



rijksuniversiteit  
 groningen

Het effect van voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie op de internaliserende- en externaliserende problematiek en opvoedingsbelasting bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen met- en zonder een licht verstandelijke beperking

M. Darneviel

Rijksuniversiteit Groningen

Masterthesis

Masteropleiding Orthopedagogiek

Gedrags- en maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Naam: Myrthe Darneviel

Studentnummer: 5105617

Eerste beoordelaar: dr. L. Visscher

Tweede beoordelaar: drs. N. Frans

Datum: 04-12-2022

Aantal woorden: 8764

## Samenvatting

**Inleiding** Er zijn verschillende interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP). Hoewel psycho-educatie en instructie veelgebruikte methoden zijn binnen interventies voor GMCP is het de vraag of dit voldoende bij hen aansluit. Het doel van dit onderzoek was het effect van de methoden voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie op het verschil in internaliserende en externaliserende problemen en opvoedingsbelasting te onderzoeken. Daarnaast is onderzocht of dit effect verschilt bij GMCP-subgroepen (wel/geen vermoeden van een licht verstandelijke beperking). **Methode** Er is gebruik gemaakt van een bestaande dataset uit quasi-experimenteel onderzoek (N=499). Middels zelfrapportagevragenlijsten zijn de uitkomstmaten internaliserende en externaliserende problemen en opvoedingsbelasting gemeten bij start, einde en drie maanden na het einde van de interventie. De methoden zijn door hulpverleners geregistreerd met de taxonomie van interventies voor GMCP. Er is gebruik gemaakt van multiple regressieanalyses. **Resultaten** Het gebruik van de methoden psycho-educatie en instructie en voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie hing samen met zowel een afname als toename van problemen bij GMCP-subgroepen. Het gebruik van voordoen, oefenen én huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie hing met huidig onderzoek niet samen met een afname van problemen bij GMCP-subgroepen. **Conclusie** Met de verschillende gevonden effecten voor subgroepen van GMCP wordt het belang van het afstemmen van interventies op specifieke kenmerken van GMCP duidelijk. Het is belangrijk dat er meer aandacht is voor het gebruik van de methoden in de praktijk door enerzijds de hulpverleners te trainen in het gebruik van verschillende methoden en anderzijds vervolgonderzoek te realiseren.

## Abstract

**Introduction** Several effective interventions have been developed for families with multiple problems (FMP). Although psycho-education and instruction are commonly used methods within interventions for FMP, the question is whether these adequately meet the needs of FMP. The aim of this study was to investigate the effect of the methods of modelling, practice and homework in addition to psycho-education and instruction on the difference in internalizing and externalizing problems and parenting load. In addition, it was investigated whether this effect differs in FMP subgroups (may/may not have mild intellectual disability). **Method** An existing dataset from quasi-experimental research was used (N=499). Self-report-questionnaires were used to measure the outcome measures internalizing and externalizing problems and parental stress at the start, end and three months after the end of the intervention. The methods are registered by practitioners with the taxonomy of interventions for FMP. Multiple regression analyzes were used. **Results** The use of psycho-education and instruction methods and the use of modelling and practice in addition to psycho-education and instruction was associated with a decrease and an increase in problems in FMP-subgroups. The use of modelling, practice and homework in addition to psycho-education and instruction was not associated with a decrease in problems in FMP-subgroups. **Conclusion** With the different effects found for FMP-subgroups, the importance of tailoring interventions to specific characteristics of FMP becomes clear. It is important that more attention is paid to the use of the methods by training the care providers in the use of different methods and conducting follow-up research.

## Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Inleiding</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Methoden</b>  | <b>8</b>  |
| Onderzoeksdesign   | 8         |
| Steekproef   | 8         |
| Procedure  | 9         |
| Meetinstrumenten   | 9         |
| Data-analyse   | 13        |
| <b>Resultaten</b>  | <b>14</b> |
| Beschrijvende analyse  | 14        |
| Assumpties   | 15        |
| Effect methoden op inter. en exter. problemen en opvoedingsbelasting         | 16        |
| Effect methoden op inter. en exter. problemen en opvoedingsbelasting met LVB | 19        |
| <b>Discussie</b>   | <b>20</b> |
| Sterke punten en beperkingen   | 22        |
| Implicaties  | 23        |
| Conclusie  | 24        |
| Literatuurlijst  | 25        |
| Bijlage 1 Schematische weergave assumpties                                   | 30        |

## Inleiding

Een gezin met meervoudige en complexe problemen (GMCP) wordt vaak beschreven als een gezin met ernstige, aanhoudende problemen op meerdere gebieden (Bodden & Dekovic, 2016; Morris, 2013; Spratt & Devaney, 2009; Tausenfrend et al., 2016). Hierbij kan sprake zijn van: internaliserende of externaliserende problemen bij het kind, opvoedingsproblemen (onvoldoende of inconsistente opvoeding), problemen in het gezinsfunctioneren, contextuele problemen, sociale netwerkproblemen en geestelijke gezondheidsproblemen (Bodden & Dekovic, 2016). Ouders ervaren vaak een hoge opvoedingsbelasting (Visscher et al., 2021) en GMCP hebben gezien de vele problemen een blijvende behoefte aan hulp en ondersteuning (Morris, 2013). In de meeste gevallen is er dan ook sprake van een lange hulpverleningsgeschiedenis. Dit komt mede doordat problemen van gezinsleden vaak intergenerationeel zijn, wat betekent dat problemen van generatie op generatie op elkaar overgaan (Zoon et al., 2020).

Er zijn verschillende interventies voor GMCP ontwikkeld om bovenstaande problemen te verminderen en de gevolgen te reduceren (Evenboer et al., 2018). Kenmerkende doelen van dergelijke interventies zijn onder andere het voorkomen van uithuisplaatsing, het verminderen van gedragsproblemen en het verminderen van de opvoedingsbelasting (Damen et al., 2020; Ogden & Hagen, 2006; Van der Pol et al., 2017). Meerdere onderzoeken hebben de effectiviteit van deze interventies voor GMCP aangetoond. Onderzoek naar de effectiviteit van Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG) heeft bijvoorbeeld aangetoond dat deze interventie probleemgedrag van het kind en de opvoedingsbelasting van ouders<sup>1</sup> significant kan verminderen (Damen et al., 2019; Veerman & De Meyer, 2019). En diverse onderzoeken naar Multi Dimensionele Familietherapie (MDFT) tonen aan dat deze interventie kan zorgen voor een afname van delinquentie, middelengebruik en een uithuisplaatsing kan voorkomen (Liddle et al., 2006; van der Pol et al., 2017).

Toch blijven er na afsluiting van dergelijke interventies nog aanzienlijke problemen bestaan. Hoewel er sprake is van een afname van de totale problemen bij kinderen, ondervinden kinderen aan het eind van een interventie nog steeds problemen op verschillende gebieden. En een aanzienlijke groep kinderen wordt een jaar na afsluiting van de interventie alsnog uit huis geplaatst (van Assen et al., 2020). Daarnaast noemen van Assen et al. (2020) dat er sprake is van een heterogene populatie, vanwege de complexe en meervoudige problemen van de gezinnen op verschillende gebieden. Interventies richten zich dan ook op veel domeinen om

---

<sup>1</sup> Ouders/opvoeders/verzorgers wordt aangeduid met ouders

aan alle specifieke behoeften van GMCP te voldoen (Tausenfreund et al., 2016). Hoewel verschillende onderzoeken de effectiviteit van GMCP interventies beschrijven, is niet bekend welke factoren van de interventies op de verschillende domeinen bijdragen aan de effectiviteit (Evenboer et al., 2012; Michie et al., 2009; Tausendfreund et al., 2016; Visscher et al., 2019). Hierdoor is lastig te onderscheiden welke inhoudelijke elementen hebben bijgedragen aan gevonden uitkomsten (Visscher et al., 2019). Tot voor kort ontbrak het dan ook aan details over de inhoud en effectieve elementen van interventies voor GMCP (Evenboer et al., 2012; Michie et al., 2009).

Recent onderzoek van Visscher et al. (2019) heeft echter voor het eerst gekeken naar de inhoud en effectieve elementen van interventies van GMCP. Hierbij is er gebruik gemaakt van een taxonomie waarmee de inhoud en structuur van interventies voor GMCP in kaart gebracht kan worden (Visscher et al., 2018). Uit dit onderzoek blijkt dat acht veelgebruikte interventies voor GMCP dezelfde inhoudelijke elementen bevatten, maar verschillen in de structuur waarin ze worden aangeboden (Visscher et al., 2019). Structuurelementen zijn aspecten van het kader waarbinnen de interventie wordt uitgevoerd, zoals onder andere de frequentie en duur van de bezoeken tijdens de interventie. Inhoudelijke elementen hebben betrekking op de inhoud van een interventie. Dit zijn bijvoorbeeld elementen zoals voordoen en het leren van sociale vaardigheden, grenzen stellen en responsief reageren (Lee et al., 2014). Het identificeren van inhoudelijke- en structuurelementen draagt bij aan het verkrijgen van inzicht in de inhoud van GMCP-interventies (Blase & Fixsen, 2013; Chorpita et al., 2005; Michie et al., 2011). In de studie van Visscher et al. (2019) heeft het daarnaast ook inzicht gegeven in de overeenkomsten en verschillen tussen interventies voor GMCP.

Naast inzicht in de overeenkomsten en verschillen tussen interventies hebben Visscher et al. (2019) ook gekeken naar de inhoud van de interventies in de dagelijkse praktijk. Hierbij is inzichtelijk gemaakt met welke methode de hulpverlener inhoudelijke elementen aanbiedt, zoals bijvoorbeeld psycho-educatie en voordoen (Lee et al., 2014; Visscher et al., 2019). Uit dit onderzoek blijkt dat veel inhoudelijke elementen die worden aangeboden binnen interventies voor GMCP worden aangeleerd door middel van psycho-educatie (Visscher et al., 2020b). Psycho-educatie heeft als doel om informatie te geven over de oorzaak, symptomen en behandeling rondom diverse problemen (Zhao et al., 2015). Hierbij gaat het enerzijds om het leren begrijpen van het gedrag van het kind en anderzijds om het motiveren van ouders om vaardigheden te leren die de problemen verminderen (Colom, 2011). Andere methoden voor het aanbieden van inhoudelijke elementen zijn instructie, voordoen, oefenen en huiswerk. Instructie wordt, net als psycho-educatie, veel gebruikt door de hulpverleners en hiermee wordt

het geven van een verbale instructie met betrekking tot het gewenste gedrag bedoelt (Visscher et al., 2020a). De methoden voordoen (het demonstreren van gewenst gedrag aan het gezin/gezinslid door de hulpverlener om navolging van gedrag te stimuleren (Visscher et al., 2020a)), oefenen (het geven van instructies en het voordoen van een vaardigheid aan het gezin/gezinslid waarna het gezin de vaardigheid nadoet (Visscher et al., 2020a)) en huiswerk (het geven en nabespreken van (huiswerk)opdrachten (Visscher et al., 2020a)) werden minder vaak gebruikt in de meeste interventies voor GMCP (Visscher et al., 2020b).

