

Bachelorwerkstuk

“De rapportage van potentieel werkzaam elementen in de interventies van gezinnen met meervoudige en complexe problematiek: geregistreerde inhoudelijke elementen met bijbehorende vormen en ontvangers en structurelementen”

Emily Hanna

S2775182

Rijksuniversiteit Groningen

Pedagogische Wetenschappen

PABA6002

MSc. Loraine Visscher

Abstract

Interventions for FMP focus on a wide array of life domains and their interconnections (Tausendfreund et al., 2016). Families with multiple problems (FMP) can also be defined as multiproblem families or multistressed families and they face multiple, severe, chronic and intertwined problems in different areas of life (Visscher et al., 2020). This study aims to do an analysis of practice and program elements provided by six different interventions for FMP. In identifying these practice and program elements, a distinction will be made between FMP with a child with psychiatric problems and FMP without a child with psychiatric problems. As part of identifying the practice elements in these interventions, the different recipients and manners of provision will also be looked at. This study found 7 significant differences in the provision of practice elements throughout different categories within these elements, between the different groups of FMP with a child with psychiatric problems and FMP without a child with psychiatric problems. This study also found differences in the manners of provision when it comes to the different phases of the interventions. The analysis of provision of program and practice elements yields information to identify the optimal sequence and duration of elements and in this way helps to better understand outcomes of interventions for FMP, especially when it comes to FMP with children with psychiatric problems.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problematiek (GMCP) zijn gezinnen die te maken hebben met verschillende soorten problematiek op verschillende domeinen van het leven. Meervoudige en complexe problematiek kan volgens Tausendfreund et al. (2016) gedefinieerd worden als “problematiek op verschillende gebieden van het leven” (1). Door Ghesquière, één van de grondleggers van deze categorie van problematiek wordt ook wel gezegd dat het gaat om een chronische complexiteit van socio-economische en psychosociale problemen (Tausendfreund et al., 2016). Deze gezinnen kampen dus met meervoudige, ernstige, chronische en met elkaar verweven problemen op verschillende gebieden van het leven, zoals sociale, economische en psychische domeinen. Als gevolg van deze problemen bestaat er een risico op uithuisplaatsing van de kinderen (Visscher et al., 2020).

Een groot deel van GMCP kampt met psychiatrische problematiek, Knot-Dickscheit & Knorth (2019) geven aan dat er een aanzienlijke kans is dat één of meer leden van GMCP een psychische stoornis hebben of zullen ontwikkelen, met name veel kinderen hebben hiermee te

maken. De problematiek die voor kan komen bij deze kinderen, is problematiek op psychosociaal gebied, gedragsgebied, psychosomatisch gebied en mogelijke verslavingen (Bodden & Deković, 2015). Volgens Overbeek et al. (2021) compliceert psychiatrische problematiek bij GMCP die voorkomt bij kinderen het functioneren in de familie en veroorzaakt zaken als huwelijksproblemen of problemen in de ouder-kind relatie. Door de grote kans op emotioneel afwezige of passieve ouders binnen deze GMCP, hebben vele van deze kinderen geleerd om niet op hun ouders te leunen voor support of steun (Overbeek et al, 2021). Voor het welzijn van het kind is het dus belangrijk dat de ouder(s) zich ontwikkelen in opvoedvaardigheden, zodat het kind emotioneel op de ouder kan steunen. Onderzoek heeft aangetoond dat er een verband is tussen adequate opvoedvaardigheden en sociale steun vanuit een sociaal netwerk (Ayala-Nunes et al, 2016). Daarnaast toont onderzoek ook aan dat stress bij de ouders ('parental stress') een mediator kan zijn voor het verband tussen hulpverlening en de externaliserende probleemgedragingen van kinderen of jongeren met psychiatrische problematiek, de reductie van 'parental stress' zorgt voor een positiever effect van de hulpverlening op de gedragsproblemen van het kind (Jent & Niec, 2006). Er is dus relatief veel bekend over de invloed van de ouder-kind relatie op het welzijn van kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP, maar er is relatief minder bekend over andere factoren die belangrijk zijn voor kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP (Nederlands Jeugdinstuut, 2020).

Er zijn allerlei verschillende interventies ontwikkeld voor GMCP, die ook worden ingezet bij GMCP met psychiatrische problematiek. Een typerende karakteristiek van deze interventies is dat ze met name in de thuissetting worden aangeboden. Dit soort interventies worden dan ook ambulante interventies genoemd. Het achterliggende idee van ambulante interventies is dat vaardigheden op deze manier in de situatie thuis op een effectievere manier kunnen worden toegepast (Visscher et al., 2020). Volgens het Nederlands Jeugdinstuut (NJI) zijn voor GMCP onder andere de volgende interventies erkend: Families First (FF), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) en Gezin Centraal (GC) die alle drie vallen onder Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT). Deze interventies zijn hoofdzakelijk gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van de ouders (Nederlands Jeugdinstuut, 2020). Naast deze IPT-categorie kunnen de volgende erkende interventies ook bij GMCP worden ingezet: Parent Child Interaction Therapy (PCIT), Stop Nu Ander Plan (SNAP), Multisysteemtherapie (MST) en Multidimensionele Familiotherapie (MDFT). Deze interventies richten zich naast het gezin vooral op de jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Binnen dit onderzoek zal uitsluitend gericht worden op GC, IAG, MDFT,

MST, PMTO en 10 voor Toekomst op basis van de verworven data door Visscher et al., 2020. Waar nog minder bekend over is als het gaat om de interventies voor GMCP, is de werkzaamheid van specifieke inhoudelijke en structurele elementen.

Recent is er een studie geweest naar de inhoud en structuur van interventies voor GMCP in het algemeen, maar deze studie heeft niet gekeken naar verschillen met en zonder psychiatrische problematiek (Visscher et al., 2020). Die studie vond onder andere dat de inhoudelijke elementen het meest werden aangeboden aan GMCP binnen de volgende categorieën: ‘probleemformulering’, ‘planning en evaluatie’, ‘werken aan verandering’, ‘leren van opvoedvaardigheden’ en ‘behouden van de behandelaar-cliënt relatie’. Inhoudelijke elementen werden het minst aangeboden aan GMCP in de volgende categorieën: ‘activatie van het sociale netwerk’ en ‘helpen met concrete behoeften’ (Visscher et al., 2020). Deze studie heeft echter nog geen onderscheid gemaakt in de inhoudelijke en structurele elementen die worden aangeboden bij GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek en zonder kinderen met psychiatrische problematiek.

