

Gezinsgericht werken in de ggz; enquête over het huidige aanbod in Nederland

R.M. van Grootheest, P. Vahl, J.B.M. Ensink, F.J. Koop, A.H. Zegwaard, I.M. Hein, C.M. Middeldorp

- Achtergrond** Psychische klachten bij ouders en kinderen kunnen met elkaar samenhangen. Gezinsgericht werken is van belang om gezinnen waarin zowel ouders als kinderen psychische klachten ervaren, passende hulp te bieden.
- Doel** Kennisnemen van reeds bestaande initiatieven voor gezinsgericht werken in de jeugdhulp en volwassenen-ggz en hun succesfactoren en knelpunten in kaart brengen.
- Methode** Via vereniging de Nederlandse ggz en LinkedIn deden we een oproep aan hulpverleners in de ggz om een vragenlijst in te vullen over gezinsgerichte zorg aan ouders en kinderen. Hulpverleners (n = 41) beantwoordden vragen over samenwerkingsinitiatieven binnen en tussen instanties van o.a. jeugdhulp en volwassenen-ggz. Hun antwoorden werden op thematische wijze geanalyseerd en gecategoriseerd.
- Resultaten** Het merendeel beschreef dat gezinsgerichte samenwerkingen plaatsvonden in de vorm van systeeminterventies en kind- of ouderchecks. Belangrijke knelpunten voor meer intensieve gezinsgerichte samenwerking waren financie-ringsproblemen en bureaucratie, terwijl een gezinsgerichte blik in de behandeling en in de werkwijze van de organisatie succesfactoren waren. De knelpunten en succesfactoren die genoemd werden bij afdelingen waar structurele samenwerkingen plaatsvonden, leken niet te verschillen van punten die genoemd werden bij afdelingen waar niet of incidenteel werd samengewerkt.
- Conclusie** Volgens het merendeel van de deelnemers wordt de zorg nog voornamelijk gericht op het individu met daarbij wel initiatieven om de samenwerking te bevorderen. Het lijkt hierbij niet te ontbreken aan kennis van knelpunten en succesfactoren voor succesvol gezinsgericht werken, maar aan het implementeren en borgen van deze kennis. Een transformatie lijkt nodig, waarbij gezinsgerichte interventies niet beperkt worden tot bepaalde (ernstige) problematiek binnen gezinnen, maar er altijd aandacht is voor gezinsleden en op basis daarvan wordt besloten wat passende zorg is.

Kinderen van ouders met psychiatrische aandoeningen hebben zelf tot wel 55% kans op het krijgen van een psychische stoornis, terwijl deze kans slechts 14% is bij kinderen van ouders zonder psychiatrische aandoening. Een groot deel van de psychiatrische aandoeningen ontstaat voor het achttiende levensjaar.¹ Het is bekend dat zowel genetische als (gedeelde) omgevingsfactoren bijdragen aan de verhoogde kwetsbaarheid voor mentale problemen binnen deze gezinnen.²⁻⁵ Bovendien vertoont een derde van ouders van wie een kind is aangemeld bij de jeugd-ggz (j-ggz) zelf ook psychische klachten.⁶ Toch worden er op dit moment nog vaak meerdere hulpverleners van verschillende organisaties betrokken om zorg te bieden aan ouders en kinderen in gezinnen waar dit nodig is. Dit komt mede doordat de jeugdhulp en volwassenen-ggz (v-ggz) wereldwijd en in Nederland vaak apart georganiseerd zijn en gericht op het individu.⁷ Een

belangrijk nadeel hiervan is dat dit leidt tot fragmentatie wegens o.a. gebrek aan communicatie en samenwerking tussen de organisaties.⁸ Knelpunten voor samenwerking zijn lange wachtlijsten, hoge werkdruk en gebrek aan expertise op het gebied van een breed scala aan psychische problemen.⁹ Tegelijkertijd gaven in onderzoek naar de samenwerking tussen jeugdhulp en v-ggz zowel hulpverleners als ouders aan de gezinsgerichte aanpak als waardevol te zien en ervaarden ze een flexibel behandelplan en multidisciplinaire consultaties als essentieel.^{7,10} Om hierop in te spelen zijn er in de afgelopen jaren in Nederland verschillende initiatieven gestart om gezinsgericht werken te bevorderen.¹¹⁻¹⁴ Gezinsgericht werken heeft als doel om passende zorg te bieden aan gezinnen, gericht op zowel de problematiek van ieder afzonderlijk gezinslid als de interacties tussen gezinsleden.⁷ Dit heeft prioriteit gekregen binnen het waardenetwerk Gezond

