? Beschrijft het artikel duidelijk de gevolgde procedures? Worden de steekproef en de steekproeftrekking helder beschreven en zijn deze geschikt voor het onderzoek? Zijn in het geval van specifiek onderzoek, zoals reviewstudies of interventiestudies, de daarvoor gestelde (internationale) richtlijnen (zoals CONSORT; PRISMA) gevolgd? Zijn de onderzoeksinstrumenten en materialen nauwkeurig en voldoende beschreven? Zijn de methoden van analyse duidelijk en voldoende beschreven? Berusten de analyses op voldoende, betrouwbare data om tot valide conclusies te komen? Geeft de methodesectie voldoende detail – eventueel in een bijlage – om met onderzoek te kunnen repliceren? Is voldoende verantwoording van ethische goedkeuring, vrijwilligheid van deelname en privacybescherming gegeven?

Resultaten

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Resultaten - toelichting

Wordt in heldere bewoordingen beschreven wat de data laten zien? Worden deze correct onderbouwd met verwijzing naar de statistische analyses? Is de rapportage duidelijk ingedeeld en logisch opgebouwd? Worden de betekenis van en de gevolgtrekkingen uit de bevindingen helder beschreven? Zijn de juiste analyses uitgevoerd? Klopt de rapportage in het resultatengedeelte met de bevindingen gerapporteerd in de tabellen / figuren? Zijn er aanvullende (statistische) analyses nodig?

Discussie

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Discussie - toelichting

Bevat de discussie een heldere samenvatting en conclusie op basis van de gerapporteerde resultaten? Hebben de auteurs aangegeven hoe de resultaten zich verhouden tot geformuleerde verwachtingen en tot eerder onderzoek? Wordt uitgelegd hoe het onderzoek de wetenschappelijke kennis vooruit heeft geholpen? Worden de implicaties van het onderzoek, voor theorie, onderzoek en praktijk helder en correct weergegeven? Zijn de beperkingen van het onderzoek helder weergegeven wat betreft conclusievaliditeit, generaliseerbaarheid, behoefte aan nader onderzoek?

Conclusies

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Conclusies - toelichting

Geven de conclusies een heldere en correcte weergave van de bevindingen en hun implicaties in relatie tot de doelstelling(en) van het onderzoek en zijn ze voldoende onderbouwd door de eerder gerapporteerde resultaten en discussie?

Tabellen en figuren

Informeren de figuren en tabellen de lezer en spelen ze een belangrijke rol bij het beschrijven van de onderzoeksresultaten? Geven de titels ervan een nauwkeurige beschrijving en zijn aanduidingen van de inhoud helder? Beschrijven de cijfers de gegevens nauwkeurig? Zijn de tabellen en figuren onafhankelijk van de hoofdtekst te begrijpen?

Referenties

Dekken de referenties voldoende het onderwerp van het manuscript? Worden alle delen van de tekst voldoende door geciteerde literatuur ondersteund? Is opgenomen werk ongepast selectief? Ontbreekt relevant en belangrijk gepubliceerd werk? Zijn de referenties up to date? Zijn de referenties accuraat? Volgen de referenties in de lijst het vereiste format (APA)?

Ruimte voor kleine opmerkingen

Algemeen oordeel

*

accepteren revisie weigeren

Waarom is dit onderzoek wel of niet relevant voor de JiO-lezer?

Een variant van dit tekstje wordt gebruikt voor de communicatie als het artikel geaccepteerd wordt.

Hoofdpijnen voor in de begeleidende mail aan de auteurs - positief

Reviews worden altijd gedeeld met de auteurs. Daarnaast willen we de hoofdpijnen opnemen in de begeleidende mail. Welke positieve feedback kunnen wij in de hoofdmil aan de auteurs opnemen?

Enkele suggesties: Vat kort samen waar het artikel over gaat en wat de bevindingen zijn. Probeer de bevindingen van het artikel in de context van de bestaande literatuur en huidige kennis te plaatsen. Geef aan wat de betekenis van het werk is en of het nieuw is of toch vooral een bevestiging van wat we al wisten. Geef de sterke punten, de kwaliteit en de volledigheid van het werk aan. Vermeld eventuele belangrijke tekortkomingen of zwakke punten en noteer eventuele bijzondere overwegingen. Bijvoorbeeld als belangrijke (theoretische) invalshoeken over het hoofd worden gezien.

Hoofdpijnen voor in de begeleidende mail aan de auteurs - negatief

Reviews worden altijd gedeeld met de auteurs. Daarnaast willen we de hoofdlijnen opnemen in de begeleidende mail.

Zijn er grote gebreken die we in de mail aan de auteurs moeten opnemen? Geef aan welke dat zijn en wat de ernst ervan is voor de kwaliteit van het artikel.

Overige opmerkingen aan de hoofdredacteur een de redactiesecretaris

Alleen voor de redactie en onzichtbaar voor de auteurs

Reviewbestanden

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor
Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Tweede gereviseerde versie manuscript

Datum: 22 Mei 2024

Gedeelde gezinszorg met verblijf: intensieve interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks complexe en meervoudige problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg met verblijf in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksgroepen. We hebben drie belangrijke typen van “gedeelde gezinszorg met verblijf” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectief ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma's (GRZ) omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren alleen gericht op kinderen. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven programma's die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd en elk type gedeelde gezinszorg met verblijf illustreren. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van deze programma's kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg met verblijf; gezinnen; residentiële zorg; ouders; modellen; pleegzorg

Shared Family Care: Out of Home Care Programs for Serving Parents and Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. Active programs that illustrate each type are described. Although limited research has been conducted on these programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation through this typology and detailed information of currently active shared family care programs.

Keywords: shared family care; families; residential care; parents; modeling; foster care

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen te beschermen en gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Deze verantwoordelijkheid heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg (bijv. Kokerelias et al., 2019). Er bestaat een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatisch kan zijn voor zowel kinderen als ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis een punt van zorg, aangezien het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw uit huis wordt geplaatst, in veel landen zorgwekkend is (Hébert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Parolini et al., 2018).

Een andere ontwikkeling die samenhangt met de bezorgdheid over uithuisplaatsingen, is het verminderde gebruik van residentiële zorg in veel landen. De focus op deïstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het voorkomen van uithuisplaatsingen en op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld waarbij gezinnen met complexe en meervoudige problemen gezamenlijk worden opgenomen en behandeld. Deze programma's bieden een combinatie van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg met verblijf (Shared Family Care). Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg met verblijf is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt (Barth, 1994).

Definitie van gedeelde gezinszorg met verblijf

Gedeelde gezinszorg met verblijf omvat het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige

zorg en opvoeding thuis door de ouder (Barth & Price, 1999). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg met verblijf, namelijk: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het residentiële programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te ondersteunen en te helpen vaardigheden te ontwikkelen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met individuele cliënten, kan een gedeelde gezinszorg programma zich richten op zowel de behoeften van de ouder (inclusief bijvoorbeeld zijn/haar middelengebruik of opvoedingscapaciteit) als de behoeften van het kind (bijvoorbeeld intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg).

Een programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf erkent het belang van het behoud van het gezin als een hechte eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020), maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen of ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben.

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden. Zo publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) aan het eind van de vorige eeuw een compendium over "Whole Family Care" (cf. Baxter & Cummins, 1991) waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafde ouders.

Twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>), zoals gedeelde gezinszorg met verblijf, trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak

getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020; Marsman, 2021; Widom et al., 2012).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg met verblijf

Eerdere ontwikkelingen rondom gedeelde gezinszorg met verblijf laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting waar medewerkers vaststelden dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede gedeelde gezinszorg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschap en crisisinterventie. Een derde model was "Whole Family Care" in Minnesota, Verenigde State (VS) (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het "Shared Family Care program" in Noord-Californië (Barth & Price, 1999; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze bestonden allemaal minstens tien jaar, sommige twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's kreeg veel belangstelling en veel bezoekers, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Geen van deze programma's heeft behandelbeoordelingen met experimentele onderzoeksdesigns uitgevoerd. Daarbij zijn de programma's nu gesloten - grotendeels door gebrek aan financieringsstromen om dit soort programma's te ondersteunen. Wat in het sluiten van de programma's mee kan

spelen is dat de conventionele manier om kinderen te beschermen door ze bij hun ouders weg te halen ondanks de beweging richting gezinsgerichte zorg nog vrij gangbaar is in de huidige zorgsystemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van gedeelde gezinszorg met verblijf

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg met verblijf experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De methodologisch sterkste, maar niet experimentele studie was die van Price en Wichterman (2003). Zij vergeleken de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg met verblijf met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het gedeelde gezinszorg programma met succes af en van die groep ging 71% zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek.

Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat iets lager was dan de 20% bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Geaggregeerde gegevens verzameld in een landelijke evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsverandering bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig gestopt (soms vanwege te weinig deelnemers in relatie tot de hoge kosten van het programma) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Regionaal uitgevoerde evaluaties laten uitdagingen zien in het uitvoeren van programma's die volledige cliëntbezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsanalyses die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met het bieden van geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Commented [A1]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A2R1]: Die info staat helaas niet in dat artikel

Commented [A3]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A4R3]: Idem als hiervoor

Doel van deze studie

Het doel van deze studie is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te karakteriseren, en voorbeelden te geven van gedeelde gezinszorg programma's. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorgprogramma's voor individueel verblijf van kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie van programma's in de praktijk die, als er empirische steun voor is, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg met verblijf in de komende decennia.

Methode

Respondenten

We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale onderzoeksgroepen op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken.

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg met verblijf deelden.

Instrumenten

In een vragenlijst die we aan de onderzoeksgroepen en onze netwerken hebben voorgelegd hebben we gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere suggesties of gedachten over dit onderwerp. Het doel van de vragenlijst was om programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd te beschrijven.

Commented [A5]: Ik zie onderaan alleen tabellen A1-A3. Ik zou hier verwachten dat het om een tabel met de kenmerken van de respondenten gaat. Dus deze informatie mist nog. En het gaat dus om een gemakssteekproef.

Commented [A6R5]: Ja klopt dat deze informatie miste! We hebben deze tabel toegevoegd aan het eind van dit document direct na de referenties.

Procedure

De respondenten noemden samen 36 programma's die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's hebben we aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij ons voordat we de netwerken benaderden, waaronder via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf geïdentificeerd voor verder onderzoek

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg met verblijf die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden (Barth, 1994), hebben we niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds van worden aangeboden (Wilder, 2019), ook buiten de VS (bijv. Brijder, 2022). Daarnaast hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf.

Data-analyse

Voor elk van de programma's hebben we verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde hebben we het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie hebben we de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, hebben we schriftelijk en/of mondeling contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te vragen.

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus tussen alle auteurs, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg met verblijf volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiele plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun familie (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling (n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten. Drie programma's werden uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg met verblijf, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, was er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen hebben we de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf die worden geïntroduceerd en volledig beschreven in de resultaten. Een aantal actieve programma's die elke categorie typeren worden ook beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg met verblijf naar voren. De categorieën classificeren de programma's op basis van de mate waarin ze zich richten op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap, en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële zorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. GPZ en GRZ lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt RGB van GPZ en GRZ, omdat bij RGB ouders de zorg voor hun kinderen niet expliciet delen met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). RGB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In RGB-programma's worden gezinnen ondersteund door hulpverleners, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind

Commented [A7]: Als dat zo is, waarom dan toch opgenomen in artikel over gedeelde gezinszorg? Omdat er een aandeel in de (individuele) therapieën is van professionals?

Commented [A8R7]: We hebben dit toch opgenomen omdat ouders en kinderen samen geplaatst zijn. We hebben de formulering van deze zin wat aangepast, zodat het hopelijk duidelijker is.

groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. Het verschilt daarom van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 geeft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf weer die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Commented [A9]: Deze tabel mis ik ook

Commented [A10R9]: Is ook ingevoegd op eind van het artikel.

Hoe ziet gedeelde gezinszorg met verblijf eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg met verblijf en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programmakenmerken samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die we hebben gevonden bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en uithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

Fysieke omgeving en type leefomgeving. We vonden twee typen woonvormen waarin gedeelde gezinszorg met verblijf wordt geboden, namelijk 1) *gezinshuizen* die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg met verblijf leveren in een eengezinswoning waar gezinnen samenleven met gast- of pleegouders, en 2) woonvormen waarin gezinnen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen* wonen.

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg met verblijf omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hebben, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf aan deze programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modellering, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Programmabeschrijvingen

Om de drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een aantal bestaande programma's.

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde pleegzorg: Live-In Family Enhancement (LIFE).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018). Metis Child, Family and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze aanpak van gedeelde pleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen worden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van

Commented [A11]: LZ: Feedback reviewer C bij tabellen A1, A2, A3: "Slechts bij twee van de daarin opgenomen programma's wordt een link gegeven naar nadere informatie. Een link naar direct toegankelijke literatuur is bij elk van de programma's een absolute noodzaak om daarvan onafhankelijk kennis van te kunnen nemen."