Hoewel psycho-educatie en instructie veel gebruikte methoden zijn binnen interventies voor GMCP is het de vraag of dit aansluit bij de behoeften van gezinnen. Uit onderzoek blijkt namelijk dat GMCP meer gebaat zijn bij praktische handvatten en het herhaald oefenen van geleerde vaardigheden dan bij praten (Holwerda et al., 2014). Psycho-educatie en instructie sluiten hier wellicht niet bij aan, omdat er bij de uitleg vaak veel taal wordt gebruikt en er niet wordt geoefend. Daarom kan het in het geval van GMCP nuttig zijn om psycho-educatie te combineren met praktische methoden van ondersteuning. Hierbij kan gedacht worden aan het voordoen en oefenen van gedrag of het geven van huiswerk, zodat GMCP de geleerde vaardigheden zelf kunnen toepassen en gebruiken (Visscher et al., 2020b). Tot op heden is niet onderzocht wat het effect is van een combinatie van deze specifieke methoden en of het combineren van psycho-educatie en instructie met voordoen, oefenen en huiswerk zorgen voor positievere uitkomsten voor GMCP.

Een specifieke groep GMCP waarvoor het extra belangrijk is om te weten of het aanbieden van voordoen, oefenen en huiswerk de zorg effectiever maakt is GMCP met een licht verstandelijke beperking (LVB)<sup>2</sup> bij de ouder(s) en/of kind(eren). Onderzoek heeft aangetoond dat de behoeften van ouder(s) en/of kind(eren) met een LVB verschillen van ouder(s) en/of kind(eren) zonder een LVB (Neece & Lima, 2016; Schuiringa et al., 2017; Soenen et al., 2016). Wanneer iemand een LVB heeft is er veelal sprake van een beperkt werkgeheugen, waardoor denken moeilijker is en het leren meer tijd en inspanning vraagt (De Beer, 2011). Dit pleit voor het belang van leren door concrete ervaringen, te denken aan het concreet maken van oefenstof en door het oefenen van diverse vaardigheden (Zoon et al., 2019). Gezien het gebrek aan kennis en een lager opleidingsniveau kan het voor deze gezinnen nog moeilijker zijn te profiteren van psycho-educatie (Bodden & Dekovic, 2016; Drost et al., 2019, p. 114-116; Visscher et al.,

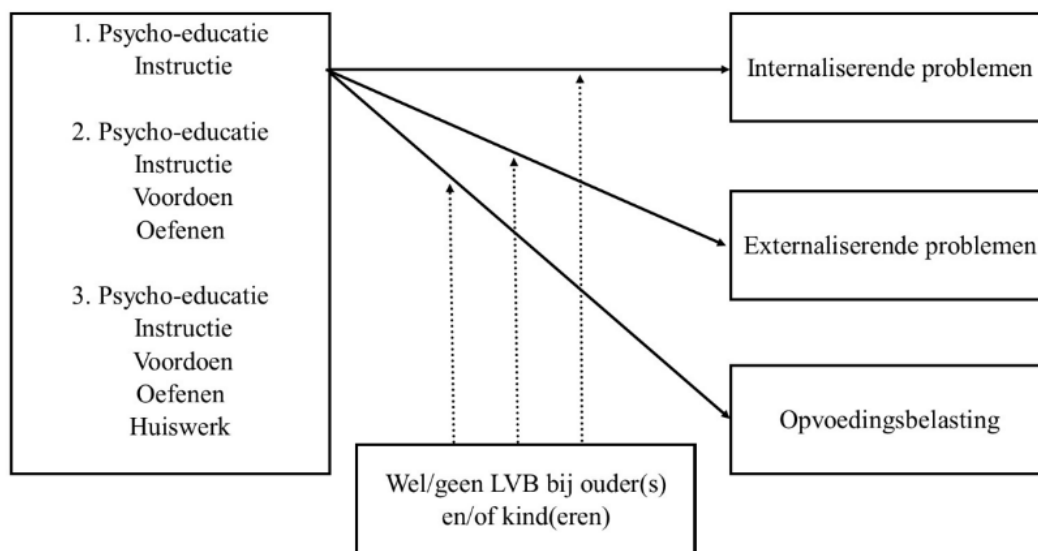
---

<sup>2</sup> In Nederland wordt gesproken van een verstandelijke beperking bij een intelligentiequotiënt (IQ) van 50-85. Een verstandelijke beperking is een neurobiologische ontwikkelingsstoornis die ontstaat voor het achttiende levensjaar waarbij sprake is van zowel intellectuele- als adaptieve problemen op conceptueel, sociaal en praktisch gebied (American Psychiatric Association, 2014). In dit onderzoek wordt gesproken van een LVB, waarmee een verstandelijke beperking wordt aangeduid met een lichte mate van ernst.

2021). Met name voor ouder(s) en/of kind(eren) met een LVB zouden voordoen, oefenen en huiswerk belangrijk kunnen zijn, omdat er hiermee minder een beroep wordt gedaan op taal en kennis. Dit onderzoek kijkt daarom ook of het effect van de verschillende methoden waarop de inhoudelijke elementen worden aangeboden verschilt voor ouder(s) en/of kind(eren) met een LVB en zonder een LVB.

De centrale onderzoeksvraag van huidig onderzoek is: ‘Wat is het effect van de methoden voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie op de verandering in internaliserende- en externaliserende problemen van kinderen en de opvoedingsbelasting bij GMCP en verschilt dit effect tussen gezinnen waar wel of geen sprake is van een vermoeden van LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren)?’. Met deze informatie kunnen de effecten van interventies voor GMCP beter begrepen worden. Daarnaast biedt het handvatten voor de praktijk vanwege de mogelijkheid om de interventies te personaliseren naar aanleiding van kennis over welke methode werkt voor welke groep GMCP.

Op basis van de geraadpleegde studies wordt verwacht dat: (1) GMCP meer gebaat zijn bij voordoen, oefenen en huiswerk (Holwerda et al., 2014; Visscher et al., 2020b). En dat: (2) het effect van voordoen, oefenen en huiswerk groter is voor GMCP waarbij een vermoeden van LVB is bij de ouder(s) en/of kind(eren) (Bodden & Dekovic, 2016; De Beer, 2011; Drost et al., 2019, p. 114-116; Zoon et al., 2019). De onderzoeksvraag is door middel van een conceptueel model weergegeven in figuur 1.



*Figuur 1 Conceptueel model*



## **Methode**

### **Onderzoeksdesign**

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag wordt er gebruik gemaakt van een kwantitatieve dataset die is verzameld door middel van een quasi-experimenteel landelijk onderzoek van Visscher et al. (2021) gericht op het identificeren van de inhoud van interventies voor GMCP en de effectieve elementen van die interventies. De medisch ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen heeft op 7 maart 2016 toestemming gegeven voor dit onderzoek (METc2016.005), waarna vanaf januari 2017 tot april 2019 data is verzameld. In totaal zijn er gegevens van 499 GMCP verzameld.

### **Steekproef**

Voor het verkrijgen van een doelgerichte steekproef van GMCP is een procedure van drie stappen doorlopen. Ten eerste is er uit de interventies voor GMCP een selectie gemaakt van interventies met een matige effectgrootte van 0,5 Cohen's  $d$  (vanuit een review) in de Nederlandse context met betrekking tot probleemgedrag van het kind of opvoedingsstress. Deze selectie is gemaakt op basis van meta-analyse van Evenboer et al. (2018). Hieruit zijn de volgende acht interventies naar voren gekomen (Evenboer et al., 2018): Multisysteemtherapie (MST), Multidimensionele familie therapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Familie First (FF), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), Tien voor Toekomst (10vT) en Triple P 4-5.

Ten tweede zijn 47 jeugdhulporganisaties verspreid over Nederland die tenminste één van de acht geselecteerde interventies aanboden, gevraagd deel te nemen aan het onderzoek. Dit resulteerde in 26 deelnemende organisaties. Redenen voor organisaties om niet deel te nemen waren deelname aan ander onderzoek en/of schaarste onder personeel en middelen. Tussen de deelnemende en niet-deelnemende organisaties zijn geen verschillen in doelgroep of grootte.

Ten derde zijn GMCP geïnccludeerd die tussen januari 2017 en april 2019 GC en 10vT ontvingen en gezinnen die de andere interventies hebben ontvangen tussen januari 2017 en juli 2018. Gezinnen die in aanmerking kwamen moesten in ieder geval een Nederlandse vragenlijst kunnen invullen en tevens moest het kind van de ouder/verzorger die de interventie ontving, tenminste vier jaar oud zijn. Jongere kinderen kwamen niet in aanmerking omdat interventies zoals bijvoorbeeld MDFT en MST niet geschikt zijn voor deze kinderen (Visscher et al., 2018). Uiteindelijk zijn twaalf gezinnen uitgesloten van het onderzoek, omdat het kind in het gezin jonger dan vier was. Gezien het geringe aantal gezinnen die Triple P 4-5 (één gezin) en FF (negen gezinnen) ontvingen, zijn deze gezinnen uitgesloten. Daarnaast was bij FF de

behandeling te kort om effect te kunnen meten. In dit onderzoek zijn in totaal 499 participanten, waarvan 303 jongens en 196 meisjes. De leeftijd varieert van 4 tot 20 jaar ( $M = 12.05$ ) ( $SD = 3.92$ ). De verdeling van de gezinnen over de interventies, was: IAG (242 gezinnen), MST (143 gezinnen), MDFT (64 gezinnen), PMTO (33 gezinnen) GC (6 gezinnen), en 10vT (11 gezinnen). Bij start van de interventie was er het vermoeden van LVB bij 26 ouders, 69 kinderen en 46 ouders én kinderen. Het vermoeden van geen LVB kwam in 288 gezinnen voor.

## **Procedure**

Allereerst is er tijdens een kennismakingsgesprek met de deelnemende teams van hulpverleners uitleg gegeven over het onderzoek. Hierbij is achtergrondinformatie van het onderzoek gegeven, zijn de doelstellingen besproken, de procedures uitgelegd en de vragenlijsten besproken. Tevens zijn de hulpverleners getraind in het registreren van de verschillende elementen van de taxonomie van interventies voor GMCP. De hulpverleners konden middels een folder of video de ouders tijdens het eerste of tweede huisbezoek informeren over het doel en de procedure van het onderzoek. Hierna is er door alle deelnemers schriftelijk toestemming (informed consent) gegeven voor deelname aan het onderzoek.