Opgroeien van de vereniging de Nederlandse ggz (nl-ggz). Belangrijke onderwerpen waar dit netwerk zich op richt, zijn toegankelijkheid van jeugdhulp voor de kwetsbaarste kinderen en hun gezinnen, en kwaliteit en effectiviteit van jeugdhulp in een lerend jeugdhulpstelsel.¹³ Om goed zicht te krijgen op welke initiatieven er nu ontplooid worden en deze eventueel bij elkaar te brengen om van elkaar te leren, deden we een uitvraag. Binnen Nederland brachten we in kaart welke organisaties (deels) gezinsgericht werken, op welke manier en wat hun succesfactoren en knelpunten zijn. Samenwerkingen met het sociaal domein en de jeugdbescherming vroegen we ook uit, omdat gezinnen waarin kinderen én ouders zorg nodig hebben vaak ook andere problemen ervaren, bijvoorbeeld rondom veiligheid en/of financiën.⁸ Bij gezinsgericht werken is het daarom belangrijk om die context mee te nemen. We hopen dat dit onderzoek, door meer bekendheid aan deze lokale initiatieven te geven, andere organisaties waar men nog niet of in mindere mate gezinsgericht werkt, kan inspireren dit ook te gaan doen.

METHODE

Steekproef

De vereniging de nl-ggz, waarbij meer dan 100 ggz-organisaties zijn aangesloten, plaatste in juli 2023 eenmaal een bericht op LinkedIn (zie [onlinebijlage A](#)), met daarin een oproep aan hulpverleners uit de jeugdhulp of v-ggz die gezinsgericht werken in Nederland om een vragenlijst in te vullen via Microsoft Forms. Daarnaast stuurde nl-ggz de vragenlijst middels een e-mail eenmaal uit naar organisaties die aangesloten zijn bij deze vereniging. De vragenlijst werd ingevuld door 41 hulpverleners van 30 verschillende instellingen verspreid over Nederland. Ongeveer de helft van de hulpverleners had een achtergrond als psycholoog, orthopedagoog, psychiater of maatschappelijk werker, en een kwart had een rol in het management. Verder was ongeveer de helft van de hulpverleners werkzaam als systeemtherapeut. Daarnaast gaven vijf hulpverleners aan dat zij bij een vrijgevestigde instelling werkten, maar zij hadden voorheen wel bij grotere instellingen gewerkt en/of werkten ze nu samen met dergelijke instellingen. Een derde van de hulpverleners had 0 tot 5 jaar werkervaring bij hun instelling, een derde 5 tot 10 jaar, en de rest meer dan 10 jaar. Zie [onlinebijlage B](#) voor een overzicht van de instellingen waar de deelnemers werkten en de zorg die zij leverden.

Dataverzameling

Het doel van de vragenlijst (zie [onlinebijlage C](#)) was om inzicht te krijgen in de stand van zaken rondom gezinsgericht werken in Nederland. De lijst bevatte ten eerste een definitie van gezinsgericht werken: *‘Gezinsgericht werken in de ggz is nodig om het mentaal welzijn van gezinnen in de maatschappij te vergroten (why) door op elk organisatorisch en beleidsmatig niveau een strategie te hebben om de wederzijdse beïnvloeding van psychopathologie tussen ouder en kind in relatie tot relationele en contextuele factoren te behandelen (how) met focus op geïntegreerde zorg voor jeugdigen en volwassenen binnen ieder behandelproces, opleidingsplan, samenwerkingsverband met ketenpartners en in relatie tot de gemaakte afspraken met de financiers van zorg (what).’*

Hierna volgden vragen over vormen van gezinsgericht werken, de samenwerking tussen jeugdhulp, jeugd-ggz en de volwassenen-ggz, samenwerking met het sociaal domein en samenwerking met de jeugdbescherming. Daarnaast werd deelnemers gevraagd om kritieke succesfactoren en knelpunten voor gezinsgericht werken te benoemen die zij ervoerden. De vragenlijst werd samengesteld door de nl-ggz in samenwerking met Academische Werkplaats GEZIEen, waar de meesten van ons bij betrokken zijn.