Ik weet niet of ik het passend vind om overal een website/link naar verdere informatie te plaatsen (aangezien we daar ook geen toestemming voor hebben). Tegelijk noemt reviewer C het wel een "dringend verzoek om directe informatie over de besproken programma's" (zie bij onderdeel referenties). Hoe dan ook goed om consequent te zijn, dus bij alle programma's wel óf niet een link. Hoe sta jij hierin? Als je vindt dat we de links wel moeten toevoegen: laat maar weten als je daar dan nog hulp bij nodig hebt.

werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere interventies (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers zijn onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) het goed vormgeven van ouderschap; (3) het opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit financiële toelagen voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Een meerderheid (75%) van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooidde, is bij hun gezin gebleven en niet opnieuw in zorg gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE lijkt ook positieve uitkomsten voor gezinnen te hebben, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële zorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma. We hebben gekozen voor dit programma, aangezien er relatief veel informatie over beschikbaar is en dit het enige programma is dat plaatsvindt buiten de Verenigde Staten en Europa, namelijk in Azië.

De Shabtai Levi Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze de voogdij over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele-en groepstrainingen in levens- en ouderschapsvaardigheden. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om het ouderschap aan te kunnen en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroulines te ontwikkelen.

Onderzoek van Tener et al. (2018) wijst uit dat de Mothers' Unit kosteneffectief is in het helpen van vrouwen om de voogdij over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie tabel A3 in Bijlage A). We hebben gekozen voor het beschrijven van een programma waar relatief veel informatie over beschikbaar is en dat een goed beeld geeft van residentiële gezinsbehandeling.

Psychiatrische Kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk

gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt geboden door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Er is een team van kinderen- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders van de professionele opvoeders hoe zij met hun kind omgaan (i.e. modelling). De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, om gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf vast te stellen, en om voorbeelden te geven van deze programma's. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf. De prevalentie van deze typen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 12 gedeelde residentiële zorg programma's en 10 residentiële gezinsbehandelprogramma's. Hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf het gezin als een collectieve eenheid de veronderstelde cliënt is, wordt de behoefte aan gedeelde gezinszorg met verblijf bepaald door problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de

ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen) of een combinatie daarvan (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In de praktijk lijkt het merendeel van de programma's zich echter te richten op gezinnen met complexe en meervoudige problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf te bepalen. De verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf in onze studie laten echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken zien, waaronder het beschermen van de veiligheid van kinderen, het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders, het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (zie ook Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen en gezinnen, hebben we in deze studie slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gevonden die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de trend van het toenemend inzetten van dit type gedeelde gezinszorg in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels tot stilstand gekomen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. Uit gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in gedeelde pleegzorg, kwam een praktische belemmering naar voren. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn RGB's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn gericht op een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom

Commented [A12]: Hebben jullie ook nog gesprekken gevoerd? Dat staat niet eerder beschreven in de procedure. En eigenlijk gaat het dan hier om nieuwe onderzoeksinformatie.

Commented [A13R12]: Ik heb in de methode mondelinge contact toegevoegd, zie p. 9

bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Daarmee kan worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden. We weten uit eerder onderzoek dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is (Barth & Price, 2005). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's lijken vooral te maken te hebben met de financiering. Uit onze resultaten blijkt dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor hulp aan ouders (e.g. opvang in verband met huiselijk geweld) en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen (e.g. residentiële jeugdhulp). Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ook de logistiek van huisvesting is moeilijk bij gedeelde gezinszorg met verblijf. Ouders die een woning hebben, kunnen terughoudend zijn om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer een vergelijkbare woning kunnen vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. Het gedeelde pleegzorgprogramma LIFE die we in de resultaten hebben beschreven, heeft ondanks deze beperkingen goed gefunctioneerd omdat er huisvesting gereserveerd en toegewezen is voor de gezinnen in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane et al., 2018).

Ondanks de veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg met verblijf hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich internationaal verder ontwikkeld (International Parent Advocacy Network, 2022).

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type gedeelde gezinszorg programma werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, er is nog maar weinig bewijs voor een aanbeveling om gedeelde gezinszorg met verblijf uit te breiden. Het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg met verblijf is de verwachting dat het vaardigheden bij jeugdigen en ouders kan ontwikkelen die toepasbaar zijn in een omgeving die de omstandigheden thuis het beste benaderen. We bevelen bestaande programma's aan om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf als voor het meten van de resultaten van

de gezinnen die worden geholpen. Bewijs ten aanzien van veiligheid, stabiliteit en welzijn bij zowel ouders als kinderen na plaatsing kan de argumenten voor dit programamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aansluiten bij een ledenorganisatie. In de VS kan de *Association of Children's & Residential Services* een logische thuisbasis zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen, het delen van kennis bevorderen als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie types van gedeelde gezinszorg met verblijf die in deze studie zijn beschreven, zouden verder onderzocht kunnen worden en, bij bewezen effectiviteit, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, omvatten onze resultaten waarschijnlijk niet alle bestaande programma's, vooral niet die buiten de Engelstalige context. De programma's die in ons overzicht zijn opgenomen, zijn waarschijnlijk ook niet representatief verdeeld over de verschillende landen. Zo hebben we bijvoorbeeld relatief weinig programma's uit de VS, en geen programma's uit het Verenigd Koninkrijk of Duitsland opgenomen, terwijl die er mogelijk wel zijn. Verder waren onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typen niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De werkzaamheden en functies van medewerkers binnen de programma's waren van belang voor het goed beschrijven van de programma's, maar waren vaak het moeilijkst te achterhalen.

Volgende stappen

Overheidsinstanties en jeugdhulp aanbieders zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Het overzicht van gedeelde gezinszorgprogramma's in deze studie kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg met verblijf helpen om contact op te nemen met organisaties die deze programma's aanbieden die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. We moedigen bestaande programma's daarbij aan om samen te werken met onderzoekers om werkzame programma-elementen te identificeren en resultaten te meten. Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren over welke elementen van programma's resulteren in het

succesvol functioneren van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg met verblijf zijn, kunnen voortbouwen op de resultaten van deze studie. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg met verblijf blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest van belang zijn voor positieve uitkomsten buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor gedeelde gezinszorg met verblijf, willen we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf aanmoedigen om het voortouw te nemen bij de ontwikkeling van en kennisuitwisseling over (elementen van) gedeelde gezinszorg met verblijf. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertisecentrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg met verblijf flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg met verblijf zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg met verblijf. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen en zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om programma's van gedeelde gezinszorg met verblijf nader te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Referentics

- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.
<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.
<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women*, 15(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect*, 119(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Barth, R. P. (1994). Shared family care: Child protection and family preservation. *Social Work*, 39(5), 515-524.
- Barth, R. P., & Price, A. (1999). Shared family care: Providing services to parents and children placed together in out-of-home care. *Child Welfare*, 78(1), 88-107.
- Barth, R. P., & Price, A. (2005). Shared family care: Evidence from implementing an innovative child protection and family preservation program. In J. Scott & H. Ward (Eds.), *Promoting the Wellbeing of Vulnerable Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review*, 2, 63-72.
- Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17(4), 365-375.
Doi:10.1080/07263869100034701

- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystreil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review*, 13(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from: https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders*, 31(3), 312-322.
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare*, 70, 371-382.
- Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care. *Children and Youth Services Review*, 95, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.032>.

- Hessle, S. (1988). *Familjer i sonderfall [Disintegrating families]*. Nordstedts.
- Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,
<https://atceppwtools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>
- International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.
- Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience. *Children and Youth Services Review*, 82, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11.
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Metis Child, Family, and Community Services. (2014). *Annual Report 2013-2014*. Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect*, 79, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7 (2), 35-54.
 Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from <https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Wilder Research and Volunteers of America (2019). *Family-based Residential Treatment: Directory of Residential substance use disorder treatment programs for parents with children*. St Paul, MN: Wilder Research. https://www.familyfirstact.org/sites/default/files/Family-Based%20Treatment%20Director_VOA.pdf

Tabel 1 Benaderde (inter)nationale netwerken van onderzoekers in de pleegzorg en residentiële jeugdhulp

Netwerk

Academische Werkplaats Risicojeugd (Nederland)
Baptist Coalition for Children and Families (Verenigde Staten)
The Board of Child Care (BCC) (Verenigde Staten)
The Child Welfare League of America (CWLA)
Eurochild
Het bestuur van de European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF)
International Association of Outcomes Based Evaluation and Research (IAOBER)
International Research Network on Transitions to Adulthood from Care (INTRAC)
FICE International en FICE Nederland
The International Work Group for Therapeutic Residential Care (TRC)
Het Nederlands Jeugdinstituut (Kennisnetwerk residentiële jeugdhulp)
SOS Kinderdorpen (internationale en Nederlandse vereniging)
Het lectoraat Residentiële Jeugdzorg van de Hogeschool Leiden

Noot. De netwerken die hebben gereageerd zijn vetgedrukt.

Tabel 2 Geografische locatie van programma's voor gedeelde gezinszorg

	Gedeelde pleegzorg (GPZ)	Gedeelde residentiële zorg (GRZ)	Residentiële gezinsbehandel- programma's (RGB)	Totaal
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Noord-Amerika	1	2	1	4
VS	0	2	1	3
Canada	1	0	0	1
Europa	0	9	7	16
Zweden	0	1	0	1
Nederland	0	5	4	9
Zwitserland	0	2	3	5
Italië	0	1	0	1
Azië	0	1	0	1
Israël	0	1	0	1
Oceanië	0	0	2	2
Australië	0	0	1	1
Nieuw Zeeland	0	0	1	1
Totaal	1	12	10	23

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma) https://www.cebc4cw.org/program/live-in-family-enhancement/	Ouders (voornamelijk inheems) met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg.	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin.	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS) https://www.tbch.org/Ser vice/Family-Care-Program/	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties.	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het

		houdt en als rolmodellen fungeert.	programma omvat groepswerk, oudertraining en religieuze diensten.
2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS) https://ehrlo.com/family-programs/family-treatment-program	Gezinnen die wensen herenigd te worden.	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepssessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levi Mothers' Unit (Israel) https://www.foreverchai.org/our-work/	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren).	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland) https://www.accare.nl/behandelingen/kings	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelafspraken vinden plaats in het	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve

	blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen.	hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).
5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) https://heizenholz.ch/was-wir-anbieten/angebote/familientraining/	Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen.	Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen.	Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit.
6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) https://www.aeschbacherhuus.ch/	Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren.	Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar.	Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie),

			kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school.
7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) https://www.horizon.eu/jouwzorg/gezinsbehandeling/	Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen.	Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd.	Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt gebonden om de verbeterde gezinssituatie te behouden.
8) Het Babyhuis (Nederland) https://het-babyhuis.nl/	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby.	11 moeder-kind plekken verdeeld over 3 fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvang begeleiding bij de zorg voor de

<p>9) Onderzoeksflats (Zweden) https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1080/13691450701532107</p>	<p>Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling.</p>	<p>Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uur residentiële setting. Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.</p>	<p>baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn. Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswerk.</p>
<p>10) Gezinsopname (Mereo, Nederland) https://mereo.nl/gezinsopname/</p>	<p>Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen.</p>	<p>Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.</p>	<p>Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met</p>

<p>11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland)</p> <p>https://www.yulius.nl/aandoening/gezinsproblematiek/#:~:text=Yulius%20biedt%20gezinsbehandeling%20voor%20gezinnen.in%20hun%20gezin%20en%20leefomstandigheden.</p>	<p>Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden.</p>	<p>Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.</p>	<p>video opnemen van ontbijtgesprekken.</p> <p>De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.</p>
<p>12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)</p>	<p>Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures.</p>	<p>Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin).</p>	<p>Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.</p>

Personeel is beschikbaar 24/7. Gezinnen verblijven ongeveer 14 maanden, variërend van enkele weken tot 45 maanden.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland) https://www.aufberg.ch/mutter-kind-haus	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben.	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind-Behandlung, Zwitserland),	Moeders of vaders met psychische problemen en hun kinderen van 0-5 jaar.	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling.	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in het artikel).

[https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrie-
che-
klinik/psychiatrische-
klinik-
muensterlingen/psycho-
therapie/station-fuer-
eltern-kind-
behandlung/](https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrie-
che-
klinik/psychiatrische-
klinik-
muensterlingen/psycho-
therapie/station-fuer-
eltern-kind-
behandlung/)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland) | Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben. | Klinische behandeling (tot 12 maanden). Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's. | Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel. |
|--|--|--|--|
-
- [https://klinik-
sgm.ch/stationaerer-
aufenthalt/stationaere-
behandlung/behandlun-
g-von-muettern-mit-
baby](https://klinik-
sgm.ch/stationaerer-
aufenthalt/stationaere-
behandlung/behandlun-
g-von-muettern-mit-
baby)

<p>4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland) https://plinthos.nl/behandelingen/gezinsopname/</p>	<p>Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.</p>	<p>Kortdurende klinische behandeling</p>	<p>Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.</p>
<p>5) Klinieken De Stee & De Bron, Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland) https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf</p>	<p>Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.</p>	<p>Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot "goed genoeg" ouderschap.</p>

<p>6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland)</p> <p>https://atwc.org.nz/what-we-do/family-services/granger-grove/</p>	<p>Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar).</p>	<p>Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.</p>	<p>Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.</p>
<p>7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland)</p> <p>https://www.horizon.eu/gezin-totaal/</p>	<p>Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.</p>	<p>Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.</p>	<p>Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.</p>

8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië) https://directory.wayah.ead.org.au/service/1564/	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High en Intensive Care (HIC) voor jongeren (Yulius, Nederland) https://www.yulius.nl/zorg/zorg-kind-en-jeugd/centrum-voor-spoedeisend-kinder-en-jeugdpsychiatrie/high-en-intensive-care-voor-jongeren-hic/	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.