Nadat er toestemming was gegeven, hebben de ouders en hulpverleners vragenlijsten ingevuld. Ouders hebben op T0 (start van de interventie), T1 (eind van de interventie) en T2 (drie maanden na het eind van de interventie) vragenlijsten ingevuld om de effecten van interventies te kunnen meten. Daarnaast hebben hulpverleners zoals kinder- en jeugdhulpverleners, gezinscoaches en/of therapeuten vanaf januari 2017 tot april 2019 diverse vragenlijsten ingevuld aan het begin van de interventie (T0) en aan het eind van de interventie (T1). Aspecten waar onder andere naar werd gevraagd waren de achtergrondkenmerken van de professionals en vermoeden van LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren). Tevens rapporteerden de hulpverleners elke vier weken ten tijde van de interventieperiode welke elementen zij hadden aangeboden aan deelnemende gezinnen en op welke manier.

De gegevens zijn via een digitaal vragenlijststelsel, genaamd BergOp, verzameld. De T0-vragenlijst is direct naar ouders en de betrokken hulpverlener verstuurd, nadat ouders toestemming hadden gegeven voor het starten van de interventie. De T1-vragenlijst is op de geregistreerde einddatum van de interventie verzonden, gevolgd door de T2-vragenlijst drie maanden later.

## **Meetinstrumenten**

**Methoden waarmee de inhoudelijke elementen worden aangeboden.** Om te meten met welke methoden inhoudelijke elementen zijn aangeboden aan GMCP werd gebruikt

gemaakt van de taxonomie van interventies voor gezinnen met meerdere en complexe problemen (TIFMP) ontwikkeld door Visscher et al. (2018). Met de TIFMP kunnen inhoudelijke en structurele elementen van verschillende interventies voor GMCP in kaart gebracht worden. De TIFMP bevat 53 inhoudelijke elementen ingedeeld in acht hoofdcategorieën die gebruikt kunnen worden door hulpverleners om positieve resultaten te bevorderen. Het gaat hierbij om de volgende acht hoofdcategorieën:

- A. Beoordeling van problemen (bijvoorbeeld analyse van competenties)
- B. Planning en evaluatie (bijvoorbeeld het opstellen van een behandelplan)
- C. Werken aan verandering (bijvoorbeeld werken aan communicatie en interactie)
- D. Opvoedvaardigheden leren (bijvoorbeeld regels leren stellen)
- E. Helpen bij concrete behoeften (bijvoorbeeld helpen met financiële taken)
- F. Sociaal netwerk activeren (bijvoorbeeld het mobiliseren en uitbreiden van het sociaal netwerk)
- G. Professioneel netwerk activeren (bijvoorbeeld afstemming van de aanpak met andere professionals en/of organisaties)
- H. Onderhouden van de samenwerking (bijvoorbeeld praten over verwachtingen)

Daarnaast bestaat de TIFMP uit zes categorieën structurelementen, namelijk: duur van de behandeling, intensiteit (het aantal en de gemiddelde duur van de bezoeken aan de familie in de afgelopen vier weken), supervisie (het bespreken van een gezin met een supervisor tijdens een georganiseerde bijeenkomst), intervisie (het bespreken van een gezin met collega's tijdens een georganiseerde bijeenkomst), consultatie (het bespreken van een gezin met een onafhankelijke deskundige tijdens een georganiseerde bijeenkomst) en 24-uurs bereikbaarheid van de hulpverlener.

Hulpverleners is gevraagd om voor elk deelnemend gezin, elke vier weken gedurende de interventie, de TIFMP in te vullen. Na registratie van een inhoudelijk element hebben hulpverleners voor categorie C (werken aan verandering) en D (leren van opvoedingsvaardigheden) aangevinkt hoe ze dat gedaan hebben, waarbij ze konden kiezen uit de methoden psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen en huiswerk. Categorie C bestond uit 10 inhoudelijke elementen en Categorie D uit 9 inhoudelijke elementen. Huidig onderzoek richtte zich op het in kaart brengen van het effect van het toepassen van de methoden (technieken) psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen en huiswerk binnen deze categorieën. Categorie C en D konden met behulp van de TIFMP op een betrouwbare manier gemeten worden; de gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de GMCP-taxonomie was 84,9% (Visscher et al., 2018).

In dit onderzoek zijn drie groepen gemaakt (voorspellende factoren) voor de methoden waarmee inhoudelijke elementen werden uitgevoerd: een groep waarbij elementen voornamelijk werden uitgevoerd door middel van psycho-educatie en instructie (Groep 1), een groep met psycho-educatie, instructie, voordoen en oefenen (Groep 2) en een groep met alle methoden: psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen en huiswerk (Groep 3). Door middel van hercoderen zijn allereerst de methoden omgezet van continue waardes naar nominale waardes. Hierbij kregen gezinnen waarbij de methode is toegepast het label 'wel gedaan' en gezinnen waarbij de methode niet is toegepast het label 'niet gedaan'. Vervolgens zijn per methode de scores op de elementen bij elkaar opgeteld. Er waren totaal 19 inhoudelijke elementen, een gezin waarbij de desbetreffende methode bij elk element was ingezet kreeg de score 19, een gezin waarbij de desbetreffende methode bij één element is ingezet, kreeg de score 1. Daarna is er per methode een minderheid groep en meerderheid groep gemaakt, waarbij de waarde 10 (=meerderheid van 19) als afkappunt werd aangenomen. Hierdoor werden alleen de gezinnen waarbij de meerderheid van de keren een bepaalde methode is ingezet, geïncludeerd. Vervolgens zijn de groepen ingedeeld door de meerderheidsgroepen van de desbetreffende methodes samen te voegen. Ter illustratie: van de methode psycho-educatie werden de elementen opgeteld (waarde 1-19), alle waardes 0-10 werden in een minderheidsgroep geplaatst en de waardes 10-19 in de meerderheidsgroep (afkappunt=10), de meerderheidsgroep was dus in dit geval de gezinnen waarbij de meerderheid van de elementen is toegepast door middel van psycho-educatie, vervolgens is de meerderheidsgroep van psycho-educatie in groep 1, 2 en 3 geplaatst. Hetzelfde proces is doorlopen met de andere methoden, waardoor de methode groepen zijn gevormd. Tot slot zijn er drie dummy-variabelen gemaakt, waarbij een gezin de waarde 1 kreeg als hij tot de desbetreffende groep behoorde en de waarde 0 als het gezin niet tot de desbetreffende groep behoorde. Ter illustratie: in groep 1 (psycho-educatie en instructie) kregen de gezinnen de waarbij de meerderheid van de keren psycho-educatie en instructie was ingezet de waarde 1 en gezinnen kregen de waarde 0 als er de minderheid van de keren psycho-educatie en instructie was ingezet.

**Internaliserende- en externaliserende problemen.** De internaliserende en externaliserende problemen van het kind zijn gemeten door middel van de Child Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001). De CBCL is op T0, T1 en T2 ingevuld door de ouders. De 35-item externaliserende breedbandschaal is gebruikt om de mate van externaliserende problemen van kinderen in kaart te brengen en de 35-item internaliserende breedbandschaal is gebruikt om de mate van internaliserende problemen van kinderen te beoordelen (Achenbach & Rescorla, 2001). Subschalen van internaliserende problemen zijn

teruggetrokken/depressief, angstig/depressief en lichamelijke klachten. Subscales van externaliserend gedrag zijn normafwijkend gedrag en agressief gedrag (Verhulst et al., 1996). Alle items in de CBCL werden beoordeeld op een driepunts Likert-schaal: 0 = niet waar, 1 = enigszins waar en 2 = zeker waar. De CBCL is een veelgebruikte leeftijdsgenormeerde vragenlijst met een goede betrouwbaarheid en validiteit (Nakamura et al., 2009). De betrouwbaarheid is voldoende, de begripsvaliditeit goed en de criteriumvaliditeit voldoende (Cotan, 1999). De Cronbach's  $\alpha$  van de onderzoekssteekproef voor internaliserende en externaliserende CBCL-problemen waren respectievelijk .88 en .92 (Visscher et al., 2021). Huidig onderzoek heeft gebruik gemaakt van de T-scores van de CBCL, waarmee de afwijking van de score van het gemiddelde van de normpopulatie wordt weergegeven. Het ging hierbij om een continue afhankelijke variabele. Een T-score onder de 67 betekent geen noemenswaardige problemen, een T-score tussen de 67 en 69 betekent milde problemen en er is sprake van ernstige problemen bij een T-score hoger dan 69. Er is gebruik gemaakt van de verschilcores op de CBCL. Er waren twee verschilcores, namelijk de T-score van T1-T0 en de T-score van T2-T0. Dit heeft als doel om de T-score bij aanvang te controleren en hierdoor verandering inzichtelijk te maken.

**Opvoedingsbelasting.** De opvoedingsbelasting van ouders is gemeten met de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL). De OBVL is op T0, T1 en T2 ingevuld door de ouders. De opvoedingsbelasting werd inzichtelijk gemaakt door het meten van vijf aspecten van opvoedingsbelasting, namelijk: problemen opvoeder-kindrelatie, problemen met opvoeden, depressieve stemmingen, rolbeperking en gezondheidsklachten (Vermulst et al., 2012). Deze vragenlijst bestaat uit 34 items met een vierpunts Likert-schaal: 1 = klopt niet, 2 = klopt een beetje, 3 = klopt behoorlijk en 4 = klopt helemaal. De OBVL kenmerkt zich door een goede betrouwbaarheid ( $\alpha=0.90$ ) (Vermulst et al., 2012). De begrips- en criteriumvaliditeit zijn beoordeeld als voldoende en onvoldoende (Cotan, 2017). De betrouwbaarheid van de OBVL voor deze steekproef was eveneens goed ( $\alpha=0.94$ ) (Visscher et al., 2021). Huidig onderzoek heeft gebruik gemaakt van de T-scores van de OBVL, waarmee de afwijking van de score van het gemiddelde van de normpopulatie werd weergegeven. Het ging hierbij om een continue afhankelijke variabele. Een T-score onder de 67 betekent geen noemenswaardige problemen, een T-score tussen de 67 en 69 betekent milde problemen en er is sprake van ernstige problemen bij een T-score hoger dan 69. Er is gebruik gemaakt van de verschilcores op de OBVL. Er waren twee verschilcores, namelijk de T-score van T1-T0 en de T-score van T2-T0. Dit heeft als doel om de score bij aanvang te controleren en hierdoor verandering inzichtelijk te maken.

