

# INHOUD

	<b>INLEIDING</b>	<b>13</b>
1.	<b>HET WAAIERMODEL: EEN INTRODUCTIE</b>	<b>16</b>
1.1	<b>Positionering van de residentiële zorg</b>	<b>16</b>
1.2	<b>Opbouw van het model</b>	<b>19</b>
1.2.1	De kleuren van het Waaiermodel	20
1.2.2	De fasen van het Waaiermodel	22
1.2.3	De metafoor van de waaier	26
1.3	<b>Het doel van het Waaiermodel</b>	<b>26</b>
1.3.1	Ordenen en transparantie	26
1.3.2	Vertaalslag naar de praktijk	28
2.	<b>DE KLEUREN</b>	<b>31</b>
2.1	<b>Blauw – pedagogisch handelen</b>	<b>34</b>
2.1.1	Pijler 1: sturing	35
2.1.2	Pijler 2: sensitiviteit	39
2.1.3	Pijler 3: monitoring	40
2.1.4	Pijler 4: sfeer	42
2.2	<b>Paars – commitment</b>	<b>45</b>
2.2.1	Pijler 1: autonomie en ambivalentie	48
2.2.2	Pijler 2: competentie	50
2.2.3	Pijler 3: verbondenheid	51
2.3	<b>Rood – behandelen</b>	<b>52</b>
2.3.1	Pijler 1: specialistische bejegening	55
2.3.2	Pijler 2: specialistische aanpak	56
2.3.3	Pijler 3: complementaire aanpak vanuit ‘donkerrood’	59

2.4	<b>Groen – ouders en steunnetwerk</b>	<b>60</b>
2.4.1	Blauw – pedagogisch domein gericht op ouders	63
2.4.2	Paars – domein van commitment gericht op ouders	64
2.4.3	Rood – therapeutisch domein gericht op ouders	64
2.5	<b>Geel – het professionele netwerk</b>	<b>66</b>
2.5.1	Pijler 1: afstemming	68
2.5.2	Pijler 2: gezamenlijke besluitvorming	69
2.5.3	Pijler 3: informatie-uitwisseling	70
3.	<b>DE FASEN</b>	<b>76</b>
3.1.	<b>Algemene punten rond de fasering van het Waaiermodel</b>	<b>76</b>
3.1.1	Doelstelling	76
3.1.2	Lengte en duur van de fasering	79
3.2	<b>Werken aan de doelen per fase</b>	<b>82</b>
3.2.1	De Schok (blauw)	82
3.2.2	De Wending (paars)	87
3.2.3	De Versterking (rood)	93
3.2.4	De Vooruitblik (paars)	100
3.2.5	Het Vertrek (blauw)	103
4.	<b>AAN DE SLAG</b>	<b>109</b>
4.1	<b>Planmatig werken</b>	<b>109</b>
4.1.1	Doelrealisatie	109
4.1.2	Individuele waaierplannen	110
4.1.3	Waaiergesprekken	112
4.2	<b>Algemene middelen</b>	<b>112</b>

4.3	<b>Blauw: het 'hoe' van het neerzetten van een pedagogisch basisklimaat</b>	<b>116</b>
4.3.1	Een veilige basis	117
4.3.2	Pijler 1: sturing	117
4.3.3	Pijler 2: sensitiviteit	123
4.3.4	Pijler 3: monitoring	126
4.3.5	Pijler 4: sfeer	127
4.4	<b>Paars: het 'hoe' van het creëren van commitment</b>	<b>130</b>
4.4.1	Pijler 1: autonomie en ambivalentie	131
4.4.2	Pijler 2: competentie	135
4.4.3	Pijler 3: verbondenheid	136
4.5	<b>Rood: het 'hoe' van behandelen</b>	<b>137</b>
4.5.1	Pijler 1: specialistische bejegening	138
4.5.2	Pijler 2: specialistische aanpak	140
4.5.3	Pijler 3: complementaire aanpak vanuit 'donkerrood' (generalisatie)	141
4.6	<b>Geel: het 'hoe' van samenwerking met het professionele netwerk</b>	<b>147</b>
4.6.1	Pijler 1: afstemming	148
4.6.2	Pijler 2: gezamenlijke besluitvorming	149
4.6.3	Pijler 3: informatie-uitwisseling	150
4.7	<b>Groen: het 'hoe' van het werken met ouders en steunnetwerk</b>	<b>153</b>
4.7.1	Blauw	156
4.7.2	Paars	159
4.7.3	Rood	162