Het zicht op potentieel werkzame elementen binnen interventies kan helpen om beter vat te krijgen op de effectiviteit van interventies, doordat de aanwezigheid van bepaalde elementen in de inhoud van interventies kan leiden tot positievere uitkomsten voor GMCP (Visscher et al., 2020). Voor GMCP is in veel gevallen een tekort aan informatie over de inhoud van interventies in de dagelijkse praktijk, zoals de primaire activiteiten van de zorg (van Assen et al., 2021). Volgens Visscher et al. (2020) kan het in kaart brengen van de inhoud en structuur van interventies in de dagelijkse praktijk leiden tot het optimaliseren van de volgorde, intensiteit en duur van specifieke elementen. Omdat er zo’n tekort aan kennis is over welke elementen wel of niet effectief zijn voor kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP, is het belangrijk dat hier meer onderzoek naar wordt gedaan.

Concluderend wordt er daarom binnen deze studie onderzoek gedaan naar de inhoudelijke- en structurelelementen van interventies voor GMCP, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen GMCP met- en zonder psychiatrische problematiek, om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen deze subgroepen in de elementen die worden aangeboden. Wanneer er meer kennis is over de inhoud en structuur in beide gevallen, kan dit helpen om een beter zicht te krijgen op de effectiviteit van de interventies voor GMCP met psychiatrische problematiek op een gedetailleerde manier (Visscher et al., 2020). De onderzoeksvraag van deze studie is dan ook: “In hoeverre verschilt de inhoud en structuur van interventies voor GMCP die worden aangeboden aan gezinnen met psychiatrische problemen van de inhoud en structuur van interventies die worden aangeboden aan gezinnen zonder psychiatrische

problemen?” Het doel van dit onderzoek is om de inhoud en structuur van de interventies gedetailleerd in kaart te brengen.

Methode

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een bestaande dataset, aan de hand van data die is verzameld binnen een quasi-experimentele studie van Visscher et al. (2020). Binnen deze studie is aan behandelaars die werken met GMCP gevraagd om systematisch informatie te registreren over welke inhoudelijke en structurele elementen werden aangeboden in interventies (Visscher et al., 2020). Zij registreerden dit, elke vier weken gedurende de interventie, door middel van de taxonomie voor GMCP (TGMCP) (Visscher et al., 2020).

Populatie

De selectie van interventies voor de dataset behorende bij dit onderzoek is gedaan op basis van een systematische review door Evenboer, Reijneveld & Jansen (2018). Volgens Visscher et al. (2020) hadden alle meegenomen interventies verder een minimale effectgrootte van $d = 0.5$ op domeinen zoals gedragsproblemen of ouder belasting (Visscher et al., 2020^b). De bestaande dataset bevat informatie over acht interventies voor GMCP, waarvan twee interventies niet worden meegenomen in het huidige onderzoek. De overgebleven zes interventies binnen dit onderzoek zijn MST, MDFT, IAG, GC, PMTO en 10 voor de Toekomst. Triple P en FF zijn de twee weggelaten behandelingen, omdat te weinig families deze interventies ontvingen binnen de geselecteerde organisaties en bovendien de tijdsduur van de interventies niet strookte met de opzet van het onderzoek (Visscher et al., 2020). Vervolgens zijn 47 jeugdhulporganisaties in Nederland benaderd, die een of meerdere van de geselecteerde interventies aanbieden. Hiervan waren 26 bereid om te participeren. Deze 26 bereidwillige organisaties zorgden voor behandelaars om mee te doen aan het onderzoek en benaderden gezinnen in hun caseload voor deelname aan het onderzoek.

Procedure

De respondenten zijn benaderd door de behandelaars die al bij het gezin hoorden. Er is aan de gezinnen gevraagd of ze mee wilden doen en indien dit het geval was, werd er een toestemmingsverklaring ondertekend door het betreffende gezin. Daarna zijn vragenlijsten digitaal naar de gezinnen verstuurd via Bergop. Nadat de toestemming verkregen was, waren deze z.s.m. verstuurd.

Meetinstrumenten

Psychiatrische problematiek werd in de bestaande dataset oorspronkelijk gemeten door aan de hulpverlener te vragen of hij of zij een vermoeden had van psychiatrische problematiek bij het betreffende gezin. Psychiatrische problematiek is voor dit onderzoek enkel gemeten bij het kind. Er zijn in een nieuwe variabele daarom twee groepen gemaakt; gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. De variabele “Vermoedt u dat er bij dit gezin sprake is van psychiatrische problematiek?” is bij zowel de startfase, hulpverleningsfase als eindfase gehercodeerd naar “Vermoedt u dat er bij dit gezin sprake is van psychiatrische problematiek bij het kind?” met 1 = nee en 2 = ja. Bij het hercoderen van de oude variabele naar de nieuwe variabele, zijn de oorspronkelijke antwoorden ‘1 = nee’ en ‘2 = ja, bij ouder(s)/opvoeder(s)’ gecategoriseerd onder ‘1 = nee’. De oorspronkelijke antwoorden ‘3 = ja, bij kind’ en ‘4 = ja, bij zowel ouder(s)/opvoeder(s) als bij kind’ zijn gecategoriseerd onder ‘2 = ja’. Verder zijn de oorspronkelijke antwoorden ‘5 = weet ik niet’ en de missende waarden gecategoriseerd onder missende waarden.

De toegepaste inhoudelijke en structurele elementen worden gemeten door middel van de TGMCP (Visscher et al., 2020). De taxonomie is een classificatiesysteem voor het systematisch verzamelen van data van de elementen van interventies (Evenboer et al., 2017). Deze TGMCP is ontwikkeld, omdat er geen bestaande taxonomie was die compleet was in het meten van zowel structurele als inhoudelijke elementen (Visscher et al., 2018). De TGMCP meet specifiek 53 inhoudelijke elementen en acht structurele elementen van interventies voor GMCP. Inhoudelijke elementen (ook wel ‘practice elements’) zijn bepaalde technieken die uitgevoerd worden door de behandelaar om positieve resultaten te bevorderen

(Lee et al., 2014). Structurele elementen (ook wel ‘program elements’) zijn bepaalde aspecten omtrent het kader waarbinnen de interventie wordt aangeboden (Lee et al, 2014).