**Vermoeden van LVB bij ouder(s) en/of kind(eren).** In dit onderzoek is al dan niet een vermoeden van een LVB bij ouder(s) en/of kind(eren) meegenomen als moderator. De hulpverlener heeft aan het begin van de interventie aangegeven of zij een vermoeden had van een LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren). De hulpverlener kon kiezen uit de antwoordcategorieën: 1 = geen vermoeden van LVB, 2 = vermoeden van LVB bij de ouder(s), 3 = vermoeden van LVB bij het kind, 4 = vermoeden van LVB bij zowel ouder(s) als kind(eren), 5 = onbekend. Stap 1 was om de categorieën op de volgende wijze te hercoderen in SPSS:

Tabel 1

*Schema hercoderen LVB*

| Groepen   | Hercoderen   |                   |
|---|--|-------------------|
| 1: Vermoeden van LVB bij ouder(s)               | 1 = 2<br>2 = 1<br>3 = 2<br>4 = 1<br>5 = System missing | 1 = ja<br>2 = nee |
| 2: Vermoeden van LVB bij kind(eren)             | 1 = 2<br>2 = 2<br>3 = 1<br>4 = 1<br>5 = System missing | 1 = ja<br>2 = nee |
| 3: Vermoeden van LVB bij ouder(s) en kind(eren) | 1 = 2<br>2 = 2<br>3 = 2<br>4 = 1<br>5 = System missing | 1 = ja<br>2 = nee |
| 4: Geen vermoeden van LVB                       | 1 = 1<br>2 = 2<br>3 = 2<br>4 = 2<br>5 = System missing | 1 = ja<br>2 = nee |

Stap 2 was het maken van dummy variabelen, waarbij antwoord categorie 'ja' (1) de code 1 kreeg en categorie nee (2) en system missing de code 2 kregen. Op deze manier is gekeken of het effect van het gebruik van de verschillende methoden op een verschil in internaliserende- en externaliserende problemen en opvoedingsbelasting verschilt bij wel of geen vermoeden van LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren).

**Data-analyse**

De data-analyse bestond uit de volgende stappen: beschrijvende statistiek en de statistische analyse (regressieanalyses). Allereerst werd beschrijvende statistiek uitgevoerd voor het (grafisch) weergeven van onder andere gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen internaliserende- en externaliserende problemen en de opvoedingsbelasting. Verder

werd beschreven hoeveel gezinnen in de verschillende groepen methoden zaten. Tot slot werd duidelijk hoe vaak er al dan niet sprake was van wel of geen vermoeden van LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren). Vervolgens kwam de inferentiële statistiek aan bod. Om te kijken of methode groep 1 (psycho-educatie, instructie), groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen) of groep 3 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen, huiswerk) geassocieerd zijn met een verandering in de mate van internaliserend en externaliserend probleemgedrag en met verandering in opvoedingsbelasting is er gebruik gemaakt van een regressieanalyse. Door gebruik te maken van een regressieanalyse met een interactieterm (LVBxMethode) werd er inzicht verkregen in de rol van de moderator LVB op de uitkomstmaten. Op deze manier is er een antwoord verkregen op de centrale onderzoeksvraag: ‘Wat is het effect van de methoden voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie op de verandering in internaliserende- en externaliserende problemen van kinderen en de opvoedingsbelasting bij GMCP en verschilt dit effect tussen gezinnen waar wel of geen sprake is van een vermoeden van LVB bij de ouder(s) en/of kind(eren)?’.

## **Resultaten**

### **Beschrijvende analyse**

Om inzicht te krijgen in de verandering van de internaliserende- en externaliserende problemen en opvoedingsbelasting zijn gegevens van de CBCL en OBVL gebruikt op T0, T1 en T2, weergegeven in Tabel 2. Uit deze gegevens bleek dat de internaliserende problemen, externaliserende problemen en de opvoedingsbelasting afnamen ten tijde- en na -de interventies. Huidig onderzoek maakte gebruik van de verschilcores van de CBCL en OBVL van T1-T0 en T2-T0. Deze scores worden weergegeven in Tabel 3. Bij start van de behandeling was er bij 14.4% (N=72) van de ouder(s) sprake van een vermoeden van LVB, een vermoeden van 23% (N=115) van LVB bij kind(eren), 28.3% (N=141) bij zowel ouder(s) als kind(eren) en een vermoeden van geen LVB bij 57.7% (N=288). In groep 1 (psycho-educatie en instructie) zijn 217 gezinnen geïncludeerd, in groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen) 109 gezinnen en in groep 3 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen, huiswerk) 89 gezinnen.

Tabel 2

*Steekproefgroottes, Gemiddelden, Standaarddeviaties, Bereik Vragenlijsten*

|                                 | N   | M     | SD    | Bereik |
|---------------------------------|-----|-------|-------|--------|
| Internaliserende problemen (T0) | 290 | 63.19 | 9.79  | 33-83  |
| Internaliserende problemen (T1) | 204 | 58.10 | 10.91 | 33-90  |
| Internaliserende problemen (T2) | 95  | 56.93 | 12.03 | 33-79  |
| Externaliserende problemen (T0) | 290 | 66.28 | 10.05 | 33-87  |
| Externaliserende problemen (T1) | 204 | 60.84 | 10.96 | 33-84  |
| Externaliserende problemen (T2) | 95  | 60.54 | 12.69 | 33-90  |
| Opvoedingsbelasting (T0)        | 400 | 67.55 | 10.48 | 30-79  |
| Opvoedingsbelasting (T1)        | 260 | 63.23 | 11.84 | 30-80  |
| Opvoedingsbelasting (T2)        | 150 | 62.93 | 11.78 | 30-79  |

*Noot.* De internaliserende- en externaliserende problemen (gemeten met de CBCL) en opvoedingsbelasting (gemeten met de OBVL) worden weergegeven met de T-score.

Tabel 3

*Steekproefgroottes, Gemiddelden, Standaarddeviaties en Bereik Verschilscores Vragenlijsten*

|  | N   | M     | SD   | Bereik       |
|--|-----|-------|------|--------------|
| Vershil T1-T0 Internaliserende problemen | 188 | -5.52 | 9.18 | -45.00-15.00 |
| Vershil T2-T0 Internaliserende problemen | 92  | -7.04 | 9.49 | -34.00-13.00 |
| Vershil T1-T0 Externaliserende problemen | 188 | -6.17 | 8.61 | -36.00-13.00 |
| Vershil T2-T0 Externaliserende problemen | 92  | -6.11 | 9.31 | -26.00-15.00 |
| Vershil T1-T0 Opvoedingsbelasting        | 242 | -5.12 | 8.95 | -39.00-24.00 |
| Vershil T2-T0 Opvoedingsbelasting        | 139 | -4.25 | 9.30 | -33.00-22.00 |

*Noot.* De internaliserende- en externaliserende problemen (gemeten met de CBCL) en opvoedingsbelasting (gemeten met de OBVL) worden weergegeven met de T-score.

### Assumpties

De assumpties normaliteit, homoscedasticiteit en multicollineariteit zijn gecontroleerd (bijlage 1). Om zicht te krijgen op de normaliteit van de afhankelijke variabelen is er gebruik gemaakt van een histogram. Hiermee werd duidelijk dat de residuen enigszins normaal verdeeld waren. Met PP-plots is vastgesteld of er sprake is van homoscedasticiteit, waarmee inzichtelijk wordt of het model een goede voorspeller is voor de afhankelijke variabelen (bv. opvoedingsbelasting). Bij enkele PP-plots was een licht patroon te zien, maar dit had geen gevolgen voor de data. De variantie in errortermen is min of meer gelijk over de onafhankelijke



variabelen. De assumptie multicollineariteit is gecontroleerd door de Variance Inflation Factor waarde (VIF) in kaart te brengen. Hieruit bleek dat de VIF-waarde voor methode groep 1 varieerde tussen de 1.624 en de 2.359. De VIF-waardes van methode groep 2 en 3 zijn hoger, variërend tussen de 5.321 en 11.793. Met een afkappunt van 10 (O'Brien, 2007) is de multicollineariteit van groep 1 en 3 (grotendeels) niet geschonden, bij groep 2 werd dit twee keer geschonden. Er is gekeken of er andere resultaten waren wanneer er een methode groep werd weggelaten, dit bleek echter niet zo te zijn. Daarom is ervoor gekozen om de regressieanalyse met drie groepen te behouden.

### **Effect methoden op internaliserende problemen, externaliserende problemen en opvoedingsbelasting**

De drie methoden groepen verklaarden gezamenlijk 0.4% van de variantie in het verschil in *internaliserende problemen* tussen de start en het einde van de interventie (T1-T0) ( $F(3, 184) = .004, p < .87$ ). Daarbij zijn er voor zowel methoden groep 1, 2 en 3 geen significante effecten gevonden op het verschil in internaliserende problemen (Tabel 4). Tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie (T2-T0) verklaarden de drie methoden groepen gezamenlijk 2,5% van de variantie in het verschil in internaliserende problemen ( $F(3, 88) = .025, p < .53$ ). Ook hierbij zijn bij alle drie methoden groepen geen significante verschillen gevonden (Tabel 4). Dit betekent dat volgens dit model het gebruik van de verschillende methoden groepen geen effect had op het verschil in internaliserende problemen tussen het begin en het einde van de interventie en drie maanden later.

Ten aanzien van het verschil in *externaliserende problemen* verklaarden de drie methoden groepen 2,1% van de variantie tussen het begin en het eind van de interventie ( $F(3,184) = .021, p < .26$ ). In Tabel 4 is af te lezen dat er geen significante verschillen zijn ten aanzien van het effect van de verschillende methoden groepen op het verschil in externaliserende problemen. Het verschil tussen de externaliserende problemen aan het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie kan voor 5,2% verklaard worden door de drie methoden groepen ( $F(3,88) = .052, p < .19$ ). Het gebruik van methode groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen) hing samen met een toename van externaliserende problemen (Tabel 4). Het effect van de andere methode groepen verschilde niet voor het verschil in externaliserende problemen. Volgens dit model had het gebruik van de verschillende methoden groepen geen significant effect op het verschil in externaliserende problemen tussen het begin en het einde van de interventie. Daarentegen is er ten aanzien van

methode groep 2 wel een significant effect gevonden tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie, namelijk een toename van externaliserende problemen.

