

# Gezinsopname als een sleutel tot traumaverwerking? Een kwalitatief onderzoek naar ervaringen van hulpverleners in OBC Ter Wende-Espero

Aantal woorden: 17 562

**Anne De Prez**

Studentennummer: 01903694

Promotor: prof. Sarah De Pauw

Begeleider: Lou Lippens

Masterproef ingediend tot het behalen van de academische graad van  
Master of Science in de pedagogische wetenschappen - klinische orthopedagogiek en  
Disability Studies

Academiejaar 2023-2024

# Abstract

Trauma treft veel kinderen en gezinnen en heeft langdurige gevolgen. De groeiende erkenning van dit probleem, waaronder de ACEs-studie, leidde tot een nadruk op trauma-informed care, ook in de jeugdhulpverlening. Deze benadering richt zich op welzijn, veiligheid en herstel, met oog voor de intergenerationele en interpersoonlijke aspecten van trauma. Hoewel ouderbetrokkenheid in de residentiële jeugdhulpverlening en bij traumabehandeling veelbelovend en noodzakelijk is om de intergenerationele traumacyclus te doorbreken, wordt deze aanpak nog niet volledig benut. Gezinsopnames, zoals die bij OBC Ter Wende-Espero, bieden intensieve gezinsgerichte ondersteuning en traumabehandeling als antwoord hierop.

Dit onderzoek verkent de ervaringen van hulpverleners in OBC Ter Wende-Espero met gezinsopnames. Hulpverleners worden betrokken vanwege de ervaren uitdagingen bij trauma-informed care, de ethische complexiteit van traumatische gezinssituaties, en hun cruciale rol in de residentiële jeugdhulpverlening.

Data wordt verzameld via enquêtes en diepte-interviews en geanalyseerd via descriptieve statistiek en een thematische analyse. Drie categorieën, met elk hun thema's en subthema's, worden geïdentificeerd: (1) de kracht van werken met een systeem, (2) het team als succesfactor, en (3) het organisatorische aspect.

De bevindingen illustreren dat hulpverleners positieve ontwikkelingen waarnemen binnen gezinnen, wat hun dagelijks werk aanzienlijk verrijkt. Ze ervaren het werken met een systeem en de nabijheid als positief, en benadrukken het belang van teamondersteuning en samenwerking. Tegelijkertijd wijzen ze op (organisatorische) uitdagingen zoals beperkte middelen, extra werkdruk en praktische problemen. Meer onderzoek naar langetermijneffecten van gezinsinterventies en de ervaringen van gezinnen zelf is nodig.

# Voorwoord

Deze masterproef vormt het slotstuk van mijn opleiding Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. Zonder de steun en hulp van velen was het schrijven van deze masterproef niet mogelijk geweest. Langs deze weg wil ik hen dan ook graag bedanken.

Allereerst wil ik mijn masterproefbegeleider Lou Lippens bedanken voor zijn begeleiding, constructieve feedback en zijn snelle antwoord op al mijn vragen. Ook een grote dankjewel aan mijn hoofdpromotor Prof. dr. De Pauw voor haar ondersteuning.

Vervolgens wil ik Romina Cuadros Perez en Eva Kestens bedanken. Zij gaven mee richting aan mijn masterproef en gaven mij de opportuniteit in contact te komen met participanten voor dit onderzoek. Vanzelfsprekend ben ik de participanten zelf zeer dankbaar: de hulpverleners werkzaam in OBC Ter Wende-Espero, die tijd vrijmaakten om een interview af te leggen en hun waardevolle inzichten te delen. Dankzij jullie is dit onderzoek tot stand gekomen. Ook mijn dank aan de medewerkers van Ter Wende-Espero die de enquête invulden.

Tot slot wil ik mijn ouders, zus en vriend bedanken voor de steun tijdens dit proces. Bedankt voor het nalezen en jullie onvoorwaardelijke betrokkenheid.

Ik besef dat dit resultaat niet mogelijk zou zijn geweest zonder jullie. Bedankt!

Anne De Prez

23 mei 2024

# Inhoudstafel

1. Inleiding .....	1
2. Literatuurstudie .....	3
2.1 Trauma .....	3
2.1.1 Historisch perspectief op trauma .....	3
2.1.2 Definities van trauma: verschillende perspectieven .....	4
2.1.3 Complex en intergenerationeel trauma .....	5
2.1.4 Kenmerken en gevolgen van trauma .....	5
2.2 Herstel na traumatische ervaringen .....	7
2.3 Trauma(sensitiviteit) in de hulpverlening .....	7
2.3.1 Traumasensitiviteit & trauma-informed care .....	8
2.3.2 Trauma-informed care in de residentiële jeugdhulpverlening .....	9
2.3.2.1 Hulpverleners en trauma-informed care .....	10
2.3.2.2 Gezinsgerichte hulpverlening en residentiële gezinsbehandeling. ....	11
2.3.2.3 Historiek van residentiële gezinsbehandeling en gezinsopnames.....	11
2.4 Context van het onderzoek: OBC Ter Wende-Espero.....	12
2.4.1 Wat is een observatie- en behandelcentrum (OBC)? .....	12
2.4.2 OBC Ter Wende-Espero .....	13
2.4.3 NMT en EMDR als belangrijk verklaringsmodel en therapie binnen OBC Ter Wende-Espero .....	14
2.4.3.1 Neurosequentieel therapeutisch model - Bruce Perry .....	14
2.4.3.2 Behandeling door Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) - Francine Shapiro .....	15
2.4.4 De gezinsopname in OBC Ter Wende-Espero .....	16
2.4.5 De doelgroep .....	16
3. Probleemstelling .....	17
4. Methodologie .....	18
4.1 Participanten .....	18
4.2 Dataverzamelmethode(n) .....	18
4.3 Data-analyse .....	19
4.3.1 Kwalitatieve data .....	19
4.3.2 Kwantitatieve data .....	20
4.4 Kwaliteitseisen .....	20
5. Resultaten .....	22

5.1 Kwalitatief luik.....	22
5.1.1 De kracht van werken met een systeem.....	22
5.1.1.1 Nabijheid (in tijd en ruimte) als katalysator voor relatieopbouw.....	22
5.1.1.2 Balans tussen intensiteit en betrokkenheid.....	25
5.1.1.3 Op weg naar herstel.....	27
5.1.2 Het team als succesfactor.....	29
5.1.2.1 Sterkere teamdynamiek door gedeelde ervaringen.....	29
5.1.2.2 Belang van ondersteuning en gedeelde verantwoordelijkheid.....	30
5.1.2.3 Samenwerking, communicatie en teamafspraken als sleutelprincipes.....	30
5.1.2.4 Team onder druk: balanceren tussen inzet en overbelasting.....	31
5.1.2.5 Voldoening en energie als boost voor dagelijks werk.....	32
5.1.3 Het organisatorische aspect.....	33
5.1.3.1 De impact van een regulerende omgeving.....	33
5.1.3.2 Risico's, werkdruk en financiële beperkingen als twijfels voor verdere organisatie.....	33
5.1.3.3 Traumagerichte therapie en ouder-kind interacties als primaire doelen.....	36
5.1.3.4 Opnameduur in perspectief.....	37
5.2 Kwantitatief luik.....	38
5.2.1 De kracht van werken met een systeem.....	38
5.2.2 Het team als succesfactor.....	38
5.2.3 Het organisatorische aspect.....	39
6. Discussie & conclusie.....	40
6.1 Werkzame elementen van gezinsopnames.....	40
6.2 Uitdagingen van gezinsopnames.....	44
6.3 Aanbevelingen voor praktijk en beleid.....	46
6.4 Beperkingen van onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.....	47
6.5 Conclusie.....	48
7. Literatuurlijst.....	50
8. Bijlagen.....	66
Bijlage A. Interviewleidraad.....	66
Bijlage B. Informed consent.....	69
Bijlage C. Overzicht kwalitatieve data – thema's en subthema's.....	74
Bijlage D. Kwantitatieve descriptieve analyse.....	75
Bijlage E. Overzicht kwantitatieve data - staafdiagrammen.....	76

# 1. Inleiding

De residentiële jeugdhulpverlening blijft een cruciale rol spelen in het hedendaagse jeugdhulpstelsel. Ondanks dat residentiële zorg sinds de invoering van het decreet Integrale Jeugdhulp (2014), waarin het subsidiariteitsbeginsel centraal staat, wordt beschouwd als 'last resort', blijft het aantal aanvragen bij de intersectorale toegangspoort stijgen (13.249 in 2022, tegenover 12.455 in 2017) (Opgroeien, 2023). Deze groeiende vraag benadrukt dat de residentiële jeugdhulp voor sommige jongeren wel degelijk de juiste oplossing blijkt (Barth et al., 2023; Henderson, 2023; Jongepier & Struijk, 2008; Kerstjens, 2022; Knorth et al., 2008; Levrouw et al., 2021). Kinderen en jongeren in de residentiële jeugdhulp hebben vaak al complexe traumatische ervaringen in hun thuiscontext meegemaakt (Donisch et al., 2016), wat kan resulteren in een grotere kwetsbaarheid en een verstoring in de ontwikkeling van een kind (Develtere, 2022).

Het begrip 'trauma' heeft doorheen de geschiedenis verschillende ontwikkelingen doorgemaakt. Belangstelling voor het onderwerp begon in de late 19e eeuw, met de eerste beschrijvingen van 'traumatische neurose' in 1888 (Aarts, 2007; Van der Kolk, 2016). In de jaren tachtig van de 20e eeuw werd posttraumatische stressstoornis (PTSS) erkend als een officiële diagnose, waardoor er meer interesse ontstond in trauma en persoonlijk lijden (Aarts, 2007; Chidiac & Crocq, 2010). In de jaren negentig verschoof de focus naar Adverse Childhood Experiences (ACEs), waaruit bleek dat jeugdtrauma langdurige negatieve gevolgen heeft voor de fysieke, psychologische en sociale gezondheid in de volwassenheid (Conn & Forkey, 2020; Felitti et al., 1998; Hanson & Lang, 2016).

Echter blijft er nog steeds veel onduidelijkheid bestaan over een eenduidige definitie van trauma en de praktische toepassing van trauma-informed care (Bargeman et al., 2022; Berliner & Kolko, 2016; Hanson & Lang, 2016). Het gebrek aan specifieke training in trauma kan een obstakel vormen voor het herkennen van en adequaat reageren op trauma bij kinderen in de jeugdhulp. Hierdoor wordt het gedrag van kinderen niet altijd in relatie tot trauma begrepen (SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Door als hulpverlener verbinding te maken en een veilige vertrouwensrelatie te ontwikkelen, kunnen negatieve gevolgen van trauma nochtans tegengegaan worden (Develtere, 2022; SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Het is dus belangrijk om een grondig begrip van trauma en de effecten ervan te ontwikkelen (Develtere, 2022; Isobel et al., 2018).

Dit begrip helpt niet alleen bij het herkennen van de impact van trauma, maar ook bij het doorbreken van de vicieuze cirkel van intergenerationele traumatisering binnen gezinnen in de jeugdhulp (SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Het is daarom waardevol

om ook het perspectief van ouders mee te nemen en de mogelijke impact van hun eigen vroegkinderlijke traumatische ervaringen op het kind en op de gezinsdynamiek te onderzoeken (Kerstjens, 2022).

Gezinsgerichte hulpverlening kan hier een antwoord op bieden. Het betrekken van het gezin bij de behandeling van een kind vergroot onder andere de kans op een succesvolle afronding van de behandeling (Anda et al., 2006; Chidiac & Crocq, 2010; Felitti et al., 1998). Verder leidt het tot verbeteringen in gedragsproblemen, minder opvoedingsstress en positieve langetermijneffecten in de thuisomgeving (Barth, 1994; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022; Levrouw, 2018). Ondanks deze gunstige resultaten, blijkt dat ouders nog te weinig betrokken worden bij de jeugdhulp (Bastiaanssen et al., 2019; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022)

Toch groeit de consensus over de noodzaak van een herziening van het systeem, met een focus op kortere residentiële zorg en het versterken van het gezin (Kerstjens, 2022; Levrouw, 2018). In 2022 is de gemiddelde begeleidingsduur van bijna alle jeugdhulporganisaties van Opgroeien Jeugdhulp in Vlaanderen gestegen, zo ook bij de observatie- en Behandelingscentra (OBC's), van 390 naar 494 dagen. Als mogelijke oorzaken hiervan worden onder andere problemen met uitstroom, een afname van jongeren die naar huis terugkeren en de bijhorende wachtlijsten genoemd (Opgroeien Jeugdhulp, 2023).

Om de behandeling van meer kinderen sneller af te ronden en vanwege de positieve resultaten van gezinsgericht werken, heeft OBC Ter Wende-Espero gezinsopnames opgestart (E. Kestens, persoonlijke communicatie, 13 oktober 2023). Het doel is om via intensieve gezinsgerichte traumabehandeling traumatische ervaringen die de ouder-kind relatie belemmeren te behandelen, zodat relaties kunnen herstellen en ouders sterker in hun ouderrol staan (OBC Ter Wende Espero, 2023). In dit onderzoek worden de ervaringen van hulpverleners, werkzaam in OBC Ter Wende-Espero, met de gezinsopnames in kaart gebracht.

Het eerste deel bespreekt trauma, trauma-informed care, inclusief herstel, en de setting van OBC Ter Wende-Espero. Daarna volgt de probleemstelling met de onderzoeksvragen. Vervolgens worden de methodologie, resultaten, en discussie gekoppeld aan eerdere studies. Tot slot worden implicaties voor beleid en praktijk, beperkingen, en advies voor toekomstig onderzoek behandeld.

## 2. Literatuurstudie

### 2.1 Trauma

#### *2.1.1 Historisch perspectief op trauma*

Vanaf de late 19e eeuw groeide de wetenschappelijke interesse in de menselijke psyche en oorlogstrauma. Pioniers zoals Freud en Janet onderzochten de relatie tussen individuele traumatische ervaringen en symptomen. Hierbij werd trauma gezien als een tijdelijke verstoring van de mentale en fysieke toestand, die opnieuw stabiliseerde na het wegnemen van de stressor (Aarts, 2007). In 1888 introduceerde Oppenheim de term 'traumatische neurose' voor stoornissen na ongevallen, geassocieerd met symptomen zoals slaapstoornissen en emotionele instabiliteit. Kardiner beschreef soortgelijke symptomen bij oorlogsveteranen en herkende al de fysiologische reacties van het lichaam (Van der Kolk, 2016).

De wereldoorlogen en de Vietnamoorlog leidden, samen met de ontwikkeling van het Amerikaanse classificatiesysteem voor psychische aandoeningen (DSM), in 1980 tot de diagnose van posttraumatische stressstoornis (PTSS) (Chidiac & Crocq, 2010; Van der Kolk, 2016). De populariteit van de DSM-III in de jaren tachtig, met name in opleidingen en de geestelijke gezondheidszorg, vergrootte de erkenning van posttraumatische klachten en de interesse in trauma. Bovendien stimuleerde het de wetenschappelijke aandacht door het beschrijven van symptoomclusters (Aarts, 2007). In de jaren negentig groeide de neurobiologische interesse en werden instrumenten ontwikkeld, met de focus op hersenonderzoek bij getraumatiseerden (Van der Kolk, 2016).

Tussen 1995 en 1997 onderzochten Felitti en collega's de langdurige effecten van ingrijpende jeugdervaringen (Adverse Childhood Experiences, ACEs) op iemands fysieke, psychische en sociale gezondheid in de volwassenheid (Augeo Jongerentaskforce, 2016; Felitti et al., 1998). Ze bevroegen ongeveer 17.000 volwassenen naar hun ervaringen met minstens één van de zeven, door Felitti en collega's opgestelde, ACEs, voordat ze 18 jaar werden. Later werden er nog drie ACEs toegevoegd, wat het totaal op tien bracht (Plumb et al., 2016). Deze ACEs omvatten mishandeling (fysiek, emotioneel, seksueel), verwaarlozing (fysiek, emotioneel) en gezinsdisfunctie (psychiatrische ziekte, geweld tegen moeder, ouderlijke scheiding, middelenmisbruik, en ouderlijke gevangenschap) (Goddard, 2021). Uit de studie bleek dat 64% van de participanten minstens één ACE had meegemaakt, waarvan 13% vier of meer ACEs had ervaren (Bryson et al., 2017; Plumb et al., 2016; Felitti et al., 1998). De ACE-studie is herhaaldelijk gerepliceerd (Augeo Jongerentaskforce, 2016; Bellis et al., 2019; Pellemans-



van Rooijen et al., 2023; Plumb et al., 2016). Het ervaren van één of meerdere ACEs verhoogt het risico op gezondheidsproblemen (Bellis et al., 2019; Plumb et al., 2016). Ze komen zelden op zichzelf voor, maar vaak in combinatie met andere jeugdervaringen (Augeo Jongerentaskforce, 2016).

### **2.1.2 Definities van trauma: verschillende perspectieven**

In de literatuur is geen eenduidige definitie van trauma te vinden (Bargeman et al., 2022; Wilson et al., 2013). Volgens de kwaliteitsstandaarden voor de geestelijke gezondheidszorg is psychotrauma “een zeer ingrijpende of schokkende ervaring, of een reeks van dergelijke ervaringen, waarbij er sprake is van een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding, ernstige en/of langdurige (emotionele) verwaarlozing of seksueel geweld” (GGZ Standaarden, z.d., p. 9). Deze ervaringen kunnen leiden tot psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen, klachten, aandoeningen of sociale problemen die de levenskwaliteit negatief beïnvloeden (GGZ Standaarden, z.d.). De DSM-V plaatst PTSS in de categorie "psychotrauma- en stressgerelateerde stoornissen". Volgens dit classificatiesysteem is trauma het gevolg van "werkelijke of dreigende dood, ernstig letsel of seksueel geweld" (Pai et al., 2017, p. 2). Hierdoor worden gebeurtenissen die niet onmiddellijk levensbedreigend zijn of letsel veroorzaken, niet als trauma beschouwd (Pai et al., 2017). Verschillende auteurs, zoals Van der Kolk (2016), bekritisieren deze definitie, omdat mensen met jeugdtrauma hierdoor geen plaats krijgen in de DSM. De DSM werd namelijk oorspronkelijk ontwikkeld voor oorlogsveteranen, maar uit onderzoek blijkt dat er grote verschillen bestaan tegenover slachtoffers van kindermisbruik en -verwaarlozing. Hij beschouwt traumatische herinneringen eerder als gedesorganiseerde, chaotische herinneringen die de betekenis en vreugde uit het leven van slachtoffers wegnemen (Van der Kolk, 2000, 2016).

Huang et al. (2014) en Bruce et al. (2018) beschrijven trauma aan de hand van drie E's: Event(s), Experience of Event(s), en Effect. Het gaat om dreiging van fysieke of psychische schade die een gezonde ontwikkeling belemmert, de subjectieve ervaring van de gebeurtenis, en de nadelige effecten op korte of lange termijn.

Concluderend zijn traumatische ervaringen subjectief en zijn reacties erop natuurlijke manieren om het trauma te beheersen. Veerkracht, steun en copingstrategieën kunnen helpen bij het overwinnen van symptomen van trauma, terwijl gebrek aan steun kan leiden tot langdurige symptomen (Kira, 2001; SAMHSA, 2014).

### **2.1.3 Complex en intergenerationeel trauma**

In de literatuur worden verschillende soorten trauma onderscheiden: acuut, chronisch en complex. Acuut trauma betreft één gebeurtenis (type I), terwijl chronisch trauma verwijst naar herhaalde gebeurtenissen (type II) (Bath, 2008; Kira, 2001; Kliethermes et al., 2014; Solomon & Heide, 1999; Plumb et al., 2016).

Complex trauma, ook bekend als ontwikkelings- of relatietrauma, omvat ingrijpende interpersoonlijke ervaringen die vooral plaatsvinden in de kinderjaren (Bath, 2008; Sar, 2011; Bartlett et al., 2018; Fraser et al., 2014). Deze traumatische ervaringen verstoren primaire zorgrelaties en treffen de hersenontwikkeling op cruciale momenten (Bath, 2008; Kliethermes et al., 2014; SAMHSA, 2014; Sar, 2011). Voorbeelden zijn fysiek of seksueel misbruik, emotionele mishandeling, verwaarlozing, getuige zijn van huiselijk geweld, blootstelling aan gemeenschapsgeweld en medische trauma's (Kliethermes et al., 2014). ACEs zijn eveneens nauw verbonden met vroege zorgrelaties en kunnen dus ook worden beschouwd als relatietrauma's (Conn & Forkey, 2020).

Intergenerationeel trauma is de familiale overdracht van traumatische gebeurtenissen tussen generaties (Walden et al., 2021; Isobel et al., 2018). Relatie- en opvoedingsdynamieken spelen een centrale rol, aangezien traumatische ervaringen via sociaal leren en negatieve cognities worden doorgegeven (Walden et al., 2021). Onderzoek toont aan dat moeders die een trauma hebben meegemaakt een minder sensitieve opvoedstijl hanteren. Dit betekent dat ze te veel nadruk leggen op discipline en minder emotioneel beschikbaar zijn, wat resulteert in meer negatieve emoties bij zowel de moeder als het kind (Van Ee et al., 2012; Walden et al., 2021). Hierdoor wordt een vicieuze cirkel gecreëerd, waarbij een onverwerkt ouderlijk trauma leidt tot interactiepatronen met hun kinderen die door het trauma worden beïnvloed. Dit resulteert in moeilijkheden met emotieregulatie. Bij gebrek aan veerkracht of steunbronnen kunnen deze effecten leiden tot chronische PTSS-symptomen die worden doorgegeven aan volgende generaties (Isobel et al., 2018; O'Neill et al., 2018; Van Ee et al., 2012; Walden et al., 2021). Uit onderzoek blijkt dat volwassenen met minstens één ACE de kans op ingrijpende ervaringen bij volgende generaties vergroten. Kinderen van ouders met vier of meer ACEs hebben eveneens een verhoogd risico op geestelijke gezondheidsproblemen (Pellemans-van Rooijen et al., 2023).

### **2.1.4 Kenmerken en gevolgen van trauma**

Trauma heeft diverse effecten op de hersenen en het lichaam (Van der Kolk, 2016). Het menselijk brein bestaat uit verschillende ontwikkelings- en anatomische structuren. De eerste hersenstructuur die zich ontwikkelt is de hersenstam, ook wel het reptielenbrein genoemd. Dit

deel van de hersenen regelt onze basisbehoeften en verwerkt informatie van onze tastzin en lichaamssensaties. Daarboven bevinden zich de tussenhersenen en het limbisch systeem, die gedrag, emoties en stressreacties aansturen (Van der Kolk, 2016; Van Dierendonck, 2014). De hersenstam en het limbisch systeem vormen samen de emotionele hersenen, die vecht-, vlucht- en bevriesreacties activeren (Van der Kolk, 2016). Bovenop deze structuren ligt de (neo)cortex, het rationele brein, dat ons in staat stelt te begrijpen en dat de onderliggende hersengebieden reguleert (O'Neill et al., 2018; Van Dierendonck, 2014). Bij stress wordt het echter moeilijker emoties te beheersen, wat kan resulteren in boosheid, angst of impulsief gedrag, waarbij het rationele brein tijdelijk de controle over het limbisch systeem verliest (Van der Helm & Stams, 2022; Van der Kolk, 2016).

Onderzoek toont aan dat trauma deze hersenfuncties beïnvloedt en neurobiologische veranderingen kan veroorzaken, wat een invloed heeft op stress- en emotieregulatie (Isobel et al., 2018; MacKinnon, 2012; Van der Kolk, 2016; Van Dierendonck, 2014). Getraumatiseerde personen reageren sterk op kleine stressoren, zelfs nadat het gevaar geweken is, door een ontregeld stresssysteem. Dit resulteert in abnormale regulatie van neuronale netwerken en in een voortdurende staat van alertheid (O'Neill et al., 2018; Van der Kolk, 2016; Van Dierendonck, 2014).

De polyvagale theorie van Porges (2007) verklaart hoe trauma en stress invloed uitoefenen op de hersenen en het autonome zenuwstelsel. Het autonome zenuwstelsel regelt onder andere de hartslag, ademhaling en stofwisseling. Deze theorie beschrijft twee vertakkingen van de hersenzenuw die hierbij betrokken zijn (Porges, 2007; Van der Kolk, 2016). Het parasympathische systeem werkt als een rempedaal voor oriëntatie, terwijl het sympathische systeem fungeert als een gaspedaal voor actie (Van der Helm & Stams, 2022). Mensen hebben drie subsystemen die verschillende reacties op (on)veilige situaties veroorzaken: het systeem voor sociale betrokkenheid en communicatie, het mobilisatiesysteem voor actieve reacties (zoals vechten of vluchten), en het primitieve immobilisatiesysteem voor bevrozing (Van der Helm & Stams, 2022). Doordat mensen twee actiemechanismen hebben, kunnen we snel reageren op situaties (Porges, 2007). Bij trauma kan de vagale rem echter ontbreken, wat leidt tot directe primitieve reacties zoals vechten, vluchten of bevriezen (Van der Helm & Stams, 2022).