De inhoudelijke elementen zijn opgedeeld in acht hoofdcategorieën (Visscher et al, 2020), namelijk:

- A. Probleemformulering: inhoudelijke elementen die informatie verzamelen over het gezin en de problemen die ze ervaren (bijv. bespreken van de hulpvraag).
- B. Planning en evaluatie: inhoudelijke elementen die problemen van het gezin vertalen naar doelen en inhoudelijke elementen die de evaluatie van deze doelen beogen (bijv. opstellen hulpverleningsplan).
- C. Werken aan verandering: inhoudelijke elementen die verandering beogen te realiseren (bijv. werken aan communicatie en interactie).
- D. Leren van opvoedvaardigheden: inhoudelijke elementen die verbetering van opvoedvaardigheden beogen (bijv. leren hanteren van beloningen en positieve consequenties).
- E. Helpen met concrete behoeften: inhoudelijke elementen die beogen de dagelijkse last van praktische alledaagse uitdagingen te verlichten (bijv. helpen met administratie en financieel beheer).
- F. Activatie sociaal netwerk: inhoudelijke elementen die het sociale netwerk rondom het gezin beogen te betrekken in het helpen en ondersteunen van het gezin (bijv. mobiliseren en uitbreiden van sociale steun).
- G. Activatie professioneel netwerk: inhoudelijke elementen die doelen, afspraken en procedures beogen te verbeteren als het gaat om andere behandelaars die met het gezin werken (bijv. eindverantwoordelijk zijn voor de samenwerking met andere instanties en/of hulpverleners).
- H. Onderhouden behandelaar-cliënt samenwerking: inhoudelijke elementen die beogen de samenwerking tussen de behandelaar en cliënt te behouden en te bevorderen (bijv. evalueren van de relatie).

Daarnaast is er data verzameld van de ontvangers en vormen van deze inhoudelijke elementen. De verschillende ontvangers waren de jeugdige, de ouders, het gezin en de omgeving. De verschillende vormen waren psychoeducatie, instructie, voordoen, oefenen, huiswerk, zelf helpen, advies geven en doorverwijzen.

Van de structurelementen werd de volgende informatie geregistreerd (Visscher et al., 2020): de intensiteit van de bezoeken (hoe vaak bezocht de behandelaar het gezin), de duur van de

bezoeken (hoeveel minuten duurden deze bezoeken ongeveer), telefonisch contact tussen bezoeken in (was er telefonisch contact met het gezin tussen bezoeken in; ja/nee), moment van intervisie (het bespreken van het gezin met collega's gedurende een georganiseerde bijeenkomst), moment van supervisie (het bespreken van het gezin met een leidinggevende gedurende een georganiseerde bijeenkomst), moment van consultatie (het bespreken van het gezin met een onafhankelijke expert gedurende een georganiseerde bijeenkomst). Ten slotte, werd er gevraagd of de behandelaar 24 uur per dag bereikbaar was voor het gezin. De antwoordcategorieën hiervoor waren: 1 = 'zelf bereikbaar', 2 = 'bereikbaarheidsdienst collega', 3 = 'geen bereikbaarheidsdienst' en 4 = 'anders'.

Voor dit onderzoek is de TGMCP omgebouwd tot een internet survey en die zijn door behandelaars met toestemming van de familie ingevuld (Visscher et al., 2020). De taxonomie werd, tijdens de interventie, elke vier weken ingevuld door de hulpverlener. Vragen over de inhoudelijke elementen gingen over de hulpverlening die in de afgelopen vier weken geboden was. Per hoofdcategorie selecteerden de behandelaars de elementen die ingezet waren bij het gezin (Visscher et al., 2020).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de TGMCP is goed. De gemiddelde overeenstemming was 84.9%. De score varieerde van 73.6% tot aan 90.6% voor alle acht verschillende interventies (Visscher et al., 2020).

Data-analyse

De data-analyse binnen dit onderzoek is gedaan door middel van SPSS. Door middel van beschrijvende statistiek zijn de frequenties in kaart gebracht van elk inhoudelijk element voor de groep gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek en met een kind met psychiatrische problematiek. Daarna is de Chi-kwadraat toets gedaan voor elk apart inhoudelijk element met de groepen zonder en met een kind met psychiatrische problematiek. Vervolgens is door middel van de p-waarde van de Chi-kwadraat toets bepaald of de frequenties van de inhoudelijke- en structuurelementen significant van elkaar verschilden in de groep zonder en met een kind met psychiatrische problematiek. Voor de Chi-kwadraat toets is gekeken of er is voldaan aan de assumpties dat (1) de steekproef random is gedaan en de waarnemingen onafhankelijk zijn gedaan en (2) dat van de verwachte frequenties 80% groter moet zijn dan 5 en geen enkele verwachte frequentie kleiner mag zijn dan 1, welke door SPSS berekend is tijdens de toetsing van de Chi-kwadraat.

Aanvullend is door middel van beschrijvende statistiek gekeken naar de ontvangers en de vormen van de inhoudelijke elementen. Deze zijn geanalyseerd door middel van

proporties, voor elke ontvanger en vorm is berekend wat de proportie was ten opzichte van het totaal aantal ontvangers en totaal aantal vormen.

Voor de structurele elementen is beschrijvende statistiek gebruikt, en is er zowel naar gemiddelden als frequenties gekeken, afhankelijk per element.

Resultaten

Algemene beschrijvende analyses

Over 474 gezinnen zijn vragenlijsten ingevuld, waarbij er in 167 van de gezinnen sprake was van psychiatrische problematiek bij het kind, in 177 van de gezinnen er geen sprake was van psychiatrische problematiek bij het kind en in 155 van de gezinnen er gebrek was aan kennis hiervan of er missende gegevens waren. In 303 gezinnen was het aangemelde kind een jongen, in 196 aangemelde gezinnen was het kind een meisje. De gemiddelde leeftijd is 12 jaar, met een range van 4 tot 20 jaar. Van deze gezinnen ontvingen 6 gezinnen Gezin Centraal, 242 gezinnen IAG, 64 gezinnen MDFT, 143 gezinnen MST, 33 gezinnen PMTO en 11 gezinnen 10 voor Toekomst.