De drie methode groepen verklaarden gezamenlijk 2% van de variantie in het verschil in *opvoedingsbelasting* tussen de start en het einde van de interventie ( $F(3,238) = .020, p < .18$ ). Geen enkele methode groep hing samen met een verschil in opvoedingsbelasting (Tabel 4). Tussen het begin en drie maanden na het einde van de interventie verklaarden de drie methoden groepen 3,6% van de variantie in het verschil in opvoedingsbelasting ( $F(3,135) = .036, p < .18$ ). In Tabel 4 is af te lezen dat hierbij geen significante verschillen waren ten aanzien van de verschillende methoden groepen op het verschil in opvoedingsbelasting. Dit betekent dat volgens dit model het gebruik van de verschillende methoden groepen geen significant effect had op het verschil in de opvoedingsbelasting tussen het begin en het einde van de interventie en drie maanden later.

Tabel 4 *Multipere regressieanalyse voor het effect van de methoden op de internaliserende problemen, externaliserende problemen en opvoedingsbelasting T1-T0 en T2-T0 met moderator LVB*

|                                     | Internaliserende problemen |          |         |          | Externaliserende problemen |          |         |          | Opvoedingsbelasting |          |         |          |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|---------|----------|----------------------------|----------|---------|----------|---------------------|----------|---------|----------|
|                                     | T1-T0                      |          | T2-T0   |          | T1-T0                      |          | T2-T0   |          | T1-T0               |          | T2-T0   |          |
|                                     | $\beta$                    | <i>p</i> | $\beta$ | <i>p</i> | $\beta$                    | <i>p</i> | $\beta$ | <i>p</i> | $\beta$             | <i>p</i> | $\beta$ | <i>p</i> |
| Model 1                             |                            |          |         |          |                            |          |         |          |                     |          |         |          |
| Constant                            | -5.15                      | <.001    | -7.18   | <.001    | -5.73                      | <.001    | -5.30   | <.001    | -3.96               | <.001    | -3.01   | <.006    |
| Methode groep 1                     | -.88                       | .61      | -2.49   | .42      | -1.38                      | .39      | -4.20   | .16      | -2.69               | .07      | -2.73   | .22      |
| Methode groep 2                     | 2.42                       | .58      | 9.67    | .19      | 7.30                       | .08      | 14.00   | .05*     | 1.31                | .68      | -5.09   | .23      |
| Methode groep 3                     | -2.60                      | .55      | -6.18   | .38      | -7.35                      | .07      | -11.36  | .10      | -1.15               | .72      | 6.18    | .13      |
| Model 2                             |                            |          |         |          |                            |          |         |          |                     |          |         |          |
| Constant                            | -3.36                      | .07      | -3.52   | .27      | -5.08                      | .004     | -4.54   | .15      | -2.20               | .18      | .01     | .99      |
| Methode groep 1                     | -.62                       | .72      | -2.07   | .51      | -1.34                      | .41      | -4.24   | .17      | -2.75               | .07      | -2.32   | .30      |
| Methode groep 2                     | 3.56                       | .42      | 10.27   | .17      | 7.58                       | .07      | 14.65   | .05*     | 2.03                | .54      | -4.36   | .32      |
| Methode groep 3                     | -3.41                      | .44      | -7.12   | .32      | -7.49                      | .07      | -11.88  | .09      | -1.89               | .56      | 5.03    | .23      |
| Dummy 1 LVB ouders                  | 4.57                       | .42      | 1.82    | .77      | 2.53                       | .63      | -1.31   | .83      | 1.05                | .78      | -4.52   | .26      |
| Dummy 2 LVB kind                    | -3.37                      | .23      | -5.16   | .23      | -1.74                      | .51      | -1.95   | .64      | -3.85               | .10      | -5.11   | .12      |
| Dummy 3 LVB ouders/kind             | -7.94                      | .23      | -2.55   | .76      | -1.56                      | .80      | 3.73    | .65      | 2.84                | .50      | 6.38    | .23      |
| Dummy 4 Geen LVB in gezin           | -1.94                      | .32      | -4.22   | .20      | -.76                       | .68      | -.80    | .80      | -2.11               | .23      | -3.21   | .20      |
| Model 3                             |                            |          |         |          |                            |          |         |          |                     |          |         |          |
| Constant                            | -3.24                      | .15      | -6.17   | .12      | -5.06                      | .02      | -4.33   | .26      | -1.58               | .44      | -2.90   | .31      |
| Methode groep 1                     | -7.52                      | .14      | 11.17   | .29      | -5.94                      | .22      | 7.33    | .47      | -10.17              | .04*     | 24.90   | .01**    |
| Methode groep 2                     | 4.85                       | .38      | 7.86    | .60      | 10.20                      | .05*     | 5.46    | .71      | 11.45               | .14      | -33.17  | .006**   |
| Methode groep 3                     | 6.23                       | .44      | -13.53  | .17      | -2.53                      | .74      | -18.79  | .06      | -2.82               | .61      | 10.33   | .13      |
| Dummy 1 LVB ouders                  | 4.74                       | .49      | 12.17   | .13      | -1.44                      | .82      | 5.33    | .49      | -1.92               | .70      | -.85    | .87      |
| Dummy 2 LVB kind                    | -6.64                      | .09      | -1.83   | .75      | -4.32                      | .25      | -.67    | .91      | -5.50               | .10      | .90     | .84      |
| Dummy 3 LVB ouders/kind             | -.61                       | .95      | -16.17  | .13      | 11.82                      | .16      | -7.00   | .50      | 8.15                | .21      | -1.48   | .84      |
| Dummy 4 Geen LVB in gezin           | -1.99                      | .42      | -11.42  | .74      | -.77                       | .74      | -1.43   | .73      | -2.73               | .23      | -.06    | .97      |
| LVB ouders x Methode groep 1        | 6.02                       | .63      | 11.00   | .48      | 16.44                      | .20      | 7.67    | .61      | 11.17               | .17      | -24.65  | -.05*    |
| LVB ouders x Methode groep 2        | -                          | -        | -       | -        | -                          | -        | -       | -        | -                   | -        | 15.33   | .25      |
| LVB ouders x Methode groep 3        | -                          | -        | -38.50  | .06      | -                          | -        | -23.67  | .24      | -6.14               | .59      | -       | -        |
| LVB kind x Methode groep 1          | 11.06                      | .17      | -16.17  | .28      | 8.65                       | .25      | -14.33  | .33      | 7.92                | .24      | -35.57  | .002**   |
| LVB kind x Methode groep 2          | -8.52                      | .48      | -1.86   | .93      | -10.53                     | .35      | 2.54    | .90      | -9.62               | .32      | 39.17   | .006**   |
| LVB kind x Methode groep 3          | .62                        | .96      | 14.28   | .33      | 4.67                       | .70      | 15.29   | .29      | 3.94                | .61      | -14.67  | .12      |
| LVB ouders/kind x Methode groep 1   | -10.14                     | .51      | -       | -        | -28.48                     | .05*     | -       | -        | -14.66              | .17      | 28.65   | .07      |
| LVB ouders/kind x Methode groep 2   | 4.00                       | .79      | -       | -        | 6.67                       | .64      | -       | -        | 3.77                | .69      | -25.33  | .18      |
| LVB ouders/kind x Methode groep 3   | -19.36                     | .17      | 31.75   | .09      | -12.64                     | .35      | 25.17   | .17      | -.59                | .97      | 20.08   | .09      |
| Geen LVB in gezin x Methode groep 1 | 7.22                       | .19      | -14.91  | .18      | 4.91                       | .34      | -12.57  | .25      | 8.45                | .11      | -27.74  | .006**   |
| Geen LVB in gezin x Methode groep 2 | -                          | -        | 10.47   | .38      | -                          | -        | 18.54   | .11      | -10.76              | .07      | 23.97   | .02*     |
| Geen LVB in gezin x Methode groep 3 | -12.23                     | .06      | -       | -        | -8.68                      | .15      | -       | -        | -                   | -        | -       | -        |

*Nota:* Onafhankelijke variabelen zijn: Methode groep 1 (psycho-educatie en instructie), Methode groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen en oefenen), Methode groep 3 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen, huiswerk). Afhankelijke variabelen zijn: Internaliserende problemen, Externaliserende problemen, Opvoedingsbelasting. Interactie = Methode x LVB. \**p* < .05, \*\**p* < .01

## **Effect methoden op internaliserende problemen, externaliserende problemen en opvoedingsbelasting bij gezinnen met en zonder een LVB**

De drie methoden groepen verklaarden met de moderator LVB gezamenlijk 10% van de variantie in het verschil in *internaliserende problemen tussen de start en het einde van de interventie* ( $F(16, 171) = .097, p < .31$ ). Uit de multiple regressieanalyse bleek dat het effect van de methoden op het verschil in internaliserende problemen niet verschilde tussen gezinnen waarbij er wel of geen sprake was van een vermoeden van een LVB (Tabel 4). *Tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie* verklaarden de drie methoden groepen met de moderator LVB gezamenlijk 15% van de variantie in het verschil in internaliserende problemen ( $F(15, 76) = .145, p < .61$ ). Ook hierbij zijn geen significantie verschillen gevonden ten aanzien van het effect van de methoden groepen op de internaliserende problemen tussen gezinnen waarbij er wel of geen sprake was van een vermoeden van een LVB (Tabel 4).

Ten aanzien van het verschil in *externaliserende problemen tussen de start en het einde van de interventie* verklaarden de drie methoden groepen met de moderator LVB gezamenlijk 8% van de variantie ( $F(16, 171) = .081, p < .52$ ). Het effect van methode groep 1 (psycho-educatie en instructie) op het verschil in externaliserende problemen verschilde voor gezinnen waarbij er wel of geen vermoeden van LVB was bij de ouder en het kind. Bij gezinnen waarbij zowel de ouder als het kind vermoedelijk een LVB hadden en methode groep 1 was toegepast, was er een afname in externaliserende problemen te zien. Voor de andere subgroepen van gezinnen was er geen verschil in het effect van de methoden op het verschil in externaliserende problemen (Tabel 4). Daarentegen is er met dit multi-pele regressiemodel wel een significant effect gevonden ten aanzien van het gebruik van methode groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen), namelijk een toename van externaliserende problemen (Tabel 4). *Tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie* verklaarden de drie methoden groepen met de moderator LVB gezamenlijk 15% van de variantie in het verschil in externaliserende problemen ( $F(15, 76) = .146, p < .60$ ). Het effect van de methoden groepen verschilde niet voor de andere subgroepen van gezinnen op een verschil in externaliserende problemen (Tabel 4).