ACEs kunnen verder leiden tot chronische gezondheidsproblemen, zoals ontwikkelingsvertragingen en licht verstandelijke beperkingen (SAMHSA, 2014). Intergenerationeel trauma kan eveneens leiden tot aanleg voor middelenmisbruik, externaliserende problemen en psychopathologie, en verstoorde ouder-kind gehechtheid (O'Neill et al., 2018; Walden et al., 2021).

## **2.2 Herstel na traumatische ervaringen**

Niet iedereen ervaart echter dezelfde langetermijneffecten van trauma: veerkracht en kwetsbaarheid variëren, zijn context- en tijdsgebonden en worden beïnvloed door persoonlijkheid, omgeving en beschikbare steun (Herrman et al., 2011; Nuttman-Shwartz & Green, 2021; Southwick et al., 2014). Hierdoor bestaat geen universele definitie van veerkracht (Herrman et al., 2011; Hosseini et al., 2016; Southwick et al., 2014). In dit onderzoek wordt het beschreven als “the dynamic capacity of a complex adaptive system to respond successfully to challenges that threaten the function, survival, or development of the system” (Masten, 2021, p. 155). Dit houdt in dat individuele aanpassingen aan uitdagingen worden gecombineerd met ondersteuning van andere systemen, zoals sociale steun. Recente benaderingen benadrukken de dynamiek van veerkracht en de interactie tussen verschillende systemen. Persoonlijke, biologische, psychologische, sociale en karakteristieke factoren dragen hieraan bij (Herrman et al., 2011; Masten, 2021; Southwick et al., 2014).

Na trauma herstellen de meeste mensen volledig zonder langdurige impact op hun functioneren (Bonanno & Galea, 2007; Burton et al., 2015). Onderzoek toont aan dat ook getraumatiseerde individuen veerkracht en adaptieve copingstrategieën kunnen vertonen (Daniels & Bryan, 2021). Verschillende reacties op trauma zijn geïdentificeerd, variërend van stressbestendigheid tot stabiel onaangepast functioneren (Burton et al., 2015).

Ondersteunende en sensitieve verzorgers in de vroege kinderjaren, samen met een goede gezinscohesie en sociale steun, vergroten de veerkracht en verminderen de effecten van trauma (Daniels & Bryan, 2021; Herrman et al., 2011; Kuiper & Bannink, 2012; Masten, 2021). Sociale steun helpt namelijk bij het reguleren van stress en emoties (Masten, 2021) en is vooral nuttig tijdens gevoelige periodes voor de hersenen, zoals de kleutertijd (Andersen, 2003).

## **2.3 Trauma(sensitiviteit) in de hulpverlening**

Vanwege groeiend onderzoek naar trauma wint trauma-informed care aan belang in verschillende sectoren, waaronder in de jeugdhulpverlening. Hulpverleners dienen een grondig begrip van trauma, de mechanismen, effecten en interventies te hebben. Daarnaast is er bewustzijn over de mogelijkheid van intergenerationele overdracht nodig (Isobel et al., 2018). Ook aandacht voor sociale steun, relaties en ondersteunende omgevingen is noodzakelijk, omdat dit de veerkracht van kinderen lijkt te vergroten (Isobel et al., 2018).

### **2.3.1 Traumasensitiviteit & trauma-informed care**

Trauma-informed care (TIC) benadrukt de ervaringen van cliënten, hun omgeving en voorgaande generaties, en richt zich op mensgerichte zorg en sterke punten (Vervoort-Schel et al., 2022). Het doel is om een omgeving te creëren die welzijn, ontwikkeling en herstel bevordert (Pellemans-van Rooijen et al., 2023). TIC ondersteunt niet alleen cliënten, maar ook hulpverleners door hun veerkracht en autonomie te versterken, wat essentieel is voor preventieve zelfzorg en professionele ontwikkeling. Zo blijkt uit onderzoek dat stress en trauma bij hulpverleners een negatieve invloed kunnen hebben op behandelresultaten (Vervoort-Schel et al., 2022).

Het TIC-model, oorspronkelijk ontwikkeld in Amerika, omvat vier R's: Realizing, Recognizing, Responding, en Retraumatization. Implementatie vereist bewustzijn van de impact van ingrijpende ervaringen, herkenning van signalen bij cliënten en hulpverleners, kennisintegratie, preventie en herstel in de organisatie, en het voorkomen van (her)traumatisering (Vervoort-Schel et al., 2022).

Onderzoekers benadrukken verder drie essentiële pijlers voor het creëren van een TIC-context: verbinding, veiligheid en (co-)regulatie (Bath, 2008; Vervoort-Schel et al., 2022). Probleemgedrag van jongeren moet gezien worden als een automatische stressreactie op innerlijke pijn. Een kalme en co-regulerende aanpak kan de veiligheid vergroten en de-escalatie bevorderen (Pellemans-van Rooijen et al., 2023; Vervoort-Schel et al., 2022). Gedrags- en emotionele regulatie zijn namelijk nodig voor veiligheid en verbinding, wat vertrouwen en veilige hechting bevordert (Vervoort-Schel et al., 2022).

Het creëren van een effectieve behandelcontext voor trauma is essentieel voor positieve uitkomsten. Organisaties moeten daarom een traumasensitieve omgeving tot stand brengen. Huang et al. (2014) identificeren zes basisprincipes die universeel toepasbaar zijn: Het eerste principe, veiligheid, moet voelbaar zijn doorheen de hele organisatie. Verder is vertrouwen tussen cliënt en hulpverlener essentieel, waar transparantie over gemaakte beslissingen aan bijdraagt. Ten derde zijn peer support en zelfhulp een belangrijk basisprincipe om veiligheid, hoop, vertrouwen en samenwerking te vergroten. Hierbij aansluitend zijn samenwerking en wederkerigheid fundamenteel, aangezien relaties en het delen van krachten tot herstel leiden. Het vijfde basisprincipe gaat over het belang van empowerment, zeggenschap en keuzevrijheid van de cliënt. De cliënt dient centraal te staan, waarbij men gelooft in zijn veerkracht en in het vermogen om te herstellen. Ook hulpverleners moeten ondersteund worden in hun faciliterende rol, zodat zij zich even veilig voelen als de cliënten. Ten slotte dient er in een trauma-geïnformeerde benadering rekening gehouden te worden met culturele,

historische en genderkwesties. Dit door bijvoorbeeld culturele stereotypen en vooroordelen achterwege te laten en aandacht te hebben voor traditionele culturele banden die een helende waarde kunnen hebben (Huang et al., 2014).

Samenvattend biedt TIC een raamwerk voor het voorkomen van nieuwe ingrijpende ervaringen en het faciliteren van herstel. Het doel is het bevorderen van veiligheid, veerkracht en mogelijkheden voor zelfbeheersing, zelfrespect en autonomie, zowel binnen het individu als in de omgeving (Vervoort-Schel et al., 2022).

### ***2.3.2 Trauma-informed care in de residentiële jeugdhulpverlening***

Residentiële jeugdhulp in Vlaanderen biedt ondersteuning aan jongeren en hun omgeving. De kernprincipes van de jeugdhulp omvatten in de eerste plaats het centraal stellen van de wensen en behoeften van jongeren, ongeacht de rugzak die zij met zich meedragen. Hierbij is een positief leefklimaat essentieel, gebaseerd op een emotionele basisveiligheid en een goede relatie tussen de jongere, zijn context en de hulpverlener. De gewone zaken staan centraal: hen laten voelen dat ze er mogen zijn, dat mensen rondom hen in hen geloven en dat er niet geoordeeld wordt (Jeugdhulp, z.d.-a). Ook voor de Nederlandse pedagoog Kok vormt dit de basis. Kok ontwikkelde een behandelingsmodel op basis van drie strategieën om een pedagogische omgeving vorm te geven, waarbij het leefklimaat de eerstegraadsstrategie voorstelt. De tweedegraadsstrategie, de ondersteunende aanpak, gaat over het inzetten van een algemene opvoedingsmethode, therapieën en trainingen, waar hulpverleners hun handelen op kunnen baseren. Wanneer dit niet voldoende blijkt te zijn, kan in de derdegraadsstrategie de aanpak afgestemd worden op het individu (Van der Helm, 2017; Jongepier & Struijk, 2008). Hierbij wordt telkens vertrokken vanuit gelijkwaardigheid, sterktes en competenties. Ten slotte worden de jongeren en hun netwerk gezien als co-experts. Samen wordt beslist welke vormen van hulp het meest wenselijk zijn (Jeugdhulp, z.d.-a).

Trauma-informed care speelt een belangrijke rol in het integreren van traumabegrip in de residentiële hulpverlening. Deze benadering kan immers veerkracht, een gevoel van veiligheid en co-regulatie van stress bevorderen (Bryson et al., 2017; Develtere, 2022).

De context en het leefklimaat blijken dus van wezenlijk belang te zijn, waarbinnen de leidende principes van Huang et al. (2014) centraal staan. Wanneer deze principes naast de uitgangspunten van trauma-informed care worden gelegd, valt op dat deze sterk overlappen (Berliner & Kolko, 2016).

### **2.3.2.1 Hulpverleners en trauma-informed care.**

Aansluitend bij het positief leefklimaat voor jongeren is er de waarde van een gunstig werkklimaat voor hulpverleners. Dit vormt de basis voor een gezond leefklimaat en omvat aspecten zoals leiderschap, teamfunctioneren, ontwikkelingsmogelijkheden en werkdruk (Van der Helm, 2017). Dit werkklimaat wordt gekenmerkt door een open cultuur, inspirerend leiderschap, teamharmonie, minimale werkdruk en sterke motivatie (Van Miert & Dekker, 2012).

Hulpverleners en patiënten (in de geestelijke gezondheidszorg) pleiten voor een verhoogd bewustzijn van trauma onder personeel, bevordering van samenwerking in de zorg, opbouw van vertrouwen en veiligheid, en het aanbieden van een diversiteit aan modellen voor effectieve toepassing van TIC (Isobel et al., 2020). Echter toont onderzoek aan dat veel hulpverleners niet adequaat zijn opgeleid om te reageren op jeugdtrauma's (SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Daarbij geven hulpverleners aan dat de vertaling van TIC naar de dagelijkse praktijk allesbehalve gemakkelijk en duidelijk is (Donisch et al., 2016). Verder blijkt dat het gedrag van kinderen in de jeugdhulp vaak niet gelinkt wordt aan trauma, wat een gebrek aan bewustzijn over de mogelijke impact ervan aantoont (SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021).

Doordat een plaatsing zelf al ingrijpend is, is het vermijden van hertraumatisering essentieel. Hulpverleners kunnen gevolgen van trauma tegengaan door nieuwe ondersteunende en veilige relaties op te bouwen (Develtere, 2022; SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Aangezien ongeveer 75% van de jongeren in de jeugdhulpverlening al minstens één traumatische ervaring heeft meegemaakt (Beyerlein & Bloch, 2014; Pellemans-van Rooijen et al., 2023), is het noodzakelijk om hulpverleners op te leiden in trauma-informed care. Op die manier kunnen zij effectief reageren op kinderen en jongeren met traumatische ervaringen.

Lloyd (2019) ontwikkelde de "4 A's", een raamwerk voor traumasensitieve zorg. Dit raamwerk bestaat uit vier essentiële aspecten. Ten eerste moeten hulpverleners zich bewust zijn van de prevalentie van trauma in de gemeenschap en de impact ervan op individuen (Awareness). Vervolgens is het belangrijk dat hulpverleners veerkracht erkennen en begrijpen hoe trauma gedrag en betrokkenheid bij zorg kan beïnvloeden (Attitudes). Daarnaast omvat het raamwerk de prioritering van veiligheid en samenwerking, waarbij tegelijkertijd wordt gewerkt aan het opbouwen van vertrouwen tussen hulpverleners en cliënten (Approach). Tot slot dienen hulpverleners informatie te verstrekken over trauma en herstel, zodat cliënten beter geïnformeerde beslissingen kunnen nemen over hun zorg en herstelproces (Advice).

### **2.3.2.2 Gezinsgerichte hulpverlening en residentiële gezinsbehandeling.**

Steeds meer onderzoeken benadrukken dat de behandeling van een kind effectiever is wanneer deze gepaard gaat met interventies gericht op de opvoedingscontext. Opvoedingsproblemen zijn namelijk vaak ingebed in bredere ecologische contexten. Hierdoor worden ouders steeds belangrijker geacht in de behandeling (Gunnar & Quevedo, 2007; Kerstjens, 2022). Individuele behandelingen blijken minder effectief te zijn zonder aanpak van de gezinsdynamiek (Kerstjens, 2022). Onderzoek laat zien dat actieve betrokkenheid van gezinnen in de residentiële jeugdhulpverlening de behandeling effectiever kan maken. Dit leidt tot verbeteringen in gedragsproblemen van jeugdigen en opvoedingsstress bij ouders (Boendermaker et al., 2013; Isabel et al., 2015; Kerstjens, 2022). De kans op succesvolle en snellere afronding en behoud van resultaten in de thuiscontext wordt dan ook groter (Barth, 1994; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022; Levrouw, 2018). Desondanks blijven ouders nog te vaak buiten beschouwing in residentiële jeugdhulpverlening (Bastiaanssen et al., 2019; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022).

Gezinsgerichte hulpverlening richt zich op het herstellen van emotionele betrokkenheid binnen het gezin en het creëren van een veilige omgeving. Deze benadering pakt relationeel trauma systemisch aan, waarbij nieuwe relationele ervaringen worden geboden om het herstelproces te bevorderen (Splingaer, 2020). Gezinsgerichte zorg vereist echter een andere aanpak van hulpverleners, waarbij het gezin, samen met de bredere context en hulpverleners, als een therapeutisch systeem wordt beschouwd (Kerstjens, 2022).

Residentiële gezinsbehandeling is een vorm van gezinsgerichte hulpverlening. Barth (1994) beschrijft deze vorm als Shared Family Care. Hierbij wordt de zorg in een residentiële setting gedeeld tussen hulpverleners en ouders, waarbij ouders en kinderen samen worden opgenomen. Dit concept kent verschillende uitwerkingen, zoals Shared Family Foster Care (SFFC), Shared Residential Care (SRC) en Family Residential Treatment (FRT). SFFC betreft gastgezinnen die, als mentoren, ouders actief betrekken bij de opvoeding. SRC omvat ook het delen van zorg en ouderschap, maar met professionele begeleiding. FRT plaatst ouders en kinderen samen in een residentiële setting, vaak verbonden met klinische behandelunits (Barth et al., 2023). De gezinsopnames behoren tot deze laatste categorie.

### **2.3.2.3 Historiek van residentiële gezinsbehandeling en gezinsopnames.**

In de literatuur ontstond het concept van gezinsopnames in de jaren '60, als reactie op de erkenning van het belang van gezinsdynamieken bij het behandelen van psychische problemen bij kinderen en adolescenten (Brendler, 1987). De daadwerkelijke implementatie van gezinsopnames gebeurde pas later, vanwege organisatorische moeilijkheden en zorgen



over mogelijke gevolgen zoals het in de hand werken van afhankelijkheid (Combrinck-Graham et al., 1982). Eveneens droegen de ontdekking dat ambulante gezinsbehandeling even effectief leek als gezinsopnames en de jarenlange eenzijdige focus op behandeling van het individu bij aan deze late bloei. Aan het begin van de jaren tachtig is het belang van werken met het hele gezin echter weer erkend, waarbij in 1980 een speciaal interdisciplinair behandelteam is opgezet om uitsluitend te werken met gezinnen die in appartementen wonen (Brendler, 1987).

Sinds de vroege jaren '80 zijn wereldwijd enkele residentiële programma's opgezet, zij het in beperkte mate. Voorbeelden hiervan zijn Barnbyn Ska in Zweden, Mead House in Londen en Whole Family Care in Minnesota. Deze programma's trachtten de traditionele, autoritaire aanpak van residentiële zorg te doorbreken door gezinnen en personeel samen te laten leven en de kloof tussen professionals en ouders te verkleinen. Hoewel veel van deze programma's zijn stopgezet, vanwege financieringstekorten of vanwege traditionele zorgsystemen die het scheiden van kinderen en ouders blijven ondersteunen, zijn er enkelen nog steeds actief. Een voorbeeld is de 24-uurskinderopvangfaciliteit van de kinderopvanginstelling Texas Baptist Children's Home (TBCH) in de Verenigde Staten, dat sinds de vroege jaren '80 residentiële diensten aanbiedt aan alleenstaande moeders en hun kinderen. Gezinnen verblijven gemiddeld drie maanden in een gezinswoning met twee andere families en drie medewerkers, die als rolmodel fungeren (Barth et al., 2023).

Dichterbij heeft Accare, een organisatie gespecialiseerd in geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren in Nederland, het Kind IN Gezond Systeem (KINGS) ontwikkeld. Dit behandelmodel richt zich op gezins- en individuele therapie voor kinderen met ernstige gedragsproblemen en hun ouders na traumatische gebeurtenissen (Ploeg & Wanders-Mulder; 2020; Zeinstra, 2022). KINGS omvat klinische en ambulante behandelingen, waarbij ouders onder andere leren emotioneel beschikbaar te zijn voor hun kinderen. Het behandelmodel bestaat uit drie fasen: klinische gezinsbehandeling met video-opnamen, individuele therapie en integratie van vaardigheden in de thuisomgeving (Accare, z.d.). Hoewel gezinnen na KINGS meer participeren in de maatschappij en minder afhankelijk zijn van zorg, loopt er nog onderzoek naar de effectiviteit ervan (Zeinstra, 2022).

## **2.4 Context van het onderzoek: OBC Ter Wende-Espero**

### ***2.4.1 Wat is een observatie- en behandelcentrum (OBC)?***

Kinderen en jongeren van (in principe) 3 tot 21 jaar, met complexe ontwikkelingsproblemen, kunnen terecht in een observatie- en behandelcentrum (OBC) met hun gezin. Het centrum

biedt diagnostiek, behandeling en verblijf, zoals leefgroepwerking, individuele begeleiding, therapie en gezinsgerichte ondersteuning. De begeleiding duurt doorgaans enkele maanden tot twee jaar, waarbij een verlenging met één jaar mogelijk is. Zes OBC's, erkend en gesubsidieerd door Opgroeien, zijn verspreid over Vlaanderen en vereisen een aanvraag via de intersectorale toegangspoort (Jeugdhulp, z.d.-b).

### **2.4.2 OBC Ter Wende-Espero**

OBC Ter Wende-Espero, voorheen twee aparte centra, fuseerde op 1 januari 2012 tot één organisatie met campussen in Leuven en Brussel. Het OBC biedt traumagerichte ondersteuning aan jongeren met ernstige psychosociale problemen en hun gezin in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of Vlaams-Brabant. Deze ondersteuning omvat diverse vormen zoals leefgroepwerking, schoolbegeleiding, gezinsgesprekken, ambulante zorg en therapie. De ouders worden via ambulante gesprekken en thuisbegeleiding ondersteund. Indien kinderen/jongeren residentieel opgenomen zijn, is het de bedoeling dat ze in het weekend naar huis gaan. Tijdens de week verblijven ze in leefgroepen, afhankelijk van hun leeftijd. In Ter Wende zijn er drie vaste leefgroepen: Rene (6-10 jaar, max. acht kinderen), Chris (10-13 jaar) en Edward (13-16 jaar) en, ter uitzondering, een weekendgroep. In Espero zijn er twee leefgroepen: Nido Calido (NiCa, 6-14 jaar, max. tien kinderen/jongeren) en de Adolescenten (12-18 jaar, max. acht jongeren). Naast verblijf biedt Ter Wende ook Alternatieve Time-out voor Lagere Schoolkinderen (Atlas) aan. Er worden dan één dag per week in een groep van vijf tot zeven kinderen activiteiten en ateliers voorzien, om even tot rust te komen en om te werken aan zaken die moeilijk lopen. Espero heeft in het najaar van 2017 een therapeutisch dagcentrum (Tigo) opgericht. Eén dag per week (voor maximaal één jaar) kunnen maximum vier kinderen tussen 6 en 14 jaar door therapeutische activiteiten even op adem komen om de andere schooldagen beter aan te kunnen. Tigo betekent 'stam' in Esperanto en is bedoeld om terug een stevige stam te creëren voor kinderen, om op die manier schooluitval te vermijden. Ter Wende-Espero bevordert nauwe samenwerking met partners uit diverse sectoren zoals jeugdhulp, onderwijs, justitie, welzijnswerk en gezondheidszorg. De organisatie omvat verschillende disciplines met elk hun eigen expertise. Ze delen kennis op verschillende fora, gaan in dialoog met beleidsmakers en introduceren nieuwe methoden in de jeugdhulp, waaronder de gezinsopname (<http://obc-terwende.weebly.com/>; <http://obc-espero.weebly.com/>).

### **2.4.3 NMT en EMDR als belangrijk verklaringsmodel en therapie binnen OBC Ter Wende-Espero**

Onderstaand worden enkele richtinggevende kaders besproken die het meest van toepassing zijn op de setting en werking die in dit onderzoek bestudeerd worden.

#### **2.4.3.1 Neurosequentieel therapeutisch model - Bruce Perry.**

The Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) richt zich op de hersenontwikkeling als leidraad voor het begrijpen van iemands sterke punten en uitdagingen van traumatische ervaringen. Hierdoor kunnen professionals de ontwikkelingsdomeinen identificeren en geschikte benaderingen toepassen om mensen te helpen reguleren (Ablon & Perry, 2019; E. Kestens, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2023). Het NMT kan zowel bij volwassenen als kinderen worden toegepast, met betrokkenheid van het gezin voor behandelingssucces (MacKinnon, 2012).

Een kernbegrip binnen het NMT is 'state-dependent functioning'. Dit benadrukt dat het essentieel is om de mentale toestand van een persoon te observeren, aangezien onze innerlijke staat ons functioneren beïnvloedt, variërend van kalmte tot paniek. Op basis hiervan kan het aanbod worden aangepast (E. Kestens, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2023). Bij een gevoel van dreiging schakelen we in de hersenen over van een rusttoestand naar een overlevingsmodus, waarbij meer primitieve delen de controle overnemen.

Het Window of Tolerance-model van autonome arousal van Dan Siegel biedt inzicht in hoe extreme stress het autonome zenuwstelsel beïnvloedt, resulterend in hyper- of hypoarousal (Corrigan et al., 2011). Binnen iemands tolerantievenster voelt men zich goed en kunnen prikkels effectief worden verwerkt. Wanneer men zich echter buiten dit venster bevindt, ontstaat hypo- of hyperarousal (Ogden, 2009).

Kinderen met een kleiner tolerantievenster reageren sneller met extreme arousal op stressoren en zijn vaak voortdurend alert, wat hun vermogen tot rationeel denken vermindert en gedragsveranderingen veroorzaakt zoals concentratieproblemen en gedrag dat niet bij hun leeftijd past (Van Gemert, 2019). Om hen terug te brengen naar een kalmere en rationele staat, wordt de 'Sequence of engagement' gevolgd: eerst reguleren, dan een relatie opbouwen, en vervolgens redeneren. Co-regulatie op hersenstam-niveau helpt het kind terug naar zijn optimale tolerantievenster, waarna relatieopbouw op middenhersenen-niveau mogelijk is, gevolgd door redeneren en probleemoplossing op corticaal niveau (Ablon & Perry, 2019; Ogden, 2009; Perry, 2006; Perry et al., 2018). Deze volgorde is belangrijk voor effectieve interventie, met als doel het vergroten van het tolerantievenster (Ablon & Perry,

2019). Onderzoek toont namelijk aan dat traumasymptomen verbeteren en trauma-behandelingen effectiever zijn wanneer mensen zichzelf beter kunnen reguleren (Corrigan et al., 2011).

Het is essentieel dat een kind zo vaak mogelijk binnen zijn tolerantievenster blijft, aangezien leren alleen effectief kan binnen dit venster. Regulerende activiteiten moeten regelmatig worden herhaald om het venster te vergroten. Kinderen die trauma binnen hun gezin hebben ervaren, kunnen moeite hebben met vertrouwen en het aangaan van relaties. Pas wanneer het kind zich veiliger voelt en binnen zijn venster zit, kan het openstaan voor relationele interacties en therapie (E. Kestens, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2023).

#### ***2.4.3.2 Behandeling door Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) - Francine Shapiro.***

EMDR, ontwikkeld door Francine Shapiro in 1980, hanteert bilaterale stimulatie om traumatische herinneringen te verwerken en te integreren in normale biografische herinneringen (Navarro et al., 2018). Het is een gestructureerde vorm van psychotherapie die disfunctionele herinneringen aanpakt en ongewenst gedrag koppelt aan de herinnering (Shapiro, 2018). EMDR is effectief gebleken bij de behandeling van PTSS (Van den Hout & Engelhard, 2012).