Data-analyse

De instellingen waar deelnemers werkten, werden ingedeeld in drie categorieën van zorgaanbod: 1. gericht op jeugd, 2. gericht op volwassenen; of 3. gericht op beide. We vatten de antwoorden samen en analyseerden en categoriseerden die in Excel aan de hand van thema's die tijdens de analyse naar voren kwamen. Vervolgens werden de samenvattingen gecontroleerd door twee onderzoekers (RvG en JE) om er zeker van te zijn dat er geen thema's over het hoofd werden gezien. Over eventuele discrepanties werd consensus bereikt in besprekingen met een derde beoordelaar (PV). Ten slotte telden we in beschrijvende statistiek het aantal keren dat een categorie voorkwam. Bijdragen van meerdere behandelaren binnen één instelling leidden soms tot discrepanties in antwoorden. Waar bijvoorbeeld de ene jeugdbehandelaar samenwerking ervoer, vond een ander deze niet zichtbaar aanwezig. In dergelijke gevallen gingen we uit van wél aanwezige samenwerking, tenzij een jeugd- en een volwassenenbehandelaar van dezelfde instelling hadden deelgenomen, dan namen we wel beide antwoorden mee in de analyse. Naast antwoorden op de vragenlijst gebruikten we ook de websites van instellingen om toelichting te kunnen geven op de initiatieven die deelnemers hadden genoemd. Alleen initiatieven waarbij het mogelijk was om de privacy van instellingen en de deelnemers te bewaren, werden meegenomen.

RESULTATEN

Definitie, samenwerkingsvormen en frequenties

Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan het eens te zijn met de gegeven definitie. Deelnemers benoemden wel dat zij twijfelden of de definitie haalbaar was, dat er breder gekeken zou moeten worden dan het gezin, en dat de definitie te breed/algemeen zou zijn.

Tabel 1. Vormen van gezinsgerichte samenwerking per type instelling (gericht op jeugd; gericht op volwassenen; gericht op beide)

	Jeugd	Volwassenen	Beide	Totaal
Deelnemers (zonder duplicaten)	3	4	28	35
Samenwerking jeugd-volwassenenhulp				
Geen (gericht op individu)	0	0	8	8
Kind/oudercheck	1	1	13	15
Systeeminterventies	1	1	11	13
MDO	1	1	4	6
Consultatie	0	0	6	6
Geïntegreerd team	1	0	5	6
Samenwerking met sociaal domein				
Ja	2	2	24	28
Nee	1	2	4	7
Samenwerking met jeugdbescherming				
Ja	3	1	23	27
Nee	0	3	5	8

De frequenties geven aan hoeveel deelnemers in die categorie een vorm of samenwerking hadden.

Deelnemers hadden de mogelijkheid om meerdere vormen van gezinsgerichte samenwerking aan te geven. 8 deelnemers vertelden dat hun instelling voornamelijk gericht is op het individu, terwijl de overige deelnemers vertelden dat er samenwerking plaatsvindt tussen jeugd- en volwassenenhulp (zie ook [tabel 1](#)). Hierbij gaven 15 deelnemers aan dat er een kind- en/of 'oudercheck' plaatsvond. Hoewel het concept 'kindcheck' reeds bestaat en is verworpen tot een verplichte check op de veiligheid van kinderen, werd hier bedoeld dat met ouders die in behandeling zijn, werd gesproken over het ouderschap en hoe het met de kinderen ging. Een oudercheck hield in dat als kinderen in zorg waren de psychische gezondheid van de ouder(s) ter sprake kwam. 13 deelnemers beschreven een divers aanbod aan systeeminterventies. Hierin kon onderscheid gemaakt worden tussen behandelingen gericht op problematiek van het kind (bijv. ouderbegeleiding), op partners (bijv. relatietherapie) en op de dynamiek tussen gezinsleden (bijv. gezinstherapie). Ten slotte benoemden in totaal steeds 6 deelnemers dat de samenwerking bestond uit (multidisciplinaire) overleggen (MDO's), consultatie en/of het hebben van een geïntegreerd team. Zie [onlinebijlage D](#) voor verdere toelichting.