10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS) https://www.opioidlibrary.org/wp-content/uploads/2019/08/CHARM_CaseStudy_Draft_080614.pdf	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.
--	--	--	---

18127 / Harder e.a. / Gedeelde Gezinszorg met Verblijf: Intensieve Interventies voor Gezamenlijke Hulp aan Ouders en Kinderen

Tweede gereviseerde versie manuscript – reactie eerste reviewer

Datum: 21 juni 2024

Datum van voltooiing: 21-06-2024 12:48

Aanbeveling: Accepteer inzending

Titel

Dekt de titel het onderwerp en/of boodschap van het artikel ? Is de titel van een redelijke lengte?

Abstract

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Abstract - toelichting

Is het abstract gestructureerd langs de volgende secties: Doelstelling, Methode, Resultaten en Discussie/Conclusies? Beschrijft het abstract de context of achtergrond van het onderzoek, het doel van het onderzoek, de basisprocedures (selectie van deelnemers en de setting waaruit ze geworven zijn, metingen of materiaal, methoden van analyse), belangrijkste bevindingen (zo mogelijk met aanduiding van de effectgrootte) en de belangrijkste conclusies? Geeft het aan welke de nieuwe en belangrijke aspecten van het onderzoek zijn en de belangrijkste beperkingen en geeft het een gepaste, niet overdreven conclusie?

Inleiding

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Inleiding - toelichting

Wordt in de inleiding nauwkeurig beschreven wat het probleem is, waarop het artikel zich richt, wat het doel is van het artikel? Wordt de onderzochte vraag duidelijk gesteld en worden eventuele hypotheses helder geformuleerd? Worden deze delen onderbouwd door een samenvatting van de recente, voor het onderwerp relevante literatuur? Worden de lacunes in kennis over of conflicten in bevindingen uit eerder onderzoek over het onderwerp helder weergegeven? Wordt duidelijk waarom het gerapporteerde onderzoek nuttig en nodig is en wat er origineel aan is? Worden, voor zover van toepassing, de context en het theoretisch kader helder? Maakt de inleiding duidelijk voor wie het onderzoek van belang is?

Methode

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Methode - toelichting

Leggen de auteurs nauwkeurig en volledig uit hoe de gegevens zijn verzameld? Is het onderzoeksdesign geschikt om de gestelde vraag te beantwoorden? Beschrijft het artikel duidelijk de gevolgde procedures? Worden de steekproef en de steekproeftrekking helder beschreven en zijn deze geschikt voor het onderzoek? Zijn in het geval van specifiek onderzoek, zoals reviewstudies of interventiestudies, de daarvoor gestelde (internationale) richtlijnen (zoals CONSORT; PRISMA) gevolgd? Zijn de onderzoeksinstrumenten en materialen nauwkeurig en voldoende beschreven? Zijn de methoden van analyse duidelijk en voldoende beschreven? Berusten de analyses op voldoende, betrouwbare data om tot valide conclusies te komen? Geeft de methodesectie voldoende detail – eventueel in een bijlage – om met onderzoek te kunnen repliceren? Is voldoende verantwoording van ethische goedkeuring, vrijwilligheid van deelname en privacybescherming gegeven?

Resultaten

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Resultaten - toelichting

Wordt in heldere bewoordingen beschreven wat de data laten zien? Worden deze correct onderbouwd met verwijzing naar de statistische analyses? Is de rapportage duidelijk ingedeeld en logisch opgebouwd? Worden de betekenis van en de gevolgtrekkingen uit de bevindingen helder beschreven? Zijn de juiste analyses uitgevoerd? Klopt de rapportage in het resultatengedeelte met de bevindingen gerapporteerd in de tabellen / figuren? Zijn er aanvullende (statistische) analyses nodig?

Discussie

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Discussie - toelichting

Bevat de discussie een heldere samenvatting en conclusie op basis van de gerapporteerde resultaten? Hebben de auteurs aangegeven hoe de resultaten zich verhouden tot geformuleerde verwachtingen en tot eerder onderzoek? Wordt uitgelegd hoe het onderzoek de wetenschappelijke kennis vooruit heeft geholpen? Worden de implicaties van het onderzoek, voor theorie, onderzoek en praktijk helder en correct weergegeven? Zijn de beperkingen van het onderzoek helder weergegeven wat betreft conclusievaliditeit, generaliseerbaarheid, behoefte aan nader onderzoek?

Conclusies

goed/voldoende een kleine wijziging is nodig meerdere wijzigingen zijn nodig onvoldoende

Conclusies - toelichting

Geven de conclusies een heldere en correcte weergave van de bevindingen en hun implicaties in relatie tot de doelstelling(en) van het onderzoek en zijn ze voldoende onderbouwd door de eerder gerapporteerde resultaten en discussie?

Tabellen en figuren

Informeren de figuren en tabellen de lezer en spelen ze een belangrijke rol bij het beschrijven van de onderzoeksresultaten? Geven de titels ervan een nauwkeurige beschrijving en zijn aanduidingen van de inhoud helder? Beschrijven de cijfers de gegevens nauwkeurig? Zijn de tabellen en figuren onafhankelijk van de hoofdtekst te begrijpen?

Referenties

Dekken de referenties voldoende het onderwerp van het manuscript? Worden alle delen van de tekst voldoende door geciteerde literatuur ondersteund? Is opgenomen werk ongepast selectief? Ontbreekt relevant en belangrijk gepubliceerd werk? Zijn de referenties up to date? Zijn de referenties accuraat? Volgen de referenties in de lijst het vereiste format (APA)?

Ruimte voor kleine opmerkingen

Algemeen oordeel

*

accepteren revisie weigeren

Waarom is dit onderzoek wel of niet relevant voor de JiO-lezer?

Een variant van dit tekstje wordt gebruikt voor de communicatie als het artikel geaccepteerd wordt.

Hoofdpijnen voor in de begeleidende mail aan de auteurs - positief

Reviews worden altijd gedeeld met de auteurs. Daarnaast willen we de hoofdpijnen opnemen in de begeleidende mail. Welke positieve feedback kunnen wij in de hoofdmil aan de auteurs opnemen?

Enkele suggesties: Vat kort samen waar het artikel over gaat en wat de bevindingen zijn. Probeer de bevindingen van het artikel in de context van de bestaande literatuur en huidige kennis te plaatsen. Geef aan wat de betekenis van het werk is en of het nieuw is of toch vooral een bevestiging van wat we al wisten. Geef de sterke punten, de kwaliteit en de volledigheid van het werk aan. Vermeld eventuele belangrijke tekortkomingen of zwakke punten en noteer eventuele bijzondere overwegingen. Bijvoorbeeld als belangrijke (theoretische) invalshoeken over het hoofd worden gezien.

Hoofdpijnen voor in de begeleidende mail aan de auteurs - negatief

Reviews worden altijd gedeeld met de auteurs. Daarnaast willen we de hoofdlijnen opnemen in de begeleidende mail.

Zijn er grote gebreken die we in de mail aan de auteurs moeten opnemen? Geef aan welke dat zijn en wat de ernst ervan is voor de kwaliteit van het artikel.

Overige opmerkingen aan de hoofdredacteur een de redactiesecretaris

Alleen voor de redactie en onzichtbaar voor de auteurs

Reviewbestanden

Gedeelde gezinszorg met verblijf: intensieve interventies voor gezamenlijke hulp aan ouders en kinderen

Samenvatting

Kinderen en ouders helpen om bij elkaar te blijven, ondanks complexe en meervoudige problemen in het gezin, is een belangrijke doelstelling van interventies binnen de jeugdhulp. Eén optie is om hele gezinnen samen tijdelijk “uit huis” te plaatsen en te behandelen. Om het scala aan beschikbare interventieprogramma's met gedeelde gezinszorg met verblijf in kaart te brengen, hebben we peer-reviewed en grijze literatuur doorzocht en input gevraagd van internationale onderzoeksgroepen. We hebben drie belangrijke typen van “gedeelde gezinszorg met verblijf” geïdentificeerd. Gedeelde pleegzorg (GPZ) omvat het delen van de zorg en intensieve modellering van effectief ouderschap door een gastgezin dat zich bezighoudt met mentorschap van de ouder en opvoeding van het kind. Gedeelde residentiële zorg programma's (GRZ) omvatten het delen van zorg en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers die ouders en kinderen betrekken bij wat vaak residentiële programma's waren alleen gericht op kinderen. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB) plaatsen ouders en kinderen ook samen in een residentiële setting, maar de focus ligt hier meer op de behandeling. We beschrijven programma's die momenteel in de praktijk worden uitgevoerd en elk type gedeelde gezinszorg met verblijf illustreren. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van deze programma's kunnen beleidsmakers en programmaontwerpers aan de hand van deze typologie en gedetailleerde informatie over bestaande programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf overwegen welke soorten interventieprogramma's het meeste potentieel hebben om toe te passen in de praktijk.

Trefwoorden: gedeelde gezinszorg met verblijf; gezinnen; residentiële zorg; ouders; modellen; pleegzorg

Shared Family Care: Out of Home Care Programs for Serving Parents and Children Together

Abstract

Helping children and parents remain together, despite significant parent or child problems, is a key objective of child welfare services. One option is to place whole families together into out-of-home settings. We searched peer-reviewed and gray literature and solicited input from international networks to identify the range of family placement programs available. We identified three key types of “shared family care.” **Shared Family Foster Care (SFFC)** involves sharing of care and intensive modeling of effective parenting by a *host family* that engages in mentoring of the parent and parenting of the child. **Shared Residential Care (SRC)** programs involve sharing of care and intensive modeling of effective parenting by *professional staff* as they engage parents and children in what had often been child-only residential programs. **Family Residential Treatment Programs (FRT)** also place parents and children in residence together. FRT programs are often aligned with inpatient treatment units. Active programs that illustrate each type are described. Although limited research has been conducted on these programs, policy makers and program designers can consider which kinds of programs have the most potential for implementation through this typology and detailed information of currently active shared family care programs.

Keywords: shared family care; families; residential care; parents; modeling; foster care

Aantal woorden artikel (excl appendix en referenties): 5928

Inleiding

De jeugdhulp heeft de dubbele verplichting om kinderen te beschermen en gezinnen bij elkaar te houden (Berrick, 2017). Deze verantwoordelijkheid heeft geleid tot een sterke beweging richting gezinsgerichte zorg (bijv. Kokerelias et al., 2019). Er bestaat een grote bezorgdheid dat elke vorm van uithuisplaatsing als een vorm van straf wordt ervaren door ouders en traumatisch kan zijn voor zowel kinderen als ouders, en dat elke onnodige plaatsing moet worden vermeden ten gunste van het bij elkaar houden van ouder en kind of het snel herenigen van gezinnen (Eurochild, 2012). Ook zijn de uitdagingen van het terugplaatsen van kinderen naar huis een punt van zorg, aangezien het percentage kinderen dat na hereniging opnieuw uit huis wordt geplaatst, in veel landen zorgwekkend is (Hébert, Esposito, & Helie, 2018; Jedwab & Shaw, 2017; Parolini et al., 2018).

Een andere ontwikkeling die samenhangt met de bezorgdheid over uithuisplaatsingen, is het verminderde gebruik van residentiële zorg in veel landen. De focus op deinstitutionalisering en het vermijden van residentiële zorg is een trend in het Verenigd Koninkrijk (Thoburn, 2016) en in Europa (UNICEF/Eurochild, 2021), waaronder Nederland. Zo is er in Nederland een focus op het voorkomen van uithuisplaatsingen en op het zo thuis als mogelijk bieden van hulp aan jeugdigen die (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen, zoals in pleegzorg en gezinshuizen (Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd, 2019).

Als reactie op de behoefte aan meer gezinsgerichte zorg hebben aanbieders van residentiële zorg interventieprogramma's ontwikkeld waarbij gezinnen met complexe en meervoudige problemen gezamenlijk worden opgenomen en behandeld. Deze programma's bieden een combinatie van opvoedingsondersteuning, mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving gedurende sommige of alle dagen in de week. We noemen deze programma's gedeelde gezinszorg met verblijf (Shared Family Care). Een belangrijk kenmerk van gedeelde gezinszorg met verblijf is dat het ouders en hun kind(eren) bij elkaar houdt (Barth, 1994).

Definitie van gedeelde gezinszorg met verblijf

Gedeelde gezinszorg met verblijf omvat het planmatig aanbieden van jeugdhulp met verblijf aan ouders en hun kinderen, zodat de ouder en professionals of gastouders (ondersteund door professionals) tegelijkertijd de zorg voor de kinderen delen en toewerken naar zelfstandige

zorg en opvoeding thuis door de ouder (Barth & Price, 1999). Deze definitie bevat verschillende kenmerken van gedeelde gezinszorg met verblijf, namelijk: (1) ouders en kinderen wonen samen; (2) het gastgezin, personeel of structurele onderdelen van het residentiële programma bieden ondersteuning of zorg voor de behoeften van de kinderen en delen de zorg voor de kinderen met de ouders gedurende ten minste een deel van hun tijd buitenshuis; en (3) het programma heeft een team, dat ook bestaat uit professionals, om de gezinnen te ondersteunen en te helpen vaardigheden te ontwikkelen. In tegenstelling tot andere zorginstellingen met individuele cliënten, kan een gedeelde gezinszorg programma zich richten op zowel de behoeften van de ouder (inclusief bijvoorbeeld zijn/haar middelengebruik of opvoedingscapaciteit) als de behoeften van het kind (bijvoorbeeld intensieve geestelijke gezondheidszorg of psychosociale zorg).