## 5. PROCESDIAGNOSTIEK 167

5.1	<b>Screening volgens het Waaiermodel</b>	<b>168</b>
5.2	<b>Wat doe je in de screening?</b>	<b>171</b>
5.2.1	De structuur van het Waaiermodel als basis voor screening	171
5.2.2	Kleuren en fasen tijdens een screeningstraject	173

5.3	<b>Waarom screen je op deze manier?</b>	
	<b>Een theoretische fundering van de screeningsmodule</b>	<b>177</b>
5.3.1	Handelingsgerichte diagnostiek (HGD)	177
5.3.2	Het biopsychosociaal model in combinatie met negatieve jeugdervaringen (ACE's) als verklaringsmodel voor probleemgedrag	180
5.3.3	De collaboratieve insteek (het belang van 'samenwerken')	183
5.4	<b>Hoe pak je de screening aan?</b>	<b>184</b>
5.4.1	Screening in de Schok	185
5.4.2	Screening in de Wending	189
5.4.3	Screening in de Versterking	193
5.4.4	Screening in de Vooruitblik	197
5.4.5	Screening in het Vertrek	199
6.	<b>ORGANISATORISCHE RANDVOORWAARDEN</b>	<b>208</b>
6.1	<b>Een juiste taakverdeling</b>	<b>209</b>
6.2	<b>Heldere overlegstructuren</b>	<b>211</b>
6.3	<b>Aandacht voor implementatie en coaching</b>	<b>214</b>
6.3.1	Vernieuwingen invoeren	214
6.3.2	Doorontwikkeling en borging van de Waaiermethodiek	215
6.3.3	Hoe kun je monitoren?	216
6.3.4	Hoe kun je bijsturen?	218
6.3.5	Praktijkervaringen	219
6.4	<b>Tot slot</b>	<b>221</b>
	<b>Over de auteurs</b>	<b>223</b>

# INLEIDING

## ***Wat, voor wie en waarom?***

Dit boek is in de eerste plaats geschreven voor de jongeren die – tijdelijk- niet meer thuis kunnen wonen en de ouders die dan de zorg voor hun kind (gedeeltelijk) uit handen moeten geven. Het is van groot belang dat de hulp die deze jongeren en hun families vervolgens in een residentiële instelling krijgen zo optimaal mogelijk georganiseerd is. Hieraan draagt het Waaiermodel bij. Het geeft hulpverleners een kader om hun hulpaanbod goed in te richten en zo efficiënt en effectief mogelijk te werken.

## ***Opbouw van het boek***

Hoofdstuk 1: In het eerste hoofdstuk wordt het Waaiermodel geïntroduceerd. Er wordt stilgestaan bij de aanleiding van de ontwikkeling en het doel van het model. De opbouw van het model (de kleuren en fasen) wordt nader toegelicht.

Hoofdstuk 2: In dit hoofdstuk staat de vraag centraal: *Wat doe je en waarom?* Het geeft een theoretisch overzicht en een onderbouwing van de keuze voor de domeinen die van belang zijn om op te nemen in een residentieel hulpaanbod.

Hoofdstuk 3: De vraag: *Wanneer doe je iets en met welk doel?* wordt beantwoord. Hiermee wordt het inzichtelijk hoe het hulpaanbod in de tijd doelgericht geordend kan worden.