Samenwerking met het sociaal domein en met de jeugdbescherming werd door ongeveer driekwart van de deelnemers genoemd. Tevens omschreven de deelnemers bepaalde vormen van samenwerking met het sociaal domein en jeugdbescherming, waaronder MDO's, consultatie en tot één team behoren. Ten slotte benoemde ook

een groot deel van de deelnemers dat er zowel interne (bijv. binnen eigen organisatie) als externe samenwerkingen (met partners in bijv. zorg, onderwijs en gemeente) plaatsvonden. Zie [onlinebijlage D](#) voor verdere toelichting.

Knelpunten

De deelnemers waren het met elkaar eens wat betreft knelpunten in gezinsgericht werken. Het meest genoemde thema was gebrek aan financiering (zie ook [tabel 2](#)). Daarna volgde bureaucratie, met name de hoge productienorm en als derde het verschil van visie tussen de jeugd- en volwassenenhulp. Zie [onlinebijlage E](#) voor verdere toelichting op de thema's.

Succesfactoren

Ook wat betreft kritieke succesfactoren voor gezinsgericht werken waren de deelnemers het veelal met elkaar eens. De meest genoemde kritieke succesfactoren vielen in de categorie gezinsgerichte blik tijdens de behandeling (zie [tabel 2](#)), d.w.z. aandacht voor het gezin tijdens de behandeling. Daarnaast vielen ook veelgenoemde succesfactoren in de categorie gezinsgerichte werkwijze van de organisatie, bijvoorbeeld het hebben van een breed aanbod aan disciplines in één team en korte lijntjes tussen disciplines. Zie [onlinebijlage E](#) voor verdere toelichting op de thema's.

Structurele samenwerkingen

In [onlinebijlage F](#) staat een overzicht van alle genoemde initiatieven inclusief toelichting. Hierbij viel op dat er veel systeemgerichte initiatieven bestonden, waarbij

Tabel 2. Knelpunten en succesfactoren per type instelling

	Jeugd	Volwassenen	Beide	Totaal
Deelnemers (met duplicaten)	4	4	33	41
Knelpunten				
Wachlijsten	0	0	3	3
Personeelstekort/wisseling	0	0	4	4
Visieverschil jeugd- en volwassenenzorg	2	1	10	13
Onvoldoende financiering	0	1	17	18
Structuur van organisatie	1	0	4	5
Gebrek aan vergoeding/beschikbaarheid systeemtherapeut	1	1	6	8
Tijdgebrek	1	0	5	6
Bureaucratie/productienorm	2	1	11	14
Privacy/gegevensuitwisseling	1	0	5	6
Gebrek aan kennis/capaciteiten	0	0	5	5
Succesfactoren				
Samenwerking aanwezig	2	1	7	10
Gezinsgerichte blik tijdens behandeling	4	2	14	20
Systeemtherapeut aanwezig	1	1	6	8
Steun organisatie	0	0	3	3
Cultuur/gezamenlijke visie	1	0	9	10
Gezinsgerichte werkwijze organisatie	3	1	16	20
Financiering beschikbaar	2	0	7	9

De frequenties geven aan hoeveel deelnemers in die categorie een knelpunt of succesfactor noemden.

men slechts in een klein deel (ook) aandacht besteedde aan individuele klachten van de ouder. Structurele samenwerking met volwassenenbehandelaren was hiervoor van groot belang. Zulke geïntegreerde zorg werd slechts bij enkele grote instellingen genoemd die gespecialiseerd waren in specifieke problematiek, zoals gedragsproblemen. Een voorbeeld hiervan was multisysteemtherapie *child abuse and neglect* (MST-CAN):