Een programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf erkent het belang van het behoud van het gezin als een hechte eenheid die het meest stabiel is wanneer ouders en kinderen een positieve wederzijdse relatie hebben die gezinsfunctioneren en groei bevordert. [Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders \(Ploeg & Wanders-Mulder, 2020\)](#), maar alle programma's kunnen variëren in de mate waarin ze zich richten op jeugdigen en ouders - afhankelijk van de behoeften van het gezin. Programma's met jonge kinderen richten zich meestal op de ouders (als de drijvende kracht achter verandering voor kinderen), maar erkennen ook dat kinderen getraumatiseerd of anderszins ontregeld kunnen zijn door problemen in het gezin in het verleden en mogelijk ook traumagerichte interventies nodig hebben. [Sommige programma's richten zich expliciet op zowel jeugdigen als hun ouders \(Ploeg & Wanders-Mulder, 2020\)](#).

Het concept van het samen bedienen van hele gezinnen kan zeer breed geoperationaliseerd worden. Zo publiceerde het Children's Defense Fund (CDF) aan het eind van de vorige eeuw een compendium over "Whole Family Care" (cf. Baxter & Cummins, 1991) waarin 50 gezinszorgprogramma's werden geïdentificeerd die verschillende populaties dienden, waaronder gezinnen die te maken hadden met huiselijk geweld, drugsmisbruik, tienerouderschap en dakloosheid (Allen & Larson, 1998). Al deze programma's probeerden te voorzien in de behoeften van ouders en kinderen samen, maar slechts weinig programma's lieten ouders en kinderen samen verblijven – op een andere plek dan thuis - behalve de residentiële programma's voor verslaafde ouders.

Twee-generatiebenaderingen (AECF, <https://www.aecf.org/topics/two-generation-approaches/>), zoals gedeelde gezinszorg met verblijf, trachten zowel ouders als kinderen te voorzien van ondersteuning en vaardigheden die nodig zijn om zich te ontwikkelen. Deze

modellen spelen ook in op de observatie dat ouders die te maken hebben met jeugdhulp vaak getraumatiseerd zijn door hun eigen vroegere of huidige ervaringen met geweld in het gezin. Er is hierbij steeds meer aandacht voor traumasensitief werken en trauma-sensitieve zorg als benadering om de impact van negatieve (jeugd)ervaringen op de lichamelijke en psychische gezondheid te verminderen (Bendall et al., 2020). Wereldwijd wordt steeds meer onderkend dat de ondersteuning voor kinderen en ouders die ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt moet worden verbeterd om positieve en langdurige effecten te bereiken (Bargeman et al., 2020; Marsman, 2021; Widom et al., 2012).

Korte geschiedenis van de gedeelde gezinszorg met verblijf

Eerdere ontwikkelingen rondom gedeelde gezinszorg met verblijf laten een grote variatie aan programma's zien, met gedeelde gezinszorg programma's die al minstens 40 jaar in werking zijn. Het eerste bekende programma van deze aard was het Zweedse Barnbyn Ska (Hessle, 1988). Dit programma kwam voort uit het werk in een traditionele residentiële behandelsetting waar medewerkers vaststelden dat er behoefte was aan een minder autoritair, top-down programma. Medewerkers deelden woonruimtes met gezinnen, terwijl ze zich bezighielden met behandeling en kindbescherming. Een tweede gedeelde gezinszorg programma was Mead House, dat opereerde vanuit een groot huis dat 8-10 gezinnen kon huisvesten in Heathrow, Londen. Medewerkers verbleven daar ook en waren 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar voor mentorschap en crisisinterventie. Een derde [model programma](#) was "Whole Family Care" in Minnesota, Verenigde State (VS) (Cornish, 1992), dat gezinnen bij gastgezinnen plaatste die een voorbeeldfunctie gaven voor gezinsleven en casemanagement. Het "Shared Family Care program" in Noord-Californië (Barth & Price, 1999; Price & Wichterman, 2003) leek veel op een pleegzorgprogramma, maar nam alleenstaande moeders (en soms alleenstaande vaders) op met één of meer van hun kinderen.

Deze programma's deelden niet alleen de toewijding om samen voor ouders en kinderen te zorgen, maar hadden ook andere overeenkomsten. Ze bestonden allemaal minstens tien jaar, sommige twintig jaar. De programma's hadden een financieringsregeling die deels voortborduurde op de belangrijkste financieringsstromen die traditionele uithuisplaatsingen van kinderen op afstand van hun ouders ondersteunden. Elk van deze programma's kreeg veel belangstelling en veel bezoekers, maar er waren geen initiatieven om gedeelde gezinszorg programma's op andere plekken te ontwikkelen. Geen van deze programma's heeft behandelbeoordelingen met experimentele onderzoeksdesigns uitgevoerd. Daarbij zijn de programma's nu [beëindigdgesloten](#) - grotendeels door gebrek aan

financieringsstromen om dit soort programma's te ondersteunen. Wat [in-het-sluiten-van-de-programma's-mee-kan-spelen](#) wellicht ook een rol heeft gespeeld in deze ontwikkeling is dat de conventionele manier om kinderen te beschermen door ze bij hun ouders weg te halen ondanks de beweging richting gezinsgerichte zorg nog vrij gangbaar is in de huidige zorgsystemen.

Onderzoeksgegevens ter ondersteuning van gedeelde gezinszorg met verblijf

Onderzoek naar gedeelde gezinszorg programma's is zeer beperkt. Er zijn geen overtuigende studies die de impact aantonen op gebruikelijke uitkomstmaten van interventies in de jeugdhulp, zoals de verblijfsduur van kinderen in zorg, heropname in zorg of de kosten van zorg. Geen enkel onderzoek heeft gedeelde gezinszorg met verblijf experimenteel vergeleken met andere vormen van zorg. De methodologisch sterkste, maar niet experimentele studie, was die van Price en Wichterman (2003). Zij vergeleken de resultaten van kinderen in gedeelde gezinszorg met verblijf met die van therapeutische pleegzorg. Bijna 60% van de deelnemers rondde het gedeelde gezinszorg programma met succes af en van die groep ging 71% zelfstandig wonen; anderen gingen bij familie wonen of kregen een tijdelijke woonplek. Ongeveer 15% van de kinderen ging opnieuw in een pleeggezin wonen, wat iets lager was dan de 20% bij een vergelijkbare steekproef van andere kinderen in lokale pleegzorgprogramma's die de pleegzorg op ongeveer hetzelfde moment hadden verlaten.

In de Verenigde Staten financierde het Pregnant and Post-Partum Women's Initiative (PPWI) halverwege de jaren 1990 kleinschalige residentiële programma's voor verslaafde moeders en jonge kinderen. Geaggregeerde gegevens verzameld in een landelijke evaluatie van 24 van deze projecten laten bemoedigende bevindingen zien met betrekking tot kindersterfte en morbiditeit, retentie- en voltooiingspercentages van de behandeling en gedragsverandering bij de deelnemende moeders na zes maanden (Clark, 2001). Sommige van deze projecten werden echter vroegtijdig gestopt (soms vanwege te weinig deelnemers in relatie tot de hoge kosten van het programma) of konden geen gegevens voor de evaluatie leveren. Regionaal uitgevoerde evaluaties laten uitdagingen zien in het uitvoeren van programma's die volledige cliëntbezetting vereisten om de hoge kosten van personeel en overhead te betalen. Er zijn nog geen kosteneffectiviteitsanalyses die duidelijk de efficiëntie en voordelen van deze projecten hebben aangetoond in vergelijking met het bieden van geen behandeling of andere vormen van behandeling. Sommige van deze PPWI-programma's werken nog steeds met lokale financiering en andere vormen van federale steun als onderdeel van een groter programma (Wilder Research en Volunteers of America, 2019).

Commented [A1]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A2R1]: Die info staat helaas niet in dat artikel

Commented [A3R1]: Dan zou ik dat expliciet vermelden, omdat meer lezers zich deze vraag zullen stellen.

Commented [A4]: En hoe was dat bij therapeutische pleegzorg?

Commented [A5R4]: Idem als hiervoor

Commented [A6R4]: Zie hiervoor

Doel van deze studie

Het doel van deze studie is om huidige programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, te dienen als startpunt voor het vaststellen van gemeenschappelijke kenmerken om de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf te karakteriseren, en voorbeelden te geven van gedeelde gezinszorg programma's. Gezien de voortdurende afname in het gebruik van residentiële zorgprogramma's voor individueel verblijf van kinderen en de gelijktijdige wens om minder formele en minder traumatiserende strategieën te vinden om gezinnen te helpen, kan deze kennis aanzetten tot innovatie en evaluatie van programma's in de praktijk die, als er empirische steun voor is, zal leiden tot een grotere rol voor gedeelde gezinszorg met verblijf in de komende decennia.

Methode

Respondenten

We hebben contact opgenomen met dertien (inter)nationale onderzoeksgroepen op het gebied van residentiële -en pleegzorg (zie Tabel 1) en onze eigen professionele netwerken.

[Voeg Tabel 1 ongeveer hier in]

Deze uitvraag leverde reacties op van 29 professionals, voornamelijk onderzoekers, die hun ideeën over gedeelde gezinszorg met verblijf deelden.

Instrumenten

In een vragenlijst die we aan de onderzoeksgroepen en onze netwerken hebben voorgelegd, hebben we gevraagd naar (i) de naam en contactgegevens van programma's die hele gezinnen samenbrengen in setting voor jeugdhulp met verblijf; (ii) kennis van relevante (wetenschappelijke of grijze) literatuur over gedeelde of hele gezinszorg; en (iii) eventuele andere suggesties of gedachten over dit onderwerp. Het doel van de vragenlijst was om programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die momenteel in verschillende landen worden uitgevoerd te beschrijven.

Commented [A7]: Ik zie onderaan alleen tabellen A1-A3. Ik zou hier verwachten dat het om een tabel met de kenmerken van de respondenten gaat. Dus deze informatie mist nog. En het gaat dus om een gemakssteekproef.

Commented [A8R7]: Ja klopt dat deze informatie miste! We hebben deze tabel toegevoegd aan het eind van dit document direct na de referenties.

Commented [A9R7]: Dank.

Procedure

De respondenten noemden samen 36 programma's die potentiële voorbeelden van dit model zouden kunnen zijn. Deze programma's hebben we aangevuld met tien extra programma's die bekend waren bij ons voordat we de netwerken benaderden, waaronder via sociale mediakanalen zoals LinkedIn. In totaal werden 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf geïdentificeerd voor verder onderzoek

Wat we hebben uitgesloten. Een veel voorkomende vorm van gedeelde gezinszorg met verblijf die bestaat uit drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen (PPW) die ook behandeling van middelenmisbruik en coaching en ondersteuning bij het effectief opvoeden van kinderen bieden (Barth, 1994), hebben we niet opgenomen in ons onderzoek. Deze programma's hebben een lange geschiedenis in de VS (Clark, 2001) en er zijn honderden programma's die daar nog steeds van worden aangeboden (Wilder, 2019), ook buiten de VS (bijv. Brijder, 2022). Daarnaast hebben we residentiële gezinsinterventies voor vrouwen die huiselijk geweld ervaren en onderdak nodig hebben, die een geschiedenis van meer dan een halve eeuw hebben en over de hele wereld actief zijn, niet opgenomen (Baker et al., 2009). We hebben ook gezinsvriendelijke programma's voor daklozen (Bassuk, et al., 2014) uitgesloten. Tot slot sloten we programma's voor ouderschapsbeoordeling uit die zich richtten op de vraag of ouders voor hun kinderen moeten blijven zorgen of dat de kinderen uithuisgeplaatst moeten worden naar een vorm van jeugdhulp met verblijf.

Voor elk van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zochten we op internet en in gepubliceerde literatuur naar informatie over het programma. We wilden basisinformatie verzamelen over wie er via het programma wordt geholpen (d.w.z. de populatie), waar het programma zich bevindt (d.w.z. de fysieke omgeving en het type woonvorm), wat de focus of inhoud is (d.w.z. de programmadoelstellingen en aangeboden hulpverlening) en hoe het programma is gestructureerd of wordt beheerd (d.w.z. kenmerken op macroniveau). Deze domeinen zijn ook gebruikt om andere programmamodellen te beschrijven en te classificeren, waaronder programma's voor gezinszorg (Allen & Larson, 1998) en alternatieve onderwijsprogramma's (Aron, 2003), en hebben op vergelijkbare wijze gediend als raamwerk in ons onderzoek naar het huidige landschap van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf.

Data-analyse

Voor elk van de programma's hebben we verschillende coderingsronden uitgevoerd. In elke ronde hebben we het beschikbare beschrijvende programmamateriaal gecodeerd in Microsoft Excel door ten minste twee auteurs om robuustheid te garanderen. Over het algemeen werden het coderingsproces en de analyse behandeld als een heuristisch proces (Saldana, 2016). In eerste instantie hebben we de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gecodeerd aan de hand van de vraag of het programma gezinnen met hun kinderen samenbrengt in een residentieel programma dat een combinatie biedt van opvoedingsondersteuning of mentorschap, gezinstherapie en een gedeelde leefomgeving voor sommige of alle dagen in een week (gecodeerd als "ja", "nee" of "onzeker"). Voor programma's die als 'onzeker' waren gecodeerd omdat er onvoldoende informatie was om deze beoordeling te maken, hebben we schriftelijk en/of mondeling contact opgenomen met medewerkers van het programma om aanvullende informatie te [vragenverkrijgen](#).