Toegepaste inhoudelijke elementen

Tijdens de startfase is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element 'werken aan de veiligheid' (hoofdcategorie C) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .027, p < .05$. Ook is tijdens de startfase in gezinnen met psychiatrische problematiek het element 'evalueren van de relatie' (hoofdcategorie H) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .034, p < .05$.

Tijdens de hulpverleningsfase is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element 'inventariseren van het netwerk' (hoofdcategorie A) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .011, p < .05$.

Tijdens de eindfase is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element ‘inventariseren gezinssysteem’ (hoofdcategorie A) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .053$, $p < .05$. Ten tweede is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element ‘onderhouden van het sociale netwerk’ (hoofdcategorie F) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .034$, $p < .05$. Ten derde is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element ‘afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties’ (hoofdcategorie G) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .040$, $p < .05$. Ten vierde is in gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek het element ‘werken aan de kwaliteit van de relatie’ (hoofdcategorie H) significant vaker aangeboden dan in gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, $\chi^2(1) = .017$, $p < .05$.

Tabel 1.

Geregistreerde inhoudelijke elementen per categorie en resultaat van de Chi-kwadraat toets per fase

| Inhoudelijke elementen | Geen PP kind | PP kind | Verskil wel/niet PP | Geen PP kind | PP kind | Verskil wel/niet PP | Geen PP kind | PP kind | Verskil wel/niet PP |
|---|--------------|---------|---------------------|---------------|---------|---------------------|--------------|---------|---------------------|
| Fase | Start | | | Hulpverlening | | | Eind | | |
| | % | % | <i>p</i> | % | % | <i>p</i> | % | % | <i>p</i> |
| (A) Probleem formulering^a | 97.8 | 96.3 | 0.549 | 98.1 | 98.0 | 0.968 | 73.8 | 75.0 | 0.858 |
| Bespreken hulpvraag | 96.7 | 95.1 | 0.576 | 94.3 | 93.5 | 0.757 | 60.0 | 61.8 | 0.814 |
| Inventariseren competenties | 76.1 | 82.7 | 0.284 | 72.2 | 81.0 | 0.064 | 21.3 | 32.9 | 0.101 |
| Inventariseren netwerk | 70.7 | 74.1 | 0.616 | 58.9 | 72.5 | 0.011* | 23.8 | 22.4 | 0.838 |
| Inventariseren veiligheid | 76.1 | 75.3 | 0.905 | 63.9 | 72.5 | 0.103 | 20.0 | 30.3 | 0.139 |
| Inventariseren gezinssysteem | 85.9 | 93.8 | 0.087 | 79.7 | 82.4 | 0.558 | 25.0 | 39.5 | 0.053* |
| Inventariseren vrije tijdsbesteding | 64.1 | 74.1 | 0.159 | 57.6 | 68.0 | 0.058 | 17.5 | 26.3 | 0.183 |
| Inventariseren school | 80.4 | 80.2 | 0.975 | 75.9 | 80.4 | 0.343 | 28.7 | 35.5 | 0.365 |
| Inventariseren dagelijkse routine | 78.3 | 75.3 | 0.646 | 75.3 | 72.5 | 0.578 | 18.8 | 26.3 | 0.258 |
| Inventariseren individuele problemen | 78.3 | 79.0 | 0.904 | 74.7 | 83.0 | 0.073 | 20.0 | 30.3 | 0.139 |
| Werken met observatie- en registratieopdrachten | 45.7 | 45.7 | 0.997 | 71.5 | 69.9 | 0.759 | 30.0 | 31.6 | 0.831 |

| | | | | | | | | | |
|--|------|------|--------|------|------|-------|------|------|-------|
| Afnemen van vragenlijsten | 65.2 | 58.0 | 0.331 | 44.9 | 51.0 | 0.286 | 13.8 | 19.7 | 0.316 |
| Nabespreken van vragenlijsten | 41.3 | 35.8 | 0.459 | 36.7 | 45.8 | 0.105 | 13.8 | 15.8 | 0.720 |
| Probleemformulering | 76.1 | 70.4 | 0.396 | 87.3 | 85.6 | 0.657 | 31.3 | 35.5 | 0.571 |
| (B) Planning en Evaluatie^a | 92.4 | 86.4 | 0.199 | 97.5 | 98.7 | 0.433 | 86.3 | 84.2 | 0.720 |
| Opstellen hulpverleningsplan | 73.9 | 76.5 | 0.690 | 75.9 | 73.9 | 0.670 | 20.0 | 22.4 | 0.717 |
| Opstellen werkpunten of (gedrags)afspraken | 83.7 | 72.8 | 0.082 | 89.9 | 91.5 | 0.621 | 36.6 | 32.9 | 0.660 |
| Evalueren werkpunten en (gedrags)afspraken | 62.0 | 51.9 | 0.180 | 94.3 | 90.2 | 0.175 | 77.5 | 71.1 | 0.357 |
| Evalueren hulpverleningsplan | 37.0 | 30.9 | 0.399 | 82.9 | 76.5 | 0.158 | 70.0 | 72.4 | 0.744 |
| (C) Werken aan verandering^a | 90.2 | 87.7 | 0.591 | 98.1 | 99.3 | 0.330 | 80.0 | 86.8 | 0.252 |
| Werken aan herkennen aanleidingen probleemgedrag en ondersteuning bij wegnemen van deze aanleidingen | 79.3 | 79.0 | 0.957 | 94.9 | 96.1 | 0.627 | 42.5 | 47.4 | 0.541 |
| Werken aan gedachten | 54.3 | 46.9 | 0.329 | 77.2 | 78.4 | 0.796 | 37.5 | 38.2 | 0.933 |
| Werken aan emoties | 60.9 | 49.4 | 0.129 | 80.4 | 83.7 | 0.452 | 35.0 | 36.8 | 0.811 |
| Werken aan gewenst gedrag | 71.7 | 65.4 | 0.372 | 94.3 | 90.2 | 0.175 | 60.0 | 56.6 | 0.665 |
| Werken aan ongewenst gedrag | 50.0 | 50.6 | 0.935 | 75.3 | 73.9 | 0.767 | 36.3 | 35.5 | 0.925 |
| Werken aan communicatie en interactie | 75.0 | 75.3 | 0.963 | 91.1 | 94.8 | 0.212 | 61.3 | 68.4 | 0.349 |
| Werken aan gezagsverhoudingen | 63.0 | 59.3 | 0.610 | 81.0 | 84.3 | 0.442 | 36.3 | 40.8 | 0.560 |
| Werken aan dagelijkse routine | 47.8 | 49.4 | 0.838 | 69.6 | 64.1 | 0.297 | 28.7 | 35.5 | 0.365 |
| Werken aan de veiligheid | 57.6 | 40.7 | 0.027* | 63.3 | 69.3 | 0.264 | 28.7 | 26.3 | 0.734 |
| Werken aan generalisatie | 30.4 | 29.6 | 0.908 | 67.7 | 62.1 | 0.298 | 48.8 | 55.3 | 0.416 |
| (D) Leren van opvoedvaardigheden^a | 84.8 | 79.0 | 0.323 | 98.1 | 98.0 | 0.968 | 72.5 | 80.3 | 0.255 |
| Leren hanteren beloningen en positieve consequenties | 62.0 | 54.3 | 0.309 | 84.2 | 80.4 | 0.382 | 37.5 | 43.3 | 0.451 |
| Leren hanteren milde straffen en negatieve consequenties | 47.8 | 44.4 | 0.656 | 75.3 | 68.0 | 0.151 | 35.0 | 30.3 | 0.528 |
| Leren toezicht houden kind | 42.4 | 32.1 | 0.163 | 55.1 | 56.9 | 0.749 | 25.0 | 34.2 | 0.207 |
| Leren betrokkenheid tonen | 48.9 | 39.5 | 0.214 | 66.5 | 73.2 | 0.195 | 37.5 | 39.5 | 0.800 |
| Leren conflicten hanteren | 59.8 | 51.9 | 0.294 | 77.8 | 79.1 | 0.791 | 43.8 | 43.4 | 0.967 |
| Leren regels stellen | 63.0 | 55.6 | 0.317 | 80.4 | 80.4 | 0.998 | 35.0 | 38.2 | 0.682 |
| Leren responsief zijn | 44.6 | 39.5 | 0.501 | 70.3 | 68.6 | 0.756 | 31.3 | 39.5 | 0.283 |