Hoofdstuk 4: Aan de slag! Het hart van het werk ligt in dit hoofdstuk: *Hoe doe je het en met welke middelen?* Dit praktische hoofdstuk geeft concrete handvatten voor in te zetten technieken en werkbladen (die veelal digitaal te downloaden zijn).

Hoofdstuk 5: Het Waaiermodel kan een kader vormen voor procesdiagnostiek. Dit hoofdstuk laat zien hoe het model kan worden ingezet voor activerend onderzoek en geeft aanknopingspunten om zorg en screening hand in hand te laten gaan.

Hoofdstuk 6: Om het Waaiermodel in een organisatie te implementeren, zijn een aantal voorwaarden nodig. Dit hoofdstuk geeft handvatten voor een taakverdeling en benodigde overlegstructuren. Het gaat in op de vraag hoe het Waaiermodel op maat kan worden doorontwikkeld en geborgd. Tot slot wordt het belang van implementatie en coaching benadrukt en wordt aangestipt op welke wijze dit kan worden vormgegeven.

## Leeswijzer

Opmerkingen ten aanzien van terminologie:

- Jeugdige/jongere: We spreken in dit boek van de jeugdige, de jongere of het kind en verwijzen hiernaar in de hij-vorm. Overall kan uiteraard hij/zijn en zij/haar gelezen worden.
- Ouders, gezin of (cliënt)systeem: Hiermee bedoelen we de primaire verzorgers en betrokkenen vanuit het eigen netwerk.
- Hulpverlener: Dit is de professional die betrokken is vanuit het residentiële traject. De rol van de hulpverlener varieert; het kan bijvoorbeeld gaan om pedagogisch medewerkers die op de leefgroep werken of om een gedragswetenschapper die verbonden is aan een woongroep.
- Persoonlijk begeleider: Ook wel ‘mentor’ of ‘persoonlijke coach’ genoemd.



In dit boek vind je zogenoemde coachingskaders waarin dilemma's, valkuilen of aandachtspunten van hulpverlener tot hulpverlener worden besproken.

In verschillende hoofdstukken worden symbolen gebruikt:



verwijst naar een digitaal werkblad of format te downloaden via [www.swp-book.com/2143](http://www.swp-book.com/2143).



verwijst naar een digitale beschrijving van een techniek (zoals: hoe geef ik feedback of een instructie?) die een hulpverlener kan inzetten.



verwijst naar extra achtergrondinformatie of concrete tips.

In het boek wordt gewerkt met casussen. Twee belangrijke casussen betreffen **Felicia** en **Job**. Deze zijn geïnspireerd op de vele jongeren die we in de afgelopen jaren hebben leren kennen en de casussen zijn exemplarisch voor de doelgroep. In de navolgende beschrijvingen leer je Felicia en Job wat beter kennen. Voorbeelden uit hun hulpverleningstraject, zowel positief als negatief, geven zicht op de praktische gang van zaken in hun residentiële traject.