De drie methoden groepen verklaarden met de moderator LVB gezamenlijk 6% van de variantie in het verschil in *opvoedingsbelasting tussen de start en het einde van de interventie* ( $F(17, 224) = .063, p < .60$ ). Met het gebruik van dit multi-pele regressiemodel met meerdere voorspellers is er een significant effect gevonden ten aanzien van het gebruik van methode groep 1 (psycho-educatie, instructie), namelijk een afname van de opvoedingsbelasting (Tabel

4). Het effect van de methoden groepen verschilde niet voor de andere subgroepen van gezinnen op een verschil in opvoedingsbelasting (Tabel 4). Ten aanzien van het verschil in opvoedingsbelasting *tussen de start en het einde van de interventie en drie maanden later* verklaarden de drie methoden groepen met de moderator LVB gezamenlijk 17% van de variantie ( $F(17, 121) = .169, p < .13$ ). Bij het gebruik van methode groep 1 (psycho-educatie en instructie) was er een toename van de opvoedingsbelasting en bij het gebruik van methode groep 2 (psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen) een afname van de opvoedingsbelasting. Het effect van methode groep 1 en 2 op het verschil in opvoedingsbelasting verschilde voor gezinnen waarbij er wel of geen vermoeden van LVB was bij de ouder en het kind. Bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij de ouders en bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij het kind waarbij methode groep 1 was toegepast, was er een sterkere afname van de opvoedingsbelasting. Het gebruik van methode groep 2 bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij het kind hing samen met een sterkere toename van de opvoedingsbelasting. Bij gezinnen met geen vermoeden van LVB en het gebruik van methode groep 1, was er een sterkere afname van de opvoedingsbelasting. Tot slot was er bij de gezinnen met geen vermoeden van LVB en het gebruik van methode groep 2 een toename van de opvoedingsbelasting.

## Discussie

Huidig onderzoek heeft onderzocht wat het effect is van de methoden voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie op de verandering in internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en de opvoedingsbelasting bij GMCP. Daarnaast is onderzocht of dit effect verschilt tussen gezinnen waar wel of geen sprake is van een vermoeden van LVB.

Ten eerste werd verwacht dat GMCP meer gebaat zouden zijn bij voordoen, oefenen en huiswerk dan bij psycho-educatie en instructie (Holwerda et al., 2014; Visscher et al., 2020b). In het eerste model verschilde het effect van de methode groepen slechts één keer, de meeste verschillen zijn echter gevonden in het model waarbij ook LVB was opgenomen als variabele. Bovenstaande verwachting is deels bevestigd, namelijk voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie hangen samen met een afname van de opvoedingsbelasting tussen het begin en drie maanden na het einde van de interventie. Een verklaring hiervoor is dat GMCP op de langere termijn mogelijk dus meer gebaat zijn bij praktische handvatten en het herhaald oefenen van vaardigheden dan bij praten (Holwerda et al., 2014). Het gebruik van alleen psycho-educatie en instructie hangt samen met een afname van de opvoedingsbelasting tussen

het begin en het einde van de interventie. Echter, tussen het begin en drie maanden na het einde van de interventie was er met het gebruik van dezelfde methoden juist sprake van een toename van de opvoedingsbelasting. Dit zou kunnen komen doordat GMCP vaak een blijvende behoefte aan hulp en ondersteuning hebben (Morris, 2013) en in onderzoek vaker wordt gezien dat effecten op de langere termijn vaak minder groot zijn (Van Assen et al., 2020). Ten aanzien van de internaliserende en externaliserende problemen zijn er met het gebruik van de verschillende methoden groepen geen significante afnames van de problemen gevonden aan het einde van de interventie en drie maanden daarna. Daarentegen is er juist aan het einde van de interventie en drie maanden daarna sprake van een significante toename van de externaliserende problemen bij het gebruik van voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de methoden vooral worden toegepast op ouders (Tausenfreund et al., 2016; Visscher et al., 2022) met als gevolg dat de opvoedingsbelasting wel afneemt drie maanden na het einde van de interventie, maar het effect van de methoden niet direct samenhangt met een afname van internaliserende en externaliserende problemen bij het kind.

Ten tweede werd verwacht dat het effect van voordoen, oefenen en huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie groter is bij GMCP waarbij er een vermoeden van een LVB is bij de ouder(s) en/of kind(eren) (Bodden & Dekovic, 2016; De Beer, 2011; Drost et al., 2019, p. 114-116; Zoon et al., 2019). Opvallend is dat juist het gebruik van alleen psycho-educatie en instructie op verschillende momenten samenhangt met een sterkere afname van problemen. Namelijk bij een vermoeden van LVB bij ouder(s) en kind(eren) hangt het gebruik van psycho-educatie en instructie samen met een afname van externaliserende problemen aan het einde van de interventie. Daarnaast is er met het gebruik van dezelfde methoden bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij de ouders en bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij het kind een sterkere afname van de opvoedingsbelasting tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er begrip en duidelijkheid is gekomen bij ouders over de problemen die spelen in het gezin, nadat er door de hulpverlener met psycho-educatie uitleg is gegeven over de oorzaak en symptomen van deze problemen (Zhao et al., 2015). Naast meer begrip en duidelijkheid over de problemen zijn ouders mogelijk ook gemotiveerd geraakt om vaardigheden te leren die de problemen verminderen (Colom, 2011). Het gebruik van de methoden voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie hangt een aantal momenten juist samen met een toename van problemen. De opvoedingsbelasting neemt namelijk toe tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde van de interventie wanneer psycho-educatie, instructie, voordoen en oefenen wordt

ingezet bij een vermoeden van LVB bij het kind en bij geen vermoeden van LVB. Hierbij kan eveneens sprake zijn van het moeilijk vasthouden van effecten (Van Assen et al., 2020). Echter kunnen de uitkomsten die anders zijn dan van te voren verwacht mogelijk ook verklaard worden omdat er literatuur is meegenomen waarbij een LVB daadwerkelijk is vastgesteld terwijl de subgroepen in dit onderzoek zijn opgesteld op basis van een vermoeden van LVB. Daarnaast kon in sommige gevallen de regressieanalyse met interactieterm(en) niet worden uitgevoerd, vanwege te kleine groepen. De methode groep waarbij de methode huiswerk ook is meegenomen heeft met huidig onderzoek geen significante resultaten opgeleverd. Dit was echter ook de kleinste groep (N=89) en dit heeft mogelijk een rol gespeeld in het uitblijven van effecten.

Er zijn verschillende statistische verklaringen die van invloed kunnen zijn op de resultaten. Een eerste mogelijke verklaring is het gebrek aan variatie in de methoden die worden gebruikt bij het aanbieden van categorie C (werken aan verandering) en D (leren van opvoedingsvaardigheden). Uit de literatuur en de beschrijvende analyse blijkt namelijk dat met name psycho-educatie en instructie veelgebruikte methoden zijn en de methoden voordoen, oefenen en huiswerk (veel) minder worden gebruikt (Visscher et al., 2020b). Hierdoor is het moeilijker om in kaart te brengen welke combinaties van methoden zorgen voor een positief resultaat voor GMCP. Zodra de moderator subgroepen, wel/geen vermoeden van LVB bij ouder(s) en/of kinderen, worden toegevoegd aan het model is er sprake van meer significante verschillen. Dit kan verklaard worden door het feit dat er meerdere voorspellers worden gebruikt en dus hiermee de error term afneemt (Moore & MacCabe, 2006).

### **Sterke punten en beperkingen**

Een sterk punt van huidig onderzoek is het gebruik van een dataset met een groot aantal gezinnen (N=499). Dit zorgde voor veel gegevens, waardoor de meeste analyses op een goede manier uitgevoerd konden worden. Een ander sterk punt was het gebruik van landelijke representatieve interventies voor GMCP met een effectsize van 0,5 of hoger, waarvan een aantal interventies ook internationaal gebruikt worden (Visscher et al., 2019). Dit vergroot de generaliseerbaarheid van dit onderzoek voor andere landen. De bestaande TIFMP kan ook als grote kracht van dit onderzoek worden gezien. De taxonomie maakte het mogelijk om op een gestructureerde en betrouwbare manier de inhoudelijke- en structurele elementen van de interventies in kaart te brengen (Visscher et al., 2019). Dit maakte huidig onderzoek mogelijk ten aanzien van de verschillende methoden die gebruikt zijn door hulpverleners in het aanbieden van hoofdcategorie C en D.

Een beperking van huidig onderzoek kan de wijze van registratie van de hulpverleners zijn. Hulpverleners hadden vier weken de tijd om te registreren welke methoden zij hadden gebruikt in het aanleren van categorie C en D. Mogelijk was het voor hen moeilijk om te bedenken welke methode zij vier weken geleden hebben ingezet. Echter zijn hulpverleners wel getraind in het registreren en zij hebben aangegeven dat deze wijze van registreren voor hen goed mogelijk was (Visscher et al., 2021). Een andere beperking is dat er geen sprake is van randomisatie, omdat het in dit geval onethisch is om gezinnen geen hulp te bieden. Dit betekent dat er ook mogelijke andere verklaringen kunnen zijn voor de resultaten. Daarentegen zijn de uitkomsten wel gecontroleerd voor de situatie van gezinnen bij aanvang van de interventies om toch op een zo goed mogelijke manier de verandering inzichtelijk te maken. Gezien de overlap in de methode groepen (voorspellende factoren) was er soms sprake van relatief hoge VIF-waardes. De resultaten dienen daarom zorgvuldig te worden geïnterpreteerd. Daarnaast was er, ook bij de significante effecten, vaak sprake van een lage verklaarde variantie waar men rekening mee dient te houden. Een laatste beperking is het gebruik van de gegevens van gezinnen met een LVB. Het gaat hierbij om een vermoeden van een LVB, omdat het afnemen van een IQ-test niet haalbaar was. Dit maakt dat deze resultaten niet direct gegeneraliseerd kunnen worden naar personen waarbij een LVB daadwerkelijk is vastgesteld. Echter maakt dit onderzoek het wel mogelijk om (huidig) onderzoek met een vermoeden van LVB en vastgestelde LVB met elkaar te vergelijken.