| | | | | | | | | | |
|--|------|------|--------|------|------|-------|------|------|--------|
| Leren uitvoeren sociale vaardigheden | 31.5 | 22.2 | 0.170 | 51.9 | 43.8 | 0.152 | 15.0 | 25.0 | 0.118 |
| Leren samenwerken tussen opvoeders | 48.9 | 49.4 | 0.951 | 73.4 | 72.5 | 0.863 | 38.8 | 50.0 | 0.157 |
| (E) Helpen met concrete behoeften^a | 66.3 | 60.5 | 0.428 | 81.6 | 86.9 | 0.201 | 46.3 | 56.6 | 0.197 |
| Zelfzorg | 32.6 | 21.0 | 0.086 | 37.3 | 44.4 | 0.203 | 17.5 | 19.7 | 0.720 |
| Administratie en financieel beheer | 22.8 | 13.6 | 0.118 | 25.9 | 34.6 | 0.095 | 7.5 | 13.2 | 0.244 |
| Contact met school en/of organisaties | 56.5 | 51.9 | 0.538 | 76.6 | 81.7 | 0.267 | 40.0 | 53.9 | 0.081 |
| Huishouding | 18.5 | 17.3 | 0.838 | 22.2 | 30.1 | 0.112 | 6.3 | 10.5 | 0.334 |
| (F) Activatie sociaal netwerk^a | 71.7 | 59.3 | 0.084 | 81.6 | 75.8 | 0.209 | 43.8 | 52.6 | 0.267 |
| Mobiliseren en uitbreiden van sociale steun | 45.7 | 34.6 | 0.138 | 59.5 | 57.5 | 0.723 | 25.0 | 35.5 | 0.152 |
| Onderhouden van het sociale netwerk | 37.0 | 29.6 | 0.308 | 55.1 | 53.6 | 0.795 | 23.8 | 39.5 | 0.034* |
| Vrije tijdsbesteding stimuleren | 57.6 | 45.7 | 0.117 | 69.6 | 66.0 | 0.496 | 32.5 | 35.5 | 0.690 |
| (G) Activatie professioneel netwerk^a | 72.8 | 72.8 | 0.998 | 91.1 | 90.8 | 0.929 | 67.5 | 80.3 | 0.070 |
| Afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties | 67.4 | 72.8 | 0.435 | 89.2 | 89.5 | 0.931 | 62.5 | 77.6 | 0.040* |
| Eindverantwoordelijk zijn voor de samenwerking met andere instanties en/of hulpverleners | 35.9 | 28.4 | 0.294 | 49.4 | 53.6 | 0.456 | 23.8 | 34.2 | 0.149 |
| Verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties | 29.3 | 21.0 | 0.208 | 50.0 | 56.9 | 0.225 | 33.8 | 40.8 | 0.363 |
| Time out | 13.0 | 9.9 | 0.516 | 17.1 | 17.0 | 0.982 | 6.3 | 9.2 | 0.488 |
| (H) Onderhouden behandelaar-cliënt samenwerking^a | 97.8 | 92.6 | 0.102 | 98.7 | 98.0 | 0.626 | 86.3 | 90.8 | 0.375 |
| Bespreken van de verwachtingen | 89.1 | 80.2 | 0.103 | 92.4 | 88.9 | 0.286 | 51.2 | 52.6 | 0.863 |
| Bespreken van de weerstand | 55.4 | 43.2 | 0.109 | 65.8 | 62.7 | 0.571 | 27.5 | 34.2 | 0.364 |
| Werken aan de motivatie | 60.9 | 63.0 | 0.777 | 66.5 | 74.5 | 0.120 | 31.3 | 42.1 | 0.159 |
| Bieden van emotionele steun | 89.1 | 82.7 | 0.223 | 95.6 | 92.2 | 0.209 | 52.5 | 67.1 | 0.063 |
| Werken aan de kwaliteit van de relatie | 83.7 | 81.5 | 0.701 | 89.9 | 86.3 | 0.327 | 37.5 | 56.6 | 0.017* |
| Evalueren van de relatie | 64.1 | 48.1 | 0.034* | 77.2 | 77.1 | 0.985 | 61.3 | 68.4 | 0.349 |

^a Percentages van de categorieën laten de families zien waarin ten minste één van de elementen was geregistreerd.