Het EMDR-protocol is door de jaren heen verfijnd en omvat nu acht fasen, beginnend met een anamnese en patiëntvoorbereiding, waarbij verschillende vormen van bilaterale stimulatie worden getest (oogbewegingen, tapping en auditieve stimulatie). Vervolgens worden negatieve aspecten van traumatische herinneringen behandeld en positieve gedachten gekoppeld aan deze herinneringen. De behandeling omvat ook het herbeleven van het trauma met bilaterale stimulatie en het observeren van het lichaam voor gevoelens tijdens een bodyscan. Na afloop vindt debriefing en evaluatie van het effect plaats.

Bij mensen met ontwikkelingstrauma kan EMDR effectief zijn vanwege de ritmische, repetitieve activiteiten, vergelijkbaar met rituele praktijken in verschillende culturen, die helpen bij het reguleren van neurale netwerken en het verwerken van traumatische herinneringen (MacKinnon, 2012). Deze activiteiten herstellen ontregelde neurale netwerken en creëren nieuwe associaties, zoals de hartslag van de moeder in de baarmoeder doet. Door ritmische activiteiten te combineren met het oproepen van traumatische herinneringen, wordt een nieuwe ervaring gecreëerd en kan de traumatische impact ervan verminderd worden. Verschillende programma's, zoals drummen en wandelen, zijn effectief gebleken in het reguleren van emoties bij mensen met trauma's (MacKinnon, 2012).

#### **2.4.4 De gezinsopname in OBC Ter Wende-Espero**

OBC Ter Wende-Espero organiseert gezinsopnames als vorm van intensieve therapeutische residentiële begeleiding aan gezinnen, waarbij het hele gezin gedurende een midweek wordt opgenomen voor behandeling. Deze opnames zijn gestart vanuit de zoektocht naar een integrale aanpak voor gezinnen waar trauma een belemmering heeft gevormd. De lastige, drukke en soms onveilige realiteit die meteen na een ambulante sessie weer opdook, maakte dat één sessie per twee weken voor sommige gezinnen onvoldoende was. Intensieve trauma-behandeling vraagt immers een regulerende, veilige omgeving. Door deze constatacie, in combinatie met het inzicht dat ouders zonder behandeling van hun vroegkinderlijke trauma's niet sensitief, mentaliserend en responsief kunnen zijn, zijn de gezinsopnames in 2021 als experiment gestart (Bouckaert, 2022; E. Kestens, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2023). Dat jaar vonden de eerste opnames plaats in een Bed & Breakfast in Boutersem, waar dagelijks twee EMDR-sessies gepland werden. Dit in combinatie met gereguleerde activiteiten voor ouder en kind, zoals wandelen, muziek en contact met dieren (Bouckaert, 2022). De gezinsopnames vinden op dit moment vijf keer per jaar plaats, maar men streeft ernaar dit aanbod in de toekomst verder uit te breiden.

#### **2.4.5 De doelgroep**

In het algemeen komen kinderen in de residentiële jeugdhulpverlening vaak uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Residentiële gezinsbehandeling wordt voor verschillende doelgroepen opgezet. Barth (1994) identificeert 5 categorieën van shared family care: drugs- en alcoholbehandelingsprogramma's voor volwassenen en kinderen, drugsbehandelingsprogramma's voor moeders en kinderen, residentiële programma's voor (zwangere) moeders, pleeggezinnen die zorg bieden aan ouder en kind, en kinderopvangcentra (residentiële behandelingsprogramma's voor kinderen) die ook verblijf en behandeling bieden voor hun ouders. Dit onderzoek richt zich op de laatste categorie. OBC Ter Wende-Espero focust zich momenteel vooral op gezinnen van kinderen die al in het OBC verblijven, waarbij ambulante traumabehandeling niet voldoende is om trauma's in de ouder-kind relaties aan te pakken (OBC Ter Wende Espero, 2023).

### 3. Probleemstelling

Kinderen die trauma ervaren, ondervinden later vaak problemen (Felitti et al., 1998). Trauma-informed care kan hierbij als een beschermende factor fungeren (Vervoort-Schel et al., 2022), vooral in de residentiële jeugdhulp, waar veel kinderen al minstens één ACE hebben meegemaakt (Anda et al., 2006; Pellemans-van Rooijen et al., 2023). Toch zijn hulpverleners niet altijd voldoende getraind om met trauma om te gaan of wordt er te weinig aandacht aan trauma besteed (Donisch et al., 2016; SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Nochtans spelen ze een cruciale rol bij het tegengaan van de negatieve gevolgen (Develtere, 2022; SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Verder blijkt er weinig literatuur beschikbaar over ervaringen van hulpverleners in de residentiële jeugdzorg in Vlaanderen met trauma(-informed care) en gezinsopnames.

Daarbij hebben ouders van kinderen in de residentiële jeugdhulp vaak zelf traumatische ervaringen doorgemaakt, wat hun vermogen om hun kinderen op te voeden kan aantasten (E. Kestens, persoonlijke communicatie, 13 oktober 2023). Hoewel het duidelijk is dat zij vaak ook behandeling behoeven en het niet bevorderlijk is wanneer kinderen na opname terugkeren naar een niet-geëvolueerde omgeving, worden ouders dikwijls nog te weinig betrokken (Boendermaker et al., 2013; Isabel et al., 2015; Kerstjens, 2022). Recente gegevens tonen dan ook een toename in de begeleidingsduur in Vlaamse OBC's, mede vanwege de minder succesvolle terugkeer naar huis (Opgroeien Jeugdhulp, 2023). Gezinsgerichte hulpverlening kan echter bijdragen aan een snellere afronding van de behandeling (Barth, 1994; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022; Levrouw et al., 2018).

Door intensieve residentiële traumabehandeling te bieden aan zowel ouders als kind(eren) kunnen gezinsopnames hieraan tegemoetkomen (OBC Ter Wende Espero, 2023). Dit onderzoek verkent de ervaringen van hulpverleners, werkzaam bij OBC Ter Wende-Espero, met gezinsopnames. De motivatie om hulpverleners te bevragen komt voort uit de behoefte aan inzicht in hun ervaringen met deze intensieve hulpverleningsvorm en de impact ervan op hen. Ook het belang dat in de literatuur aan hulpverleners gehecht wordt, de moeilijkheden die ervaren worden met trauma-informed care en de ethische complexiteit van het bevragen van gezinnen over traumatische ervaringen liggen aan de basis. Om deze redenen zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- “Welke werkzame elementen ervaren hulpverleners aan de gezinsopname?”
- “Welke uitdagingen ondervinden hulpverleners aan de gezinsopname?”

## 4. Methodologie

Dit onderzoek betreft een case-study, waarbij de gezinsopnames in OBC Ter Wende-Espero centraal staan. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is een mixed-method benadering toegepast. Deze aanpak combineert zowel kwantitatieve als kwalitatieve data waardoor een breder perspectief wordt verkregen, wat de validiteit en betrouwbaarheid vergroot (Zohrabi, 2013). Door kwantitatieve methoden te gebruiken, konden de meningen van hulpverleners in Ter Wende-Espero over gezinsopnames worden verkend, terwijl kwalitatieve methoden werden ingezet om dieper inzicht te krijgen in hun visies. Hoewel het onderzoek voornamelijk kwalitatief van aard is, kunnen toegevoegde kwantitatieve gegevens helpen om de conclusies te versterken (Merkus, 2021).

### 4.1 Participanten

Dit onderzoek verkende de ervaringen van hulpverleners die werkzaam zijn bij Ter Wende-Espero. In totaal hebben 20 respondenten, waaronder gezinsbegeleiders, teambegeleiders, contextbegeleiders en klinisch psychologen, de enquête ingevuld. Nadien werden elf medewerkers geïnterviewd, waarvan drie werkzaam bij Ter Wende en acht bij Espero.

### 4.2 Dataverzamelingmethoden

In deze masterproef werden drie sporen gevolgd. Ten eerste is er een literatuuronderzoek uitgevoerd. De literatuur werd geraadpleegd om zicht te krijgen op de bestaande kennis over trauma (Boeije & Bleijenbergh, 2019). Vervolgens vond er methodische triangulatie plaats: kwalitatief onderzoek (semigestructureerde diepte-interviews) werd gecombineerd met kwantitatief, descriptief onderzoek (enquêtes). Het kwalitatief onderzoek is leidend, aangezien de onderzoeksvragen peilen naar persoonlijke ervaringen, inzichten en interpretaties van hulpverleners (Boeije, 2005).

De enquêtes werden per e-mail verzonden naar alle hulpverleners van Ter Wende-Espero om zo veel mogelijk participanten te bereiken, inclusief degenen zonder ervaring met gezinsopnames. Met behulp van een Likertschaal (5-puntsschaal) werd via 49 stellingen een eerste inzicht verkregen in hun ervaringen (Merkus, 2021). Deze schaal omvatte zes categorieën, variërend van "helemaal oneens" tot "helemaal eens", met een extra categorie voor "niet van toepassing". De stellingen werden opgesteld op basis van de onderzoeksvragen, met de vragenlijst en het theoretisch kader van het werkklimaat van Van der Helm als leidraad (Cardoen et al., 2021). De enquête is gedurende een periode van vijf

weken beschikbaar gesteld. De resultaten ervan dienden vooral als aanzet om hier tijdens de interviews dieper op in te gaan.

Daarna werden semigestructureerde interviews afgenomen met de respondenten die hun enquêteresultaten verder wilden toelichten. Deze methode werd gekozen vanwege haar vermogen om diepgaand inzicht te bieden in de subjectieve belevingen, interpretaties en visies van de betrokkenen, door middel van open vragen (Rowley, 2012). Voorafgaand aan de interviews werd een algemene interviewleidraad opgesteld (zie Bijlage A). Hiermee werden belangrijke onderwerpen aangesneden, terwijl er tegelijkertijd flexibiliteit was om de inhoud aan te passen. De keuze voor individuele interviews werd gemaakt om vertrouwelijkheid en openheid te waarborgen (Baarda et al., 2012). De meeste interviews vonden plaats via online videogesprekken (Microsoft Teams), drie interviews op de locatie van de organisatie. Gemiddeld duurden de interviews één uur.

## **4.3 Data-analyse**

### ***4.3.1 Kwalitatieve data***

De kwalitatieve data werd geanalyseerd middels een thematische analyse, zoals beschreven door Braun & Clarke (2006), waarbij patronen of thema's geïdentificeerd en geanalyseerd werden. Enkele initiële codes werden ontwikkeld, en alle transcripten werden door dezelfde onderzoeker gecodeerd. Er werd gebruikgemaakt van een inductieve benadering, aangezien de thema's bepaald werden aan de hand van de data die verkregen werd. Verder vond de analyse plaats op het semantische niveau, waarbij gefocust werd op de inhoud van de data en dus op het expliciete materiaal, in plaats van op de onderliggende aannames van de participanten. Omdat de onderzoeker een actieve rol speelt in de interpretatie, is de analyse niet neutraal en moeten de eigen theoretische waarden en posities van de onderzoeker erkend worden (Braun & Clarke, 2006).

De thematische analyse bestaat uit zes stappen, die niet lineair verlopen: de data verkennen, coderen via het programma 'Nvivo', thematiseren, reviseren en verfijnen, vaststellen en structuren en ten slotte presenteren (Caulfield, 2022). De data werd verkend door deze letterlijk te transcriberen en door te nemen. Audio-opnames werden gemaakt om informatie later nauwkeurig anoniem te kunnen transcriberen, met goedkeuring van de participanten (zie Bijlage B voor informed consent). In de zesde stap, de rapportage van de resultaten, werden citaten van de participanten gebruikt om de bevindingen te ondersteunen. Om de leesbaarheid te verbeteren, zijn aarzelingen (bijv. 'euh') weggelaten, zonder de inhoud van de citaten te wijzigen. De uitkomst van deze analyse werd via een codeboom gevisualiseerd. Vervolgens



werd deze overzichtelijk gepresenteerd in een tabel, gestructureerd per thema en subthema (zie Bijlage C).

### **4.3.2 Kwantitatieve data**

De kwantitatieve dataset is onderworpen aan een descriptieve statistische analyse. De beperking tot descriptief onderzoek was noodzakelijk, aangezien het kwalitatief onderzoek centraal stond en het toevoegen van meer complexe kwantitatieve analysemethoden te tijdsintensief zou zijn geweest. Bovendien bood deze analyse een gestructureerd inzicht in de opvattingen van de hulpverleners, wat diende als basis voor verdere kwalitatieve analyses (Van Groningen & de Boer, 2010). Om de categorieën van de Likertschaal te kwantificeren en statistische analyses uit te kunnen voeren, zijn de categorieën omgezet naar numerieke waarden. De omzetting verliep als volgt: "helemaal oneens" werd toegewezen aan de waarde 1, "oneens" aan 2, "niet oneens, niet eens" aan 3, "eens" aan 4, en "helemaal eens" aan 5. Aan respondenten die aanduiden dat een bepaalde vraag niet op hen van toepassing was, werd de waarde 0 toegekend. De scores werden in Excel verwerkt, door elke relevante stelling in het kader van de onderzoeksvragen in een aparte kolom te plaatsen en de numerieke waarden van deelnemers in te voeren. Vervolgens zijn het gemiddelde en de standaarddeviatie per stelling berekend met Excel-codes (=GEMIDDELDE() en =STDEV.S()). De cijfers werden afgerond tot op 2 decimalen (zie Bijlage D).

Daarnaast werden (gestapelde) staafdiagrammen opgesteld om de resultaten visueel en overzichtelijk weer te geven. Deze diagrammen maken het mogelijk om de antwoorden met elkaar te vergelijken en te bekijken hoe elk antwoord bijdraagt aan het totaal. Er werd bewust gekozen voor felle kleuren, zodat de categorieën snel onderscheiden kunnen worden (Streit & Gehlenborg, 2014). Dit gebeurde eveneens via Excel, nadat de antwoorden handmatig waren omgezet naar percentages (zie Bijlage E).

## **4.4 Kwaliteitseisen**

Om de validiteit te waarborgen, is consistentie in de interviewstructuur nagestreefd door het gebruik van dezelfde semigestructureerde interviewleidraad voor alle interviews, met variaties afhankelijk van de gespreksrichting (Smaling, 2009). Dit bood ruimte voor diepgaande verkenningen via het stellen van aanvullende vragen (Mortelmans, 2009). Interviews vonden plaats in februari en maart 2024, met regelmatig overleg met de begeleider gedurende het onderzoek (Smaling, 2009). Verder is triangulatie gebruikt, wat de validiteit van de resultaten waarborgt (Verhoeven, 2022).

Betrouwbaarheid, verwijzend naar consistentie en reproduceerbaarheid van resultaten, werd ondersteund door het gebruik van dezelfde interviewleidraad en thematische data-analyse (Mortelmans, 2009; Van Hove, 2014). Kwalitatief onderzoek impliceert echter beperkte generaliseerbaarheid van resultaten, gezien de natuurlijke omgeving en beperkte steekproefomvang van elf participanten. Niettemin was dit niet het hoofddoel van dit onderzoek. Voor een homogene groep participanten wordt doorgaans aanbevolen om tien tot vijftien interviews af te nemen (Bhandari, 2022).

Bleijenbergh (2013) en Mortelmans (2013) benadrukken daarentegen dat betrouwbaarheid en validiteit minder relevant zijn voor kwalitatief onderzoek, gezien de sociaal geconstrueerde en evoluerende aard van de realiteit. In plaats daarvan worden vier kwaliteitseisen voorgesteld door Lincoln & Guba (1986). Geloofwaardigheid wordt bereikt door nauwkeurige resultaten, in dit onderzoek ondersteund door audio-opnames en letterlijke transcripties. Overdraagbaarheid (of generaliseerbaarheid) was niet het doel van dit onderzoek, dat eerder gericht was op het verkennen van ervaringen van hulpverleners die werkzaam zijn in OBC Ter Wende-Espero. Betrouwbaarheid vereist een gedetailleerde beschrijving van het onderzoeksproces om consistentie en herhaalbaarheid van resultaten te verzekeren. Dit werd bekomen door een gedetailleerde beschrijving van het onderzoeksproces in de methodologie. Ten slotte impliceert bevestigbaarheid neutraliteit en vermijding van vooringenomenheid van de onderzoeker, wat werd bevorderd door het gebruik van semigestructureerde interviews en zorgvuldige analyse van de gegevens. Deze interviews werden binnen een periode van maximaal één maand letterlijk getranscribeerd. Bij de analyses werd zo dicht mogelijk bij de verwoording van de participanten gebleven (Lincoln & Guba, 1986). Citaten van participanten werden gebruikt om de interpretaties te valideren en de geloofwaardigheid te verzekeren (Baarends & Simon, 2017; Bakker & De Boer, 2021; Coleman, 2022; Mortelmans, 2013).

# 5. Resultaten

## 5.1 Kwalitatief luik

Dit deel belicht de ervaringen van hulpverleners met gezinsopnames en is opgedeeld in drie categorieën: de kracht van werken met een systeem, het team als succesfactor en het organisatorische aspect. Elke categorie omvat hoofd- en subthema's, ondersteund door citaten.

### ***5.1.1 De kracht van werken met een systeem***

Een uitdaging in residentiële hulpverlening is volgens enkele participanten de moeilijkheid om veranderingen die in een residentiële setting worden bereikt, in de thuissituatie te implementeren. Tijdens gezinsopnames is het mogelijk om tegelijkertijd met het kind en ouders te werken, waardoor deze overgang beter kan verlopen.

“Dat is niet voor niks dat wij gezinsgericht werken, omdat wij daar heilig van overtuigd zijn: als je alleen met een kind werkt waarbij het kind evolueert en het gezin niet, dan gaat dat kind naar huis in een niet-geëvolueerde context en binnen de kortste keren zitten ze in een oud karrenspoor, en is alles voor niks geweest.” (participant 4)

Dit betekent niet dat er steeds therapie gegeven wordt aan ouder en kind samen. Soms is het namelijk nodig om eerst met de ouders te werken alvorens met het kind kan worden gewerkt.

“Die ouders moeten wel echt eerst mee aan de slag en dat voel ik ook, die kinderen gaan op de rem staan, van: ‘Ik kan niet verder als mijn ouders niet verder gaan’, denk ik.” (participant 5)

Participanten geven aan dat het uiteindelijke doel wel ontslag naar huis dient te zijn, vooraleer gezinsopnames aan de orde zijn. Diverse aspecten worden benoemd die participanten van belang vinden voor zichzelf en het gezin als therapeutisch systeem. Nabijheid, een vertrouwd/neutral gezicht, de uitkomsten na een opname, het benaderen van het gehele systeem en de intensiteit en de impact van de opname worden onder meer benadrukt.

#### ***5.1.1.1 Nabijheid (in tijd en ruimte) als katalysator voor relatieopbouw.***

Focus op één gezin

Ten eerste kunnen participanten tijdens gezinsopnames geïsoleerd werken en exclusieve aandacht schenken aan één gezin. Hierdoor zijn sommigen tijdelijk gevrijwaard van hun dagelijks werk.

“Het dagdagelijkse reilen en zeilen van de andere gezinnen of alles wat dat zich voordoet op Espero kan je even helemaal loslaten en dat maakt dat je daar ook helemaal kunt zijn voor dat gezin gedurende die periode.” (participant 4)

Doordat contextuele aspecten belicht worden, krijgen participanten daarnaast meer inzicht in dynamieken en relaties binnen dat gezin. Zo kunnen zij hen achteraf gerichter begeleiden. Voor participanten die voornamelijk met ouders werken, opent dit nieuwe perspectieven om verder mee aan de slag te gaan. Ook worden initiële verwachtingen over ouders of kinderen bijgesteld, waardoor het mogelijk wordt om voort te bouwen op een accurater beeld, wat tevens resulteert in meer begrip.

“Je ziet het kind in zijn natuurlijke context, niet binnen een leefgroep. Dus je ziet ook een ander facet van dat kind en van de context. Je krijgt ook veel rijke verhalen waarop je achteraf ook veel meer kunt terugkijken, terug praten over hoe je het zelf hebt beleefd, over wat je hebt zien gebeuren. Echt vanuit eerste bron en niet vanuit horen zeggen of informatie die u is doorgespeeld geweest, vanuit het echt meemaken.” (participant 5)

#### Inzetten op verbinding

Participanten benadrukken dat de band met het gezin verbeterd is, vooral na de opname. Het contact nadien voelt laagdrempeliger, authentieker, warmer en minder geforceerd aan en bij de ouders heerst een gevoel van dankbaarheid. Bovendien tonen ouders meer openheid, vertrouwen en zelfstandigheid, waardoor ze minder vaak een beroep doen op begeleiders in lastige situaties.

“Ik heb daar dan meegegeten, samen met hen, wat dat maakt ... dat dat allemaal een beetje vertrouwder wordt, en dat je toch op andere lagen komt. Ik denk dat ik daar nadien ook heb van kunnen profiteren. ... Dat ik die mama ook op een andere manier kon aanspreken. ... En je hebt ook ineens een heel andere band met mensen.” (participant 3)

Enkele participanten merken daarnaast op dat het betrekken van andere gezinsleden tot een sterkere band tussen gezinsleden kan leiden. Vooral ouder-kind activiteiten, zoals samen yoga beoefenen, voor de paarden zorgen en muziek maken, worden genoemd als manieren om verbinding binnen het gezin te versterken. Daartegenover ziet participant 2 weinig verschil in de band tussen ouder en kind.

“We hebben uiteindelijk wel bijvoorbeeld twee andere kinderen en de partner een namiddag laten komen. Dat die ook wel konden zien van: ‘oké, wat is eigenlijk mijn

mama of en mijn vrouw hier aan het doen?'. En om ook die dynamiek dan weer te zien.” (participant 1)

“Eigenlijk heb ik niet dat gevoel dat dat echt gedaan heeft. Het meisje zelf zegt niet zoveel, met een hele grote muur op. En ze trekt nog steeds vooral naar haar papa dus ik heb niet direct het gevoel dat de relatie zelf enorm verbeterd is.” (participant 2)

### Samenhang en samenwerking

Het besef dat zowel hulpverleners als het gezin naar hetzelfde doel streven en elkaar daarin ondersteunen, leidt tot meer gelijkwaardigheid en veiligheid. Een participant beschrijft het als een collectieve inspanning, die meer tot uiting komt dan in de dagelijkse werking, waardoor veel meer kan worden bereikt.

“Je bent daar niet als: ik ben hier de hulpverlener die het hier efses komt zeggen. ... Het is heel fel van, we doen dit samen. Wat eigenlijk echt wel veel veiligheid of zo, en vertrouwen creëert, wat voor mij heel waardevol is.” (participant 11)

### Zorgen voor het gezin

Vervolgens leidt nabijheid ertoe dat er voor gezinnen gezorgd kan worden, wat wordt omschreven als beschikbaar zijn gedurende de dag, maaltijden verzorgen, het gezin verwennen en een luisterend oor bieden.

“Dat is natuurlijk iets wat ze van mij nog niet gezien had, dat ik in mijn jogging een kampvuur zit te maken. En mama lag in de zetel en ik zag dat ze koud had en ik had een deken gaan halen en ik leg dat over haar en zij zegt: 'Weet je hoe lang het geleden is dat iemand nog een deken over mij gelegd heeft?'... En dat zijn zo'n waardevolle kleine momentjes die je anders niet hebt met de gezinnen waar je mee werkt.” (participant 10)

### Waarde van alledaagse momenten

De waarde van alledaagse informele interacties en activiteiten wordt verder benadrukt. Er is namelijk tijd en de gelegenheid om samen bij het kampvuur te zitten of gezamenlijk te ontbijten in pyjama. Deze momenten dragen bij aan relatieopbouw en bieden waardevolle inzichten die naast de therapeutische focus kunnen worden benut.

“Ik zag meestal de waarde in de therapie zelf en in de specifieke activiteit waar je over nagedacht hebt ... Maar dat in de hele mini-dingetjes, zoals een wandeling of samen eten of zo, dat daar eigenlijk ook al heel veel in kan zitten waar je rond kunt werken en

waar er ook heel veel van invloed kan zijn als je daar iets kleins doet of iets van zegt. Dus ja, gewoon in het dagelijkse toch het speciale zien.” (participant 2)

#### Mogelijkheid tot directe bijsturing

Participanten merken op dat er, door situaties ter plekke te observeren, meteen kan worden gewerkt aan opvoedingsvaardigheden, wat door ouders als minder bedreigend wordt ervaren. Ze zien zichzelf hierdoor als gezonde rolmodellen die laten zien hoe conflicten met kinderen kunnen worden aangepakt.