Na het bespreken van verschillen in codering en het bereiken van consensus tussen alle auteurs, werden twaalf van de 46 potentiële programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf uiteindelijk niet beoordeeld als gedeelde gezinszorg met verblijf volgens onze definitie. Uitsluitingsredenen waren: gericht op opvoeden door middel van intensieve ambulante ondersteuning in plaats van in een klinische setting (n=7); residentiele plaatsing van kinderen alleen, niet samen met hun [familie-gezin](#) (n=3); uitsluitend gericht op ouderschapsbeoordeling (n=1) en uitsluitend gericht op respijtzorg (n=1). Daarnaast werden vier drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor zwangere en opvoedende vrouwen uitgesloten. Drie programma's werden uitgesloten omdat we te weinig informatie hadden om te coderen en pogingen om contact op te nemen met medewerkers van het programma niets opleverden. Tot slot besloten we om niet-operationele programma's uit te sluiten, waardoor nog eens vier programma's werden uitgesloten.

Uit de oorspronkelijke lijst van 46 programma's bleven 23 operationele programma's over die werden beschouwd als gedeelde gezinszorg met verblijf, d.w.z. programma's die een vorm van opvoedingsondersteuning via jeugdhulp met verblijf boden. Ondanks de vele verschillen tussen deze 23 programma's, was er toch een aantal gemeenschappelijke elementen die de kern van deze programma's vormden. Op basis van deze gemeenschappelijke elementen hebben we de programma's, door middel van een iteratief codeerproces, ingedeeld in drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf die worden geïntroduceerd en [volledig](#) beschreven in de resultaten. [Voor elke categorie hebben we Een](#) aantal actieve programma's [die elke categorie typeren worden ook](#) beschreven.

Resultaten

Uit de beoordeling van bestaande programma's kwamen drie categorieën van interventies voor gedeelde gezinszorg met verblijf naar voren. De categorieën classificeren de programma's op basis van de mate waarin ze zich richten op behandeling in plaats van het modelleren van effectief ouderschap, en door wie het effectieve opvoedingsgedrag wordt gemodelleerd. De resulterende drie categorieën zijn:

1. Gedeelde pleegzorg (GPZ): het delen van de zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door pleegouders;
2. Gedeelde residentiële zorg (GRZ): het delen van zorg voor de kinderen en intensief modelleren van effectief ouderschap door professionele medewerkers;
3. Residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB): specifieke therapieën en ondersteuning gericht op het welzijn van ouder/kind en/of ouderschap, vaak als onderdeel van intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) behandeling in een ziekenhuis of klinische setting, maar zonder expliciete gedeelde zorg voor de kinderen en intensieve modellering van effectief ouderschap.

In alle drie de categorieën van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf worden ouders en kinderen samen geplaatst. Ze behouden zo een huishouden terwijl ze tegelijkertijd werken aan hun eigen persoonlijke problemen door middel van een therapeutisch programma. GPZ en GRZ lijken op elkaar in die zin dat ouders voortdurend directe feedback krijgen over hun opvoedvaardigheden en levenstaken. Beide modellen bieden talloze kansen voor observatie en ondersteuning van effectief ouderschap. Ze verschillen echter doordat GPZ-gezinnen tijdelijk worden geplaatst in het huis van een gast- of pleeggezin, terwijl GRZ-gezinnen komen te wonen in gedeelde huisvesting op het terrein van een residentiële jeugdhulp instelling en ouders de zorg voor de kinderen delen met professionele verzorgers.

Verder verschilt RGB van GPZ en GRZ, omdat bij RGB ouders de zorg voor hun kinderen niet expliciet delen met een gast- of pleeggezin (zoals bij GPZ) of professionele medewerkers (zoals bij GRZ). RGB biedt dus minder kansen voor intensieve modellering en ondersteuning van effectief ouderschap in dagelijkse interacties, informele relatievorming en hulp bij praktische taken van het dagelijks leven.

In RGB-programma's worden gezinnen ondersteund door hulpverleners, andere gezinnen en specifieke vormen van behandeling zoals individuele therapie voor de ouder, kindtherapie (bijv. speltherapie of creatieve therapie) voor het kind, of ouder-kind

Commented [A10]: Als dat zo is, waarom dan toch opgenomen in artikel over gedeelde gezinszorg? Omdat er een aandeel in de (individuele) therapieën is van professionals?

Commented [A11R10]: We hebben dit toch opgenomen omdat ouders en kinderen samen geplaatst zijn. We hebben de formulering van deze zin wat aangepast, zodat het hopelijk duidelijker is.

Commented [A12R10]: akkoord

groepstherapieën. Ouders krijgen dus feedback van maatschappelijk werkers en/of andere ouders over aspecten van de opvoeding en het gezinsfunctioneren. Deze feedback over opvoedingsvaardigheden ontvangen ouders echter als onderdeel van de behandeling, tijdens behandelsessies, evaluatiebesprekingen, of misschien meer direct wanneer er sprake is van een crisis. [RGB-programma's verschillen zodoende](#)~~Het verschilt daarom~~ van de directe en voortdurend aanwezige feedback die zo kenmerkend is voor GPZ en GRZ-programma's. Tabel 2 geeft de geografische locatie van de programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf weer die in onze evaluatie zijn opgenomen.

[Voeg tabel 2 hier ongeveer in]

Hoe ziet gedeelde gezinszorg met verblijf eruit?

De 23 programma's bevinden zich op geografisch diverse locaties, wat suggereert dat het concept van gedeelde gezinszorg met verblijf en de uitvoering van deze programma's een brede reikwijdte hebben. Bijlage A geeft een overzicht van elk programma per categorie en wat beschrijvende informatie. Hier vatten we enkele van de belangrijkste bevindingen over deze programma's samen.

De doelgroep. De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf die we hebben gevonden bedienen een diverse doelgroep. Voorbeelden hiervan zijn: gezinnen van kinderen met speciale ondersteuningsbehoeften (bijv. ernstige gedrags- of psychiatrische problemen); gezinnen van ouders die te maken hebben met psychische aandoeningen, verslaving en herstel, partnergeweld of beperkt cognitief functioneren; jonge (zwangere) ouders; gezinnen die het risico lopen op scheiding en uithuisplaatsing van het kind (d.w.z. gezinnen die onder druk staan van de autoriteiten om de situatie van de kinderen te verbeteren, uit zorg om hun ontwikkeling en veiligheid); en gezinnen die langdurige en complexe problemen ervaren op verschillende levensgebieden (d.w.z. zowel op het gebied van de gezondheid als sociaal-economisch).

Fysieke omgeving en type leefomgeving. We vonden twee typen woonvormen waarin gedeelde gezinszorg met verblijf wordt geboden, namelijk 1) *gezinshuizen* die, verwant aan (netwerk)pleegzorg, gedeelde gezinszorg met verblijf leveren in een eengezinswoning waar gezinnen samenleven met gast- of pleegouders, en 2) woonvormen waarin gezinnen in *gesuperviseerde huisjes of appartementen op residentiële instellingsterreinen* wonen.

Commented [A13]: Deze tabel mis ik ook

Commented [A14R13]: Is ook ingevoegd op eind van het artikel.

Commented [A15R13]: Dank

Programmadoelstellingen en aangeboden diensten. De kern van het model voor gedeelde gezinszorg met verblijf omvat de algemene doelen en de dagelijkse activiteiten van het programma. Hoewel niet alle programma's een duidelijke doelomschrijving hebben, richten verschillende programma's zich op het verminderen van ouderlijke problemen en stress, het verbeteren van opvoedingsvaardigheden en het versterken van ouder-kind relaties. Door middel van gevarieerde activiteiten werkt elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf aan deze programmadoelen. De soorten activiteiten die we aantreffen omvatten allerlei vormen van intensieve gezinsondersteuning, zoals intensieve begeleiding en modellering, coaching en mentoring van opvoedingsvaardigheden, casemanagement en snelle toegang tot een team van professionals. De programma's omvatten ook verschillende activiteiten voor de ouders (bijv. ondersteuningsgroepen voor ouders) en de kinderen (bijv. activiteiten in een kinderdagverblijf).

Programmabeschrijvingen

Om de drie typen gedeelde gezinszorg met verblijf verder te illustreren, geven we hierna een meer gedetailleerd overzicht van een aantal bestaande programma's.

Gedeelde pleegzorg

Zoals tabel A1 in bijlage A laat zien, hebben we slechts één bestaand programma geïdentificeerd dat voldoet aan onze definitie van gedeelde pleegzorg: Live-In Family Enhancement (LIFE).

Canada Live-In Family Enhancement (LIFE)

Live-In Family Enhancement (LIFE) ontstond in Manitoba Canada om gezinsversterking te bevorderen in jeugdbeschermingszaken (Deane et al., 2018). Metis Child, Family and Community Services, een inheemse instantie, ontwikkelde deze aanpak van gedeelde pleegzorg waarbij ouders samen met hun kinderen worden opgenomen. Het LIFE-model betekent dat ouders en kinderen fulltime bij een pleeggezin intrekken, samen met een gezinsmentor, gedurende 8-12 maanden (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

LIFE stelt een reeks hulpvormen ter beschikking voor zowel ouders als kinderen, waaronder coaching en ondersteuning bij het opvoeden op moment-tot-moment-basis, zeven dagen per week. Gezinnen hebben ook toegang tot op gehechtheid gebaseerde oudertraining, agressiebeheersingstraining, terugvalpreventie bij middelenmisbruik, hulp bij het vinden van

Commented [A16]: LZ: Feedback reviewer C bij tabellen A1, A2, A3: "Slechts bij twee van de daarin opgenomen programma's wordt een link gegeven naar nadere informatie. Een link naar direct toegankelijke literatuur is bij elk van de programma's een absolute noodzaak om daarvan onafhankelijk kennis van te kunnen nemen."

Ik weet niet of ik het passend vind om overal een website/link naar verdere informatie te plaatsen (aangezien we daar ook geen toestemming voor hebben). Tegelijk noemt reviewer C het wel een "dringend verzoek om directe informatie over de besproken programma's" (zie bij onderdeel referenties). Hoe dan ook goed en consequent te zijn, dus bij alle programma's wel óf niet een link. Hoe sta jij hierin? Als je vindt dat we de links wel moeten toevoegen: laat maar weten als je daar dan nog hulp bij nodig hebt.

Commented [A17R16]: Ik vermoed dat de tekst hierboven betrekking heeft op een discussie tussen de auteurs. Ik zie dat in de tabel alle programma's zijn voorzien van een link. Dus dat is fijn. Ik zie alleen in tabel A2 bij programma 12, dat hier deze informatie nog mist. Dus graag hier nog link of anders literatuur of onderzoeksgroep toevoegen

werk, hulp bij voeding en budgettering, ondersteuning bij problemen op school of in de kinderopvang en een reeks andere interventies (Metis Child, Family, and Community Services, 2014).

De doelen en focus van activiteiten van pleegouders en medewerkers zijn onder andere gericht op: (1) het opzetten van voorspelbare routines; (2) het goed vormgeven van ouderschap; (3) het opbouwen van vertrouwen; (4) het verbreden van de cirkel van steun door het herstellen van relaties; (5) het beheren van het huishouden; en (6) het verkrijgen van veilige huisvesting en een geregeld inkomen. Het LIFE-programma wordt gefinancierd uit dagvergoedingen die normaal gesproken aan pleegouders worden betaald, en uit financiële toelagen voor voedselkosten die worden betaald via Werkgelegenheid en Inkomensbijstand voor huishoudens met een laag inkomen (Deane et al., 2018).

Uit een evaluatieonderzoek bleek dat 27 gezinnen met 39 kinderen werden geholpen in een periode van 7 jaar (2008-2015; Deane et al., 2018). Een meerderheid (75%) van de kinderen van wie het gezin het LIFE-programma voltooidde, is bij hun gezin gebleven en niet opnieuw in zorg gekomen (programmadirecteur LIFE, persoonlijke communicatie, 9 augustus 2018). LIFE lijkt ook positieve uitkomsten voor gezinnen te hebben, zoals een sterkere gehechtheid tussen ouder en kind, verbeterde opvoedingsvaardigheden voor verzorgers, versterkte sociale steun voor gezinnen en nieuwverworven vaardigheden op het gebied van huishoudmanagement.

Gedeelde residentiële jeugdzorg

We hebben twaalf programma's geïdentificeerd die voldeden aan onze definitie van gedeelde residentiële zorg (zie Tabel A2 in Bijlage A voor meer details). Hieronder geven we een gedetailleerde samenvatting van één zo'n programma, gebaseerd op Tener et al. (2018) en interviews met ontwikkelaars van het programma. We hebben gekozen voor dit programma, aangezien er relatief veel informatie over beschikbaar is en dit het enige programma is dat plaatsvindt buiten de Verenigde Staten en Europa, namelijk in Azië.

De Shabtai Levi Mothers' Unit in Israël werkt met moeders die het risico lopen dat hun kind in de pleegzorg wordt geplaatst. Het programma biedt onderdak aan 8-10 vrouwen en hun kinderen tot 6 jaar. Deelnemers moeten aantonen dat ze [de voegdijs het gezag](#) over hun kinderen willen behouden en deel willen uitmaken van een gemeenschap met andere vrouwen. Moeders blijven over het algemeen meer dan een jaar voordat ze terugkeren naar zelfstandig wonen in de gemeenschap. Soms kiezen moeders ervoor om het programma zonder hun kinderen te verlaten. De kinderen gaan dan naar een pleeggezin.