* significante p-waarde < 0.05.

Ontvangers en vormen

Tabel 2. Ontvangers

De percentages van de geregistreerde ontvangers van de inhoudelijke elementen per fase

| Ontvanger | Startfase | | Hulpverleningsfase | | Eindfase | |
|---------------|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP |
| Jeugdige | 31 | 32 | 31 | 33 | 24 | 27 |
| Ouder | 56 | 54 | 54 | 51 | 63 | 61 |
| Broers/zussen | 9 | 10 | 8 | 10 | 5 | 7 |
| Omgeving | 4 | 4 | 7 | 6 | 7 | 5 |

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen GMCP zonder een kind met psychiatrische problematiek en GMCP met een kind met psychiatrische problematiek als het gaat om de ontvangers van de elementen. Gedurende alle fasen zijn in beide groepen de ouders het vaakst de ontvangers van de hulpverlening en de omgeving het minst vaak de ontvangers. In de eindfase zijn broers/zussen en de omgeving als beide ontvangers bijna gelijk in hoe vaak dezen voorkomen.

Tabel 3. Vormen

De percentages van de geregistreerde vormen van de inhoudelijke elementen per fase

| Vorm | Startfase | | Hulpverleningsfase | | Eindfase | |
|----------------|----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP | GMCP zonder PP | GMCP met een kind met PP |
| Psychoeducatie | 32 | 36 | 25 | 26 | 24 | 25 |
| Instructie | 23 | 24 | 24 | 23 | 23 | 20 |
| Voordoelen | 13 | 11 | 14 | 15 | 11 | 13 |
| Oefenen | 16 | 15 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| Huiswerk | 16 | 13 | 18 | 16 | 21 | 20 |
| Zelf helpen | 2 | 2 | 3 | 0 | 1 | 2 |
| Advies geven | 4 | 3 | 6 | 8 | 3 | 4 |
| Doorverwijzen | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 |

Er is een significant verschil gevonden tussen GMCP zonder een kind met psychiatrische problematiek en GMCP met een kind met psychiatrische problematiek, als het gaat om de vormen waarin elementen worden aangeboden. De vorm psychoeducatie wordt in de startfase meer aangeboden aan GMCP met een kind met psychiatrische problematiek. Gedurende alle fasen is in beide groepen psychoeducatie het vaakst toegepast, daarnaast is instructie ook vaak toegepast, namelijk in sommige fasen bijna even vaak als psychoeducatie. Gedurende alle fasen is in beide groepen doorverwijzen het minst vaak toegepast, daarnaast is zelf helpen ook weinig toegepast, namelijk in sommige fasen bijna even weinig als zelf helpen.

Toegepaste structuurelementen

Startfase

Het gemiddeld aantal bezoeken in de startfase was 6.7 bij gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 7.3 bij gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. De gemiddelde duur van de bezoeken was 80.6 minuten voor gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 84.7 minuten voor gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Telefonisch contact met het gezin tussen de bezoeken door was gebeurd bij 33.5% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 35% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Intervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 34.1% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 33.9% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Supervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 34.1% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 40.7% procent van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Consultatie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 16.2% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 22% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Ten slotte, was er voor de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek voor 17.4% een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 23.4% geen bereikbaarheidsdienst. Voor de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, was er voor 21.5% een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 22.6% geen bereikbaarheidsdienst.

Hulpverleningsfase

Het gemiddeld aantal bezoeken in de hulpverleningsfase was 19.9 bij gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 19.4 bij gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. De gemiddelde duur van de bezoeken was 79.9 minuten voor gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 80.0 minuten voor gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Telefonisch contact met het gezin tussen de bezoeken door was gebeurd bij 81.4% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 75.1% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Intervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 74.9% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 63.3% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Supervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 79.6% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 74.0% procent van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Consultatie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 53.3% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 49.2% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Ten slotte, was voor 1.2% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek voor de hulpverlener zelf bereikbaar, voor 41.9% van de gezinnen was er een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 41.3% geen bereikbaarheidsdienst. Voor de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, was voor 6.8% de hulpverlener zelf bereikbaar, voor 39.0% een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 39.5% geen bereikbaarheidsdienst.

Eindfase

Het gemiddeld aantal bezoeken in de eindfase was 3.8 bij gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 3.9 bij gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. De gemiddelde duur van de bezoeken was 70.3 minuten voor gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en 72.0 minuten voor gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Telefonisch contact met het gezin tussen de bezoeken door was gebeurd bij 30.5% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 28.8% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Intervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 18.6% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 19.8% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Supervisie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 29.3% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij

28.2% procent van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Consultatie over het gezin in de afgelopen vier weken was gebeurd bij 20.4% van de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en bij 20.9% van de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Ten slotte, was er voor de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek de hulpverlener zelf bereikbaar voor 0.6% van de gezinnen, voor 21.6% een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 15.6% geen bereikbaarheidsdienst. Voor de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek, was er voor 2.3% van de gezinnen de hulpverlener zelf bereikbaar, voor 19.8% een bereikbaarheidsdienst van een collega en voor 19.8% geen bereikbaarheidsdienst.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om het aanbod van de inhouds- en structurele elementen binnen de interventies voor GMCP beschrijvend te analyseren en daarbij specifiek te kijken naar de significante verschillen in de inhoud en structuur van interventies, met de bijbehorende soorten ontvangers en vormen, tussen de gezinnen met een kind met psychiatrische problematiek en de gezinnen zonder een kind met psychiatrische problematiek. Dit onderzoek was aanvullend op het onderzoek reeds verricht door Visscher et al. (2020). Dit onderzoek laat zien dat er enkele significante verschillen zijn gevonden op verschillende domeinen tijdens de verschillende fases van de interventies.