‘In ons behandel aanbod MST-CAN kunnen zowel jongeren als volwassenen worden behandeld. De jongere is altijd de aangemelde cliënt en er kan een dossier aangemaakt worden voor de volwassene (...). Dan werken we met dezelfde behandelaren in 1 gezin. Mocht er andere jeugdhulp in het gezin al aanwezig zijn, kijken we of we naast elkaar kunnen werken, zo ja dan hebben we maandelijks contact en evaluaties.’ (behandelaar werkzaam bij instelling gericht op jeugd en volwassenen)

Een ander voorbeeld was ‘Kind IN Gezond Systeem’ (KINGS), een aanpak gericht op interpersoonlijk en intergenerationeel trauma, waarbij de ouders eerst een traumabehandeling kregen. Ouders kregen bij dergelijke initiatieven dus een behandeling naast die van hun kind en/of een eigen therapeut. Ook vond er behandeling

plaats met het hele gezin om aan interacties tussen gezinsleden te kunnen werken.

Opvallend was dat de antwoorden van deelnemers die spraken over structurele samenwerking nauwelijks verschilden van overige antwoorden wat betreft de frequentie van samenwerkingen, knelpunten en succesfactoren (zie [onlinebijlages G en H](#)).

DISCUSSIE

Gezinsgericht werken is essentieel om gezinnen passende hulp te kunnen bieden. Zo wordt voorkomen dat psychische problematiek bij gezinsleden over het hoofd wordt gezien terwijl deze wel een instandhoudende factor kan zijn voor de problematiek van de persoon die behandeling zoekt, naast de impact die deze heeft op het gezinslid zelf. Gezinsgericht werken gaat echter niet vanzelf en stuit op veel knelpunten. Met de huidige studie dragen wij bij aan het actuele beeld van gezinsgericht werken en de bijbehorende samenwerking tussen en binnen instanties voor jeugdhulp en v-ggz in Nederland. Samenwerking tussen jeugdhulp en v-ggz

vond bij de meeste respondenten plaats in de vorm van een kind- of oudercheck en systeeminterventies. Bij een minderheid ging het om een structurele samenwerking of geïntegreerde zorg, waarbij dit soms alleen voor een bepaalde doelgroep gold.

De resultaten geven inzicht in de succesfactoren en knelpunten bij samenwerkingen in Nederland. Belangrijke knelpunten waren, zoals verwacht op basis van eerder onderzoek, financiering en bureaucratie, terwijl gezinsgerichte blik tijdens de behandeling en in de werkwijze van de organisatie belangrijke succesfactoren waren.⁹ Een nieuw thema dat in het huidige onderzoek genoemd werd, was het gebrek aan vergoeding voor het beroep systeemtherapeut in volwassenehulp. Aangezien het gebrek aan vergoeding voor systeemtherapie is ingegaan sinds de invoering van het Zorgprestatie-model (ZPM) in 2022, is het logisch dat dit thema niet genoemd werd in eerdere onderzoeken. Bovendien werd het thema recentelijk besproken in de Tweede Kamer.¹⁵

Opmerkelijk in dit onderzoek was dat er deelnemers waren die aangaven in hun instelling geen samenwerking en/of vorm van gezinsgericht werken te hebben terwijl ze wel hebben gereageerd op de oproep voor initiatieven van gezinsgericht werken. Dit kan verklaard worden doordat zij mogelijk andere vormen van samenwerking hebben en een andere definitie van gezinsgericht werken hanteren dan de definitie die is opgesteld voor deze oproep.

Ook voor instellingen waar zorg voor jeugd en volwassenen wordt aangeboden, gaven deelnemers soms aan dat er geen samenwerking was. Dit geeft aan hoe weinig vanzelfsprekend samenwerking is en hoezeer afdelingen binnen één instelling op zichzelf staan.

Verder was opmerkelijk dat er veel deelnemers waren die aangaven een deel van de in de vragenlijst gegeven definitie van gezinsgericht werken in de praktijk te brengen, waarbij het ging om het deel gericht op interacties tussen gezinsleden. Hierdoor wordt opnieuw duidelijk dat er verschillende definities worden gehanteerd en er dus gebrek is aan een eenduidige definitie.