### ***Casus Felicia (15 jaar)***

Felicia is een meisje van ruim 15 jaar met een Surinaamse achtergrond. Op tweejarige leeftijd is Felicia samen met haar moeder vanuit Suriname naar Nederland verhuisd. De zwangerschap van Felicia's moeder was ongepland en zij ontdekte pas laat dat zij zwanger was. Felicia's vader verliet de moeder kort na de geboorte van Felicia. Haar stiefvader heeft Felicia misbruikt van haar vierde tot haar zevende levensjaar. Hiervan is nooit aangifte gedaan. Felicia wordt sinds haar twaalfde opgevoed door haar tante (moeders zus), omdat haar moeder de ernstige opvoedproblematiek niet aan leek te kunnen en ontoegankelijk bleek voor de hulpverlening. Op dit moment zit Felicia in de vierde klas van het vmbo (kader) en dreigt zij dit jaar het examen niet te halen. Zij heeft veel conflicten op school, loopt regelmatig weg en komt 's nachts soms niet thuis. Er zijn zorgen over haar seksuele contacten en de vrees wordt uitgesproken dat Felicia in het loverboy-circuit terecht zal komen. Haar tante is zeer betrokken en heeft een grote opvoedverantwoordelijkheid. Ze biedt Felicia echter weinig ruimte en eist van haar onderwerping aan de religieuze oriëntatie waaraan ze zelf erg hecht (Felicia's tante is aangesloten bij de pinkstergemeente). Felicia heeft eerder hulp gehad voor haar gedragsproblemen (agressieregulatietraining en individuele ondersteunende therapie), maar maakte de trajecten nooit af. Felicia's tante is nog steeds bij haar betrokken maar staat afwijzend tegenover inmenging van buitenaf. Nu haar tante Felicia's opvoeding ook niet meer aankan, is besloten om Felicia voor drie maanden een plaats op een crisisgroep aan te bieden. Het is de bedoeling dat Felicia's gedragsproblemen stabiliseren en dat nagegaan wordt of ze terug kan naar haar tante of dat toegewerkt moet worden naar een vorm van langduriger begeleid wonen.

### ***Casus Job (14 jaar)***

Job is een jongen van 14 jaar die al sinds zijn zesde jaar gedragsproblemen vertoont waartegen beide ouders steeds minder bestand lijken. Zijn vader is vanwege zijn bipolaire stoornis regelmatig opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek. Bij zijn moeder is sprake van overbelasting; de opvoeding van haar vier zoons (waarvan de jongste autistisch is), die allen te maken hebben gehad met regelmatige politiecontacten, valt haar te zwaar. Intensieve thuishulp mocht niet baten.

Pas op dertienjarige leeftijd is bij Job vastgesteld dat er sprake is van een licht verstandelijke beperking (LVB); hij is toen overgeplaatst naar het speciaal onderwijs in een nabijgelegen gemeente. Vanaf die tijd is er een gezinsvoogd aangesteld en krijgen Job en zijn ouders hulp in het kader van een ondertoezichtstelling (OTS).

Vooraf vanwege negatieve beïnvloeding door oudere jongens gaat het steeds verder bergafwaarts met Job. Hij spijbelt veelvuldig en lijkt onverschillig voor de sancties die daarop volgen. Job maakt zich schuldig aan middelenmisbruik en zijn moeder heeft geen overzicht meer over zijn doen en laten. Hij wordt voor de tweede keer verdacht van een strafbaar feit. Naast haar werk in de thuiszorg en de zorg voor haar man kan Jobs moeder het niet meer opbrengen om opnieuw te investeren in hulpverlening aan het hele gezin. De gezinsvoogd besluit Job op een behandelgroep te plaatsen van een residentiële instelling voor jongeren met een LVB. Voor zijn moeder is deze plaatsing aanvankelijk een opluchting, maar ze ziet het toch als een noodoplossing. Ze wijt de problemen met Job aan nalatigheid van de gezinsvoogd, die in haar ogen verzuimd heeft om een goede school voor hem te zoeken. Zijn moeder staat erop dat Job naar huis terugkomt zodra de gezinsvoogd voor een meer geschikte school heeft gezorgd.

# 1. HET WAAIERMODEL: EEN INTRODUCTIE

## ***Inleiding***

Dit hoofdstuk geeft een beeld van de positie van de residentiële zorg in het huidige hulpverleningslandschap. Het beschrijft de context waarin het Waaiermodel gebruikt kan worden. Vervolgens wordt stilgestaan bij de opbouw van het model en met welk doel het kan worden ingezet.