“Dan vind ik het nuttig om dan enerzijds die interactie te observeren, maar anderzijds ook direct op het moment zelf te kunnen corrigeren. Bijvoorbeeld, als je merkt van: ‘Mama, nu ben je wel over haar grenzen aan het gaan’, ... Dan kan je dat op dat moment zeggen, van ‘Oh, ik merk precies dat zij dat niet leuk vindt’ ... En dat is dan anders dan dat je achteraf gaat moeten nadenken van ‘Oei, dit weekend is geëscaleerd. Wat hadden we anders kunnen doen?’” (participant 2)

#### Nazorg

Er wordt eveneens gewezen op het belang van nazorg, zoals het peilen naar de behoeften van de ouder voor het weekend, het snel opstarten van vervolgetherapie en het plannen van aanvullende ambulante EMDR-sessies. De timing van de opname speelt hierbij een essentiële rol. Een opname aan het einde van een traject zou namelijk resulteren in onvoldoende nazorg, waardoor resultaten niet behouden blijven.

“Ik denk niet dat je kan zeggen van: kijk, dit was de week, salut nu, we zien u terug..., hè. Ik denk dat je een beetje op het spoor verder moet om het resultaat effectief te laten inwerken. Dat je zegt van: kijk, we zijn nu een weekje later. hé, dat was wel ‘t een en ‘t ander. ... ‘Kan ik nog iets extra betekenen?’” (participant 6)

#### **5.1.1.2 Balans tussen intensiteit en betrokkenheid.**

##### Belang van een neutraal/bekend gezicht

Een bekend gezicht biedt gezinnen een gevoel van veiligheid. Daarnaast kan een neutraal iemand als gesprekspartner fungeren om over andere onderwerpen te praten.

“Als mama bijvoorbeeld elk uur therapie had of zo, dat ze dan terug op adem kon komen bij iemand anders, dat ze dan zowat pauze had bij een neutraal persoon die niet die moeilijke thema's de hele tijd aanbracht.” (participant 2)

Eveneens voor de participanten is een bekend gezicht belangrijk. Indien er tijdens die week samengewerkt zou worden met externe hulpverleners zou men zich anders gedragen. Echter kan het betrekken van externen ook een verrijking zijn. Externe (EMDR-)therapeuten kunnen soms andere doorbraken bereiken met de ouder dan de vertrouwde therapeut die al geruime tijd de ouder begeleidt.

“Die mocht een aantal observaties doen die ik niet meer kon doen, omdat ik met haar al veel te lang in relatie zit, omdat wij ook al in een patroon zelf zaten. ... Dus dat was eigenlijk wel heel mooi om te zien en dan kon ik daar achteraf wel mee verder hè, met wat mijn collega dan inbracht en dan... Dat gaf een opening voor mij om verder te werken.” (participant 10)

#### Gezinnen voorbereiden

Gezinnen moeten voorbereid worden op de gezinsopname, met ondersteuning bij praktische zaken. Eén participant onderstreept het belang van het opzetten van ‘targets’ en een veilige ruimte voor EMDR-therapie tijdens de opname. Verder is het belangrijk om ouders duidelijkheid te bieden over de intensiteit van het proces.

“We hebben dat ook in de voorbereiding wel gezegd: ‘Dat is 4 dagen intensief. Het gaat geen wondermiddel zijn, Dat is geen oplossing voor alle problemen in het gezin, het is vooral een eerste stap in het proces dat je zelf verder gaat moeten zetten’.” (participant 1)

#### Intensiteit vergt betrokkenheid

Het erkennen van de intensiteit van een gezinsopname is essentieel, waarbij betrokkenheid en inzet van ouders vereist is. Het wordt beschreven als een golf van emoties die het gezin kan overspoelen, een intense ervaring die levens kan veranderen. Ouders maken zich daarnaast vaak zorgen over de invloed van de gezinsopname op zichzelf. Praktische zaken, zoals kinderopvang en wettiging van afwezigheid op het werk, moeten eveneens worden geregeld. Dit blijkt echter niet altijd haalbaar, waardoor gezinsopnames soms niet kunnen doorgaan. Bovendien kan het voor ouders overweldigend zijn om geobserveerd te worden door begeleiders tijdens interacties met hun kinderen. Niettemin heeft dit ouderlijke engagement een positieve invloed op het kind.

“Omdat we bijvoorbeeld in ons team soms iets hebben van: ‘Oh, maar dat gezin zou nu echt toch baat hebben bij zo’n gezinsopnameweek ...’, maar dat je soms wel op de rem moet gaan staan van: ‘Maar wat je met die gezinsopnameweeken doet, kan ook

wel echt heel intens zijn en het is ook wel heel heftig en niet iedereen is daar zomaar klaar voor.’” (participant 11)

Het (al dan niet kunnen) betrekken van andere gezinsleden

Het betrekken van gezinsleden vormt een uitdaging. Vanwege uiteenlopende redenen, zoals schoolverplichtingen voor andere kinderen, lukt het participanten niet altijd om een partner of ander kind te betrekken. Soms wordt er echter ook bewust voor gekozen om niet alle gezinsleden te betrekken. Meestal wordt overwogen wie een toegevoegde waarde kan bieden. Dit brengt als nadeel met zich mee dat hierdoor andere gezinsleden deels hebben gemist wat er gebeurd is en niet alle inzichten hebben meegekregen.

“We hebben nu wel heel intensief met die mama gewerkt. ... Maar bewust ook ervoor gekozen om niet met de partner en de andere kinderen [te werken], omdat dat dan ook ineens heel veel is. Maar die zijn dus wel niet zo mee in het verhaal. ... Die heeft dat niet gezien, niet meegemaakt.” (participant 1)

### **5.1.1.3 Op weg naar herstel.**

Meer inzicht, bewustwording en acceptatie bij kind en/of ouder

Er wordt opgemerkt dat ouders tijdens en na de opname een verhoogd inzicht, bewustzijn en acceptatie ervaren op diverse gebieden. Dit uit zich onder meer in een ouder die besluit om zijn jeugdossier in te kijken of ouders die zich bewust worden van hun capaciteiten wanneer ze innerlijke rust ervaren. Enkele participanten omschrijven dit als een 'klik' die tijdens de week ontstaat.

“Er is een mama geweest die van niet werken naar een job is gegaan, dat daar een aanvaardingsproces is gekomen. Dat is natuurlijk ook lang voorwerk geweest, maar die week heeft wel echt een klik gemaakt. Door te kunnen doorwerken is dat wel echt in een stroomversnelling geraakt...” (participant 5)

Participant 3 benadrukt dat er ook bij het kind inzichten kunnen ontstaan. Als voorbeeld wordt genoemd dat er tijdens de afsluitende activiteit een creatief werk werd gecreëerd met de titel 'Ain't my fault', waar reeds twee jaar via therapie aan werd gewerkt om tot dit inzicht te komen.

Veel ouders staan na afloop ook open voor vervolgetherapie of ontdekken wat voor hen regulerend werkt, zoals zang- of muzieklessen. De gezinsopname wordt dan ook vaak als eerste stap gezien.



“Plus door de [EMDR-] beelden die mama heeft gezien, heeft ze gezien: ‘De zorgen en de noden die mijn dochtertje nodig heeft, ga ik niet alleen kunnen dragen’. Dus daardoor is die open kunnen gaan staan voor vervolghulp...” (participant 4)

#### Teruggrijpen naar geleerde zaken

Participanten stellen verder vast dat ouders teruggrijpen naar technieken die ze tijdens de gezinsopname hebben geleerd, zoals het brullen als een leeuw tijdens een EMDR-sessie of het maken van collages.

“En dat [EMDR-sessie] ging over: heb ik een stem? Mag ik spreken? En op een bepaald moment hebben we haar, via EMDR, ze als een leeuw laten brullen. En heel vaak komt dat nu terug: ‘Ik ben voor mezelf opgekomen, ik heb een keer gebruld als een leeuw’. ... Dat zij daar toch wel wat stappen in gezet heeft en dat er een aantal dingen heel erg zijn blijven hangen.” (participant 10)

#### Traumaverwerking

EMDR-therapie staat tijdens gezinsopnames centraal, waarbij het intensieve therapeutische bad volgens veel participanten tot meer traumaverwerking leidt. Hierdoor kan er via meerdere therapiemomenten per dag diepgaand aan trauma gewerkt worden en boeken gezinnen meer vooruitgang in het therapeutisch proces dan tijdens ambulante sessies. Er is namelijk tijd om de behandeling aan te passen aan de behoeften van het gezin, zoals een participant opmerkt: “Je hebt heel veel mogelijkheden om uw timing aan te passen om helemaal het NMT-denken toe te passen hé” (participant 8).

“Als men daar [EMDR-therapie] door gaat: het bevrijdend gevoel, de rugzak die leger is, de schouders die weer wat kunnen open gaan staan, de lucht die in de longen kan, de ruimte in het hoofd.” (participant 6)

“Als je zo’n week niet zou doen en je zou zeggen: ‘Oké, maar we beginnen toch en we plannen eens een heen-en-weer-sessie hier en een aantal daar’. Dan spreken we over een aantal maanden voordat je misschien hetzelfde bereikt wat we nu op 4 dagen hebben bereikt.” (participant 1)

#### Stappen in ouderschap

Enkele participanten benadrukken de vooruitgang in het ouderschap. Ouders kunnen zichzelf beter reguleren en communiceren beter met hun kind. Deze groei bevestigt hun ouderlijke vaardigheden en vergroot hun zelfvertrouwen.

Niettemin zien sommige participanten weinig verandering na de gezinsopname. Effecten van de traumabehandeling worden deels tenietgedaan door terugkeer naar het dagelijks leven, of aanvankelijke verbeteringen zijn verloren gegaan door onvoldoende nazorg of een gebrek aan doorstroming en continuïteit.

### **5.1.2 Het team als succesfactor**

Het succes van een gezinsopname wordt volgens participanten mee bepaald door het team, waarbij het belang van een goed samengesteld en complementair team wordt benadrukt. Diversiteit in stijl, inbreng en persoonlijkheid is essentieel. Het team wordt beschouwd als een onmisbare bron van ondersteuning, waarbij de kracht ligt in het gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheden.

“Tijdens de gezinsopnameweek kunnen die wel mee goed voelen dat wij een team zijn die vaak ook met weinig woorden in mekaar inhaakt ... dat we ze echt globaal zo dragen.” (participant 4)

#### **5.1.2.1 Sterkere teamdynamiek door gedeelde ervaringen.**

De gezinsopname heeft voor de meeste participanten geleid tot een hechtere band met het team. Men leert elkaar op een andere manier kennen en de kwaliteiten van collega's komen meer naar voren. Er ontstaat eveneens een sterkere verbondenheid, zorg voor elkaar en collegialiteit.

“Het is heel fijn om je collega's ook eens op zo'n manier aan het werk te zien en eigenlijk nog meer tot hun recht te zien komen, vind ik: de sterktes, de dingen waar ze goed in zijn,... om die daar bijna onder een vergrootglas te leggen, en de krachten...” (participant 5)

Verder wordt benadrukt dat het gezamenlijk ervaren van unieke momenten de onderlinge band versterkt. Hierdoor ontstaat een samenhangsgevoel binnen het team.

“Je voelt wel echt zo een... ‘We zijn samen op kamp’-gevoel. ... Dat ‘wij samen’ is daar wel heel aanwezig.” (participant 5)

Echter wijzen sommigen erop dat deze band beperkt is tot de opnameperiode en snel vervaagt wanneer het dagelijkse werk wordt hervat. Andere participanten geven aan dat de gezinsopname geen invloed heeft gehad op de band met het team. Hoewel het samenzijn resulteerde in gesprekken over diverse onderwerpen en het leren kennen van elkaar, wordt

door participant 2 opgemerkt: “Ik denk dat als wij middagpauze samen genomen hadden, dat we dat ook gehad zouden hebben”.

### **5.1.2.2 Belang van ondersteuning en gedeelde verantwoordelijkheid.**

Alle participanten ervaren de ondersteuning van het team als een meerwaarde. Enkelen geven aan dat er ruimte is om zaken af te toetsen, twijfels te uiten en te ventileren. Ook biedt de aanwezigheid van een team geruststelling, omdat hulpverleners weten dat ze er niet alleen voor staan. De onderlinge zorg wordt eveneens als ondersteunend ervaren, zoals de mogelijkheid om af te wisselen en even op adem te komen na een intensieve EMDR-sessie.

“En je bent een team omdat je het niet allemaal zelf moet dragen, hè. ... Als het misloopt, je hebt altijd iemand die naar u luistert, die u opvangt.” (participant 6)

De zorg voor elkaar komt ook tot uiting door regelmatig naar elkaars welzijn te vragen. Hoewel deze zorg ook in het dagelijks leven aanwezig is, wordt het tijdens een opname vaak nog meer benadrukt.

“Ik kan soms een mega mindy-gehalte hebben en denken van: ja, ik ga dit doen en ik ga zus en ik ga zo.... En dat dan de teambegeleidster zoiets zegt van: ‘Ja, maar na een EMDR-sessie moet jij ook verwerkingstijd nemen hè. Denk daaraan, hoe ga je dat doen en waar ga je dat inplannen?’” (participant 4)

### **5.1.2.3 Samenwerking, communicatie en teamafspraken als sleutelprincipes.**

Participanten onderstrepen verder het belang van effectieve communicatie en coördinatie, vaak via briefings en logboeken, evenals het belang van gedeelde teamverantwoordelijkheid. Om het succes van de gezinsopname te waarborgen moet het hele team achter de organisatie ervan staan, ondanks de extra taken die ermee gepaard gaan.

“En als daar twijfel of ruis komt op te staan, dan denk ik dat dat niet goed is voor een teamsamenwerking, want dan is het gewoon iets van: ‘Ah, maar moeten we dit nu ook nog doen?’. Dat gaat niet helpen aan de werkdruk of de motivatie. Het moet wel echt gedragen zijn.” (participant 1)

Belang van duidelijke afspraken

Het is noodzakelijk om heldere afspraken te maken en duidelijkheid te creëren over de rolverdeling, aangezien verschillende functies betrokken zijn. Dit geldt ook voor EMDR-

therapie. Participant 10 deelt hoe samenwerken met een andere therapeut tijdens een EMDR-sessie meer inzichten en een bredere kijk op de situatie kan bieden.

“Dan werd er af en toe wel eens een briefje doorgeschoven. ... Ja, die samenwerking is eigenlijk wel heel plezant, want ik vind EMDR ook wel heel intensief ... En als je het niet heel vaak doet, loop je het risico dat je in het protocollaire terechtkomt. En als je met twee bent, dan zie je meer mogelijkheden om toch eens een zijsprongetje te maken.” (participant 10)

#### Elkaar aanvullen

Werken in een team maakt het eveneens mogelijk om elkaar aan te vullen waar nodig, bijvoorbeeld op het gebied van kennis en ervaring. Enkele participanten missen namelijk kennis over EMDR, trauma bij kinderen die weerstand bieden of tools om met gezinnen te werken.

“Dan merkte ik wel: ah ja, als ik dat nu zelf ook zou kunnen, dan had ik wel veel andere dingen kunnen doen of dan had ik die opvolging dan wel kunnen aanbieden. ... Die kennis en kunde heb ik niet.” (participant 1)

#### **5.1.2.4 Team onder druk: balanceren tussen inzet en overbelasting.**

Alle participanten benadrukken de toegenomen druk op het team door de gezinsopnames. Het efficiënt verdelen van het personeel tussen de gezinsopname en het OBC blijkt een uitdaging te zijn. Vaak moeten medewerkers in het OBC de taken van degenen die op de gezinsopname zijn, overnemen.

“Ik merk nu ook dat er een team terughoudend is om het nog een keer te doen, omdat ze zeggen: ‘Ja, we krijgen het er echt niet bij, dus we zien de extra inspanning op dit ogenblik niet zitten’.” (participant 7)

Hierbij aansluitend benadrukt een teambegeleider de waarde en het belang dat medewerkers deelnemen aan een gezinsopname. Dit kan namelijk helpen om opnieuw het positieve te zien in het dagelijks werk en om relaties te herstellen. Daarom vinden enkele participanten dat er, bij behoefte aan extra ondersteuning, eerst gekeken moet worden naar medewerkers binnen het OBC, in plaats van externe hulpverleners in te schakelen.

“Daarom dat we ook proberen om ervoor te zorgen dat iedereen die wil, dat die daar minstens een stukje kan aanwezig zijn om dat ook mee te hebben en om ook de vruchten te plukken van: ‘Wat we hier aan het doen zijn, is ook wel het geprul op het andere waard’.” (participant 3)

Een andere deelnemer wijst op het risico van personeelsuitval vanwege de extra belasting en spanning, aangezien hetzelfde team herhaaldelijk wordt ingezet om taken op te vangen. Collega's die niet deelnemen aan gezinsopnames worden gezien als 'achterblijvers'.

“Er is wel echt een groot deel van de week dat je een heel groot deel van uw collega's mist of dat die niet in huis zijn, dus dan wordt het toch wel echt zo wat roeien met de riemen die je soms hebt, voor de achterblijvers. ... Zij hebben verder te ploeteren met minder mensen op dienst of in huis om eens op terug te vallen. Allee, ik ben ook al de achterblijver geweest, dat is niet tof.” (participant 5)

### **5.1.2.5 Voldoening en energie als boost voor dagelijks werk.**

Hoewel een gezinsopname werkdruk met zich meebrengt, beschouwen bijna alle participanten het als de moeite waard. Gezinsopnames leiden tot een boost of bijtank-effect, wat energie geeft om het dagelijkse werk voort te zetten.

“Het is iets fijn, het geeft energie omdat je deugddoende momenten hebt. Terwijl het werk hier vaak wel heel heavy is en heel veel ellende is ... en dat je daar dan mooie momenten kunt hebben. ... Dat geeft sowieso motivatie en energie om al de rest ook aan te kunnen.” (participant 8)

Participanten halen voldoening uit verschillende aspecten, zoals uit het contact met de ouders en kinderen achteraf. Hierbij merken ze dat ouders de geleerde lessen blijven toepassen. Ook het zien van (kleine) resultaten, dingen die niet verwacht werden en het gevoel het verschil te kunnen maken leiden tot voldoening. Ten slotte geeft het veel energie, dankzij de ontspannende omgeving en de gereguleerde activiteiten.

“Voor een EMDR-sessie deed ik met haar wat lichaams oefeningen om haar lijf een beetje lossier te maken en een bodyscan. Achteraf heeft ze aan mij gevraagd: ... Zou je alsjeblieft voor mij een bodyscan willen inspreken? Dus ik heb dat gedaan, een audio-opname, en zij doet dat nog regelmatig als ze helemaal over haar toeren is. ... Het kan in zo'n kleine dingetjes zitten hé.” (participant 4)

Daarnaast ontdekken participanten zelf nieuwe inzichten, zoals het belang van het betrekken van het netwerk in hun dagelijkse werk. Door de werkdruk en de gebruikelijke gang van zaken ligt de focus vaak alleen op het kind of de ouder, afhankelijk van hun functie. De gezinsopname herinnert hen eraan om het bredere netwerk meer te integreren.

“We hebben nu ook wel besloten om er daar twee of drie [familiedag op TIGO] zelfs van te maken. Ja, ouders zijn bij ons ook welkom om mee dingen te komen doen. ...

En dat is er altijd wel al geweest, maar we hebben dat nu misschien wel wat nieuw leven ingeblazen.” (participant 9)

### **5.1.3 Het organisatorische aspect**

#### **5.1.3.1 De impact van een regulerende omgeving.**

Veel participanten benadrukken de voordelen van de locatie, zoals het gevoel van ontspanning, rust en de natuur, weg van het OBC. Dit wordt als regulerend en ondersteunend ervaren tijdens het therapeutische proces, vooral voor gezinnen woonachtig in de hoofdstad. De diversiteit aan faciliteiten op de locatie wordt eveneens vermeld, waaronder water, paarden, wandelpaden en veel ruimte.

“Voor uzelf is dat ook wel fijn om op zo'n mooie plek te komen hè. ... Je bent zoveel bezig met geregleerde activiteiten dat je daar zelf eigenlijk ook wel van geregleerd raakt.” (participant 11)

Alle participanten erkennen verder de waarde van het fysiek en mentaal loskomen van de dagelijkse context. Dit biedt ouders de mentale ruimte om ongestoord te werken, wat het therapeutische proces bevordert en meer diepgaande resultaten mogelijk maakt.

“En dat je ook voelt: ‘oh, dit maakt ook echt een verschil’. En we kunnen het versnellen, anders zijn we weer vijf maanden verder. En dan nog moet je je nog de vraag stellen of je binnen het hectische leven dat die gezinnen leiden, dat je dan nog na 5 maanden verder hetzelfde resultaat..., daar geloof ik niet in.” (participant 5)

Echter wijzen enkele participanten op praktische uitdagingen van de afgelegen locatie. Dit vergt voor degenen die op dezelfde dag zowel op de gezinsopname als in het OBC moeten zijn extra tijd.

“Ja, het is niet hier, dus ik kwam vaak wel dan van thuis uit omdat ik daar ‘s morgens moest zijn, maar ik moest wel wat verder rijden en bijvoorbeeld als er dan hier iets zou zijn. ... Het was wel een stukje rijden. Dus ik kan mij ook wel voorstellen voor de leefgroep, als die daar een dag hebben gedaan en die moesten hier nog komen werken...” (participant 1)

#### **5.1.3.2 Risico's, werkdruk en financiële beperkingen als twijfels voor verdere organisatie.**

Risico's: emotionele impact, escalatie en ontregeling

Participanten benadrukken de mogelijke emotionele impact van traumatherapie, waardoor gestabiliseerde en geregleerde ouders een noodzakelijke voorwaarde zijn voordat een gezinsopname verantwoord kan plaatsvinden.

“Bij de meerderheid is een voldoende geregleerde figuur [aanwezig]. En traumaverwerking gebeurt in relatie tot de ander, dat doe je niet alleen.” (participant 3)

Niet-geregleerde ouders kunnen hun onrust overdragen op hun kinderen, wat een risico op escalatie inhoudt en het kind negatief beïnvloedt. Bovendien kan therapie het kind ontregelen. Dit kan leiden tot meer protest, weerstand en negatief gedrag. Een geregleerde ouder is in deze situaties van groot belang. Daarom moet het moment waarop gezinsopnames worden aangeboden zorgvuldig worden bepaald. Ouders moeten er klaar voor zijn en voldoende geregleerd zijn om weerstand te minimaliseren.

“Ik denk dat wij multidisciplinair ervan overtuigd moeten zijn: dit is het juiste moment voor ouders en kind om dit nu te doen, vooraleer dat dat verantwoord is...” (participant 4)

Impact op dagelijks werk

Alle participanten benoemen de impact van gezinsopnames op hun dagelijkse werk, waarbij het voelt als een (tijdelijke) extra belasting. Participant 7 merkt op dat er dan op twee plaatsen 24/7 intensief gewerkt wordt en dat zelfs de vastgestelde limiet van vijf opnames per jaar niet wordt gehaald, ondanks de overuren en langere dagen.

“Er wordt niets uit uw mand genomen, hè? Alles wat in uw mand zit, blijft daarin zitten, dus dat komt erbij.” (participant 4)

Vooraf de combinatie met het dagelijks werk wordt als belastend ervaren. Tijdens de gezinsopname is het moeilijk om andere gezinnen op te volgen of om te schakelen tussen aanwezigheid op de gezinsopname en het OBC.

“Dan ben ik daar vol gefocust op één gezin, maar de andere gezinnen, daar doe ik dan die week nauwelijks of niks mee. ... Dat vind ik zelf voor mij een hele moeilijke... om die onderdompeling met dat ene gezin en dan toch nog proberen gezinsgesprekken te hebben met andere gezinnen.” (participant 4)

Verder vraagt de organisatie veel voorbereiding, wat als een leerschool gezien wordt maar ook vragen over de impact oproept. Er zijn eveneens bezorgdheden over de praktische consequenties, vooral de belasting voor het personeel in het OBC.

“Er komt heel veel bij kijken en je moet ook echt weten dat het vooral is: hoe krijgen we het gebolwerkt om het deftig voor te bereiden terwijl het hier heel hectisch is? Dat is vaak een ding, dat je zegt van: goh, we zouden dat nog veel beter moeten kunnen voorbereiden. En ja... Er gebeurt te veel waardoor je daar geen tijd voor hebt. En hoe kun je blijven staan?” (participant 8)

Echter ervaart niet iedereen dezelfde werkdruk. Een participant benadrukt het belang van goede communicatie vooraf over de data van gezinsopnames, waardoor minder dringende taken gemakkelijk verschoven kunnen worden. Voor een andere participant hebben de gezinsopnames een verwaarloosbare impact op de agenda en zijn het vooral de organiserende functies die uitdagingen ervaren. Weer een andere participant beschouwt het als een kwestie van agendabeheer en moet soms simpelweg iets opgeven. Daarnaast behoort het voor een teambegeleider tot de taken om de zaken goed te regelen voor achterblijvende collega's.

“Ik denk dat de teambegeleiders vooral veel planningswerk hebben en tijdens de week zelf ook wel een surplus doen, omdat die ook een aantal blokken invullen van gastheer of gastvrouw dus. Voor de gezinsbegeleiders zal het vooral... in de gezinsbegeleiding vooral op voorhand zijn. Ik denk dat de leefgroepbegeleiding veel druk voelt tijdens de week zelf.” (participant 7)

Enkele participanten onderstrepen de voorbijgaande aard van deze extra werkdruk. Terwijl één participant opmerkt dat de belasting hoofdzakelijk voor en na die week voelbaar is, ervaren anderen dit voornamelijk tijdens de voorbereiding en de week zelf.