De Moeders' Unit bevindt zich in een zeer groot appartement met een aangrenzende kleuterschool. Elke moeder krijgt een kamer voor haarzelf en haar kind en heeft toegang tot de gemeenschappelijke leefruimte. De activiteiten bestaan uit individuele-en groepstrainingen in levens- en ouderschapsvaardigheden. De activiteiten versterken het psychosociale welzijn van de vrouwen en zorgen ervoor dat ze beter in staat zijn om te gaan met de druk die het leven in een groep met zich meebrengt, om het ouderschap aan te kunnen en om de overgang te maken naar een gezond gezinsleven in de gemeenschap. Moeders ontvangen een toelage die hun huisvestingskosten dekt en een mogelijkheid biedt om te leren budgetteren.

De Mothers' Unit heeft veel vrijwilligers en twee soorten professionele medewerkers: maatschappelijk werkers en ondersteunend personeel. De maatschappelijk werkers faciliteren de therapeutische en educatieve groepen. Het ondersteunend personeel bestaat uit een mix van huishoudsters, coaches en zorgcoördinatoren. Ze werken acht uur per dag naast de vrouwen om hen te helpen de basisbeginselen van het huishouden te leren, hun kinderen gezonde maaltijden te geven, hun kinderen structuur en genegenheid te geven en bedtijdroulines te ontwikkelen.

Onderzoek van Tener et al. (2018) wijst uit dat de Mothers' Unit **kosteneffectief is** in het helpen van vrouwen om **de voegdijhet gezag** over hun kinderen te behouden en een veilig leven te leiden. De Moeders' Unit stelt deze vrouwen in staat om eerdere trauma's aan te pakken en een veiliger weg voorwaarts te vinden. Verder komen oud-bewoners terug naar de Moeders' Unit om evenementen bij te wonen en om contact te houden met de medewerkers en vrijwilligers waarmee ze belangrijke relaties hebben opgebouwd.

Programma's voor residentiële gezinsbehandeling

We hebben tien programma's geïdentificeerd die voldoen aan onze definitie van residentiële gezinsbehandeling (zie tabel A3 in Bijlage A). We hebben gekozen voor het beschrijven van een programma waar relatief veel informatie over beschikbaar is en dat een goed beeld geeft van residentiële gezinsbehandeling.

Psychiatrische Kliniek Thurgau

De Psychiatrische Kliniek in Thurgau, Zwitserland, biedt klinische behandeling aan moeders of vaders met psychiatrische problematiek en hun jonge kinderen (0 tot 5 jaar). De verblijfsduur is gemiddeld drie maanden en wordt bepaald op basis van de behoeften van elk

Commented [A18]: Op pag. 6 beweren jullie nog dat er geen kosteneffectiviteitsanalyses zijn uitgevoerd bij gezinszorg programma's. Hoe zit dat?

gezin. Het programma heeft de capaciteit om vijf moeders of vaders met hun kind (maximaal twee kinderen) tegelijk te helpen.

De psychiatrische kliniek biedt therapeutische activiteiten voor zowel de ouders als hun kinderen. Ouders met psychische problematiek kunnen deelnemen aan individuele therapie, relatietherapie, gezinstherapie en groepstherapie, kunst-, muziek- en bewegingstherapie, psychofarmacologische zorg, ontspanningsoefeningen, praatgroepen, mindfulnessgroepen en vaardigheidsgroepen, en sport. Kinderen kunnen deelnemen aan speltherapie, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie en creatieve kunstzinnige therapieën. De dagelijkse zorg voor de kinderen wordt geboden door een kinderdagverblijf op de afdeling, dat de kinderen een aan hun leeftijd aangepaste dagelijkse routine biedt met ruimte voor sociale en creatieve ontwikkeling. Er worden ook therapieën aangeboden die de interactie tussen ouder en kind bevorderen.

Bij de behandeling zijn verschillende professionals betrokken. Er is een team van kinderen- en jeugdpsychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en pedagogen beschikbaar om de kinderen te behandelen. Ze proberen de vaardigheden van de ouders te versterken en hun behoeften te ondersteunen. In het dagverblijf leren de ouders van de professionele opvoeders hoe zij met hun kind omgaan (i.e. modelling). De kinderen krijgen vijf uur per dag dagopvang. De behandeling van de ouders wordt volledig vergoed door hun zorgverzekeraar. Ouders moeten een behandelingsvergoeding van 50 Zwitserse frank per dag per kind betalen. De overige kosten worden gedekt door de psychiatrische kliniek. Op dit moment zijn er nog geen resultaten van het programma bekend.

Discussie

Het doel van dit artikel was om de huidige stand van zaken rondom gedeelde gezinszorg met verblijf te beschrijven, om gemeenschappelijke kenmerken van de verschillende soorten programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf vast te stellen, en om voorbeelden te geven van deze programma's. De resultaten van ons onderzoek hebben geleid tot verschillende conclusies, zoals hieronder beschreven.

We vonden drie typen van gedeelde gezinszorg met verblijf. De prevalentie van deze typen varieerde echter, met slechts één gedeeld pleegzorg programma, 12 gedeelde residentiële zorg programma's en 10 residentiële gezinsbehandelprogramma's. Hoewel in elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf het gezin als een collectieve eenheid de veronderstelde cliënt is, wordt de behoefte aan gedeelde gezinszorg met verblijf bepaald door problematiek van het kind (bijv. bij ernstige gedrags- of psychiatrische problemen), de

ouder(s) (bijv. bij psychische aandoeningen) of een combinatie daarvan (bijv. veiligheidsrisico's in het gezin). De programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf identificeerden zichzelf over het algemeen door de focus op cliënten of gezinnen met een bepaald probleem, zoals tienerzwangerschappen en ouderschap. In de praktijk lijkt het merendeel van de programma's zich echter te richten op gezinnen met complexe en meervoudige problemen (cf. Allen & Larson, 1998).

De doelgroep of behoeften bij de doelgroep lijken de expliciete doelen van elk programma voor gedeelde gezinszorg met verblijf te bepalen. De verschillende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf in onze studie laten echter een aantal gemeenschappelijke kenmerken zien, waaronder het beschermen van de veiligheid van kinderen, het vergroten van opvoedvaardigheden bij ouders, het versterken van de ouder-kind relatie en het helpen van ouders om zich voor te bereiden op zelfstandig wonen (zie ook Allen & Larsen, 1998, p. xiv-xvi).

Ondanks de overtuiging, die begon in de jaren zeventig, dat programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf tegemoetkomen aan essentiële behoeften van kinderen en gezinnen, hebben we in deze studie slechts enkele tientallen programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf gevonden die momenteel wereldwijd actief zijn. Sterker nog, de trend van het toenemend inzetten van dit type gedeelde gezinszorg in het Verenigd Koninkrijk, Zweden en de Verenigde Staten die ontstond in de jaren 1990 en 2000 is grotendeels tot stilstand gekomen.

In lijn hiermee vonden we in ons onderzoek slechts één actief programma voor gedeelde pleegzorg. **Uit gesprekken met aanbieders die geïnteresseerd zijn in gedeelde pleegzorg, kwam een praktische belemmering naar voren. Zo staan de regels voor vergunningen pleeggezinnen toe om meerdere niet-verwante pleegkinderen op te vangen, maar als kinderen bij hun biologische ouder in het pleeggezin worden geplaatst, wordt het moeilijker om andere pleegkinderen in dat huis op te vangen. Gezien het beperkte aantal pleeggezinnen geven instanties de voorkeur aan het opvangen van jeugdigen boven het opvangen van hele gezinnen om meer cliënten te kunnen helpen.**

We zagen meer programma's in de gedeelde residentiële zorg. Verder zijn RGB's internationaal het meest aanwezig. Deze programma's zijn gericht op een grote verscheidenheid aan cliëntenpopulaties en behandelingsbehoeften. Gezien de waarde van het gezin bij het bevorderen van herstel, kan het bij elkaar houden van ouders en kinderen tijdens intensieve behandelingen de effectiviteit van klinische vooruitgang vergroten en trauma's verminderen. **Voor geen van de programma's bestaan echter onderzoeksresultaten. Daarom**

Commented [A19]: Hebben jullie ook nog gesprekken gevoerd? Dat staat niet eerder beschreven in de procedure. En eigenlijk gaat het dan hier om nieuwe onderzoeksinformatie.

Commented [A20R19]: Ik heb in de methode mondelinge contact toegevoegd, zie p. 9

Commented [A21R19]: Akkoord.

Commented [A22]: Even voor controle: überhaupt niet of geen uit experimentele studies

bevelen we evaluatiestudies aan met een gedegen experimentele opzet. Daarmee kan worden vastgesteld of er steun is voor het opschalen, of op zijn minst het onderhouden van kleinschalige programma's.

We hadden verwacht meer gedeelde pleegzorg programma's te vinden. We weten uit eerder onderzoek dat veel families informeel hun familieleden thuis opvangen als er een crisis is en dat het werven van families voor gedeelde pleegzorg niet moeilijk is (Barth & Price, 2005). De uitdagingen van het starten en onderhouden van gedeelde gezinszorgprogramma's lijken vooral te maken te hebben met de financiering. Uit onze resultaten blijkt dat holistische financiering voor hele gezinnen moeilijk is omdat budgetten vaak worden opgesplitst op basis van de ontvanger: financiering vanuit de zorgverzekering of specifieke fondsen voor hulp aan ouders (e.g. opvang in verband met huiselijk geweld) en financiering door gemeenten of specifieke programma's voor kinderen (e.g. residentiële jeugdhulp). Er zijn aanzienlijke inspanningen nodig om financieringsstromen te combineren.

Ook de logistiek van huisvesting is moeilijk bij gedeelde gezinszorg met verblijf. Ouders die een woning hebben, kunnen terughoudend zijn om naar een gedeeld gezinszorgprogramma te gaan - uit angst dat ze na hun verblijf niet meer een vergelijkbare woning kunnen vinden. Het vinden van huisvesting voor het programma zelf is ook een uitdaging. Het gedeelde pleegzorgprogramma LIFE die we in de resultaten hebben beschreven, heeft ondanks deze beperkingen goed gefunctioneerd omdat er huisvesting gereserveerd en toegewezen is voor de gezinnen in hun gedeelde gezinszorgprogramma (Deane et al., 2018).

Ondanks de veelbelovendheid van gedeelde gezinszorg met verblijf hebben we weinig empirisch bewijs gevonden voor de effectiviteit ervan. Wij vermoeden dat dit zal veranderen naarmate de zorgen over de hoge kosten en beperkte voordelen van het scheiden van kinderen van hun ouders toenemen en naarmate de beweging die opkomt voor ouders zich internationaal verder ontwikkeld (International Parent Advocacy Network, 2022).

We zijn nog ver verwijderd van een antwoord op de vraag welk type gedeelde gezinszorg programma werkt voor welk "soort" gezin. Sterker nog, er is nog maar weinig bewijs voor een aanbeveling om gedeelde gezinszorg met verblijf uit te breiden. Het sterkste argument voor uitbreiding van gedeelde gezinszorg met verblijf is de verwachting dat het vaardigheden bij jeugdigen en ouders kan ontwikkelen die toepasbaar zijn in een omgeving die de omstandigheden thuis het beste benaderen. We bevelen bestaande programma's aan om systematisch onderzoek te doen om kennis op te bouwen over zowel de implementatie van programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf als voor het meten van de resultaten van

de gezinnen die worden geholpen. Bewijs ten aanzien van veiligheid, stabiliteit en welzijn bij zowel ouders als kinderen na plaatsing kan de argumenten voor dit programamodel versterken.

Bestaande of zich ontwikkelende programma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf zouden ook baat kunnen hebben bij het zich aansluiten bij een ledenorganisatie. In de VS kan de *Association of Children's & Residential Services* een logische thuisbasis zijn, gezien hun internationale bereik en huidige lidmaatschap van residentiële programma's. Een lidmaatschapsorganisatie kan zowel de bestaande leden ondersteunen, het delen van kennis bevorderen als ook de ontwikkeling van opkomende programma's ondersteunen. De drie types van gedeelde gezinszorg met verblijf die in deze studie zijn beschreven, zouden verder onderzocht kunnen worden en, bij bewezen effectiviteit, kunnen leiden tot 'best practice' modellen.

Bij het uitvoeren van onze analyse zijn we op verschillende beperkingen gestuit. Hoewel we geprobeerd hebben om systematisch te zoeken naar bestaande programma's, omvatten onze resultaten waarschijnlijk niet alle bestaande programma's, vooral niet die buiten de Engelstalige context. De programma's die in ons overzicht zijn opgenomen, zijn waarschijnlijk ook niet representatief verdeeld over de verschillende landen. Zo hebben we bijvoorbeeld relatief weinig programma's uit de VS, en geen programma's uit het Verenigd Koninkrijk of Duitsland opgenomen, terwijl die er mogelijk wel zijn. Verder waren onze pogingen om elk programma in te delen in één van de drie typen niet sluitend. We wilden vaak meer informatie over elk programma hebben dan wat beschikbaar was. De werkzaamheden en functies van medewerkers binnen de programma's waren van belang voor het goed beschrijven van de programma's, maar waren vaak het moeilijkst te achterhalen.