## 1.1 POSITIONERING VAN DE RESIDENTIËLE ZORG

### *Ambulantisering en residentiële zorg*

De afgelopen jaren staat de residentiële (jeugd)zorg onder druk vanwege de tendens tot ambulantisering in de (jeugd)zorg. Intramurale zorg wordt afgebouwd en er wordt vooral gekeken naar wat een jongere nodig heeft om een zo goed en normaal mogelijk leven te leiden binnen het eigen gezinssysteem of netwerk. De residentiële zorg wordt alleen ingezet als er geen (redelijke) alternatieven te bedenken of te organiseren zijn. De publieke opinie is negatief over de residentiële jeugdzorg. Ook uit onderzoeken blijkt dat een residentieel aanbod zonder doordachte pedagogische basis en in te zetten interventies niet veel effect heeft.<sup>1</sup> Daarbij vormen de gebrekkige aansluiting op ambulante zorg na het residentiële verblijf en de hoge kosten van de zorg punten van kritiek. Kortom: waarom ligt hier een boek over deze vorm van jeugdzorg?

### *Residentiële zorg als nuttige schakel in de keten*

Uit onderzoek blijkt dat de negatieve beeld over de residentiële jeugdzorg niet terecht is. In tegenstelling tot wat nogal eens wordt gedacht, blijkt uit een uitgebreide meta-analyse dat er vaak enige verbetering optreedt in de aanwezige problematiek.<sup>2</sup> Een residentiële plaatsing kan een nuttige en krachtige ingreep zijn, mits er methodisch gedegen werk wordt verricht. De doelgroep die niet meer in een ambulante kader te begeleiden of te behandelen is, kan hier een ‘pas op de plaats’ maken. De thuissituatie is vaak fors ontregeld. Wanneer een kind (tijdelijk) uit huis wordt geplaatst, is het mogelijk om vanuit een veilige plek te werken aan een basis waarmee een gezin weer (met ambulante hulp) verder kan. Het geeft de mogelijkheid om de thuissituatie tot rust te laten komen en het gehele systeem heel intensief, veel meer dan in een ambulante kader, te begeleiden. Wanneer de basisvoorwaarden voor ambulante hulp (weer) aanwezig zijn, kunnen vervolgstappen van herstel en ontwikkeling thuis verder vorm krijgen.



Het is belangrijk dat het geen ‘losse’ interventie is; een plaatsing dient een onderdeel te zijn in een keten van zorg. Op die manier vallen jongeren niet tussen wal en schip als ze de instelling verlaten. Wanneer een residentiële instelling verbonden blijft aan een jongere is het mogelijk om nazorg, ook bij eventuele terugval, goed te borgen.

### *De opdracht aan hulpverleners in de residentiële zorg*

Hulp bieden aan jongeren die zonder intensief ingrijpen (dreigen te) ontsporen, is een opdracht voor gemotiveerde hulpverleners met visie. Een visie op de probleem-samenhang van de jongere en zijn systeem, een visie op wat er nodig is om weer stappen in de goede richting te kunnen zetten en een visie met betrekking tot het eigen handelen en het effect hiervan op de ontwikkeling van de jongere. Het daarbij gemotiveerd blijven, óók wanneer vooruitgang maar moeizaam zichtbaar wordt, vraagt hierbij om doorzettingsvermogen en geduld van hulpverleners.

Dit alles geldt nog sterker voor hulpverleners die werken in de residentiële hulpvarianten. Residentiële zorg vormt in deze schakel van de ketenzorg de basis voor de opvoeding, verzorging, begeleiding en/of behandeling (‘care and cure’) van de jongere. Dat maakt het takenpakket van deze hulpverleners uitgebreid en complex. Hoewel de uithuisplaatsing ‘slechts’ een schakel vormt in de ketenzorg rond een jongere en zijn systeem, zijn de eisen aan de kwaliteit van de residentiële hulpverlening hoog. Harder en anderen<sup>3</sup> karakteriseren goede hulpverleners binnen het residentiële kader dan ook als ‘interactionele duizendpoten’ omdat zij worden geacht zoveel dingen tegelijkertijd te kunnen, zoals regels stellen, individuele jeugdigen ondersteunen, werken met meerdere jongeren tegelijkertijd op de leefgroep, zorgen voor een goed leefklimaat, samenwerken met andere professionals en aandacht besteden aan het gezin van de jeugdigen.<sup>4,5,6</sup>