#### Gebrek aan middelen

Verder beklemtoont iedereen de nood aan meer overheidssteun om gezinsopnames op lange termijn te kunnen organiseren. Ze pleiten voor extra financiering om de kwaliteit te waarborgen, vooral als er meer opnames per jaar worden georganiseerd. Hoewel gezinsopnames waardevol zijn, leggen de intensieve voorbereiding en kosten een aanzienlijke druk op het al beperkte budget en personeel.

“Als het iets is van: we gaan dit veel meer organiseren. Ja, dan gaan er middelen moeten bijkomen, want in die week doe ik dan andere gezinnen tekort en dat vind ik niet oké. Het is een oefening die we aan het maken zijn zonder subsidies. ... Op dit



moment komt daar nog niks extra binnen, dus dat is nog in projectvorm.” (participant 10)

Andere participanten signaleren een algeheel tekort aan personeel en middelen in de jeugdzorg.

“De middelen in de jeugdzorg zijn al hoeveel jaar niet meer geïndexeerd? En dat is dan los van de gezinsopnameweken. ... En als ik daar met andere mensen over spreek, dan zeggen die allemaal: ‘Stop er toch mee. Waarom blijf je dit op deze manier doen? ... Dat kan toch niet dat je met zo weinig mensen dit moet doen in de leefgroep?’. En dat gaat dan los over die gezinsopnameweken, dus als je vraagt: kunnen we met de middelen die je hebt... is dat genoeg om die gezinsopnameweken te doen? Neen. Doe je het? Ja.” (participant 3)

### **5.1.3.3 Traumagerichte therapie en ouder-kind interacties als primaire doelen.**

Het voornaamste doel van gezinsopnames is volgens alle participanten om trauma's van ouders gericht aan te pakken, voornamelijk door middel van EMDR-therapie. Dit geeft hen de kans om sterker te worden in hun rol als ouder, weg van dagelijkse afleidingen en verplichtingen. Volgens enkele participanten leidt dit tot een verhoogd therapie-effect en ademruimte voor de ouders. Een bijkomend doel is om ouder-kind activiteiten te ondernemen tussen EMDR-sessies door, wat de band tussen hen versterkt. Het intensieve samenleven met begeleiding versterkt de draagkracht en copingvaardigheden van ouders gedurende de week, met langdurige effecten.

“Eén, om iemand eventjes uit zijn normale situatie te halen, om er eens heel goed voor te zorgen en tegelijkertijd ruimte te maken om heel intensief te werken rond een aantal mogelijke kernherinneringen, thema's die traumatiserend zijn voor ouders die invloed hebben op ouderschap. ... En een tweede: om eigenlijk heel veel ouder-kind activiteiten te kunnen doen samen, ... Ook in het dagdagelijkse, in het plezier, werken aan de band tussen ouder en kind.” (participant 10)

Voor sommigen varieert het doel echter van gezin tot gezin, afhankelijk van waarop ingezet wordt (EMDR, ouder-kind dynamiek,...). Dit wordt op voorhand bepaald.

Participanten benoemen het gericht werken naar een specifiek behandelingsdoel als een verschil met hun dagelijks werk. In hun reguliere werk zijn ze immers vaak bezig met het verkennen van de geschiedenis van cliënten of het oplossen van acute problemen.

“Als je eigenlijk gewoon in je dagdagelijkse context zit, dan ga je zoeken naar zaken die aanslaan en zo maar je gaat eigenlijk ... Dan ga je eigenlijk op zoek naar de rugzak van de mensen. ... Terwijl, als je naar een gezinsopname gaat, dan ga je effectief op het spoor van de behandeling.” (participant 6)

#### **5.1.3.4 Opnameduur in perspectief.**

De gezinsopname duurt doorgaans van maandag tot donderdagavond, waarna ouders nog een dag thuis kunnen acclimatiseren voordat het weekend met hun kinderen begint. Op vrijdag wordt nazorg geboden via huisbezoeken. Er bestaan verschillende meningen over de opnameduur, waarbij enkele participanten aangeven dat dit per gezin wordt ingeschat.

“Je merkt ook wel dat er elke keer per casus dan zo effe wordt nagedacht, van: oké is het haalbaar qua dagen of moeten we daar misschien een dagje afpitsen of zo? ... Dat we wel nog altijd op maat blijven kijken van: wat is er nu nodig?” (participant 11)

Hoewel één participant naar langere programma's zoals de KINGS-weken in Nederland verwijst, wordt erkend dat het praktisch niet haalbaar is om het programma uit te breiden. Vanwege de korte duur is het wel te organiseren, zowel voor de hulpverleners als de gezinnen. Er wordt opgemerkt dat deze duur op zichzelf al gunstiger is dan ambulante sessies, omdat het een diepgaander effect mogelijk maakt. Gedurende een langere periode kunnen namelijk echte gedragingen worden waargenomen, in tegenstelling tot kortere, ambulante therapieën waar ouders en kinderen zich mogelijk anders gedragen. Een participant benadrukt tot slot dat zelfs één dag al waardevol kan zijn voor een therapeutisch aanbod.

“Ja, ik weet dat ze in Nederland een aantal weken aan de slag gaan. ... Voor ons, ja ik denk dat dat de realistische timing is wanneer die eigenlijk uitgaat van onze startsituatie, hè. Ja, jongeren die naar school gaan, ouders die eigenlijk voorzien zijn op: ‘wij hebben begeleiding voor ons kind van zondagavond tot vrijdagavond’, hé, in de regel. Dat je mee in datzelfde patroon weer stapt.” (participant 7)

## 5.2 Kwantitatief luik

Uit de enquête blijkt dat alle respondenten de gezinsopname zinvol vinden: 75% is het hier helemaal mee eens en 25% eens. Daarnaast geven de meesten de voorkeur aan hun werk tijdens de gezinsopnameweek boven hun dagelijkse werkzaamheden. Slechts 30% is het (helemaal) oneens met de stelling "Ik doe mijn dagelijkse werk liever dan mijn werk tijdens de gezinsopnameweek" (zie Figuur 1).

### 5.2.1 De kracht van werken met een systeem

90% van de respondenten vindt het gemakkelijker om een goede relatie op te bouwen en het vertrouwen van gezinnen te winnen tijdens gezinsopnames ( $M = 4.5$ ;  $SD = 0.7$ ). 70% ziet veranderingen bij gezinnen na gezinsopnames. Van deze groep merkt 40% veranderingen op zowel tijdens als na de opname, 10% ziet vooral veranderingen tijdens de opname, en 15% vooral na de opname. De overige participanten hebben geen ervaring met gezinsopnames. Tot slot vinden 6 van de 20 respondenten dat een gezinsopname niet voor elk gezin met een traumatisch verleden nuttig is, terwijl 60% van de participanten het hier niet mee eens is (zie Figuur 2).

### 5.2.2 Het team als succesfactor

De gemiddelde score op de stelling "Het team is voor mij geen beslissende factor in het al dan niet deelnemen aan de gezinsopnameweek" is 2,1 ( $SD = 1,3$ ). Dit wijst erop dat de meeste respondenten het hier niet mee eens zijn.

Verder voelt 20% zich meer verbonden met het team tijdens de gezinsopname dan tijdens het dagelijks werk, terwijl bij 15% het omgekeerde het geval is. Voor 60% is er geen verschil. Daarnaast antwoorden respondenten gemiddeld "eens" op de stelling dat vertrouwen in het team essentieel is om een gezinsopname te kunnen organiseren ( $M = 4.3$ ;  $SD = 0.7$ ). De resultaten laten ook zien dat het team 65% van de respondenten helpt om de gezinsopname te dragen ( $M = 3,4$ ;  $SD = 1,6$ ).

Vervolgens rapporteert 75% dat de gezinsopname tot extra belasting op het team leidt ( $M = 3.7$ ;  $SD = 1.3$ ) (zie Figuur 7). Desondanks geeft 85% aan dat de voordelen van gezinsopnames zwaarder doorwegen dan de nadelen ervan ( $M = 1.5$ ;  $SD = 0.8$ ), zoals blijkt uit een gemiddelde score van 1.5 op de Likertschaal voor de stelling "De nadelen van de gezinsopnameweek wegen zwaarder door dan de voordelen ervan" (zie Figuur 1).

Een uitdaging is dat 10% van de respondenten zich niet zelfverzekerd voelt over hun vaardigheden tijdens gezinsopnames. Gemiddeld genomen antwoorden de meesten op deze

stelling echter 'niet oneens, niet eens' ( $M = 3.4$ ;  $SD = 1.2$ ). 85% van de respondenten wil verder meer expertise ontwikkelen in hun rol tijdens gezinsopnames ( $M = 4$ ,  $SD = 1.1$ ) (zie Figuur 3).

### **5.2.3 Het organisatorische aspect**

De meningen over het al dan niet vaker implementeren van gezinsopnames zijn verdeeld: 80% van de respondenten geeft aan dat ze wat hen betreft vaker georganiseerd mogen worden ( $M = 4.1$ ;  $SD = 1.1$ ), terwijl 10% een tegenovergestelde mening heeft. 65% vermeldt dat er meer gezinsopnames georganiseerd mogen worden als het minder impact zou hebben op hun dagelijks werk ( $M = 3.4$ ;  $SD = 1.8$ ) (zie Figuur 1). 70% ervaart namelijk extra belasting door gezinsopnames ( $M = 3.3$ ;  $SD = 1.3$ ). 5% vindt dat er te veel van hen wordt verwacht ( $M = 2.1$ ;  $SD = 0.9$ ) (zie Figuur 6).

Daarnaast verklaart 50% van de respondenten dat zij behoefte hebben aan extra middelen om hun dagelijks werk even goed te kunnen blijven doen terwijl ze meewerken aan de gezinsopnames ( $M = 3.1$ ;  $SD = 1.4$ ) (zie Figuur 6). 60% denkt dat de overheid de emotionele impact van het werken met gezinnen tijdens gezinsopnames mogelijk onderschat ( $M = 3.6$ ;  $SD = 1.1$ ) (zie Figuur 4).

Vervolgens geeft 55% aan dat ze het kortdurende karakter van de gezinsopname positief vinden. 30% is neutraal over deze stelling, terwijl 15% de huidige duur van de opname niet als positief ervaart ( $M = 3.4$ ;  $SD = 0.9$ ). Verder raadt 90% van de respondenten andere organisaties in Vlaanderen aan om gezinsopnames te organiseren ( $M = 4.4$ ;  $SD = 0.7$ ) (zie Figuur 1).

De gegevens tonen een overwegend positieve houding ten opzichte van gezinsopnames, met enkele nuances. 70% van de respondenten wil meer betrokkenheid bij de gezinsopnames zelf ( $M = 3.9$ ;  $SD = 0.9$ ), terwijl 75% meer betrokken wilt worden bij de voorbereiding en evaluatie ( $M = 3.6$ ;  $SD = 1$ ) (zie Figuur 5). Ongeveer 45% vindt dat gezinsopnames hen meer energie geven dan hun dagelijkse werk ( $M = 3.2$ ;  $SD = 1.3$ ). Tot slot geeft 70% aan dat de voldoening opweegt tegenover de uitdagingen van de gezinsopnames ( $M = 3.7$ ;  $SD = 1.5$ ) (zie Figuur 1).

## 6. Discussie & conclusie

De discussie wordt opgesplitst in twee delen om de onderzoeksvragen te beantwoorden, waarbij de kwantitatieve en kwalitatieve resultaten worden gekoppeld aan wetenschappelijke literatuur. Vervolgens worden beperkingen van het onderzoek en aanbevelingen voor beleid, praktijk en vervolgonderzoek behandeld. Tot slot wordt het onderzoek samengevat.

### 6.1 Werkzame elementen van gezinsopnames

Dit onderzoek illustreert dat nabijheid, verbinding, samenwerking en zorg voor gezinnen belangrijk zijn voor het opbouwen van relaties tussen hulpverleners en gezinsleden. Deze bevindingen worden ondersteund door studies van Walden et al., Walsh (2016) en een meta-analyse door Van der Put et al. (2018), die aangeven dat sociale en emotionele steun en een ondersteunende, veilige omgeving bijdragen aan herstel en veerkracht. Sprenkle et al. (2009) benadrukken eveneens de rol van de band tussen therapeut en gezin voor veerkracht. De nabijheid biedt participanten de kans om als rolmodel te fungeren. Volgens Walden et al. (2021) is het doorbreken van de vicieuze cirkel van onverwerkt ouderlijk trauma cruciaal om intergenerationeel trauma te voorkomen. Het tonen van positieve interacties als rolmodel kan een beschermende factor zijn bij het doorbreken van deze vicieuze cirkel.

Tijdens gezinsopnames hebben participanten ook gemerkt dat ze een waardevolle verandering ervaren in hun interactie, vooral met ouders, in vergelijking met hun dagelijkse werk waarin ze voornamelijk met het kind werken. Deze verandering varieerde echter afhankelijk van hun functie. Klinisch psychologen gaven aan dat ze voorheen meer gefocust waren op het kind, maar dat ze tijdens gezinsopnames ook een sterkere band met de (pleeg)ouders voelden. Dit toont aan hoe gezinsopnames het potentieel hebben om de relaties tussen hulpverleners en de bredere gezinscontext te versterken, wat kan leiden tot een sterker begeleidingstraject.

Gezinsopnames kunnen verder de onderlinge relaties verbeteren en een sterke band tussen gezinsleden bevorderen, door het gezin als een systeem te benaderen. Recent onderzoek, zoals dat van Carr (2018), ondersteunt deze aanpak. Minuchin's structurele gezinstherapie benadrukt eveneens het belang van gezinsinteracties, waarbij gezinsopnames kunnen helpen bij het herstructureren van deze dynamieken en interacties, en het bevorderen van communicatie en samenwerking binnen het gezin (Minuchin, 1974). Bovendien leidt complex en intergenerationeel trauma vaak tot een verstoorde ouder-kind gehechtheid, wat maakt dat het versterken van deze band essentieel is (O'Neill et al., 2018; Walden et al., 2021).

Daarnaast zijn alledaagse interacties en momenten, bekomen door verbinding en nabijheid, waardevol voor het verdere traject. Kok (1984) en Ter Horst (1999), kopstukken binnen de orthopedagogiek, beklemtonen de noodzaak van een veilige en alledaagse leefomgeving, alvorens behandeling effectief kan zijn (Jongepier et al., 2010; Kok, 1984; Ter Horst, 1999). Modlin & Magnuson (2021) stellen dat kleine, maar betekenisvolle momenten essentieel zijn voor de tevredenheid en competentie van hulpverleners.

Bovendien is nazorg na gezinsopnames essentieel, als ondersteuning van de voortgang en duurzaamheid van positieve veranderingen (Daly et al., 2018). Het kan de overgang naar huis verbeteren en helpen bij het behouden en versterken van behaalde resultaten (Russell, 2005; Tyler et al., 2016). Het kan worden georganiseerd als een gestandaardiseerd programma van 6 maanden, maar ook als meer informele ondersteuning (Price & Wichterman, 2003).

Nootboom et al. (2020) onderstrepen verder dat geïntegreerde jeugdzorg hulpverleners vereist die positief staan ten opzichte van samenwerking, duidelijke doelen, ondersteunende structuren en effectieve communicatie (Nootboom et al., 2020). Goede samenwerking en effectieve communicatie binnen het team zijn belangrijk voor het bereiken van gezamenlijke doelen. Communicatieproblemen of verschillen in aanpak kunnen het teamfunctioneren bedreigen (Ros et al., 2013). Dit benadrukt het belang van open communicatie en samenwerking binnen het team, waarbij verschillende perspectieven worden gewaardeerd. Hierbij aansluitend benadrukken de participanten aan dit onderzoek de meerwaarde van multidisciplinaire samenwerking, waarbij de diverse perspectieven van het team worden gewaardeerd. Dit zorgt ervoor dat elk teamlid een ander, breder inzicht krijgt in heersende gezinsdynamieken, ten opzichte van het dagelijks werk.

Participanten geven eveneens aan dat gezinsopnames de band met het team verbeteren, maar dat deze betere band vaak tijdelijk is. Dit staat in contrast met de diepere, blijvende band die ze ontwikkelen met gezinsleden tijdens de opnames. Toch merkt niet elke participant aan het huidige onderzoek veranderingen in de band tussen en/of met gezinsleden op.

Gezinsopnames kunnen hulpverleners daarnaast voldoening en energie geven, wat hun werkmotivatie verhoogt. Vooral in residentiële jeugdzorg, waar medewerkers te maken hebben met complexe problematieken, is motivatie belangrijk. Dit helpt hen om sensitief te blijven, zelfs bij incidenten en teleurstellingen (Dekker et al., 2019). Het bovenstaande kan een reden zijn waarom participanten aan het huidige onderzoek aangeven dat deelname aan gezinsopnames hulpverleners kan helpen om opnieuw het positieve in hun werk te zien. Intrinsieke motivatie wordt ondersteund door verschillende kenmerken, zoals feedback, autonomie, variatie in vaardigheden, taakidentiteit en taakbetekenis. Participanten in het

kwantitatieve onderzoek bevestigen de zinvolheid van het werk tijdens de opnames, wat van belang is volgens Hackman & Oldman (1976). Als medewerkers twijfelen aan het effect van hun inspanningen op iemands ontwikkeling of leven, kan dit hun werk negatief beïnvloeden en lage verwachtingen bevestigen, wat resulteert in verminderde prestaties (Steenhuisen et al., 2011).

In vergelijking met de standaardbehandeling, waar kinderen in het OBC verblijven en ouders af en toe ambulante therapie krijgen, bieden gezinsopnames aanzienlijke voordelen. Deze standaardbehandeling beperkt de diepgang van therapeutische interacties en bemoeilijkt een grondige aanpak van gezinsdynamieken. Onderzoek toont dan ook aan dat individuele begeleiding van kind en ouder niet leidt tot behoud van effecten thuis (Chamberlain, 2003). Daarnaast geven participanten aan dat ze er in het dagelijks leven niet altijd in slagen om ouders te betrekken, vanwege de druk en focus op ouder of kind. Gezinsopnames bieden daarentegen intensieve ondersteuning met frequenter en intensiever contact tussen gezinsleden en hulpverleners, wat de band versterkt. Na de opname ervaren ouders meer zelfvertrouwen en zijn ze minder afhankelijk. Het onderzoek van Price & Wichterman (2003) bevestigen dit, waaruit blijkt dat gezinsgerichte behandeling resulteert in meer zelfredzaamheid, waaronder het vermogen om zelfstandig te wonen en werk te vinden, en een verminderde behoefte aan externe ondersteuning. Bij OBC Ter Wende-Espero vonden drie van de vier behandelde moeders vast werk na de opname. Ook participanten aan het huidige onderzoek hebben opgemerkt dat gezinsopnames juist hebben geleid tot minder aanklampendheid (OBC Ter Wende Espero, 2023). Dit weerlegt de zorgen over meer afhankelijkheid na gezinsopnames, zoals aanvankelijk gevreesd (Combrinck-Graham et al., 1982).

Verder wordt tijdens gezinsopnames meer een wij-gevoel gecreëerd, doordat er wordt samengewerkt aan hetzelfde (behandel)doel. In vergelijking met het dagelijks werk blijkt uit onderzoek van Kerstjens (2022) dat ouders van geplaatste kinderen, door vele langdurige en mislukte trajecten, vaak het vertrouwen in hulpverleners hebben verloren en weerstand tonen. Door gezinsopnames kan dit gevoel deels gekeerd worden. Het onderzoek van Ramnerö en Jansson (2016) toont aan dat betere resultaten worden behaald wanneer de patiënt en de therapeut het eens zijn over de therapeutische doelen en beide actief betrokken zijn bij het proces, wat het belang van het streven naar hetzelfde doel benadrukt. Gedragstheorieën, zoals de zelfregulatietheorie en de controletheorie, suggereren ook dat al het gedrag gericht is op doelen en dat de manier waarop individuen hun eigen doelgerichte inspanningen zien, hun welzijn kan beïnvloeden (Knittle et al., 2016).

Hoewel participanten vervolgens aangeven dat vier dagen opname voldoende is, suggereert onderzoek van Euser et al. (2015), over ondersteuningsprogramma's gericht op het voorkomen van kindermishandeling, dat programma's van zes tot twaalf maanden grotere effecten tonen. Deze langere duur blijkt nodig te zijn voor het opbouwen van vertrouwen en het bereiken van verandering (Euser et al., 2015). Dit staat tegenover het huidige onderzoek, waarbij participanten aangeven dat zelfs binnen vier dagen aanzienlijk meer vertrouwen voelbaar is. Ook Combrinck-Graham et al. (1982) wijzen erop dat zelfs kortere opnames (van één tot zes weken) effectief kunnen zijn voor directe verbeteringen in het gezinsfunctioneren, waarna verdere versterkende interventies in een ambulante setting kunnen plaatsvinden (wat wijst op het belang van nazorg).

De huidige resultaten tonen eveneens aan dat verblijven op een andere, regulerende plek, omgeven door natuur, kan helpen bij traumaverwerking, vanwege de fysieke en mentale afstand van de dagelijkse zorgen van ouders. Zelfs in de jaren veertig werd al belang gehecht aan een veilige fysieke therapeutische omgeving als basis voor behandeling van 'traumatische oorlogsneuroses', weg van de institutionele sferen. De inrichting moest een gevoel van veiligheid, gezelligheid en huiselijkheid uitstralen (Potter, 1943). Dit idee wordt eveneens ondersteund door recenter onderzoek naar de impact van natuur op therapieresultaten. ) en Frumkin et al. (2017) en Pálsdóttir et al. (2018) tonen aan dat natuurlijke omgevingen gunstige effecten hebben op iemands fysieke en mentale gezondheid, met verbeteringen in cognitieve functies en stressvermindering. Dit sluit aan bij het NMT en het Window of Tolerance, waarbij regulerende activiteiten kunnen leiden tot het vergroten van het venster (E. Kestens, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2023).

Tot slot benadrukken enkele participanten het belang van een bekend gezicht, zowel voor de gezinnen als voor zichzelf, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan therapeuten binnen het centrum. Het voordeel hiervan is dat deze therapeuten de gezinnen al kennen en er een vertrouwensband is opgebouwd. Tegelijkertijd wijzen dezelfde participanten op de positieve aspecten van samenwerking met externe hulpverleners. Zij kunnen nieuwe perspectieven en meer zaken bereiken, wat kan bijdragen aan een meer holistische aanpak. Dit roept de vraag op hoe een balans gevonden kan worden tussen het bieden van continuïteit en vertrouwen door interne therapeuten, en het benutten van de toegevoegde waarde van externen.

Gezinsopnames kunnen dus worden beschouwd als een traumasensitieve context, doordat ze de nadruk leggen op veiligheid, verbinding en co-regulatie (Bath, 2008; Vervoort-Schel et al., 2022).



## 6.2 Uitdagingen van gezinsopnames

Participanten signaleren naast positieve aspecten ook uitdagingen, zoals beperkte financiële middelen en personeelstekort. Dit laatste is een structureel probleem in de residentiële jeugdhulp en draagt bij aan verminderde ouderbetrokkenheid (Bastiaanssen et al., 2019; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022). Sinds 2010 ervaart OBC Ter Wende-Espero geen indexering van werkingsmiddelen van het Agentschap Opgroeien, wat aanzienlijke gevolgen heeft (Bouckaert, 2022). Omdat residentiële jeugdhulp vaak als laatste redmiddel wordt gezien, ontvangen deze voorzieningen minder middelen. Echter nemen zij net kinderen met complexe problematieken op (Cardoen et al., 2021; Harder et al., 2006). De uiteenlopende behoeften benadrukken de noodzaak van voldoende middelen, kennis en expertise voor gepaste ondersteuning, die vaak ontbreken in kwalitatieve hulpverlening (Cardoen et al., 2021).

Daarnaast neemt de werkdruk vaak toe tijdens gezinsopnames, wat in strijd lijkt met de principes van een positief werkklimaat. Minimale werkdruk is essentieel voor een positief werkklimaat, aangezien verhoogde werkdruk schadelijke effecten kan hebben op hulpverleners, het leefklimaat en op de kwaliteit van zorg (Barford & Whelton, 2010; Dekker et al., 2019). Sociale steun van collega's kan echter dienen als buffer tegen stress en burn-out (Barford & Whelton, 2010). Het vervullen van psychologische basisbehoeften, zoals beschreven in de zelfdeterminatietheorie van Ryan & Deci (2000, 2004), is dan ook belangrijk voor zowel jongeren als medewerkers en draagt bij aan een positieve werkomgeving en leefklimaat. Hulpverleners gedijen wanneer ze vrijheid hebben in hun taken, sterke werkrelaties opbouwen en hun talenten kunnen ontwikkelen. Terwijl Barford & Whelton (2010) suggereren dat werkdruk afneemt met toenemende leeftijd en ervaring, wijst het huidige onderzoek uit dat dit meer afhangt van iemands functie dan van leeftijd of ervaring. Functies die individueel worden uitgevoerd en leefgroepbegeleiders lijken vatbaarder voor een verhoogde werkdruk, omdat niemand hun werk overneemt. Dit benadrukt de noodzaak van passende ondersteuning voor alle functies binnen de organisatie. Een trauma-geïnformeerde setting heeft namelijk ook oog voor het versterken van de autonomie en veerkracht van hulpverleners, wat negatieve behandelresultaten voorkomt (Vervoort-Schel et al. (2022).