Beperkingen

Er is een aantal aspecten die we in gedachten moeten houden bij het interpreteren van de resultaten. Door deelnemers te werven via LinkedIn en met een e-mail is er waarschijnlijk selectiebias ontstaan. Er zijn bij Zorgkaart Nederland meer dan 2000 ggz-instellingen geregistreerd waarvan er ruim 100 zijn aangesloten bij de nl-ggz. De reacties komen dus van een klein deel van het totale aantal instellingen in Nederland. Bovendien hebben hulpverleners met voldoende motivatie om de vragenlijst in te vullen mogelijk ook meer motivatie om gezinsgericht te werken, waardoor de steekproef minder representatief zou kunnen zijn.

Verder bevatte dit onderzoek, zoals eerder genoemd, resultaten van vijf vrijgevestigde instellingen. Het is mogelijk dat het niet onderdeel zijn van een grote orga-

nisatie, het doorvoeren van gezinsgericht werken makkelijker of juist moeilijker maakt, bijvoorbeeld omdat er meer samenwerkingsmogelijkheden zijn of minder restricties of regels.

Daarnaast kwam het negen keer voor dat twee of drie deelnemers bij eenzelfde instelling werkten en los van elkaar hadden gereageerd. Zoals beschreven in de methodesectie, kozen we ervoor om de aanwezigheid van samenwerking voor de hele instelling te rekenen als één van de deelnemers die beschreef. Met name bij grote instellingen met veel afdelingen is het mogelijk dat deelnemers op afdelingen werken die onderling verschillen.

Klinische implicaties

Dit onderzoek laat zien dat de responderende deelnemers niet volledig gezinsgericht zeggen te werken, en dat ze op wisselende manieren zeggen samen te werken met het sociaal domein en jeugdbescherming. Door het hele land bestaan er initiatieven om het gezinsgericht werken aan te moedigen, waardoor er samenwerking tussen en binnen instanties plaatsvindt.^{7,9-10} Daarnaast laten de resultaten zien welke knelpunten en succesfactoren hulpverleners ervaren. Die kunnen inzicht geven in welke verbeterpunten prioriteit zouden moeten krijgen in de praktijk, bijvoorbeeld het vinden van manieren om financiering beschikbaar te stellen. Verder laten de resultaten zien dat het implementeren van gezinsgerichte samenwerkingen, op basis van de door deelnemers gegeven antwoorden, niet (alleen) een kwestie lijkt te zijn van kennis over knelpunten en succesfactoren, maar ook van de stap durven zetten naar de praktijk en verschillende methodes durven uit te proberen. Logischerwijs is dit niet eenvoudig en beschikken niet alle instellingen over de juiste middelen (bijv. voldoende financiering en personeel met de vereiste vaardigheden). Bovendien vergt het toepassen van gezinsgericht werken in structurele samenwerkingen veel tijd en moeite.

Een deel van de deelnemers aan deze uitvraag past een evidencebased therapiemethode toe gericht op het systeem (multidimensionele familietherapie (MDFT) en MST) of een bepaald type problematiek (KINGS). Er zijn momenteel weinig instellingen met een geïntegreerd behandelteam gericht op de specifieke eigen problematiek van ouders en kinderen. Toch kunnen we weinig vooruitgang boeken als we niet de stap naar de praktijk zetten, ondanks de knelpunten en gebrek aan voorbeelden. Duidelijke en uniforme landelijke afspraken over de financiering van gezinsgericht werken, bijvoorbeeld tussen verschillende gemeenten en tussen gemeenten en zorgverzekeraars, kunnen bijdragen aan het verbeteren van gezinsgericht werken. Zo zou een gezin door één geïntegreerd behandelteam geholpen kunnen worden. Zoals andere auteurs al meerdere keren hebben genoemd, zou het daarnaast helpen als (multidisciplinaire) overleggen en consultaties vergoed worden en ze meetellen voor het behalen van de productienorm.⁹