Residentiële jeugdzorg is een benaming voor uiteenlopende typen 24-uurszorg voor jongeren en wordt vaak aangeduid als verblijf in een instelling. Het betreft zorg voor jongeren tussen de 0 en 23 jaar, met uiteenlopende problemen, bij wie de plaatsing verschillende doelen dient en daarom ook verschilt in duur en intensiteit. Residentiële jeugdzorg wordt geboden in instellingen van variërende omvang, met verschillende specialisaties en met personeel met uiteenlopende opleidingen en achtergronden.

### *Residentieel vakmanschap met behulp van het Waaiermodel*

Samengevat moet het vakmanschap van hulpverleners binnen residentiële instellingen van hoog niveau zijn. Residentiële hulpverleners dienen te weten wat ze moeten doen, wanneer en op welke manier ze dat moeten doen. Werken met het Waaiermodel geeft antwoord op deze vragen.

Met behulp van het Waaiermodel kunnen de hulpverleners hun aanbod optimaliseren. Dit model omvat verschillende onderdelen die van belang zijn binnen een residentiële hulpvariant. Het fundament van het verblijf wordt gevormd door het pedagogisch basisklimaat.<sup>7,8</sup> Daarnaast kan het inzetten van (intensieve) effectieve behandelinterventies belangrijk zijn.<sup>9</sup> Voor een effectieve behandeling dient er daaraan voorafgaand aandacht uit te gaan naar de motivatie van jongeren.<sup>10</sup> Motivatie wordt vaak opgevat als een statisch gegeven – je hebt het of je hebt het niet. Onderzoek laat echter zien dat motivatie eerder iets dynamisch is wat tot ontwikkeling gebracht kan worden<sup>11</sup>, óók bij jeugdigen met gedragsproblemen of gedragsstoornissen.

Naast de individuele zorg voor de jeugdige, wordt er in het Waaiermodel voor gepleit het gezinssysteem intensief bij het hulpverleningstraject te betrekken.<sup>12</sup> Harder<sup>13</sup> concludeert op basis van verschillende empirische studies dat de gezinnen van jongeren relatief weinig betrokken worden bij de residentiële zorg.<sup>14, 15</sup> Onderzoek laat echter zien dat betrokkenheid van het gezin bij de behandeling de effectiviteit daarvan kan vergroten<sup>16, 17, 18</sup> en dat behandelresultaten in de thuissituatie beter behouden blijven.<sup>19</sup> Simons<sup>20</sup> beschrijft in haar proefschrift over ouderparticipatie in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's) dat alle aan haar onderzoek deelnemende ouders betrokken willen worden bij het verblijf van hun kind in de JJI. Ouders hebben behoefte aan informatie over hun kind, de instelling en de procedures, ze willen graag meepraten over hun kind en de behandeling en willen meedoen aan activiteiten en de behandeling. Het betrekken van ouders blijkt dus niet alleen de behandelresultaten te vergroten; er is ook een duidelijke behoefte aan betrokkenheid vanuit de ouders zelf.