Verder roept het belang van stabiliteit en timing bij traumabehandeling vragen op over het juiste moment voor gezinsopnames. Kerstjens (2022) stelt dat traumabehandeling alleen moet beginnen wanneer het kind en de ouder zich veilig voelen. Daarom is zorgvuldige en continue monitoring essentieel om te bepalen of gezinnen klaar zijn voor opname. Participanten geven namelijk aan dat een opname met niet-gereguleerde ouders namelijk negatieve gevolgen kan hebben. Dit bevestigt het onderzoek van Robst et al. (2013), dat gezinsbetrokkenheid tijdens

residentiële behandeling van kinderen onderzocht. Gezinsbetrokkenheid bleek geassocieerd met meer vooruitgang in het functioneren van het kind. Echter kan niet-therapeutisch contact of contact met niet-betrokken ouders juist leiden tot minder positieve effecten en meer externaliserend probleemgedrag.

Ondanks inspanningen en literatuur die wijzen op het belang van ouderbetrokkenheid in de jeugdhulp, ervaren participanten bovendien dat ze, door diverse barrières, niet altijd alle gezinsleden kunnen betrekken tijdens gezinsopnames. Studies zoals die van Herman et al. (2011), die onderzoek deden bij kinderen met mentale problemen, tonen aan dat ouders en gezinsleden nog steeds te maken hebben met structurele, contextuele en perceptuele obstakels. Deze obstakels bevatten onder meer overtuigingen over eerdere ervaringen, weerstand tegen hulp en gebrek aan vertrouwen. Het huidige onderzoek toont eveneens aan dat deelname aan gezinsopnames veel inzet van ouders vraagt en dat binnen de dagelijkse werking een gebrek aan vertrouwen zich vertaalt in een wij-zij gevoel. Socio-economische factoren en structurele problemen, zoals werkverplichtingen, tijdgebrek, afstand, en schoolse verplichtingen van tienerbroers en -zussen, beperken ook de betrokkenheid. Onderzoek benadrukt de complexiteit van ouderbetrokkenheid in de jeugdhulp en de noodzaak van voortdurende inspanningen om deze te verbeteren, rekening houdend met individuele behoeften, culturele diversiteit en praktische uitdagingen (Herman et al., 2011).

Bijkomend benadrukken participanten de behoefte aan meer kennis over gezinsopnames, trauma en gezinsgericht werken, en voelen ze zich niet altijd zeker over hun vaardigheden tijdens gezinsopnames. Onderzoek van Bargeman et al. (2022) en Donisch et al. (2016) toont eveneens aan dat er tekortkomingen zijn in het begrip van trauma en trauma-informed care, met variabele definities en implementaties tussen organisaties. Hulpverleners ervaren ambiguïteit bij het omzetten van concepten naar de praktijk en pleiten voor een uniform lexicon en meetbare benaderingen. Het gebrek aan kennis kan worden veroorzaakt door hiaten in trauma-onderwijs, beperkte professionele ontwikkelingsmogelijkheden en problemen bij de werving van jeugdhulpverleners (SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS, 2021). Het belang van ondersteuning van de hulpverlener wordt door Huang et al. (2014) gezien als onderdeel van de basisprincipes om een traumasensitieve omgeving te realiseren. Hulpverleners dienen zich namelijk even veilig te voelen als cliënten, om adequate ondersteuning te kunnen bieden en herstel te faciliteren.

Onderzoek van Leichtman & Leichtman (2001) en Varese et al. (2020) bevestigen tot slot, net zoals participanten aangeven, dat behandelresultaten na opname niet altijd behouden blijven. Oorzaken kunnen de ernstige problemen van kinderen en jongeren in residentiële jeugdhulp zijn, wat het risico op terugval vergroot en hun aanpassing op lange termijn bemoeilijkt.

Negatieve sociale omstandigheden en gebrek aan voortgezette behandeling dragen ook bij aan terugval na ontslag.

### **6.3 Aanbevelingen voor praktijk en beleid**

Ten eerste is het essentieel om gezinsopnames breder bekend te maken in de maatschappij. Dit kan andere organisaties inspireren om ze ook te implementeren, aangezien alle participanten aan dit onderzoek gezinsopnames aanbevelen. Bovendien kan meer bekendheid voor meer begrip zorgen bij werkgevers wanneer ouders afwezig zijn van het werk. Dit zou de praktische organisatie voor veel ouders gemakkelijker maken.

Verder belemmert het beperkte aantal wetenschappelijke onderzoeken naar gezinsopnames in de jeugdhulpverlening in Vlaanderen verdere ontwikkeling en implementatie. Richtlijnen ontwikkelen op basis van praktijkervaringen en wetenschappelijke literatuur zouden helpend zijn om de effectiviteit van gezinsopnames te bevorderen. Deze richtlijnen kunnen organisaties ondersteunen bij de implementatie van gezinsopnames. Het bieden van training en begeleiding aan hulpverleners is verder essentieel om hen de nodige vaardigheden en kennis te geven voor een succesvolle implementatie van gezinsopnames. Onderzoeken, zoals dat van Ross et al. (2011), hebben aangetoond dat training van jeugdwerkers ertoe leidt dat ze zich vaardiger, zelfverzekerder, professioneler en reflectiever voelden.

Daarnaast moeten de werkingsmiddelen die jeugdhulporganisaties krijgen herbekeken worden, aangezien organisaties momenteel te weinig middelen hebben voor een optimale integratie van gezinsopnames in hun dagelijkse werk. Hulpverleners ervaren moeilijkheden bij deze integratie, wat de kwaliteit van de hulpverlening kan belemmeren. Daarom is het belangrijk dat het beleid gezinsopnames als reguliere praktijk verankert in de hulpverleningssector. Door gezinsopnames een structurele plek te geven in het beleid en de werking van organisaties, kan de duurzaamheid en effectiviteit van deze aanpak worden vergroot. Dit vereist voldoende middelen en personeel.

Een belangrijke praktijkaanbeveling is om gezinsleden meer te betrekken bij de (jeugd)hulpverlening, omdat onderzoek aantoont dat dit de behandel-effectiviteit vergroot (Barth, 1994; Bastiaanssen et al., 2019; Boendermaker et al., 2013; Kerstjens, 2022; Levrouw, 2018). Door een gezin als geheel te beschouwen en te behandelen, kunnen problemen in hun bredere context worden begrepen en aangepakt, wat bijdraagt aan een meer complete behandeling.

Verder kan het versterken van eerstelijnsdiensten, onderwijs en kinderopvang ernstige problemen voorkomen en de druk op de tweede- en derdelijnszorg verminderen. Vroegtijdige interventies en ondersteuning kunnen de negatieve gevolgen van trauma verminderen, wat op lange termijn kosten in de gezondheidszorg en andere sectoren kan besparen. Onbehandelde trauma's kunnen volgens de participanten namelijk leiden tot hoge zorgkosten en zelfs gevangenisopnames. Oppenheim et al. (2016) stellen dat de eerste vijf jaar van iemands leven de basis leggen voor de latere ontwikkeling en dat de eventuele impact van ACEs in deze periode nog kan worden bijgestuurd. Ook Andersen (2003) geeft aan dat de kleutertijd een kritische periode is voor de hersenontwikkeling. Daarom is de focus op onderwijs en kinderopvang van groot belang. Verder bevestigt onderzoek dat de eerstelijnszorg preventief kan optreden tegen zowel lichamelijke als geestelijke gezondheidsproblemen bij kinderen als volwassenen. Secundaire preventie speelt ook een rol door de risico's op gedragsmatige gezondheidsproblemen aan te pakken voordat ze ernstig worden (Perrin et al., 2016).

Participanten deden eveneens enkele aanbevelingen om de gezinsopnames te verbeteren. Ze stelden voor om verschillende opnames te organiseren met specifieke doelen, zoals het bevorderen van verbinding in plaats van enkel te focussen op traumatherapie. Ook benadrukten ze het belang van verbeterde praktische ondersteuning, zoals het instellen van een vast menu en duidelijke rolverdeling binnen het team. Verder pleitten ze voor de aanstelling van een verantwoordelijke voor de organisatie van gezinsweken. Deze persoon zou dan telkens ook voor de gezinsopname op huisbezoek kunnen gaan om de gezinnen beter voor te bereiden. Een participant gaf aan dat er in Nederland in de voorbereidingen een contactpersoon werd aangesteld die minstens één keer per week, over een periode van twee maanden, met het gezin contact opnam om de voortgang, planning,... te bespreken. Dit zou volgens deze participant de betrokkenheid van het gezin verbeteren. Tot slot opperden ze het idee van een eigen locatie voor flexibele inzet, naast suggesties zoals het betrekken van bestaande hulpverlening en het organiseren van meerdere opnames binnen één traject.

## **6.4 Beperkingen van onderzoek en aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Vanwege de ethische complexiteit die samenhangt met de traumatische ervaringen van gezinnen werd gekozen om hun rechtstreekse participatie in het onderzoek te vermijden. In plaats daarvan werd relevante informatie over de gezinnen verkregen via de hulpverleners. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de directe betrokkenheid van gezinnen. Door rechtstreeks met ouders en kinderen te communiceren, kunnen onderzoekers

waardevolle inzichten verkrijgen in hun ervaringen, behoeften en percepties met betrekking tot de gezinsopnames.

Verder zou toekomstig onderzoek kunnen overwegen om de effectiviteit van gezinsopnames te meten. Dit was hoofdzakelijk een kwalitatieve masterproef, maar meer kwantitatief onderzoek zou eveneens nuttig kunnen zijn (zoals Randomized Controlled Trials, pre-post-analyse, enzovoort).

Vervolgonderzoek kan zich daarnaast richten op langetermijneffecten van gezinsopnames, inclusief emotioneel welzijn, familierelaties en integratie in de samenleving. Participanten benadrukten namelijk dat ze weinig zicht hebben op de voortgang van deze gezinnen. Dit benadrukt de noodzaak van longitudinale studies om de werking van gezinsopnames na enkele jaren te bekijken. Onderzoek naar factoren die bijdragen aan langetermijnsucces of uitdagingen voor gezinnen kan toekomstige interventies optimaliseren en ondersteuning verbeteren.

Ten slotte zou verder onderzoek zich kunnen focussen op andere contexten en soortgelijke programma's. Door deze bredere omgang kan er een dieper inzicht verkregen worden in de effectiviteit en bruikbaarheid van dergelijke benaderingen in diverse omgevingen en situaties.

## **6.5 Conclusie**

Dit onderzoek naar traumagerichte gezinsopnames in OBC Ter Wende-Espero is gebaseerd op de impact van trauma op gezinnen, gunstige bevindingen over gezinsbetrokkenheid bij behandeling, en het gebrek aan onderzoek naar ervaringen van hulpverleners in residentiële jeugdzorg (met gezinsopnames). Via enquêtes en semigestructureerde interviews werd antwoord gezocht op: 'Wat zijn volgens hulpverleners van OBC Ter Wende-Espero werkzame elementen en uitdagingen van gezinsopnames?'

Hulpverleners erkennen veel werkzame elementen van gezinsopnames, zoals het benaderen van het gezin als één systeem, wat vertrouwdheid, verbinding, nabijheid en directe bijsturing mogelijk maakt. Dit leidt tot positieve veranderingen bij het gezin en inzicht in gezinsdynamieken die bruikbaar zijn tijdens het verdere begeleidingstraject. Frequente observaties dragen bij aan gerichtere ondersteuning achteraf. Bovendien herinnert deze praktijk begeleiders aan het belang van het actiever betrekken van gezinsleden in het dagelijkse werk. Ook benadrukken hulpverleners het belang van een regulerende omgeving en teamondersteuning.

Hoewel gezinsopnames voldoening en energie bieden om het dagelijks werk te hervatten, ervaren hulpverleners uitdagingen zoals extra werkdruk, de combinatie met de dagelijkse werking en betrokkenheid van andere gezinsleden. Desondanks geeft het merendeel aan dat ze de gezinsopnames vaker geïmplementeerd willen zien. Om hun volledige potentieel te benutten, is het belangrijk dat beleidsmakers voldoende middelen toewijzen en ondersteuning bieden aan hulpverleners. Gezinsopnames bieden een veelbelovende benadering om ondersteuning te bieden aan gezinnen.

## 7. Literatuurlijst

- Aarts, P. (2007). 1: De geschiedenis van het trauma. In P. Aarts & W. Visser (Reds.), *Trauma: diagnostiek en behandeling* (pp. 21-36). Bohn Stafleu van Loghum.  
<https://www.boompsychologie.nl/media/4/9789031348978.pdf>
- Ablon, J. S., & Perry, B.D. (2019). CPS as a Neurodevelopmentally Sensitive and Trauma-Informed Approach. In J.S. Ablon, J.G. Hone, & A.R. Pollastri (Reds.), *Collaborative Problem Solving: An Evidence-Based Approach to Implementation and Practice* (pp. 15-31). Humana Press.
- Accare. (z.d.). *KINGS: hulp voor het hele gezin*. Geraadpleegd op 28 april 2024, van <https://www.accare.nl/behandelingen/kings>
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. L., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2005). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andersen, S. L. (2003). Trajectories of brain development: point of vulnerability or window of opportunity? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1–2), 3–18.  
[https://doi.org/10.1016/s0149-7634\(03\)00005-8](https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00005-8)
- Augeo Jongerentaskforce (2016). *Al veel meegemaakt: ingrijpende jeugdervaringen van leerlingen in groep 7 en 8*. Augeo. Geraadpleegd op 29 april 2023, van <https://www.augeo.nl/-/media/Files/Jongerentaskforce/161026-Jongerenrapport-ik-heb-al-veel-meegemaakt.ashx>
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2012). *Basisboek Kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Noordhoff Uitgevers.
- Baarends, E., & Simon, F. (2017). Over validering van praktijkgericht kwalitatief onderzoek. *KWALON*, 22(3). <https://doi.org/10.5117/2017.022.003.002>
- Bakker, M., & de Boer, F. (2021). Kwaliteitscriteria in kwalitatief onderzoek: welke termen hanteer je als kwalitatief onderzoeker? *KWALON*, 26(2), 88–96.  
<https://doi.org/10.5117/kwalon2021.2.002.bakk>

- Bhandari, P. (2022). Een introductie tot kwalitatief onderzoek. *Scribbr*.  
<https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/kwalitatief-onderzoek/>
- Barford, S. W., & Whelton, W. J. (2010). Understanding Burnout in Child and Youth Care Workers. *Child & Youth Care Forum*, 39(4), 271–287. <https://doi.org/10.1007/s10566-010-9104-8>
- Bargeman, M., Abelson, J., Mulvale, G., Niec, A., Theuer, A., & Moll, S. (2022). Understanding the Conceptualization and Operationalization of Trauma-Informed Care Within and Across Systems: A Critical Interpretive Synthesis. *The Milbank Quarterly*, 100(3), 785–853. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12579>
- Barth, R. P. (1994). Shared Family Care: Child Protection and Family Preservation. *Social Work*, 39(5), 515–524. <https://doi.org/10.1093/sw/39.5.515>
- Barth, R. P., Zeinstra, L. T., Lee, B. R., & Harder, A. (2023). Shared Family Care: Out-of-Home Care Programs for Serving Parents and Children Together. *Residential Treatment For Children & Youth*, 41(1), 24–46.  
<https://doi.org/10.1080/0886571x.2023.2202889>
- Bartlett, J. D., Griffin, J., Spinazzola, J., Fraser, J. G., Noroña, C. R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C., & Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110–117.  
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.11.015>
- Bastiaanssen, I., Kerkhof, L., Addink, A., Nederlands Jeugdinstituut, Kooijmans, R., Verwaaijen, S., Strijbosch, E., Van Brandenburg, M., Nijhof, K., Van Hoof, L., Haers, U., Herpers, P., Harder, A., Van Kempen, D., De Lange, M., Puijk, D., Giacometti, G., Noordegraaf, M., Van Hattum, M., & Boendermaker, L. (2019). *Speerpunten voor residentiële jeugdhulp: Verbindend werken met kinderen en gezinnen*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Speerpuntenagenda-uitgebreide-versie.pdf>
- Bath, H. (2008). The three pillars of trauma-informed care. *Reclaiming children and youth*, 17(3), 17-21.  
<https://elevhalsan.uppsala.se/globalassets/elevhalsan/dokument/psykologhandlingar/trauma-informed-care.pdf>



- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 4(10), 517–528. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30145-8)
- Berliner, L. & Kolko, D.J. (2016). Trauma Informed Care: A Commentary and Critique. *Child Maltreatment*, 21(2), 168-172. <https://doi.org/10.1177/1077559516643785>
- Beyerlein B, & Bloch E. (2014). Need for trauma-informed care within the foster care system: A policy issue. *Child Welfare*, 93(3), 7-21. <https://www.proquest.com/docview/1804471300>
- Bleijenbergh, I. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Boom.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Boom Lemma.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (3e ed.). Boom.
- Boendermaker, L., Van Rooijen, K., Berg, T., & Bartelink, C. (2013). Residentiële jeugdzorg: wat werkt? In [www.nji.nl](http://www.nji.nl). [https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Watwerkt\\_ResidentieleJeugdzorg.pdf](https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Watwerkt_ResidentieleJeugdzorg.pdf)
- Bonanno. G.A., & Galea. S. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(15), 671-682. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.671>
- Bouckaert, M. (2022, 30 mei). *Jaarverslag 2021 ter Wende - Espero vzw*. Geraadpleegd op 16 april 2024, van [http://obc-espero.weebly.com/uploads/1/1/1/1/11118143/jaarverslag\\_2021.pdf](http://obc-espero.weebly.com/uploads/1/1/1/1/11118143/jaarverslag_2021.pdf)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brendler, J. (1987). A perspective on the brief hospitalization of whole families. *Journal Of Family Therapy*, 9(2), 113–130. <https://doi.org/10.1046/j..1987.00272.x>
- Bruce, M. M., Kassam-Adams, N., Rogers, M. E., Anderson, K., Sluys, K., & Richmond, T. S. (2018). Trauma Providers' Knowledge, Views, and Practice of Trauma-Informed Care.

*Journal Of Trauma Nursing*, 25(2), 131–138.  
<https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000356>

Bryson, S. A., Gauvin, E., Jamieson, A., Rathgeber, M., Faulkner-Gibson, L., Bell, S., Davidson, J., Russel, J., & Burke, S. (2017). What are effective strategies for implementing trauma-informed care in youth inpatient psychiatric and residential treatment settings? A realist systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0137-3>

Burton, M., Cooper, A. I., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2015). The Enhancement of Natural Resilience in Trauma Interventions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(4), 193–204. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9302-7>

Cardoen, L., De Baets, F., Roose, R., & Vandeveld, S., (2001). *Eindrapport Academische werkplaats Leefklimaat*. <https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/eindrapport-academische-werkplaats-leefklimaat.pdf>

Carr, A. (2018). Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. *Journal Of Family Therapy*, 41(2), 153–213.  
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>

Caulfield, J. (2022, 28 oktober). *Een introductie tot thematische analyses | Met voorbeelden*. Scribbr. Geraadpleegd op 20 mei 2023, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/thematische-analyse/>

Chamberlain, P. (2003). The oregon multidimensional treatment foster care model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive And Behavioral Practice*, 10(4), 303–312. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(03\)80048-2](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(03)80048-2)

Chidiac, N., & Crocq, L. (2010). Le psychotrauma. Stress et trauma: Considérations historiques. *Annales Médico-psychologiques*. *Annales Médico-psychologiques*, 165(4), 311-319. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.013>

Coleman, P. (2022). Validity and Reliability within Qualitative Research for the Caring Sciences. *International Journal of Caring Sciences*, 14(3) 2041–2045.  
[https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/54\\_goleman\\_special\\_14\\_3.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/54_goleman_special_14_3.pdf)

- Combrinck-Graham, L., Gursky, E. J., & Brendler, J. (1982). *Hospitalization of Single-Parent Families of Disturbed Children*. *Family Process*, 21(2), 131–152.  
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1982.00131.x>
- Conn, A., Szilagyi, M., & Forkey, H. (2020). Adverse Childhood Experience and Social Risk: Pediatric Practice and Potential. *Academic Pediatrics*, 20(5), 573-574.  
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.03.013>
- Corrigan, F., Fisher, J., & Nutt, D. (2011). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17–25. <https://doi.org/10.1177/0269881109354930>
- Daly, D. L., Huefner, J. C., Bender, K. R., Davis, J. L., Whittaker, J. K., & Thompson, R. W. (2018). Quality care in therapeutic residential programs: definition, evidence for effectiveness, and quality standards. *Residential Treatment For Children & Youth*, 35(3), 242–262. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2018.1478240>
- Daniels, A. D., & Bryan, J. (2021). Resilience Despite Complex Trauma: Family Environment and Family Cohesion as Protective Factors. *The Family Journal*, 29(3), 336–345.  
<https://doi.org/10.1177/10664807211000719>
- Dekker, A.L., Van Miert, V.S.L., & Van der Helm, G.H.P. (2019). Handleiding Living Group Working Climate Inventory (LGWCI), inclusief referentiegroepen voor jeugd- en volwassensetting. In Lectoraat Residentiële jeugdzorg, Expertisecentrum Jeugd Hogeschool Leiden, *Handleiding*.  
<https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/handleidingen/handleiding-igwci-incl.-referentiegroepen-v.-okt-2018.pdf>
- Develtere, L. (2022). Trauma bij jongeren in de jeugdhulp: ‘Alle opvoeders wisten het, maar er werd niet over gesproken’. *Sociaal.Net*. Geraadpleegd op 13 mei, van <https://sociaal.net/achtergrond/traumasensitieve-zorg-jeugdhulp-er-werd-niet-over-gesproken/>
- Donisch, K., Bray, C., & Gewirtz, A. (2016). Child Welfare, Juvenile Justice, Mental Health, and Education Providers’ Conceptualizations of Trauma-Informed Practice. *Child Maltreatment*, 21(2), 125–134. <https://doi.org/10.1177/1077559516633304>
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: a meta-analysis of randomized controlled trials reveals

- disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. P., Spitz, A. M., Edwards, V. J., Koss, M. P., & Marks, J. G. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Fraser, J. G., Griffin, J., Barto, B., Lo, C. B., Wenz-Gross, M., Spinazzola, J., Bodian, R., Nisenbaum, J., & Bartlett, J. D. (2014). Implementation of a workforce initiative to build trauma-informed child welfare practice and services: Findings from the Massachusetts Child Trauma Project. *Children and Youth Services Review*, 44, 233–242. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2014.06.016>
- Frumkin, H., Bratman, G. N., Breslow, S. J., Cochran, B., Kahn, P. H., Jr, Lawler, J. J., Levin, P. S., Tandon, P. S., Varanasi, U., Wolf, K. L., & Wood, S. A. (2017). Nature Contact and Human Health: A Research Agenda. *Environmental Health Perspectives*, 125(7). <https://doi.org/10.1289/ehp1663>
- GGZ Standaarden (z.d.). *Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen*. GGZ Standaarden. Geraadpleegd op 24 maart 2023, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/over-psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/wat-is-psychotrauma>
- Goddard, A. (2021). Adverse Childhood Experiences and Trauma-Informed Care. *Journal of Pediatric Health Care*, 35(2), 145–155. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2020.09.001>
- Gunnar, M. R., & Quevedo, K. (2007). *The Neurobiology of Stress and Development*. *Annual Review Of Psychology*, 58(1), 145–173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Hackman, J., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior And Human Performance*, 16(2), 250–279. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Hanson, R. F., & Lang, J. E. (2016). A Critical Look At Trauma-Informed Care Among Agencies and Systems Serving Maltreated Youth and Their Families. *Child Maltreatment*, 21(2), 95–100. <https://doi.org/10.1177/1077559516635274>