Ondanks structurele knelpunten blijkt uit onze inventarisatie van initiatieven dat gezinsgerichte zorg in de ggz mogelijk is. Dit vraagt om tijdige signalering en het verkleinen van de afstand tussen jeugd- en volwassenenhulp, bijvoorbeeld door fysiek dichterbij elkaar te werken en visies beter af te stemmen. Voorbeelden zijn het vergroten van basiskennis bij volwassenenhulpverleners over gezinsbetrokkenheid via opleidingen of trainingen, en multidisciplinaire consultaties tussen jeugd- en volwassenenbehandelaars.^{16,17} Ook is het van belang dat hulpverleners in de jeugdzorg alert zijn op ouderlijke psychische klachten en passende interventies kunnen bieden. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) ondersteunt deze ontwikkeling door netwerkzorg, laagdrempelige zorgopties en digitale hulpmiddelen te stimuleren.¹⁸ Ten slotte is het van belang om meer onderzoek te doen naar hoe men het beste gezinsgericht kan werken en of dat inderdaad verbeterde uitkomsten voor het hele gezin oplevert. Een gerandomiseerde trial uitgevoerd in de Verenigde Staten suggereert dat het effectief is voor het verminderen van emotie- en gedragsproblemen bij zowel kinderen als volwassenen en het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouders.¹⁹ Dit onderzoek is uitgevoerd in een praktijk voor eerstelijnszorg en zou ook moeten worden uitgevoerd in specialistische ggz. Daarnaast zijn er nog vele vragen over de timing van behandeling. Ander Amerikaans onderzoek laat zien dat een deel van de kinderen spontaan verbetert als de depressie van hun moeder in remissie komt.²⁰ Dit geldt evenzeer voor depressieve klachten bij moeders van wie de kinderen in behandeling komen.²¹ Een deel van de kinderen en moeders verbetert echter

niet. Om te kunnen onderzoeken welke vorm van gezinsgerichte zorg nodig is, is het van belang om, parallel aan implementatie van gezinsgerichte zorg, gegevens te verzamelen over psychische klachten van ouders en kinderen, en deze gezinnen regelmatig te volgen.

CONCLUSIE

Gezinsgericht werken in de ggz wordt steeds vaker genoemd als een prioriteit, bijvoorbeeld door het waarde-netwerk Gezond Opgroeien. In deze studie werd duidelijk dat er op meerdere plekken in Nederland gezinsgerichte samenwerking plaatsvindt zowel tussen jeugd- en volwassenenhulp als met het sociaal domein en met jeugdbescherming. De implementatie hiervan lijkt echter weinig uniform te verlopen en op sommige plaatsen minimaal te zijn. Financiering en bureaucratie zijn belangrijke knelpunten voor die samenwerking, terwijl gezinsgerichte blik tijdens de behandeling en in de werkwijze van de organisatie als succesfactoren naar voren komen. Hoewel het positief is dat er al samenwerking is, is het zorgsysteem toch nog steeds veelal op het individu georiënteerd. Bovendien leek dit niet toe te schrijven aan een gebrek aan kennis over wat er nodig is voor gezinsgericht werken, maar aan het niet implementeren en borgen van deze kennis door de (stelsel)partijen vanwege de knelpunten. Om goede gezinsgerichte zorg te kunnen bieden lijkt een transformatie nodig waarbij de afstand tussen hulp voor jeugd en voor volwassenen verkleind wordt en er bij alle individuen die in behandeling komen aandacht is voor gezinsleden.

De literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Rachel van Grootheest, promovendus, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg en Amsterdam Reproduction & Development research institute, Amsterdam UMC.

Pauline Vahl, kinder- en jeugdpsychiater, Arkin Jeugd & Gezin; senior onderzoeker, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, Amsterdam UMC.

Judith Ensink, gz-psycholoog, Levvel; senior onderzoeker, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Amsterdam Reproduction & Development research institute en Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC.

Frederieke Koop, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Levvel; kwartiermaker Academische Werkplaats GEZleN, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, Amsterdam UMC.

Agnes Zegwaard, psychiater, Arkin Jeugd & Gezin; kwartiermaker Academische Werkplaats GEZleN, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, Amsterdam UMC.

Irma Hein, kinder- en jeugdpsychiater, Levvel; senior onderzoeker,

afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie; Amsterdam Reproduction & Development research institute en Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC.

Christel Middeldorp, hoogleraar Gezinspsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiater, afd. Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Psychosociale Zorg, Amsterdam Reproduction & Development research institute en Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam UMC; Arkin Jeugd & Gezin; Levvel.

Correspondentie

Rachel van Grootheest (r.m.vangrootheest@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(9):504-509