In de toegepaste inhoudelijke elementen werden ‘inventariseren van het gezinssysteem’ en ‘inventariseren van het netwerk’ (beide uit hoofdcategorie A) significant vaker aangeboden aan GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Dit kan in verband worden gebracht met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat een sociaal netwerk helpt om ‘parental stress’ te verminderen en dat weer effect heeft op de externaliserende gedragsproblemen van het kind (Ayala-Nunes et al, 2016). Daarnaast werd ‘werken’ aan de veiligheid (uit hoofdcategorie C) significant vaker aangeboden aan GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Er lijkt geen verband te kunnen worden getrokken met bestaande literatuur, dus het is interessant dat dit element significant vaker werd aangeboden. Het inhoudelijke element ‘onderhouden van het sociale netwerk’ (uit hoofdcategorie F) werd significant vaker aangeboden aan GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Dit lijkt aan te sluiten op het eerdergenoemde punt wat betreft de sociale steun voor ouders van kinderen met psychiatrische problematiek. Interessant is, dat er in de literatuur minder bekend

is over de werkzaamheid van het eigen sociale netwerk van het kind met psychiatrische problematiek specifiek binnen GMCP. Logischerwijs zou de conclusie dat dit effectief is voor het betreffende kind wel getrokken kunnen worden, maar er is meer onderzoek voor nodig. Ook is dit element met name significant vaker aangeboden tijdens de eindfase van de hulpverlening, ook dit is logisch opdat het gezin versterkt wordt in de sociale contacten en ondersteuning naarmate de interventie beëindigt. Afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties (uit hoofdcategorie G) werd ook significant vaker aangeboden aan GMCP met kinderen psychiatrische problematiek. Dit is logisch en belangrijk, omdat er extra expertise bij komt kijken als het gaat om GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Werken aan de kwaliteit van de relatie en evalueren van de relatie (beide uit hoofdcategorie H) werden ten slotte ook significant vaker aangeboden aan GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Opvallend is, dat evalueren van de relatie met name in de startfase significant vaker werd aangeboden en werken aan de kwaliteit van de relatie significant vaker in de eindfase werd aangeboden. Er is nog niet veel bekend als het specifiek gaat om de werkzaamheid van de kwaliteit en evaluatie van de relatie tussen het kind en de behandelaar. Wel lijkt het logisch te zijn dat de evaluatie van de relatie al vroeg begint in de interventie, maar opvallend is dat het niet lijkt terug te komen in de verdere fases van interventie. Zo valt ook de timing van het werken aan de kwaliteit van de relatie op en zou er een vraagteken gezet kunnen worden bij het ontbreken van dit aanbod in de andere fases van de hulpverlening.

Wat betreft de ontvangers van de inhoudelijke elementen, valt op dat in elke fase van de hulpverlening de ouders hoofdzakelijk ontvangers zijn van de hulpverlening. Dit geldt echter voor zowel GMCP met kinderen met én zonder psychiatrische problematiek, hier lijkt weinig verschil tussen te zijn. Er kan met de bestaande literatuur gesteld worden dat dit logisch en belangrijk is, omdat de verbetering van opvoedvaardigheden van de ouders verband heeft met de reductie in externaliserende gedragsproblemen van kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP (Overbeek et al, 2021). Interessant is wel, om meer onderzoek te doen naar het kind als ontvanger van de interventie en welk effect dit kan hebben. Onderzoek toont aan dat binnen interventies voor GMCP er vaak meer aandacht aan ouders wordt gegeven dan kinderen (Tausendfreund et al., 2015) en dit blijkt voor GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek dus ook zo te zijn. Binnen de geselecteerde gezinnen is een grote range van leeftijden, dus de leeftijd van het kind kan ook meespelen in het feit dat de ouders in de meerderheid ontvangers van de hulpverlening waren.

Wat betreft de vormen van de inhoudelijke elementen, lijkt psychoeducatie met name in de startfase meer te worden aangeboden aan kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP. Door de hulpverlener kan het worden gezien als logisch om psychoeducatie in te zetten, omdat psychoeducatie in de kern betekent dat er voorlichting wordt gegeven aan de jongere en/of omgeving over zijn of haar psychiatrische problematiek. Wanneer de hulpverlener dus een vermoeden heeft van psychiatrische problematiek bij de jongere, zou de hulpverlener bewust dan wel onbewust meer kunnen neigen naar psychoeducatie. Volgens Holwerda, Reijneveld & Jansen (2014) hebben GMCP er meer baat bij om praktische hulp te ontvangen, dan psychoeducatie. Een hoog aanbod van psychoeducatie betekent dat er veel gepraat wordt en er minder tijd over blijft voor praktische hulp, en dit lijkt GMCP niet ten goede te komen (Visscher et al., 2020). De vraag rest echter, of dit ook geldt voor GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek, of dat er voor GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek meer baat kan zijn voor psychoeducatie. Dit zou verder onderzocht moeten worden, want de literatuur zegt hier weinig over.

Ten slotte, betreffende de verschillen in de toegepaste structuurelementen is er een interessante constatering. Tijdens de startfase, lijken de hulpverleners van GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek minder intervisie, supervisie en consultatie te krijgen. Tijdens de hulpverleningsfase lijken GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek meer intervisie, supervisie en consultatie te krijgen. Tijdens de eindfase lijkt er niet veel verschil te zijn in de toegepaste structuurelementen bij GMCP tussen kinderen met en zonder psychiatrische problematiek.

Sterktes en limitaties

Een grote sterkte van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van een bestaande taxonomie, welke is ontwikkeld door het gebruik van verschillende data en bronnen (Visscher et al., 2018). Met behulp van deze taxonomie hebben hulpverleners op een systematische manier informatie kunnen registreren over de inhouds- en structuurelementen, wat meer inzicht geeft voor de inhoud van zorg. Daarnaast is een grote sterkte dat er een grote hoeveelheid data is verzameld, namelijk het feit dat over 474 gezinnen vragenlijsten zijn ingevuld en de dataset concluderend groot is.

Er zijn een aantal limitaties aan dit onderzoek toe te schrijven. Ten eerste is er gekeken naar psychiatrische problematiek die wel of niet voorkomt bij het kind van het gezin, echter dit is niet gebaseerd op een professionele diagnose van een hiervoor gekwalificeerde gedragswetenschapper. Deze variabele is beantwoord op basis van een vermoeden van de betrokken professionals. Dit heeft dus mogelijk invloed op de validiteit van het onderzoek, doordat er minder accuraat gemeten wordt wat er beoogd wordt om te meten. Ten tweede is er mogelijk een vertekend beeld ontstaan in de resultaten, doordat veel van de betrokken professionals aangaven niet te weten of er al dan niet sprake was van psychiatrische problematiek. Daardoor is er veel missende data voor deze variabele en hierbij is mogelijke waardevolle informatie misgelopen. Ten derde is er een risico op kanskapitalisatie, door de vele toetsen met dezelfde gegevens stijgt de kans van een significant verband wanneer dit in feite op toeval berust zou kunnen zijn.