Volgende stappen

Overheidsinstanties en jeugdhulp aanbieders zijn op zoek naar innovatieve manieren om gezinnen hulp te bieden op de minst traumatiserende manier die mogelijk is. Het overzicht van gedeelde gezinszorgprogramma's in deze studie kan beleidsmakers en programmamanagers die geïnteresseerd zijn in gedeelde gezinszorg met verblijf helpen om contact op te nemen met organisaties die deze programma's aanbieden die mogelijk geschikt zijn voor implementatie in hun omgeving. We moedigen bestaande programma's daarbij aan om samen te werken met onderzoekers om [werkzame programma-elementen te identificeren](#) en resultaten te meten [en werkzame programma-elementen te identificeren](#). Zelfs als experimentele onderzoeksdesigns niet op grote schaal haalbaar zijn, is er nog veel te leren

over welke elementen van programma's resulteren in het succesvol functioneren van gezinnen en de overgang naar wonen in de gemeenschap. Meer gedetailleerdere beschrijvingen van wat de gebruikelijke praktijkelementen van gedeelde gezinszorg met verblijf zijn, kunnen voortbouwen op de resultaten van deze studie. Maar zonder onderzoek naar uitkomsten van gedeelde gezinszorg met verblijf blijven de mogelijkheden van meer begrip over welke programma-elementen het meest van belang zijn voor positieve uitkomsten buiten ons bereik.

Aangezien er internationale belangstelling is voor gedeelde gezinszorg met verblijf, willen we (inter)nationale organisaties die zich bezighouden met jeugdhulp met verblijf aanmoedigen om het voortouw te nemen bij de ontwikkeling van en kennisuitwisseling over (elementen van) gedeelde gezinszorg met verblijf. Denk hierbij aan het houden van onderzoeksbijeenkomsten, het opzetten van een expertisecentrum voor implementatie, het vinden van manieren om gedeelde gezinszorg met verblijf flexibel te financieren en het kijken naar hoe deze gezinsgerichte programma's aansluiten bij programma's voor verslaving, huiselijk geweld en dak- en thuisloosheid.

Gedeelde gezinszorg met verblijf zal zich niet uitbreiden en zijn potentieel bereiken zonder beleidsondersteuning. Recente wetgevende inspanningen in de Verenigde Staten, zoals de Family First Prevention Services Act (FFPSA), zijn expliciet bedoeld om te voorkomen dat jeugdigen uit de buurt van hun familie worden geplaatst en kunnen dus in lijn zijn met de idealen van gedeelde gezinszorg met verblijf. Verder heeft de FFPSA de plaatsing van jeugdigen in residentiële programma's beperkt, waardoor aanbieders van residentiële zorg die modellen voor samengestelde zorg ondersteunen en zijn gaan overwegen om hun zorgaanbod aan te passen. Toch is de verwachting dat programma's hun effectiviteit kunnen bewijzen zonder een financieringsbron voor noodzakelijk onderzoek ontmoedigend. Een gericht programma om programma's van gedeelde gezinszorg met verblijf nader te onderzoeken is een waardevolle volgende stap.

Referentics

- Allen, M., & Larson, J. (1998). *Healing the whole family: A look at family care programs*.
<https://staging.childrendefense.org/wp-content/uploads/2018/08/healing-the-whole-family-family-care-programs.pdf>
- Aron, L. Y. (2003). *Towards a typology of alternative education programs: A compilation of elements from the literature*. Washington DC: Urban Institute.
<https://www.urban.org/research/publication/towards-typology-alternative-education-programs>
- Baker, C. K., Niolon, P. H., & Oliphant, H. (2009). A Descriptive Analysis of Transitional Housing Programs for Survivors of Intimate Partner Violence in the United States. *Violence Against Women, 15*(4), 460–481. <https://doi.org/10.1177/1077801208330933>
- Bargeman, M., Smith, S., & Wekerle, C. (2021). Trauma-informed care as a rights-based "standard of care": A critical review. *Child Abuse & Neglect, 119*(1). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104762>
- Barth, R. P. (1994). Shared family care: Child protection and family preservation. *Social Work, 39*(5), 515-524.
- Barth, R. P., & Price, A. (1999). Shared family care: Providing services to parents and children placed together in out-of-home care. *Child Welfare, 78*(1), 88-107.
- Barth, R. P., & Price, A. (2005). Shared family care: Evidence from implementing an innovative child protection and family preservation program. In J. Scott & H. Ward (Eds.), *Promoting the Wellbeing of Vulnerable Children*. Jessica Kingsley Publishers.
- Bassuk, E. L., DeCandia, C. J., Tsertsvadze, A., & Richard, M. K. (2014). The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: a systematic review. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(5), 457-474. <https://doi.org/10.1037/ort0000020>
- Baxter, C., Cummins, R. A., Volard, J., & da Costa, C. (1992). Shared family care: Policy implementation during the initial stage of service development. *Australian Disability Review, 2*, 63-72.
- Baxter, C., & Cummins, R. A. (1991). Accessibility of generic services to children with intellectual disability: An evaluation of shared family care. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities, 17*(4), 365-375.
Doi:10.1080/07263869100034701

- Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (2019). *De best passende zorg voor kwetsbare jongeren*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/03/25/de-best-passende-zorg-voor-kwetsbare-jongeren>
- Bendall, S., Eastwood, O., Cox, G., Farrelly-Rosch, A., Nicoll, H., Peters, W., Balley, A. P., McGorry, P. D., & Scanlan, F. (2020). A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreatment*, 26(3), 313-324. <https://doi.org/10.1177/1077559520927468>
- Berrick, J. D. (2017). *The Impossible imperative: Navigating the competing principles of child protection*. Oxford University Press.
- Brijder Addiction Clinic Parent and Child, www.brijder.nl/hoe-wij-helpen/onze-behandelingen/kliniek-ouder-kind, retrieved June 7, 2022.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80, 179-198.
- Cornish, J. (1992). Fostering homeless children and their parents too: A unique approach to transitional housing for homeless families. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 4(2), 43-59.
- Deane, L., Glass, J., Vystreil-Spence, I., & Mignone, J. (2018). Live-In Family Enhancement (LIFE): a comprehensive program for healing and family reunification. *First Peoples Child and Family Review*, 13(1), 35-49.
- Dunst, C. J., Johanson, C., & et al. (1991). Family-oriented early intervention policies and practices: Family-centered or not? *Exceptional Children*, 58(2), 115.
- Eurochild (2012). *De-institutionalisation and quality alternative care for children in Europe: Lessons learned and the way forward*. Retrieved from: https://www.openingdoors.eu/wp-content/uploads/2013/05/DI_Lessons_Learned.pdf
- Fields, E., Farmer, E. M. Z., Apperson, J., Mustillo, S., & Simmers, D. (2006). Treatment and posttreatment effects of residential treatment using a re-education model. *Behavioral Disorders*, 31(3), 312-322.
- Gibson, D., & Noble, D.N. (1991). Creative permanency planning: Residential services for families. *Child Welfare*, 70, 371-382.
- Hébert, S. T., Esposito, T., & Hélie, S. (2018). How short-term placements affect placement trajectories: A propensity-weighted analysis of re-entry into care. *Children and Youth Services Review*, 95, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.10.032>.

- Hessle, S. (1988). *Familjer i sonderfall [Disintegrating families]*. Nordstedts.
- Icenhower, C. (n.d.) *Family-based Recovery: The SHIELDS for Families Exodus Programme*. London, UK: United Nations Publications,
<https://atcpepwttools.org/ResourceMaterials/SHIELDS%20United%20Nations%20Publications-1.pdf>
- International Parent Advocacy Network (2022). The child welfare Advocacy Movement Toolkit for Transformation: Building an international parent let movement fighting for families affected by child welfare, <https://toolkit.parentadvocacy.net/topic/the-child-welfare-parent-advocacy-movement/retrieved>, June 8, 2022.
- Jedwab, M., & Shaw, T. V. (2017). Predictors of reentry into the foster care system: Comparison of children with and without previous removal experience. *Children and Youth Services Review*, 82, 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.09.027>
- Kokorelias, K. M., Gignac, M. A. M., Naglie, G., & Cameron, J. I. (2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–11.
- Marsman, A. (2021). *Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health*. Ridderprint. <https://doi.org/10.26481/dis.20211103vm>
- Metis Child, Family, and Community Services. (2014). *Annual Report 2013-2014*. Retrieved from http://www.metiscfs.mb.ca/annual_reports.php
- Parolini, A., Shlonsky, A., Magruder, J., Eastman, A. L., Wulczyn, F., & Webster, D. (2018). Age and other risk factors related to reentry to care from kin guardian homes. *Child Abuse & Neglect*, 79, 315-324.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.024>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191-203. <https://doi.org/10.5117/PED2020.2.003.PLOE>
- Price, A & Wichterman, L. (2003). Shared family care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7 (2), 35-54.
 Doi:10.1300/J039v07n02_04
- Saldana, J. (2016). *The coding manual for qualitative researchers* (3rd ed.). SAGE Publications.

- Tener, D., Sorek, Y., & Schwartz, E. (2018). "I did not know there was another life": Meanings of life in the out-of-home Mothers' Unit reunification programme. *Child and Family Social Work*, 23(3), 373-380. <https://doi.org/10.1111/cfs.12425>
- Thoburn, J. (2016). Residential care as a permanence option for young people needing longer-term care. *Children and Youth Services Review*, 69, 19-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.07.020>
- UNICEF/Eurochild. (2021). *Children in alternative care: Comparable statistics to monitor progress on deinstitutionalisation across the european union*. Geneve/Bruxelles: UNICEF/Eurochild. Retrieved from <https://www.unicef.org/eca/media/19756/file/UNICEF-DataCare%20Policy%20Brief.pdf>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health*, 102(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Wilder Research and Volunteers of America (2019). *Family-based Residential Treatment: Directory of Residential substance use disorder treatment programs for parents with children*. St Paul, MN: Wilder Research. https://www.familyfirstact.org/sites/default/files/Family-Based%20Treatment%20Director_VOA.pdf

Tabel 1 Benaderde (inter)nationale netwerken van onderzoekers in de pleegzorg en residentiële jeugdhulp

Netwerk

Academische Werkplaats Risicojeugd (Nederland)
Baptist Coalition for Children and Families (Verenigde Staten)
The Board of Child Care (BCC) (Verenigde Staten)
The Child Welfare League of America (CWLA)
Eurochild
Het bestuur van de European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF)
International Association of Outcomes Based Evaluation and Research (IAOBER)
International Research Network on Transitions to Adulthood from Care (INTRAC)
FICE International en FICE Nederland
The International Work Group for Therapeutic Residential Care (TRC)
Het Nederlands Jeugdinstituut (Kennisnetwerk residentiële jeugdhulp)
SOS Kinderdorpen (internationale en Nederlandse vereniging)
Het lectoraat Residentiële Jeugdzorg van de Hogeschool Leiden

Noot. De netwerken die hebben gereageerd zijn vetgedrukt.

Tabel 2 Geografische locatie van programma's voor gedeelde gezinszorg

	Gedeelde pleegzorg (GPZ)	Gedeelde residentiële zorg (GRZ)	Residentiële gezinsbehandel- programma's (RGB)	Totaal
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
Noord-Amerika	1	2	1	4
VS	0	2	1	3
Canada	1	0	0	1
Europa	0	9	7	16
Zweden	0	1	0	1
Nederland	0	5	4	9
Zwitserland	0	2	3	5
Italië	0	1	0	1
Azië	0	1	0	1
Israël	0	1	0	1
Oceanië	0	0	2	2
Australië	0	0	1	1
Nieuw Zeeland	0	0	1	1
Totaal	1	12	10	23

APPENDIX A: Kenmerken van behandelprogramma's voor gedeelde gezinszorg met verblijf, per type

Tabel A1 Bestaande programma's voor gedeelde pleegzorg (GPZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Live In Family Enhancement (Canada LIFE programma) https://www.cebc4cw.org/program/live-in-family-enhancement/	Ouders (voornamelijk inheems) met risico op het verwaarlozen van hun kinderen of plaatsing van hun kinderen in zorg.	Gezinnen leven samen met een mentor in een pleeggezin.	Biedt ondersteuning bij trauma, verlies, middelenmisbruik en huiselijk geweld.