- Harder, A.T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld: Een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Uitgeverij SWP.
- Henderson, B. (2023). *Challenging the Conventional Wisdom about Residential Care for Children and Youth*. <https://doi.org/10.4324/9781003435709>
- Herman, K. C., Borden, L. A., Hsu, C., Schultz, T. R., Carney, M. S., Brooks, C. M., & Reinke, W. M. (2011). Enhancing Family Engagement in Interventions for Mental Health Problems in Youth. *Residential Treatment For Children & Youth*, 28(2), 102–119. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2011.569434>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. E., & Yuen, T. J. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- Hosseini, S. M., Barker, K., & Ramirez-Marquez, J. E. (2016). A review of definitions and measures of system resilience. *Reliability Engineering & System Safety*, 145, 47–61. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.08.006>
- Huang, L. N., Flatow, R., Biggs, T., Afayee, S., Smith, K., Clark, T., & Blake, M. (2014, 1 juli). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA\\_Trauma.pdf](https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf)
- Isabel, E., Schröder, S., Breuer, D., & Döpfner, M. (2015). Parent–child inpatient treatment for children with behavioural and emotional disorders: a multilevel analysis of within-subjects effects. *BMC Psychiatry*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0675-7>
- Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T., & Foster, K. (2018). Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis. *Journal Of Clinical Nursing*, 28(7–8), 1100–1113. <https://doi.org/10.1111/jocn.14735>
- Isobel, S., Wilson, A., Gill, K., & Howe, D. (2020). 'What would a trauma-informed mental health service look like?' Perspectives of people who access services. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 30(2), 495–505. <https://doi.org/10.1111/inm.12813>
- Jeugdhulp (z.d.-a). *Residentiële jeugdhulp*. Geraadpleegd op 19 mei 2023, van <https://www.jeugdhulp.be/themas/residentiele-jeugdhulp>

- Jeugdhulp (z.d.-b). *Observatie- en behandelcentrum (OBC)*. Geraadpleegd op 19 maart 2024, <https://www.jeugdhulp.be/organisaties/observatie-en-behandelcentrum-obc>
- Jongepier, N., & Struijk, M. (2008). Tijd voor herwaardering van het pedagogisch basisklimaat. *Jeugd en Co Kennis*, 2(4), 19–25. <https://doi.org/10.1007/bf03087479>
- Jongepier, N., Struijk, M., & Van Der Helm, P. (2010). Zes uitgangspunten voor een goed pedagogisch klimaat. *Jeugd en Co Kennis*, 4(1), 9–18. <https://doi.org/10.1007/bf03089308>
- Kerstjens, I. (2022). Ouders als volwaardige samenwerkingspartners binnen de residentiële jeugdzorg – hoe doe je dat? *Systeemtherapie*, 34(2), 94–108. <https://euthopia.nl/wp-content/uploads/2022/07/ouders-als-volwaardige-samenwerkingspartners-binnen-de-residentiele-jeugdhulpverlening-Kerstjens-2022.pdf>
- Kira, I.A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73–86. <https://doi.org/10.1177/153476560100700202>
- Kliethermes, M. D., Schacht, M. M., & Drewry, K. (2014). Complex Trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(2), 339–361. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.009>
- Knittle, K. P., Gellert, P., Moore, C., Bourke, N., & Hull, V. (2019). Goal Achievement and Goal-Related Cognitions in Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Therapy*, 50(5), 898–909. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.01.005>
- Knorth, E., Harder, A., Zandberg, T., & Kendrick, A. (2008). Under one roof : a review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children And Youth Services Review*, 30(2), 123–140. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.09.001>
- Kok, J.F.W. (1984). *Specifiek opvoeden in gezin en school, dagcentrum en internaat*. Acco.
- Kuiper E., & Bannink F. (2012). Veerkracht: bevorderen van veerkracht in de jeugdhulpverlening. *Kind & Adolescent Praktijk*, 11(3), 134-139. <https://doi.org/10.1007/s12454-012-0044-3>
- Leichtman, M., & Leichtman, M. L. (2001). Facilitating the Transition from Residential Treatment into the Community: I. The Problem. *Residential Treatment For Children & Youth*, 19(1), 21–27. [https://doi.org/10.1300/j007v19n01\\_02](https://doi.org/10.1300/j007v19n01_02)

- Levrouw, D. (2018). *Back to basics in residentiële jeugdzorg?! Een terugblik op het innovatieve project "Back to basics" in residentiële jeugdzorg*. Geraadpleegd op 24 april 2024, van [https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/awl\\_artikel\\_agora\\_2.pdf](https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/awl_artikel_agora_2.pdf)
- Levrouw, D., Roose, R., Van Der Helm, P., Strijbosch, E., & Vandeveld, S. (2018). Developing a positive living group climate in residential youth care: A single case study. *Child & Family Social Work, 23*(4), 709–716. <https://doi.org/10.1111/cfs.12467>
- Levrouw, D., Devlieghere, J., Vandeveld, S., & Roose, R. (2021). Kunnen we nog samen televisie kijken? Een kwalitatief onderzoek naar de ontwikkeling van een positief leefklimaat in residentiële jeugdzorg. *Tijdschrift voor jeugdrecht en kinderrechten, 2*, 112-119. <https://www.opgroeien.be/sites/default/files/tool-documents/artikel-tjk-kwalitatief-onderzoek-naar-de-ontwikkeling-van-een-positief-leefklimaat.pdf>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation, 1986*(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Lloyd, M. C. (2019). At the Heart of Trauma-Informed Care. *The International Journal of Whole Person Care, 6*(1), 22-25. <https://doi.org/10.26443/IJWPC.V6I1.193>
- MacKinnon, L. (2012). The Neurosequential Model of Therapeutics: An Interview with Bruce Perry. *Australian And New Zealand Journal Of Family Therapy, 33*(3), 210–218. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.26>
- Masten, A. S. (2021). Multisystem resilience: pathways to an integrated framework. *Research in Human Development, 18*(3), 153–163. <https://doi.org/10.1080/15427609.2021.1958604>
- Merkus, J. (2021, 3 augustus). *Likertschalen ontwerpen en analyseren voor je scriptie*. Scribbr. Geraadpleegd op 8 april 2024, van <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/likertschalen/>
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Harvard University Press.
- Modlin, H., & Magnuson, D. (2021). A Constructive-Developmental Analysis of Satisfaction, Challenge and Coping in Residential Child and Youth Care. *Child & Youth Services, 42*(2), 179–199. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2021.1903857>

- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco.  
<https://lib.ugent.be/nl/catalog/rug01:002080773>
- Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., & Amann, B. L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 11(2), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Nooteboom, L., Mulder, E., Kuiper, C., Colins, O. F., & Vermeiren, R. (2020). Towards Integrated Youth Care: A Systematic Review of Facilitators and Barriers for Professionals. *Administration And Policy in Mental Health*, 48(1), 88–105.  
<https://doi.org/10.1007/s10488-020-01049-8>
- Nuttman-Shwartz, O., & Green, O. (2021). Resilience Truths: Trauma Resilience Workers' Points of View Toward Resilience in Continuous Traumatic Situations. *International Journal of Stress Management*, 28(1), 1-10.  
<https://doi.org/10.1037/str0000223>
- OBC Ter Wende Espero (2023). *Praktijk: Gezinsopnames, de missing link? Opgroeien*. Geraadpleegd op 12 mei 2024, van <https://www.opgroeien.be/kennis/toolbox/praktijk-gezinsopnames-de-missing-link>
- Ogden, P. (2009). Modulation, Mindfulness, and Movement in the Treatment of Trauma-Related Depression. In Kerman, M. (Red.), *Clinical Pearls of Wisdom: 21 Leading Therapists Share Their Key Insights* (pp. 1-13). W.W. Norton.
- O'Neill, L. a. J., Fraser, T., Kitchenham, A., & McDonald, V. L. (2018). Hidden Burdens: a Review of Intergenerational, Historical and Complex Trauma, Implications for Indigenous Families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(2), 173–186.  
<https://doi.org/10.1007/s40653-016-0117-9>
- Opgroeien (2023, 4 november). *Cijferrapport: Aanvragen crisisjeugdhulp en niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp*. Geraadpleegd op 9 mei 2024, van <https://www.opgroeien.be/kennis/cijfers-en-onderzoek/aanvragen-crisisjeugdhulp-en-niet-rechtstreeks-toegankelijke-jeugdhulp>



- Opgroeien Jeugdhulp (2023). *Binc: cijferrapport 2022*. Geraadpleegd op 11 mei, 2024, van <https://www.jeugdhulp.be/sites/default/files/documents/Cijferrapport%20BINC%202022%20pub.pdf>
- Oppenheim, J., Stewart, W., Zoubak, E., Donato, I., Huang, L., & Hudock, W. (2016). Launching forward: The integration of behavioral health in primary care as a key strategy for promoting young child wellness. *American Journal of Orthopsychiatry*, *86*(2), 124–131. <https://doi.org/10.1037/ort0000149>
- Pai, A. V., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behavioral sciences*, *7*(4), 7. <https://doi.org/10.3390/bs7010007>
- Pálsdóttir, A. M., Stigsdotter, U. K., Persson, D., Thorpert, P., & Grahn, P. (2018). The qualities of natural environments that support the rehabilitation process of individuals with stress-related mental disorder in nature-based rehabilitation. *Urban Forestry & Urban Greening*, *29*, 312–321. <https://doi.org/10.1016/j.ufug.2017.11.016>
- Pellemans-van Rooijen, R., Vervoort-Schel, J., Hofman, G., & Moonen, X. (2023). Trauma-informed care voor hulpvragers en hulpverleners in de jeugdhulp: review en ervaringen uit de praktijk. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, *50*(1), 6 – 27. [https://www.vkjp.nl/media/files/Tijdschriften/Artikelen%20pdf/2023%201/c2023-1\\_TIC.pdf](https://www.vkjp.nl/media/files/Tijdschriften/Artikelen%20pdf/2023%201/c2023-1_TIC.pdf)
- Perrin, E. C., Leslie, L. K., & Boat, T. (2016). Parenting as Primary Prevention. *JAMA Pediatrics*, *170*(7), 637. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0225>
- Perry, B. (2006). The Neurosequential Model of Therapeutics: Applying principles of neuroscience to clinical work with traumatized and maltreated children. In N. B. Webb (Ed.), *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). The Guilford Press.
- Perry, B.D., Griffin, E., Davis, G., Perry, J.A. & Perry, R. D. (2018). The Impact of Neglect, Trauma and Maltreatment on Neurodevelopment: Implications for Juvenile Justice Practice, Programs and Policy. *The Wiley Blackwell handbook of forensic neuroscience*, 815–835. <https://doi.org/10.1002/9781118650868.ch31>
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. H. (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>

- Plumb, J.L., Bush, K.A., & Kersevich, S.E. (2016). Trauma-Sensitive Schools: An Evidence-Based Approach. *School Social Work Journal*, 40(2), 37-60.  
<https://eric.ed.gov/?id=EJ1100331>
- Porges, S. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Potter, H. W. (1943). The psychical and psychological aspects of environment essential to the treatment of traumatic neuroses of war. *The American Journal Of Psychiatry*, 100(1), 120–123. <https://doi.org/10.1176/ajp.100.1.120>
- 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.  
[https://doi.org/10.1300/j039v07n02\\_04](https://doi.org/10.1300/j039v07n02_04)
- Ramnerö, J., & Jansson, B. (2016). Treatment goals and their attainment: a structured approach to assessment and evaluation. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9.  
<https://doi.org/10.1017/S1754470X15000756>.
- Robst, J., Rohrer, L., Armstrong, M., Dollard, N., Sharrock, P., Batsche, C., & Reader, S. (2013). Family Involvement and Changes in Child Behavior During Residential Mental Health Treatment. *Child & Youth Care Forum*, 42(3), 225–238.  
<https://doi.org/10.1007/s10566-013-9201-6>.
- Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G.-J., & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(6), 713–727. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>
- Ross, L., Buglione, S., & Safford-Farquharson, J. (2011). Training the “Wizards”: A Model for Building Self Efficacy and Peer Networks Among Urban Youth Workers. *Child & Youth Services*, 32, 200 - 223. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2011.605310>.
- Rowley, J. (2012). Conducting research interviews. *Management Research Review*, 35(3/4), 260–271. <https://doi.org/10.1108/01409171211210154>
- Russell, K. C. (2005). Two Years Later: A Qualitative Assessment of Youth Well-Being and the Role of Aftercare in Outdoor Behavioral Healthcare Treatment. *Child & Youth Care Forum*, 34(3), 209–239. <https://doi.org/10.1007/s10566-005-3470-7>

- Ryan, R. M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R.M., & Deci. E.L. (2004). 1: Overview of Self-Determination Theory: An organismic dialectical perspective. In J. Reeve, R.M. Ryan, & E.L. Deci (Eds.), *Self-determination theory: A dialectical framework for understanding sociocultural influences on student motivation* (pp. 3-33). ResearchGate. [https://www.researchgate.net/profile/Edward-Deci/publication/309563565\\_Self-determination\\_theory\\_A\\_dialectical\\_framework\\_for\\_understanding\\_sociocultural\\_influences\\_on\\_student\\_motivation/links/5874f20708aebf17d3b3bf42/Self-determination-theory-A-dialectical-framework-for-understanding-sociocultural-influences-on-student-motivation.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Edward-Deci/publication/309563565_Self-determination_theory_A_dialectical_framework_for_understanding_sociocultural_influences_on_student_motivation/links/5874f20708aebf17d3b3bf42/Self-determination-theory-A-dialectical-framework-for-understanding-sociocultural-influences-on-student-motivation.pdf)
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2014). *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services - Chapter 3: Understanding the Impact of Trauma*. Center for Substance Abuse Treatment. Geraadpleegd op 28 april 2023, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1), 1-9. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>
- Shapiro, S. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Guilford Press.
- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *Kwalon*, 14(3), 5-12. <https://doi.org/10.5117/2009.014.003.002>
- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 202–210. <https://doi.org/10.1177/0306624X99432007>

- SOS Kinderdorpen Internationaal & CELCIS (2021). *Een veilige plek om groot te worden: plaats geven aan traumasensitieve zorg voor kinderen*. <https://www.sos-kinderdorpen.be/files/nl-safe-places-pg-web-61826e8de5ce6.pdf>
- Splingaer, G. (2020). Solvej en de draak: gezinstherapeutisch werken met complex trauma. *Tijdschrift Systeemtherapie*, 32(1). 9-24.  
[https://www.researchgate.net/publication/341787751\\_Gezinstherapeutisch\\_werken\\_met\\_et\\_Complex\\_trauma](https://www.researchgate.net/publication/341787751_Gezinstherapeutisch_werken_met_et_Complex_trauma)
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow, J. (2009). *Common factors in couple and family therapy*. Guilford Press.
- Steenhuisen, E., Zwart, L., & Visser, J. (2011). *Verloop in de jeugdzorg: cijfers en redenen van vertrek*. TNS Consult.
- Streit, M., & Gehlenborg, N. (2014). Bar charts and box plots. *Nature Methods*, 11(2), 117.  
<https://doi.org/10.1038/nmeth.2807>
- Ter Horst, W. (1999). *Herstel van het gewone leven*. Bon stafleu Van Loghum.
- Tyler, P. M., Thompson, R. W., Trout, A. L., Lambert, M. C., & Synhorst, L. L. (2016). Availability of Aftercare for Youth Departing Group Homes. *Residential Treatment For Children & Youth*, 33(3-4), 270-285. <https://doi.org/10.1080/0886571x.2016.1232183>
- Van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal Of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724-738. <https://doi.org/10.5127/jep.028212>
- Van der Helm, P (2017). Naar een gemeenschappelijke opvoedingsstrategie in de residentiële jeugdzorg. *Hogeschool leiden*. 1-8.  
<https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/residentiele-jeugdzorg/publicaties/naar-een-gezamenlijke-opvoedstrategie-in-de-residentiele-jeugdzorg.pdf>
- Van der Helm, G.H.P., & Stams, G.J.J.M. (2022). *The crocodile, the rider and the horse, a contextual approach of safe places and self regulation: Unsafe Living in a wilderness of pain: on understanding trauma, stress, (professional behaviour) and Ethics of Care in special education and forensic )care for people with MID [Powerpoint-slides]*. Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.  
Geraadpleegd op 24 april 2023, van  
<https://ufora.ugent.be/d2l/le/content/636839/viewContent/1661807/View>

- Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22. <https://doi.org/10.31887/dcns.2000.2.1/bvdkolk>
- Van der Kolk, B. (2016). *Traumasporen: het herstel van lichaam, geest en brein na overweldigende ervaringen* (1ste editie). Uitgeverij Mens!
- Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., & Van Solinge, N. F. B. (2017). Identifying Effective Components of Child Maltreatment Interventions: A Meta-analysis. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 21(2), 171–202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Van Dierendonck, J. H. (2014). *Psychotrauma's vereisen aandacht voor hersenontwikkeling*. *GZ - Psychologie*, 6(4), 10–13. <https://doi.org/10.1007/s41480-014-0031-4>
- Van Ee, E., Kleber, R. J., & Mooren, T. (2012). War trauma lingers on: Associations between maternal posttraumatic stress disorder, parent-child interaction, and child development. *Infant mental health journal*, 33(5), 459–468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21324>
- Van Gemert, M. (2019). *Praktijkboek praten met kinderen over kindermishandeling*. Bohn Stafleu van Loghum eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1436-2>
- Van Groningen, B., & de Boer, C. (2010). *Beschrijvende statistiek. Het berekenen en interpreteren van tabellen en statistieken*. Boom.
- Van Hove, G. (2014). *Qualitative Research for Educational Sciences* (2de editie). Pearson Education: Harlow
- Van Miert, V., & Dekker, A. (2012). Het werkklimaat van medewerkers in de gesloten jeugdzorg: de ontwikkeling en toepassing van het Living Group Work Climate Instrument. In G.H.P. Van der Helm & J. Hanrath (Red.). *Wat werkt binnen de gesloten residentiële jeugdzorg?* (pp. 1-11). SWP.
- Varese, F., Sellwood, W., Aseem, S., Awenat, Y., Bird, L., Bhutani, G., Carter, L., Davies, L., Davis, C., Horne, G., Keane, D., Logie, R., Malkin, D., Potter, F., Van Den Berg, D., Zia, S., & Bentall, R. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing therapy for psychosis (EMDRp): Protocol of a feasibility randomized controlled trial with early intervention service users. *Early Intervention in Psychiatry*, 15(5), 1224–1233. <https://doi.org/10.1111/eip.13071>

- Verhoeven, N. (2022). *Wat is onderzoek?* (7e editie). Boom.
- Vervoort-Schel, J., Pellemans-van Rooijen, R., Kooijmans R., & Moonen, X. (2022). Waarom trauma informed care als organisatiebreed raamwerk voor trauma-sensitieve zorg? *LVB Onderzoek & Praktijk*, 20(1), 5-17. [https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2022/05/16052022\\_Artikel\\_Vervoort\\_et\\_al.pdf](https://www.kenniscentrumlvb.nl/wp-content/uploads/2022/05/16052022_Artikel_Vervoort_et_al.pdf)
- Walden, E. D., Hamilton, J. C., Harrington, E., Lopez, S., Onofrietti-Magrassi, A., Mauricci, M., Trevino, S., Giuliani, N., & McIntyre, L. L. (2021). Intergenerational Trauma: Assessment in Biological Mothers and Preschool Children. *Journal Of Child & Adolescent Trauma*, 15(2), 307–317. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00397-3>
- Walsh, F. (2016). Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal Of Developmental Psychology*, 13(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Wilson, C. B., Pence, D., & Conradi, L. (2013). Trauma-Informed Care. *Encyclopedia of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.1063>
- Zeinstra, L. (2022, 16 februari). *Promotieonderzoek KINGS: Een onderzoek naar de effectiviteit van KINGS*. Accare. Geraadpleegd op 28 april 2024, van <https://www.accare.nl/over-accare/nieuws/promotieonderzoek-kings>
- Zohrabi, M. (2013). Mixed Method Research: Instruments, Validity, Reliability and Reporting Findings. *Theory And Practice in Language Studies*, 3(2). <https://doi.org/10.4304/tpls.3.2.254-262>

# 8. Bijlagen

## Bijlage A. Interviewleidraad

### 1. Algemene info:

- Hoeveel jaren werkervaring heb je al in totaal? Hoeveel jaar in Ter Wende-Espero?
- Wat is je functie binnen Ter Wende-Espero?

### 2. Voorstelling en ervaring als hulpverlener:

- Kun je iets vertellen over je achtergrond en ervaring (met TIC) als hulpverlener?
- Wat motiveerde je om in deze context te werken (in het dagelijkse werk)?
- Hoe ga je om met de emotionele impact/confronterende context van de job? Word je hierin voldoende ondersteund door Ter Wende-Espero/overheid?

### 3. Dagelijks werk VS gezinsopname

*In dit interview gaan we de focus leggen op de gezinsweken.*

- Hoeveel keer heb je al deelgenomen aan een gezinsopnameweek?
- Wat was jouw rol tijdens die gezinsweek? Wat moest je dan doen?
- Neem je ook deel aan de voorbereiding/evaluatie van de gezinsopnameweeken?
  - Zou u willen dat dit meer/minder gebeurt? Waarom?
- Wat is het verschil tussen je dagelijks werk en de gezinsopname?
  - Is dat verschil in rol/functie een meerwaarde voor jou?
  - Voel je dat je soms expertise mist omdat de functie anders is dan je dagelijks werk?
- Wat is volgens u het doel van deze gezinsweken?

### 4. Relatie met gezinnen:

- Denk je dat dit aanbod voor alle gezinnen (met een traumatisch verleden) nuttig is? Waarom wel/niet?
- Je kende de gezinnen altijd op voorhand al? Leer je de gezinnen tijdens die week op een andere manier kennen? Zo ja, hoe?
- Wat vind je positief/negatief aan het werken met het hele gezin tijdens de week?
- Zie je resultaten/voortgang na deze week?
  - *Op welk vlak zie je deze verandering terugkomen bij de gezinnen? (bv. gezinsfunctioneren, ouder-kindrelatie, traumaverwerking, kindgedrag, ouderschapsvaardigheden,...)*
  - *Zie je deze verandering vooral ervoor, tijdens of erna?*
  - *Is deze verandering eerder positief of negatief?*
  - *Hoe merk je dit?*

### 5. Persoonlijke en professionele groei:

- Wat haal jij zelf uit deze weken (vaardigheden/inzichten)? Wat leer je van de gezinnen? Wat neem je mee naar het verdere traject dat je met gezin loopt?
  - *Zijn er ook zaken waarbij je expertise mist tijdens de gezinsopnameweeken? Over wat zou je dan specifiek meer kennis willen hebben?*
- In welke mate ervaar je voldoening tijdens/na de gezinsweken?
- Wat geeft u meer energie: uw dagelijkse job of de gezinsweek? En wat maakt dat dat je meer/minder energie geeft?
- Heb je het gevoel dat je zinvol werk doet tijdens de gezinsweek? Heb je dit gevoel in je dagelijkse job ook?

#### 6. Voordelen en nadelen van gezinsopname

- Wat zijn volgens u de voordelen/werkzame elementen van de gezinsopname?
- Wat zijn volgens u nadelen/uitdagingen aan de gezinsopname?

#### 7. Werkdruk

- In welke mate ervaar je meer werkdruk door de gezinsweken? Hoe merk je dit? Wat doet dit met u?
  - *In hoeverre heb je hierbij nood aan extra middelen om jouw dagelijks werk even goed te kunnen blijven doen terwijl je meewerkt aan de gezinsopnameweeken? Wat heb je specifiek nodig?*
  - *Ervaar je ook werkdruk tijdens je dagdagelijkse functie?*
- Welke specifieke aspecten van de gezinsopnamen leiden het meest tot meer werkdruk voor u en uw team? Zijn er bepaalde taken die aanzienlijk meer tijd in beslag nemen als gevolg van gezinsopnamen, en zo ja, welke zijn dat?
- Vind je dat je voldoende ondersteund wordt vanuit Ter Wende of vanuit de overheid tijdens de gezinsweek (ondersteuning door het team, opleiding, supervisie, mentor, vormingen,...)? Waarom wel/niet?
  - *Waar heb je precies nood aan? Wat zou je kunnen helpen?*
- Heeft de implementatie van de gezinsopnamen invloed gehad op de kwaliteit van de dienstverlening die Ter Wende biedt aan gezinnen?
- Hoe denkt u dat Ter Wende/Ter Wende/overheid de werkdruk als gevolg van gezinsopnamen zou kunnen verminderen of beheren op de lange termijn?

#### 8. Teamwerking

- Op een schaal van 1 tot 10: hoe belangrijk is voor jou het team dat aan de gezinsweek deelneemt?
  - *Waarom dit cijfer?*
  - *Wat is er nodig om een hoger cijfer te behalen?*
- Heeft het team een belangrijke impact op het al dan niet deelnemen aan een week?
- Heeft de deelname aan een gezinsopnameweek een verschil gemaakt in de band die je hebt met het team?
- In welke mate zorgt de gezinsweekopname voor extra druk op het team?