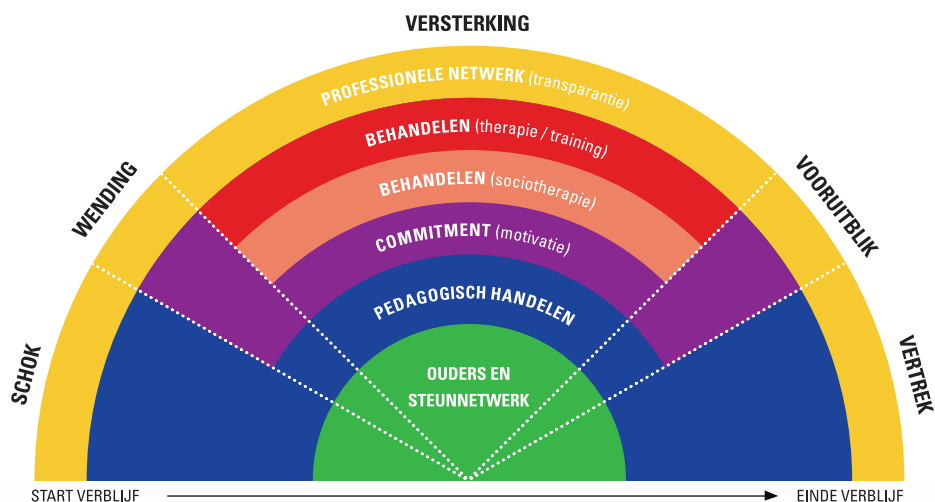
Residentiële zorg kan ouders (onbedoeld) het gevoel geven dat zij niet voldoen en moet er dan ook op gericht zijn dat het gezinssysteem – parallel aan de behandeling van de jeugdige – de eigen krachten hervindt. Het doel van de uithuisplaatsing is dan ook niet alleen het gezinssysteem tot rust te laten komen. Het uitgangspunt van de uithuisplaatsing is het toewerken naar een thuisplaatsing of netwerkplaatsing, tenzij er gegronde redenen zijn om te concluderen dat dit niet mogelijk, niet wenselijk of niet haalbaar (b)lijkt.

Niet alleen samenwerking met het cliëntsysteem, ook onderlinge samenwerking en afstemming tussen betrokken professionals draagt bij aan de kwaliteit van de geboden zorg. Hoewel het voor de hand lijkt te liggen dat de instelling waar de jeugdige verblijft een sleutelrol inneemt, hangt behandelresultaat af van de samenwerking met en afstemming tussen het cliëntsysteem en het betrokken professionele netwerk. De World Health Organization (WHO) erkent sinds 2000 het belang van samenwerking binnen de reguliere gezondheidszorg, waarbij geconstateerd wordt dat het welzijn van cliënten afhangt van het presteren van het hen omringende gezondheidssysteem. Dit behelst niet het individuele presteren van professionals, maar juist hun onderlinge samenwerking.<sup>21</sup>

Over welke professionele competenties dienen professionals in de residentiële jeugdzorg dan te beschikken om idealistisch en tegelijkertijd realistisch hulp te verlenen? Bevlogenheid en wilskracht vormen de basis, methodisch en transparant handelen zijn elementen die de residentiële aanpak behoeft om een effectieve schakel te vormen in de keten van jeugdhulpverlening. In het Waaiermodel zijn deze elementen gecombineerd en het vormt dan ook een fundament voor zinvolle residentiële behandeling, waarbij nauwsluitende ketenbehandeling de kern is. Binnen het Waaiermodel wordt residentiële behandeling zo kort mogelijk ingezet en bij voorkeur succesvol doorgetrokken in een ambulante programma. Daarmee dient het Waaiermodel als basis voor gedegen, efficiënte en gefaseerde hulpverlening aan cliëntsystemen die voor de grote opgave staan zich weer te verbinden met elkaar en de maatschappij.

## 1.2 OPBOUW VAN HET MODEL

Het model geeft in waaierform – het Waaiermodel – het residentiële verblijf van een jongere gefaseerd weer. Figuur 1 toont dat een jongere zijn verblijf start, vervolgens tijdens het verblijf diverse fasen doorloopt waarbinnen verschillende domeinen (aangegeven door uiteenlopende kleuren) centraal staan, en nadien het verblijf beëindigt. Hoelang het verblijf duurt, maakt hierbij in theorie niet uit; voor zowel kort als lang verblijf geldt het doorlopen van de fasen, aangepast aan de verblijfsduur.



Figuur 1. Het Waaiermodel: kleuren en fasen