### **Implicaties**

Huidig onderzoek levert een bijdrage aan meer kennis over de effectiviteit van methoden die worden ingezet binnen interventies voor GMCP met en zonder een vermoeden van een LVB bij ouder(s) en/of kind(eren). Met voorzichtigheid kan gesteld worden dat het gebruik van de methoden psycho-educatie en instructie samenhangt met een afname van de opvoedingsbelasting tussen het begin en het einde van de interventie. Ten aanzien van subgroepen van gezinnen met wel/geen vermoeden van LVB hangen psycho-educatie en instructie samen met een sterkere afname van de opvoedingsbelasting tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde voor gezinnen met een vermoeden van LVB bij ouders, bij het kind en bij geen vermoeden van LVB. Daarnaast hangen dezelfde methoden samen met een afname van externaliserende problemen bij gezinnen met een vermoeden van LVB bij ouders en kinderen tussen het begin en het einde van de interventie. Het gebruik van voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie hangt samen met een sterkere afname van de opvoedingsbelasting tussen het begin van de interventie en drie maanden na het einde. Dit biedt handvatten voor de praktijk, namelijk hulpverleners kunnen psycho-educatie en instructie



en voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie blijvend en meer gebruiken, omdat het samenhangt met een afname in de opvoedingsbelasting en externaliserende problemen van het kind. Andere concrete aanbeveling is om hulpverleners te trainen in het gebruiken van de methoden voordoen, oefenen en huiswerk, omdat uit eerder en huidig onderzoek is gebleken dat deze methoden minder gebruikt worden (Visscher et al., 2020b). Hiermee kan de kwaliteit van het aanbieden van de methoden door de hulpverleners worden versterkt en/of verbeterd (Visscher et al., 2021). En vervolgonderzoek kan dan nog beter het effect van de verschillende methoden op het aanbieden van categorie C en D in kaart brengen.

Ondanks dat er een aantal significante effecten gevonden zijn, is nog specifiek onderzoek naar methoden die het meest effectief zijn voor GMCP van groot belang. Bijvoorbeeld om in kaart te brengen of er onderzoeken zijn met gezinnen waarbij een LVB daadwerkelijk is vastgesteld. Onderzoek heeft immers aangetoond dat de behoeften van ouder(s) en/of kind(eren) met een LVB en zonder een LVB, verschillen (Neece & Lima, 2016; Schuiringa et al., 2017; Soenen et al., 2016). Hiermee kunnen mogelijke gevonden effecten met de effecten van huidig onderzoek vergeleken worden met als doel om interventies te versterken en op maat te maken voor GMCP (met een (vermoeden van) LVB) (Visscher et al., 2021).

### **Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat het gebruik van de methoden psycho-educatie en instructie en het gebruik van voordoen en oefenen bovenop psycho-educatie en instructie tijdens de interventie en drie maanden na het einde samenhangt met een afname van problemen bij GMCP met en zonder een vermoeden van LVB bij ouder(s) en/of kind(eren). Echter hangt het gebruik van dezelfde methoden op verschillende momenten ook samen met een toename van problemen. Het gebruik van voordoen, oefenen én huiswerk bovenop psycho-educatie en instructie hing met huidig onderzoek niet samen met een afname van problemen bij (subgroepen van) GMCP. Met de verschillende gevonden effecten voor (subgroepen van) GMCP wordt het belang van het afstemmen van interventies op specifieke kenmerken van GMCP nog eens duidelijk. Het is belangrijk dat er meer aandacht is voor het gebruik van de methoden in de praktijk door enerzijds de hulpverleners te trainen in het gebruik van de verschillende methoden en anderzijds vervolgonderzoek naar de gevonden effecten te realiseren.

## Literatuurlijst

- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Aseba.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria (DSM-5). Nederlandse vertaling van de Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. Boom.
- Blase, K. & Fixsen, D. L. (2013). Core intervention components: Identifying and operationalizing. *ASPE Research Brief*, 21. <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
- Bodden, D. H. M. & Deković, M. (2016). 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>
- Colom, F. (2011). Keeping therapies simple: psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 338-340. <https://doi:10.1192/bjp.bp.110.090209>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., Van Pagée, R., Nieuwhoff, R. & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioural problems during youth care involvement. *Child & Family Social Work*, 24, 467-476. <https://doi.org/10.1111/cfs.12626>
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., Westerdijk, I. & Scholte, R. H. J. (2020). Parental empowerment and child behavioral problems in single and two-parent families during family treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2824-2835. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01795-1>
- De Beer, Y. (2011). *De kleine gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Kluwer.
- Drost, J. Y., Brada, Y. & Luiten, C. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen en licht verstandelijke beperking. In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (pp. 114-116). Lemniscaat Rotterdam.

- Egberink, I.J.L., De Leng, W.E. & Vermeulen, C.S.M. (5 juni 2022). COTAN-beoordeling 1999, Child Behavior Checklist, CBCL. Geraadpleegd op 10 oktober, van [www.cotandocumentatie.nl](http://www.cotandocumentatie.nl)
- Egberink, I.J.L., De Leng, W.E. & Vermeulen, C.S.M. (23 mei 2022). COTAN- beoordeling 2017, Opvoedingsbelasting Vragenlijst, OBVL. Bekeken via [www.cotandocumentatie.nl](http://www.cotandocumentatie.nl)
- Evenboer, K.E., Huyghen, A.M.N., Tuinstra, J., Reijneveld, S.A. & Knorth, E.J. (2012). “Taxonomic systems in the field of health care, family care, and child and youth care: a systematic overview of the literature”, *Children and Youth Services Review*, 34(12), 2304-10. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.chilyouth.2012.08.007>
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A. & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Contextspecific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.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]*. University Medical Centre Groningen.
- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Cammack, N., Strieder, F. H., Chorpita, B. F. & 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>
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Gonzalez, A., Henderson, C. E., Dakof, G. A. & Greenbaum, P. E. (2006). Changing provider practices, program environment, and improving outcomes by transporting Multidimensional Family Therapy to an adolescent drug treatment setting. *American Journal on Addictions*, 15, 102-112. <https://doi.org/10.1080/10550490601003698>
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M. & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: The need for a scientific method. *Implementation Science*, 4(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Michie, S., Hyder, N., Walia, A. & West, R. (2011). Development of a taxonomy of behaviour change techniques used in individual behavioural support for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 36(4), 315–319. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.11.016>

- Moore, D. S. & MacCabe, G. P. (2006). *Statistiek in de praktijk: theorieboek (5<sup>de</sup> editie)*. Academic Service.
- Morris, K. (2013). Troubled families: Vulnerable families' experiences of multiple service use. *Child and Family Social Work, 18*(2), 198–206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2011.00822.x>
- Nakamura, B. J., Ebesutani, C., Bernstein, A. & Chorpita, B. F. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 178–189. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9119-8>
- Neece, C. L. & Lima, E. J. (2016). Interventions for parents of people with intellectual disabilities. *Current Developmental Disorders Reports, 3*(2), 124–128. <https://doi.org/10.1007/s40474-016-0088-4>
- O'Brien, R. M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality & Quantity, 41*(5), 673–690. <https://doi.org/10.1007/s11135-006-9018-6>
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health, 11*(3), 142–149. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>
- Schuiringa, H., Van Nieuwenhuijzen, M., De Orobio, B. & Matthys, W. (2017). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology, 23*(4), 442–462. <https://doi:10.1080/09297049.2015.1135421>
- Soenen, S., Van Berckelaer-Onnes, I. & Scholte, E. (2016). A comparison of support for two groups of young adults with mild intellectual disability. *British Journal of Learning Disabilities, 44*(2), 146–158. <https://doi:10.1111/bld.12127>
- Spratt, T. & Devaney, J. (2009). Identifying families with multiple problems: Perspectives of practitioners and managers in three nations. *British Journal of Social Work, 39*(3), 418–434. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm151>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J. & Grietens, H. (2016). Families in multiproblem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services, 37*(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>
- Van Assen, A. G., Knot-Dickscheit, J., Post, W. J. & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review

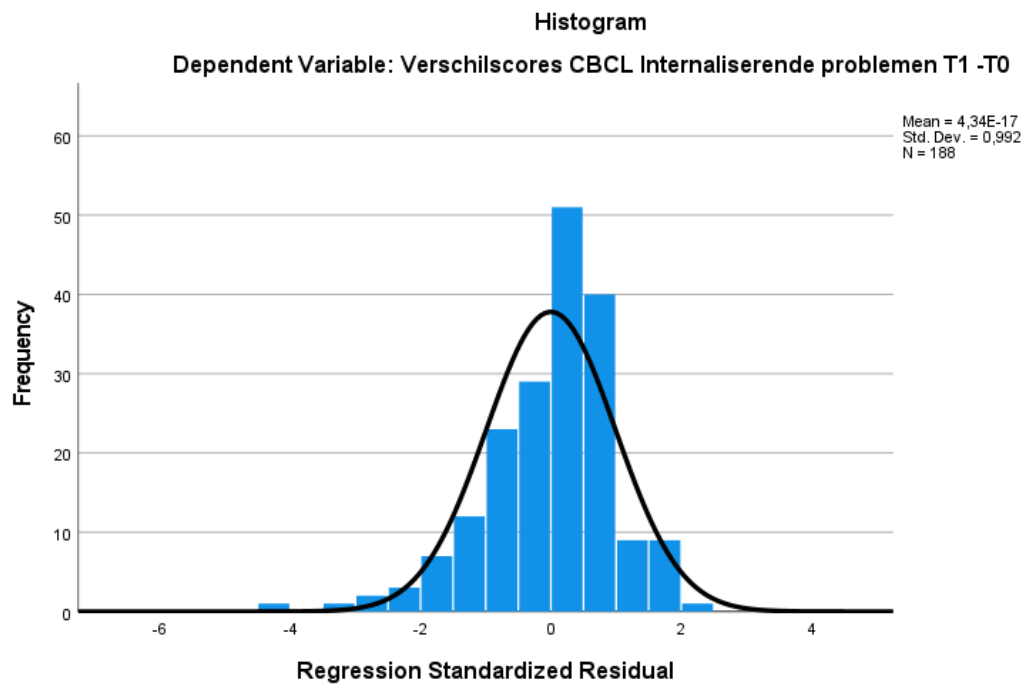
- and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 104994. <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104994>
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J. M., Doreleijers, T. A. H., van Domburgh, L. & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Veerman, J. W. & De Meyer, R. (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Praktikon. Geraadpleegd op 3 juni 2022, van [https://iag-nederland.nl/images/Rapport\\_Veerman\\_IAG\\_200107\\_DEF.pdf](https://iag-nederland.nl/images/Rapport_Veerman_IAG_200107_DEF.pdf)
- Verhulst, F. C., Van der Ende, J. & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC
- Vermulst, A. A. K. G., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L. & Veerman, J. W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)*. [Questionnaire on Parenting stress].
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D., Scholte, R., 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, K. E., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., Van Yperen, T. A., Sondejker, F., Scholte, R. H. J., Van Dam, C., Reijneveld, S. A. & Jansen, D. E. M. C. (2020a). *Taxonomie voor interventies gericht op Gezinnen met Meervoudige en Complexe Problemen*. Universitair Medisch Centrum Groningen & Rijksuniversiteit Groningen.
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Scholte, R. H. J., Van Yperen, T. A., Knot-dickscheit, J., Jansen, D. E. M. C. & Reijneveld, S. A. (2020b). Elucidating care for families with multiple problems in routine practice: Selfregistered practice and program elements of practitioners. *Children and Youth Services Review*, 111, <https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2020.104856>. 104856.
- Visscher, L., Jansen, D. E. M. C., Evenboer, E., Van Yperen, T., Reijneveld, S. & Scholte, R. (2019). Interventions for families with multiple problems: Similar contents but divergent formats. *Child and Family Social Work*, 25(1), 8–17. <https://doi.org/10.1111/cfs.12646>

- Visscher, L., Jansen, D. E. M. C., Scholte, R. H. J., Van Yperen, T. A., Evenboer, K. E. & Reijneveld, A. (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.chilyouth.2022.106495>
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., Van Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E. & Jansen, D. E. M. C. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, *00*, 1-20. <https://doi: 10.1111/famp.12745>
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, CD010823. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>.
- Zoon, M., Van Rooijen, K. & Foolen, N. (2019). *Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders?* Nederlands Jeugdinstituut.
- Zoon, M., Van Rooijen, K. & Berg-LeClercq, T. (2020). *Wat werkt in de hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen?* Nederlands Jeugdinstituut.