Implicaties

Ten eerste zou het voor vervolgonderzoek belangrijk zijn om uit te gaan van officiële psychiatrische classificaties als het gaat om de verschillen tussen GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek, om zo accuratere inzichten te verwerven. Een aantal specifieke inhoudelijke elementen vallen op als het gaat om het verschil in aanbod aan GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Er is meer wetenschappelijke kennis nodig over het effect van het eigen sociale netwerk voor kinderen met psychiatrische problematiek. Dit is een element die significant vaker wordt aangeboden en het is daarom belangrijk om te weten of dit ook daadwerkelijk effectief is. Mocht dit zo zijn, dan is het belangrijk dat het mogelijk intentioneel in meerdere fases wordt aangeboden en de behandelaar hier bedachtzaam op is.

Daarnaast is er meer wetenschappelijke kennis nodig over de werkzaamheid van de behandelaar-cliënt relatie voor kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP. De evaluatie en kwaliteit hiervan komen specifiek naar voren, en zouden mogelijk werkzaam kunnen zijn voor het kind. In dit geval zou er bij beide elementen een bedachtzamer aanbod moeten komen in elke fase van de hulpverlening. Betreffende de ontvangers en vormen van de interventies, lijkt er met name over de vormen van interventies nog weinig onderzoek te zijn gedaan naar werkzaamheid als het gaat om kinderen met psychiatrische problematiek binnen GMCP. Het is belangrijk dat hier meer onderzoek naar wordt gedaan, om te verifiëren

of het al dan niet terecht is dat er geen verschil in aanbod van vormen lijkt te zijn tussen kinderen met en zonder psychiatrische problematiek binnen GMCP.

Vervolgonderzoek naar de effectiviteit van psychoeducatie als vorm binnen interventies bij GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek, is ook belangrijk. Psychoeducatie wordt met name in de startfase met een hoge frequentie aangeboden door hulpverleners, met name in GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek. Het is daarom erg belangrijk dat er meer kennis komt over of dit GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek ten goede komt.

Ten slotte, is het belangrijk om te onderzoeken welk effect intervisie, supervisie en consultatie die worden aangeboden aan de hulpverlener van het gezin, heeft op GMCP met kinderen met psychiatrische problematiek, omdat er een verschil lijkt te zijn in het aanbod van deze structurelementen in de verschillende fasen van de hulpverlening.

Referenties

Ayala-Nunes, L., Nunes, C., & Lemos, I. (2017). Social support and parenting stress in at risk Portuguese families. *Journal of Social Work, 17*(2), 207–225.

<https://doi.org/10.1177/1468017316640200>.

Bodden, D. H., & Deković, M. (2015). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name? *Family Process, 55*(1), 31–47.

<https://doi.org/10.1111/famp.12144>

Evenboer, K., Huyghen, A., Tuinstra, J., Reijneveld, S., & Knorth, E. (2017). Looking into care: The reliability and feasibility of a Taxonomy of Care for Youth. *Journal of Social Work, 17*(1), 21–33. <https://doi.org/10.1177/1468017316637223>.

Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review, 88*, 274-285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>.

Holwerda, A., Reijneveld, S.A., & Jansen, D.E. M. C. (2014). De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht [The effectiveness of care for multiproblem families: An overview]. Groningen, The Netherlands: University Medical Center Groningen. Retrieved from: <http://www.instituutgak.nl/wordpress/wpcontent/uploads/2014/12/Workshop-5-Multiprobleemgezinnen.pdf>.

Jent, J. F., & Niec, L. N. (2006). Mentoring Youth with Psychiatric Disorders: The Impact on Child and Parent Functioning. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(3), 43–58.

https://doi.org/10.1300/j019v28n03_03.

Knorth, E. J., Knot-Dickscheit, J., & Thoburn, J. (2015). Supporting children when providing services to families experiencing multiple problems: Perspectives and evidence on programmes. *International Journal of Child and Family Welfare, 16*, 2–10.

Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: theorie en praktijk*. Lemniscaat, Uitgeverij.

Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>.

Nederlands Jeugdinstituut, Zoon, M., van Rooijen, K., & Berg-Le Clercq, T. (2020). *Wat werkt in de hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen?* <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Wat-werkt-in-hulp-aan-gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen.pdf>.

Overbeek, M. M., Gudde, L. M., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multi-problem families in intensive specialised multi-family therapy: theoretical description and case study report. *Journal of Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12320>

Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services*, 37(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2015.1052133>.

Tausendfreund, T., Metselaar, J., Conradie, J., De Groot, M. H., Schipaanboord, N., Knot-Dickscheit, J., ... Knorth, E. J. (2015). Self-reported care activities in a home-based intervention programme for families with multiple problems. *Journal of Children's Services*, 10(1), 29–44. <https://doi.org/10.1108/JCS-07-2014-0034>.

Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Grietens, H., & Post, W. (2021). Fidelity and flexibility of care activities in child-centered youth care for children growing up in families experiencing complex and multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 123, 105923. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.105923>.

Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D. E. M. C., Scholte, R. H. J., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., Reijneveld, S. A., & van Yperen, T. A. (2018). Identifying practice and

program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, 64-70.

<https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2018.10.030>.

Visscher, L., Evenboer, E., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., Yperen, van, T., Sondejker, F., Scholte, R., van Dam, C., Reijneveld, M., & Jansen, D. (2020). Taxonomie voor interventies gericht op gezinnen met meervoudige en complexe problemen.^b

Visscher, L., Jansen, D., Scholte, R., Van Yperen, T., Evenboer, K., & Reijneveld, S. (2022). Elements of care that matter: Perspectives of families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 138, 106495. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2022.106495>

Visscher, L., Evenboer, K., Scholte, R., van Yperen, T., Knot-Dickscheit, J., Jansen, D., & Reijneveld, S. (2020). Elucidating care for families with multiple problems in routine practice: Self-registered practice and program elements of practitioners. *Children and Youth Services Review*, 111, 104856. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104856>.