Tabel A2 Bestaande programma's voor gedeelde residentiële zorg (GRZ)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Family Care Program (Texas Baptist Children's Home, VS) https://www.tbch.org/Ser vice/Family-Care-Program/	Kwetsbare gezinnen doorverwezen door de kerk of instanties.	Maximaal 5 gezinnen per accommodatie, met personeel dat toezicht	Kinderen gaan vaak naar openbare scholen, ouders volgen lessen op de middelbare school of gericht op werk. Het

		houdt en als rolmodellen fungeert.	programma omvat groepswork, oudertraining en religieuze diensten.
2) Family treatment program (Ranch Ehrlo Society, VS) https://ehrlo.com/family-programs/family-treatment-program	Gezinnen die wensen herenigd te worden.	Elk gezin heeft een eigen huis, met hun eigen sleutels. Personeel is, indien nodig, 24/7 beschikbaar, maar komt alleen volgens afspraak of op uitnodiging.	Groepssessies: ouderondersteuning/educatie, herstel, paardentherapie, schrijftherapie, compassievol ouderschap.
3) Shabtai Levi Mothers' Unit (Israel) https://www.foreverchai.org/our-work/	Moeders beoordeeld als verwaarlozend of (fysiek en emotioneel) mishandelend richting hun kind(eren).	Acht tot tien vrouwen verblijven tegelijkertijd in de 'unit', ieder met maximaal twee kinderen.	Behandeling omvat individuele, dyadische en groepstherapie; training in koken, budgetbeheer en relaties.
4) KINGS (Accare, Nederland) https://www.accare.nl/behandelingen/kings	Kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. De kinderen en hun ouders zijn	Elk gezin woont in een apart huisje. Behandelafspraken vinden plaats in het	Intensieve traumabehandeling voor ouder en kind. Gezinsbehandelaren zijn geschoold in cognitieve

	blootgesteld aan traumatische gebeurtenissen.	hoofdgebouw. Gezinsbehandelaren zijn de hele dag beschikbaar en 's nachts oproepbaar. Opnameduur is 6-8 weken.	gedragstherapie en een trauma-sensitieve basishouding. Gezinsbehandelaren trainen ouders in positief opvoedgedrag (o.a. door gebruik van videofeedback).
5) Family training program Heizenholz (Zwitserland) https://heizenholz.ch/was-wir-anbieten/angebote/familientraining/	Gezinnen waar zorgen zijn over het welzijn en/of gedrag van de kinderen.	Het centrum biedt plaats aan maximaal 6 ouders en hun kinderen.	Ouders ontvangen begeleiding en ondersteuning van professionals en andere gezinnen en proberen nieuwe (probleemoplossings-)vaardigheden uit.
6) Aeschbacherhuus Eltern-Kind Angebot [ouder-kind programma] (Robert Aeschbacher-Stiftung, Zwitserland) https://www.aeschbacherhuus.ch/	Jonge (zwangere) moeders die hulp nodig hebben voor henzelf en hun kind en bereid zijn deze hulp te accepteren.	Het gebouwencomplex omvat verschillende appartementen, een grote tuin met een zwembad en speeltuinen. Idealiter duurt een verblijf niet langer dan een jaar.	Ouders ontvangen ondersteuning bij kinderopvang, wonen en opvoedingsvaardigheden. Er wordt samengewerkt met de ouders, hun omgeving en externe zorgverleners. Ouders draaien mee in de samenleving (gaan aan het werk, naar de studie),

			kinderen worden verzorgd in het kinderdagverblijf of gaan naar de openbare school.
7) Gezinsbehandeling Harreveld (Horizon, Nederland) https://www.horizon.eu/jouwzorg/gezinsbehandeling/	Ouders die niet in staat zijn om hun kinderen (0-18 jaar) op te voeden, vanwege gedragsproblemen van het kind, eigen problemen en/of financiële problemen.	Gezinnen verblijven tijdelijk op één van de drie locaties. Eens in de twee weken mogen gezinnen voor een weekend naar huis, zodat ze kunnen oefenen wat ze hebben geleerd.	Het programma heeft tot doel het gezin te kalmeren, stress bij ouders te verminderen, (opvoedings)vaardigheden te versterken, een sociaal netwerk te betrekken dat ouders kan ondersteunen in de opvoeding, gedragsproblemen van de kinderen te verminderen. Nazorg wordt gebonden om de verbeterde gezinssituatie te behouden.
8) Het Babyhuis (Nederland) https://het-babyhuis.nl/	Moeders die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben bij de zorg voor hun baby.	11 moeder-kind plekken verdeeld over 3 fasen van intensieve ondersteuning naar zelfstandigheid.	Het Babyhuis heeft tot doel (aanstaande) moeders opvang en ondersteuning te bieden voor, tijdens en na de geboorte van hun baby. De moeder ontvangt begeleiding bij de zorg voor de

<p>9) Onderzoeksflats (Zweden) https://doi-org.eur.idm.oclc.org/10.1080/13691450701532107</p>	<p>Gezinnen die zijn beschuldigd van mishandeling.</p>	<p>Deze faciliteit wordt zowel gebruikt als dagbehandeling als een 24-uur residentiële setting. Het gezin verblijft hier ongeveer vier weken, samen met maatschappelijk werkers en verzorgers.</p>	<p>baby, het opbouwen van een hechtingsrelatie en sociaal netwerk. Biologische vaders kunnen ook betrokken zijn. Tijdens het verblijf in de onderzoeksflat wordt de situatie van het kind en het gezin beoordeeld. Er zijn ook elementen van begeleiding en groepswerk.</p>
<p>10) Gezinsopname (Mereo, Nederland) https://mereo.nl/gezinsopname/</p>	<p>Gezinnen met opvoedingsproblemen, met uitzondering van ouders met ernstige psychiatrische of verslavingsproblemen.</p>	<p>Boerderij op het platteland. Kortdurende intensieve gezinsopnames van vijf dagen.</p>	<p>Door ouders bewust te maken van hun gedrag en inzicht te geven in de communicatie met hun kinderen, kan het gezin nieuwe gedragingen aanleren. Het programma biedt verschillende vaste componenten, zoals het met</p>

<p>11) Yulius Gezinsbehandeling (Nederland)</p> <p>https://www.yulius.nl/aandoening/gezinsproblematiek/#:~:text=Yulius%20biedt%20gezinsbehandeling%20voor%20gezinnen.in%20hun%20gezin%20en%20leefomstandigheden.</p>	<p>Gezinnen met stress op meerdere levensgebieden.</p>	<p>Gezinnen verblijven gemiddeld 3-4 maanden in hun eigen appartementen. Geen 24/7 toezicht, maar gezinstherapeuten kunnen (in overleg met het gezin) via een one-way screen observeren.</p>	<p>video opnemen van ontbijtgesprekken.</p> <p>De behandeling richt zich op verschillende aspecten van het gezin.</p>
<p>12) Gemeenschappen voor zwangere vrouwen en moeders met kinderen (Bologna, Italië)</p>	<p>Zwangere vrouwen, inclusief minderjarigen, en alleenstaande ouders, worstelend met ouderlijke taken. De ouders kunnen betrokken zijn bij gerechtelijke procedures.</p>	<p>Twee residentiële units (op het platteland en in een kleine stad) in de vorm van een groot huis met veel slaapkamers (één voor elk gezin), en enkele gedeelde ruimtes (keuken, badkamer, woonkamer, tuin).</p>	<p>Moeders worden ondersteund in hun ouderlijke rol met individuele psychologische ondersteuning indien nodig, gericht op hun verleden, jeugd, opvoedingsproblemen of soms trauma. Er wordt ook groepsondersteuning geboden.</p>

Personeel is beschikbaar 24/7. Gezinnen verblijven ongeveer 14 maanden, variërend van enkele weken tot 45 maanden.

Tabel A3 Bestaande residentiële gezinsbehandelprogramma's (RGB)

Programma	Doelgroep	Fysieke omgeving/context	Doelen en activiteiten
1) Mutter Kind Haus (Zwitserland) https://www.aufberg.ch/mutter-kind-haus	(Zwangere) moeders die beschermen nodig hebben.	Residentiële huis met ruimte voor zeven vrouwen en acht kinderen	Bevorderen van de ontwikkeling van het kind en de moeder door goed opgeleid, ervaren personeel dat de moeders begeleidt in sociaal-pedagogische, educatieve, sociale en economische vaardigheden.
2) Psychiatric Clinic in Thurgau (Station für Eltern Kind-Behandlung, Zwitserland),	Moeders of vaders met psychische problemen en hun kinderen van 0-5 jaar.	Residentiële behandelingsunit met vier plaatsen voor moeder/vader-kind behandeling.	Diagnostiek en therapie voor ouder, kind en ouder-kind interactie (zie meer details in het artikel).

[https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrie-
che-
klinik/psychiatrische-
klinik-
muensterlingen/psycho-
therapie/station-fuer-
eltern-kind-
behandlung/](https://www.stgag.ch/fachbereiche/psychiatrie-
che-
klinik/psychiatrische-
klinik-
muensterlingen/psycho-
therapie/station-fuer-
eltern-kind-
behandlung/)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 3) Behandlung von Müttern mit Baby [Moeder-baby behandeling] (Klinik SGM, Zwitserland)
<a href="https://klinik-
sgm.ch/stationaerer-
aufenthalt/stationaere-
behandlung/behandlun-
g-von-muettern-mit-
baby">https://klinik-
sgm.ch/stationaerer-
aufenthalt/stationaere-
behandlung/behandlun-
g-von-muettern-mit-
baby | Moeders met een psychische aandoening die klinische behandeling met hun baby nodig hebben. | Klinische behandeling (tot 12 maanden).
Eenpersoonskamers special afgestemd op de behoeften van moeders en baby's. | Ondersteuning, advies en speciale therapie ondersteunen het herstel van de moeder en de relatie met haar kind. De baby wordt verzorgd tijdens de therapie van de moeder, zodat zij zich kan concentreren op herstel. |
|---|--|---|--|
-

<p>4) Gezinsopname (Plinthos, Nederland) https://plinthos.nl/behandelingen/gezinsopname/</p>	<p>Gezinnen die ernstig huiselijk geweld hebben meegemaakt en gezinnen waar postnatale depressie het leven van moeder, kind en het hele gezin beïnvloedt.</p>	<p>Kortdurende klinische behandeling</p>	<p>Versterking van ouderschap en herstel van de veiligheid door psychiatrische behandeling, gebruikmakend van interacties binnen en buiten het gezin.</p>
<p>5) Klinieken De Stee & De Bron, Expertisecentrum voor Behandeling van Beoordeling van Ouderschap en Psychiatrie (GGZ Drenthe, Nederland) https://ggzdrenthe.nl/media/01-folders/folder-informatie-voor-verwijzers-gezinspsychiatrie-gp009-0714.pdf</p>	<p>Gezinnen met baby's (0-2) of kinderen (3-12) die te maken hebben met moeilijkheden die het gezinsfunctioneren, de ontwikkeling en/of veiligheid belemmeren.</p>	<p>Elk gezin heeft een eigen slaapkamer, toilet en douche. Gezinnen delen een woonkamer, eetkamer en keuken. Een eigen appartement stelt gezinnen in staat zelfstandig te wonen. Gezinsbegeleiders zijn overdag en 's nachts aanwezig. De opname duurt ongeveer 4 maanden.</p>	<p>Het verkrijgen van een duidelijk perspectief voor het kind of de kinderen die opgroeien in hun eigen gezin met hun ouder(s) of (deels) met andere verzorgers. Ouders krijgen de mogelijkheid te leren in en te groeien tot "goed genoeg" ouderschap.</p>

6) Granger Grove family care program (Nieuw-Zeeland) https://atwc.org.nz/what-we-do/family-services/granger-grove/	Moeders die slachtoffer zijn (geweest) van misbruik, trauma, instabiliteit, en hun kinderen (0-5 jaar).	Moeders en kinderen wonen in tweekamerappartementen met een gemeenschappelijke eetkamer, keuken, woonkamer en wasruimte. Personeel is 24 uur per dag beschikbaar om begeleiding en hulp te bieden.	Moeders leren nieuwe opvoedings- en levensvaardigheden en hoe ze met gezondheidsproblemen kunnen omgaan, toegang kunnen krijgen tot gemeenschapsbronnen, relaties kunnen onderhouden en inzicht kunnen krijgen in huiselijk geweld, kindermishandeling en trauma door educatieve en therapeutische klassen en individuele therapie voor henzelf en hun kinderen. Kinderen gaan naar een kleuterschool op de locatie.
7) GezinTotaal, Gezinsbehandeling (Horizon, Nederland) https://www.horizon.eu/gezin-totaal/	Gezinnen met langdurige, complexe problemen (psychosociaal en/of psychiatrische en sociaal-economisch), met kinderen van 0-18 jaar.	Gezinsbehandeling gedurende 12 weken. Een gezinsmentor is zes uur per dag aanwezig in het gezin en bouwt dit af naar twee uur per dag. Maximale duur van 6 maanden.	Het belangrijkste doel is dat het gezin weer controle krijgt over het eigen gezinsleven, waarbij de beste thuisbasis wordt gekozen en gerealiseerd voor alle gezinsleden. Residentiële behandeling kan onderdeel zijn van de verkenningsfase (één week) of 'vormingfase'.

8) San Miguel Family Center (Yourtown, Australië) https://directory.wayah.ead.org.au/service/1564/	Jonge en dakloze ouders (tot 25 jaar) en hun kinderen.	Maximaal 3 jaar volledig gemeubileerde huisvesting voor maximaal 21 gezinnen, gevolgd door maximaal 3 jaar ambulante nazorg. Voorzieningen omvatten een activiteitencentrum, zwembad, speeltuin voor kinderen, tennisbanen en een gemeenschapstuin.	Het helpen van gezinnen bij het aanpakken van dakloosheid en onderliggende problemen door een stabiele woonomgeving te bieden, sociale interactie met andere jonge gezinnen, vaardigheden voor zelfstandig leven, ondersteuning bij de ontwikkeling van het kind, expressieve therapie, speelgroepen, counseling en advies.
9) High en Intensive Care (HIC) voor jongeren (Yulius, Nederland) https://www.yulius.nl/zorg/zorg-kind-en-jeugd/centrum-voor-spoedeisend-kinder-en-jeugdpsychiatrie/high-en-intensive-care-voor-jongeren-hic/	Jongeren vanaf 12 jaar met acute, ernstige psychiatrische problemen en hun ouders.	Korte klinische opname van enkele dagen, waarbij een van de ouders voortdurend aanwezig is en bij hun kind blijft.	Het stabiliseren van crisis en rust bieden. Ouders zijn actief betrokken bij de behandeling door gezinsbehandelingen, verpleegkundigen en sociotherapeuten.

10) CHARM, LUND's residentiële behandeling (Collaborative Burlington, VS) https://www.opioidlibrary.org/wp-content/uploads/2019/08/CHARM_CaseStudy_Draft_080614.pdf	Vrouwen die in verwachting zijn of onlangs zijn bevallen en een geschiedenis van middelenmisbruik hebben.	Residentiële zorg voor moeders en baby's.	Moeders ontvangen intensieve behandeling via een interdisciplinair team. Activiteiten omvatten verpleegkundig bezoek, poliklinische behandeling van middelenmisbruik, economische ondersteuning, peer support, educatie voor ouders, diensten voor kinderen.
--	--	--	---