#### 9. Afsluiting



- Stel: de gezinsweken worden vaker geïmplementeerd, zou je dat zien zitten of zou je op zoek gaan naar een andere job? Zou het een verschil maken in hoe gemotiveerd je bent in je dagelijkse werk?
- Stel: je mag de gezinsweken volledig reorganiseren, wat zou jij aanpassen/hoe zou jij het doen?
  - *Wat mis je nog? Waar heb je nood aan?*
- Raad je andere organisaties ook aan om deze weken te implementeren? Zo ja, waarom?
  - *Heb je tips/suggesties voor hen?*

## Bijlage B. Informed consent

### Informatie- en toestemmingsformulier

Doelpubliek: hulpverleners werkzaam in Ter Wende/Espero

Rechtsgrond: toestemming

Taal: Nederlands

### LUIK 1 – Informatiebrief deelnemers onderzoek

Titel van de studie: Traumasensitiviteit in de gezinshulpverlening - Ervaringen van hulpverleners Ter Wende & Espero

Dit is een onderzoek dat wordt uitgevoerd door de Universiteit Gent. De verantwoordelijke onderzoekers zijn:

Anne De Prez  
Klinische Orthopedagogiek & Disability studies  
Universiteit Gent  
E-mail: [anne.deprez@ugent.be](mailto:anne.deprez@ugent.be)  
Tel. nr.: 0478 48 76 69

Lou Lippens (promotor)  
Vakgroep Orthopedagogiek  
Universiteit Gent  
E-mail: [lou.lippens@ugent.be](mailto:lou.lippens@ugent.be)

#### **A. Informatie over de studie**

Beste,

Bedankt om te willen deelnemen aan mijn onderzoek over traumasensitiviteit in de gezinshulpverlening. Neem voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen voor u beslist deel te nemen aan deze studie. Aarzel niet om vragen te stellen als er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Zorg ervoor dat u alles begrijpt. Teken pas daarna het toestemmingsformulier als u dit wenst en beslist om deel te nemen aan deze studie. Dit proces wordt “informed consent” of “geïnformeerde toestemming” genoemd.

#### ***Wat is het doel van het onderzoek?***

Het doel van dit onderzoek is om trauma-geïnformeerde zorg in kaart te brengen, specifiek gericht op uw ervaringen als hulpverlener bij Ter Wende-Espero tijdens de gezinsopnameweken. Uw input is waardevol om inzicht te krijgen in deze ervaringen, wat kan dienen als inspiratie voor andere organisaties in Vlaanderen en mogelijk ook als een signaal naar de overheid toe.

#### **B. Informatie m.b.t. deelname**

### ***Wat houdt deelnemen aan dit onderzoek in?***

Indien u meewerkt aan het onderzoek, zal ik eenmalig met u in gesprek gaan over uw ervaringen met de gezinsopnameweeken. Het **interview** zal ca. 60 tot 90 minuten duren en kan plaatsvinden op een locatie naar uw keuze. Er zal een audio-opname van het interview worden gemaakt, maar deze opname en de transcriptie ervan zullen niet met derden worden gedeeld.

In de transcripties van het interview en in elke vorm van rapporteren over de onderzoeksresultaten wordt uw naam steeds onherkenbaar gemaakt.

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig en er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Indien u weigert om deel te nemen, of wanneer u besluit zich terug te trekken uit een lopende studie, zal dit op geen enkele manier een invloed hebben.

Als u dit wenst, kan u een samenvatting krijgen van de algemene bevindingen van het onderzoek. U mag mij dan steeds contacteren.

### ***Wat zijn de risico's en voordelen bij deelname aan dit onderzoek?***

Aan dit onderzoek is geen enkel bekend blijvend risico verbonden.

Deelname aan dit onderzoek kan onder andere voordelen opleveren voor u als professional, doordat op deze manier in kaart gebracht wordt hoe u de gezinsopnameweeken ervaart om op die manier deze weken te verbeteren. Daarnaast kunnen de gezinsweken als voorbeeld gezien worden voor andere organisaties, waardoor gezinnen met trauma's vaker geholpen én samen behandeld kunnen worden. Ten slotte kan er door middel van dit onderzoek een signaal naar de overheid en het beleid toe gegeven worden om de werkdruk en omstandigheden voor u als professional te verbeteren en om meer middelen toe te kennen.

## **C. Informatie m.b.t. Privacy en Persoonsgegevens**

Het wettelijk kader voor de verwerking van persoonsgegevens en vertrouwelijke informatie in het kader van dit onderzoek wordt bepaald door:

- De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR);
- De Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018

De onderzoekers dienen zich te houden aan de generieke gedragscode voor de verwerking van persoonsgegevens van de UGent<sup>1</sup>.

### ***Welke persoonsgegevens worden verzameld?***

De volgende persoonsgegevens zullen worden verwerkt:

- Opleidingsniveau
- Aantal jaren werkervaring in Ter Wende/Espero
- Functie binnen Ter Wende/Espero

De persoonsgegevens zullen verzameld worden met behulp van vragenlijsten.

### ***Waarom worden deze persoonsgegevens verzameld?***

We verzamelen deze persoonsgegevens om een inschatting te maken van de representativiteit van onze steekproef voor de gehele organisatie en om de diversiteit na te gaan, om hierna eventuele vergelijkingen te kunnen maken.

### ***Op basis van welke rechtsgrond worden de gegevens verwerkt?***

Voor het verwerken van uw persoonsgegevens zal uw expliciete toestemming gevraagd worden. Dit gebeurt via het ondertekenen van een 'toestemmingsformulier'. Deze toestemming kan ten allen tijde worden ingetrokken door dit te melden aan de hoofdonderzoeker.

### ***Wie heeft toegang tot mijn (persoons)gegevens?***

Alleen ik en de promotoren van het onderzoek hebben toegang tot deze gegevens. Ze worden daarnaast ook gepseudonimiseerd (i.e., uw naam wordt vervangen door een pseudoniem zoals 'participant 1'). Alle audio-opnamen worden meteen verwijderd nadat het interview is getranscribeerd.

Daarnaast zullen ook Eva Kestens (Ter Wende) en Romina Cuadros Perez (Espero) toegang krijgen tot de gegevens, verzameld in deze studie. Weliswaar zullen de gegevens geanonimiseerd worden, alvorens Romina en Eva hier toegang tot krijgen. Verder zullen de gegevens niet worden gedeeld met derde partijen.

### ***Welke rechten heeft u als deelnemer met betrekking tot uw persoonsgegevens?***

In overeenstemming met de Europese en Belgische privacywetgeving<sup>2</sup> wordt uw persoonlijke levenssfeer gerespecteerd. Zoals reeds aangegeven, kan u op elk gegeven moment uw

---

<sup>1</sup> <https://www.ugent.be/nl/univgent/privacy/gedragscode-persoonsgegevens.htm>

<sup>2</sup> Dit zijn: de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 van 27 april 2016, die van kracht is sinds 25 mei 2018 (dit is de AVG of GDPR); de Belgische Wet betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens van 30 juli 2018; de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

toestemming intrekken en dit zonder opgave van reden. Dit betekent dat uw gegevens niet verder verwerkt zullen worden vanaf het moment van intrekking.

U heeft het recht op inzage van de gegevens die over u verzameld werden en u kan eveneens een kopie vragen, voor zover dit geen afbreuk doet aan de rechten en vrijheden van anderen, waaronder die van de Universiteit Gent. Elk onjuist gegeven over u kan op uw verzoek verbeterd worden. Bovendien heeft u recht op vergetelheid: dit betekent dat u, na het intrekken van uw toestemming, kan vragen om uw persoonsgegevens te laten verwijderen.

Om een van bovenstaande rechten uit te oefenen, kan u contact opnemen met de betrokken onderzoekers via [anne.deprez@ugent.be](mailto:anne.deprez@ugent.be) of [lou.lippens@ugent.be](mailto:lou.lippens@ugent.be).

### ***Heeft u een klacht?***

Als u een klacht wil indienen over de manier waarop uw persoonsgegevens worden behandeld of als u vragen heeft met betrekking tot uw persoonsgegevens in het kader van dit onderzoek, dan kan u contact opnemen met de functionaris voor gegevensbescherming van de Universiteit Gent via [privacy@ugent.be](mailto:privacy@ugent.be) of T 09 264 95 17.

U kan ook een klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel (e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)) en/of de Vlaamse Toezichtcommissie (e-mail: [contact@toezichtcommissie.be](mailto:contact@toezichtcommissie.be))

## LUIK 2 – Toestemmingsformulier

### A. Toestemming m.b.t. deelname aan de studie

Gelieve het juiste bolletje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik neem vrijwillig deel aan deze wetenschappelijke studie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik weet dat ik me op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik heb het informatieformulier gelezen en heb voldoende uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de voorziene effecten van de studie. Ik kreeg de gelegenheid om vragen te stellen en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geef toestemming aan de onderzoeker om het interview op te nemen (audio-opname).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### B. Toestemming m.b.t. de verwerking van persoonsgegevens

Gelieve het juiste vakje aan te kruisen	Ja	Nee
Ik weet dat ik rechten heb om mijn privacy te vrijwaren (o.a. inzage, verbetering, verwijdering) en tot wie ik me moet richten om deze rechten uit te oefenen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geef toestemming aan de onderzoekers om voor de doelstellingen van deze studie (persoons)gegevens van mij te verzamelen, verwerken, bewaren, analyseren en erover te rapporteren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Naam deelnemer	Naam onderzoeker
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

## Bijlage C. Overzicht kwalitatieve data – thema's en subthema's

Categorie	Thema	Subthema	Definitie thema
<b>De kracht van werken met een systeem</b>	Nabijheid (in tijd en ruimte) als katalysator voor relatieopbouw	Focus op één gezin	Wat zijn elementen van de gezinsopname die bijdragen aan positieve resultaten voor het gezin?
		Inzetten op verbinding	
		Samenhang en samenwerking	
		Zorgen voor het gezin	
		Waarde van alledaagse momenten	
	Balans tussen intensiteit en betrokkenheid	Mogelijkheid tot directe bijsturing	Wat zijn belangrijke overwegingen waar rekening mee gehouden moet worden in het werken met gezinnen voor/tijdens/na de gezinsopname?
		Nazorg	
		Belang van een neutraal/bekend gezicht	
	Op weg naar herstel	Gezinnen voorbereiden	Welke resultaten zien participanten al dan niet tijdens en/of na de opname bij de ouder(s)/kind(eren)?
		Intensiteit vergt betrokkenheid	
Het (al dan niet kunnen) betrekken van andere gezinsleden			
Meer inzicht, bewustwording en acceptatie bij kind en ouder			
<b>Het team als succesfactor</b>	Sterkere teamdynamiek door gedeelde ervaringen	Teruggrijpen naar geleerde zaken	Welke invloed heeft de gezinsopname op de band die de participanten hebben met het team?
		Traumaverwerking	
	Belang van ondersteuning en gedeelde verantwoordelijkheid	Stappen in ouderschap	Welke aspecten van het werken in een team worden als waardevol ervaren?
		Belang van duidelijke afspraken	
	Samenwerking, communicatie en teamafspraken als sleutelprincipes	Elkaar aanvullen	Wat beschouwen de participanten als essentiële elementen voor het optimaal functioneren van een team?
		Team onder druk: balanceren tussen inzet en overbelasting	
	Voldoening en energie als boost voor dagelijks werk		In hoeverre zorgt de (organisatie van de) gezinsopname voor meer druk op het team?
<b>Het organisatorische aspect</b>	De impact van een regulerende omgeving		Op welke manier halen participanten al dan niet voldoening en energie uit de gezinsopname?
	Risico's, werkdruk en financiële beperkingen als twijfels voor verdere organisatie	Risico's: emotionele impact, escalatie en ontregeling	Welke invloed heeft de locatie van de gezinsopname?
		Impact op dagelijks werk	
	Traumagerichte therapie en ouder-kind interacties als primaire doelen	Gebrek aan middelen	Hoe kijken de participanten naar de verdere haalbaarheid van de organisatie van gezinsopnames in de huidige werking?
Opnameduur in perspectief		Wat is volgens de participanten het doel van de gezinsopname?	
		Welke meningen zijn er over de huidige duur van de opname?	

## Bijlage D. Kwantitatieve descriptieve analyse

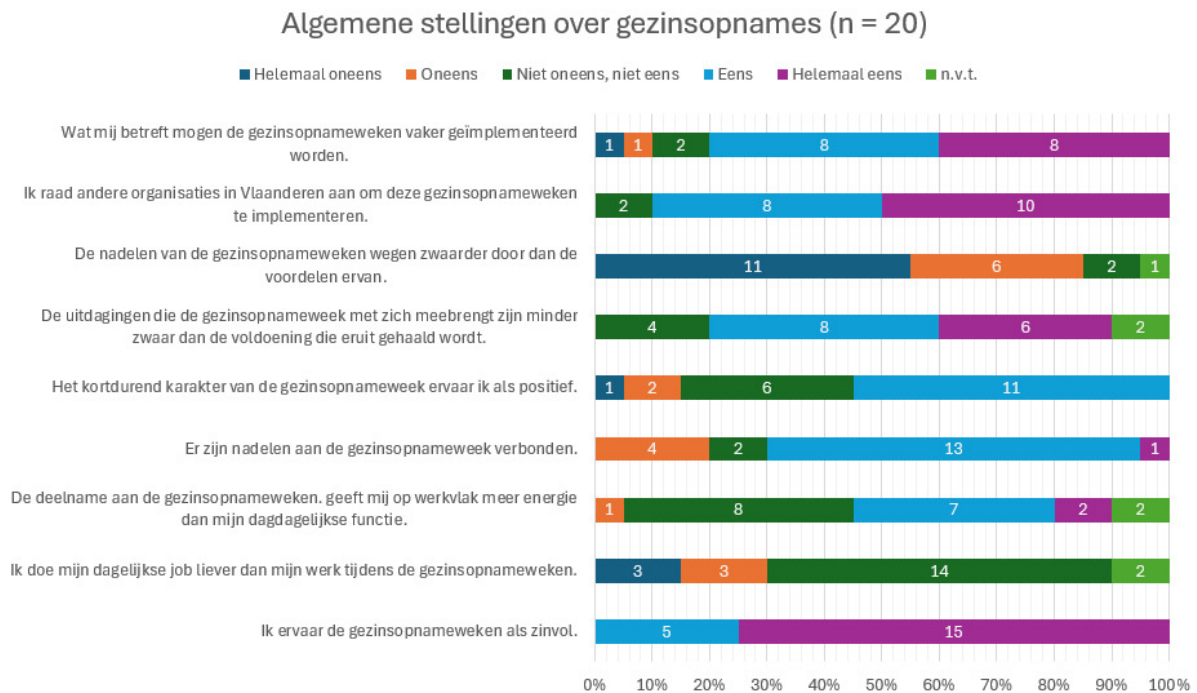
Stelling (n=20)	M	SD	Min	Max
<b>ALGEMEEN</b>				
Ik ervaar de gezinsopnameweeken als zinvol.	4,750	0.44	4.00	5.00
Ik doe mijn dagelijkse job liever dan mijn werk tijdens de gezinsopnameweeken.	2.25	1.10	0.00	3.00
De deelname aan de gezinsopnameweeken geeft mij op werkvlak meer energie dan mijn dagdagelijkse functie.	3.20	1.32	0.00	5.00
Er zijn nadelen aan de gezinsopnameweek verbonden.	3.55	0.89	2.00	5.00
Het kortdurend karakter van de gezinsopnameweek ervaar ik als positief.	3.35	0.88	1.00	4.00
Het intensieve karakter van de gezinsopnameweek (24/7, het voortdurend samen zijn,...) ervaar ik als negatief.	1.55	0.61	1.00	3.00
De uitdagingen die de gezinsopnameweek met zich meebrengt zijn minder zwaar dan de voldoening die eruit gehaald wordt.	3.70	1.45	0.00	5.00
De nadelen van de gezinsopnameweeken wegen zwaarder door dan de voordelen ervan.	1.45	0.76	0.00	3.00
Ik raad andere organisaties in Vlaanderen aan om deze gezinsopnameweeken te implementeren.	4.40	0.68	3.00	5.00
Wat mij betreft mogen de gezinsopnameweeken vaker geïmplementeerd worden.	4.05	1.10	1.00	5.00
<b>OVER DE GEZINNEN</b>				
Een gezinsopnameweek maakt het gemakkelijker om in te zetten op de relatie en om vertrouwen te winnen.	4.45	0.69	3.00	5.00
Ik voel dat gezinnen meer gemotiveerd zijn om in de gezinsopnameweek te werken dan tijdens de ambulante werking.	3.30	1.56	0.00	5.00
De deelname aan een gezinsopnameweek is voor elk gezin met een traumatisch verleden nuttig.	3.35	0.99	2.00	5.00
<b>PROFESSIONELE ONTWIKKELING</b>				
Ik wil meer expertise ontwikkelen wat betreft (mijn functie tijdens) de gezinsopnameweeken.	4.00	1.12	0.00	5.00
Ik vind het werken met de volledige context (zowel kind als ouder) tijdens de gezinsopnameweek nog nieuw.	2.80	1.28	0.00	4.00
Ik vind het een leuke uitdaging om met de volledige context aan de slag te gaan tijdens de gezinsopnameweek.	4.20	1.51	0.00	5.00
Ik voel me zelfzeker over mijn vaardigheden en werk tijdens de gezinsopnameweeken.	3.35	1.23	0.00	5.00
<b>(EMOTIONELE) IMPACT EN ONDERSTEUNING</b>				
De emotionele impact van het werken met deze gezinnen tijdens de gezinsopnameweek wordt door de overheid onderschat.	3.55	1.15	0.00	5.00
Ik heb nood aan meer ondersteuning vanuit de overheid/werkgever om te kunnen deelnemen aan de gezinsopnameweeken.	2.65	1.50	0.00	5.00
<b>BETROKKENHEID</b>				
Ik wil meer deelnemen aan een gezinsopnameweek.	3.90	0.85	2.00	5.00
Ik wil meer betrokken worden bij de voorbereiding en evaluatie van de gezinsopname.	3.60	1.00	2.00	5.00
<b>WERKDRUK</b>				
Ik vind dat er tijdens de gezinsopnameweek te veel van mij gevraagd wordt.	2.10	0.85	0.00	4.00
Ik merk dat de gezinsopnameweek voor extra belasting op mezelf en/of op mijn dagelijks werk zorgt.	3.30	1.30	0.00	5.00
Ik heb nood aan extra middelen om mijn dagelijks werk even goed te kunnen blijven doen terwijl ik meewerk aan de gezinsopnameweeken.	3.05	1.43	0.00	5.00
Er zouden meer gezinsopnameweeken georganiseerd mogen worden als het minder effect zou hebben op mijn dagelijks werk.	3.35	1.81	0.00	5.00
<b>INVLOED VAN HET TEAM</b>				
Het team is voor mij geen beslissende factor in het al dan niet deelnemen aan de gezinsopnameweek.	2.05	1.28	0.00	4.00
Ik merk dat de gezinsopnameweek tot extra belasting/druk op het team leidt.	3.65	1.27	0.00	5.00
Het team helpt mij om de gezinsopnameweek te kunnen dragen.	3.40	1.60	0.00	5.00
Er is veel vertrouwen nodig in het team om een gezinsopnameweek te kunnen vormgeven.	4.25	0.72	0.00	5.00
Ik voel mij meer verbonden met het team tijdens mijn dagelijks werk dan tijdens de gezinsopnameweek. (eens = 3; niet eens, niet oneens = 2; oneens = 1)	1.85	0.75	0.00	3.00



# Bijlage E. Overzicht kwantitatieve data - staafdiagrammen

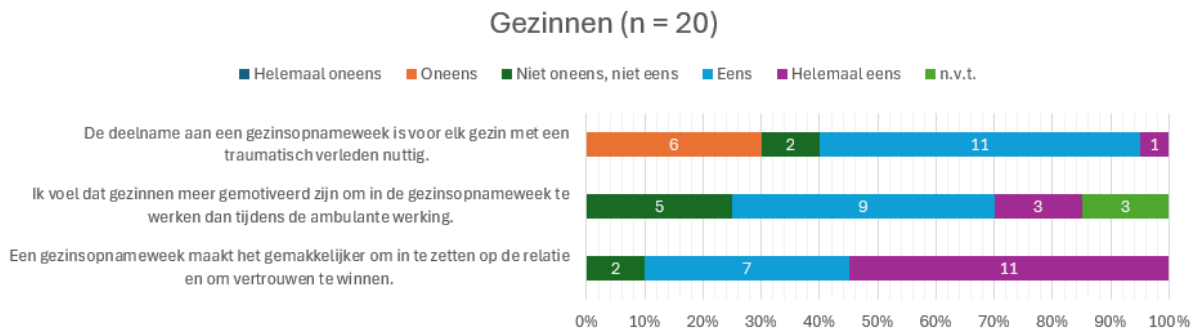
**Figuur 1**

*Algemene stellingen over Gezinsopnames*



**Figuur 2**

*Stellingen over de Gezinnen*

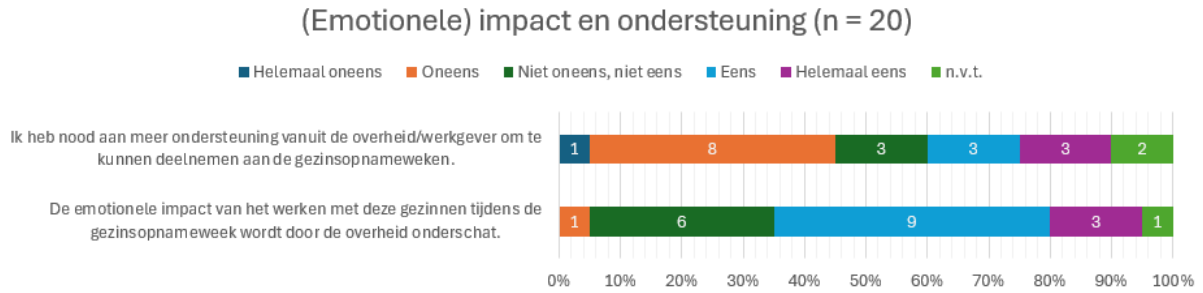


**Figuur 3**

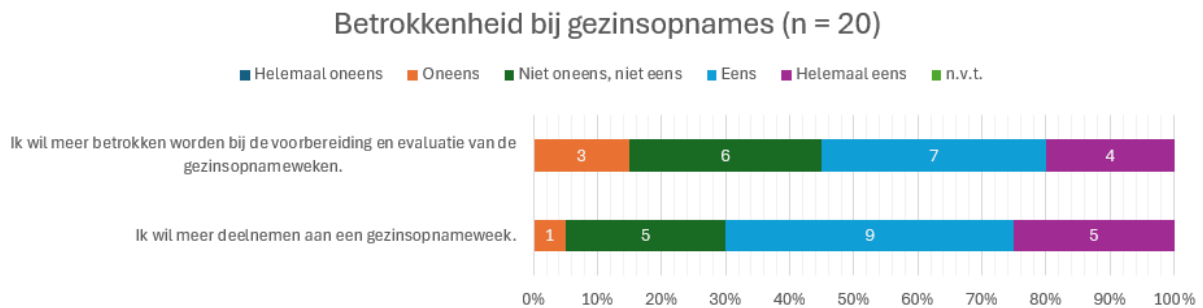
*Stellingen over de Professionele Ontwikkeling*



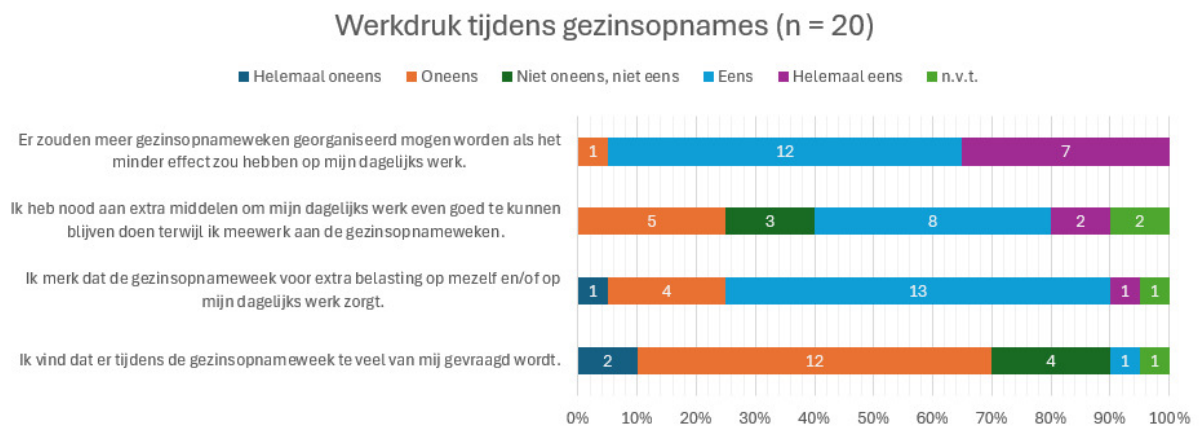
**Figuur 4**  
**Stellingen over (emotionele) Impact en Ondersteuning**



**Figuur 5**  
**Stellingen over Betrokkenheid bij de Organisatie en Voorbereiding**



**Figuur 6**  
**Stellingen over Werkdruk**



**Figuur 7**  
**Stellingen over (de invloed van) het Team**