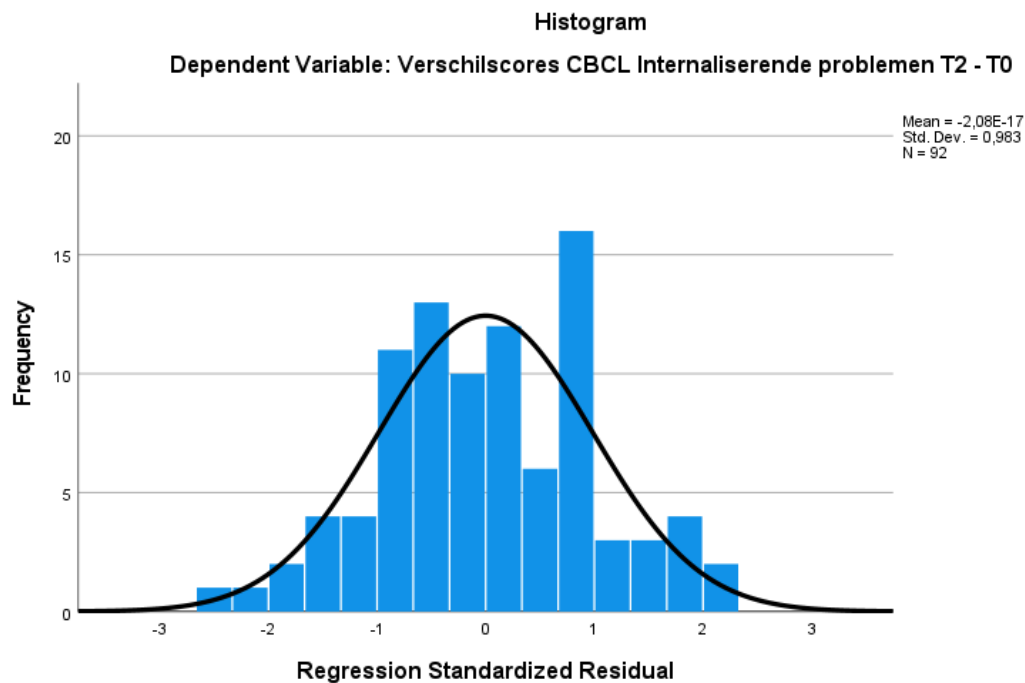
## Bijlage 1 Schematische weergave assumpties

### Normaliteit

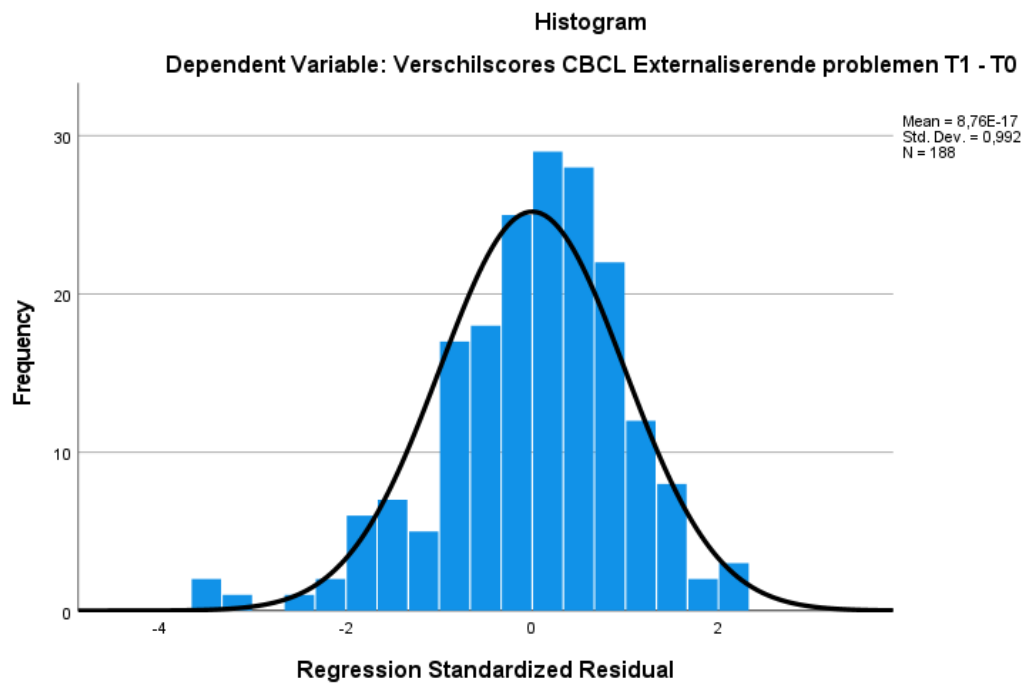
*Verschilscore internaliserende problemen T1-T0*



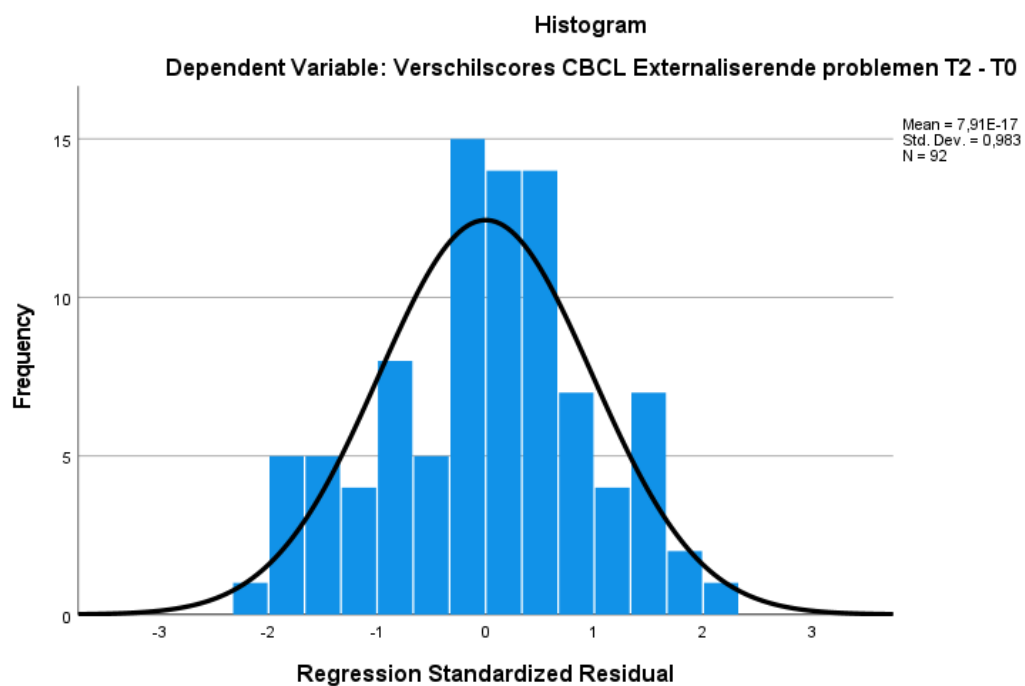
*Verschilscore internaliserende problemen T2-T0*



*Verschilscore externaliserende problemen T1-T0*

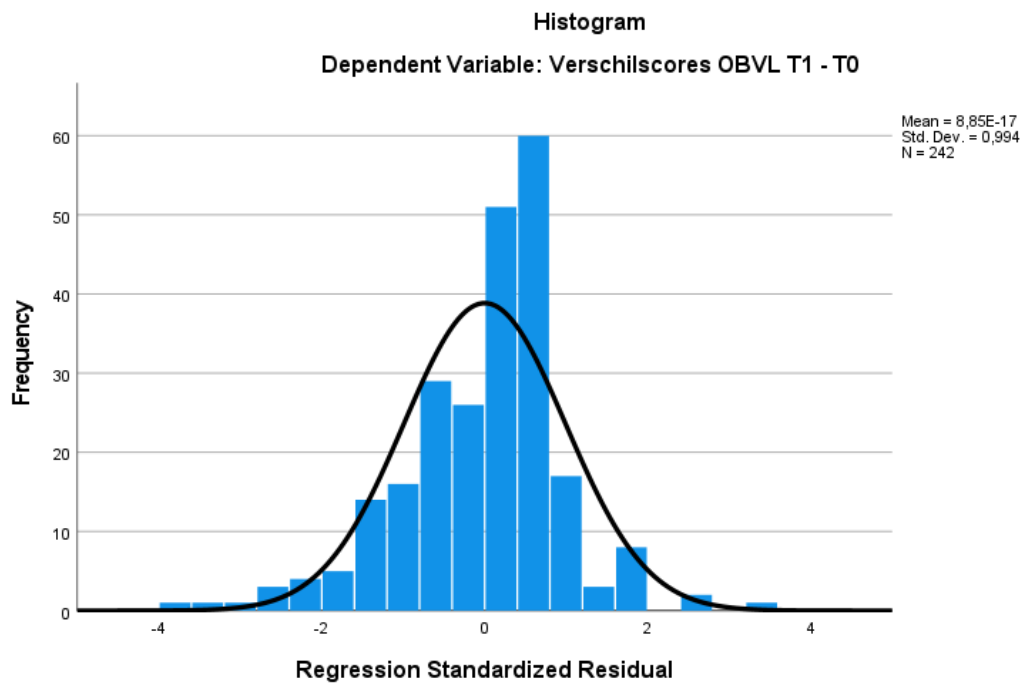


*Verschilscore externaliserende problemen T2-T0*

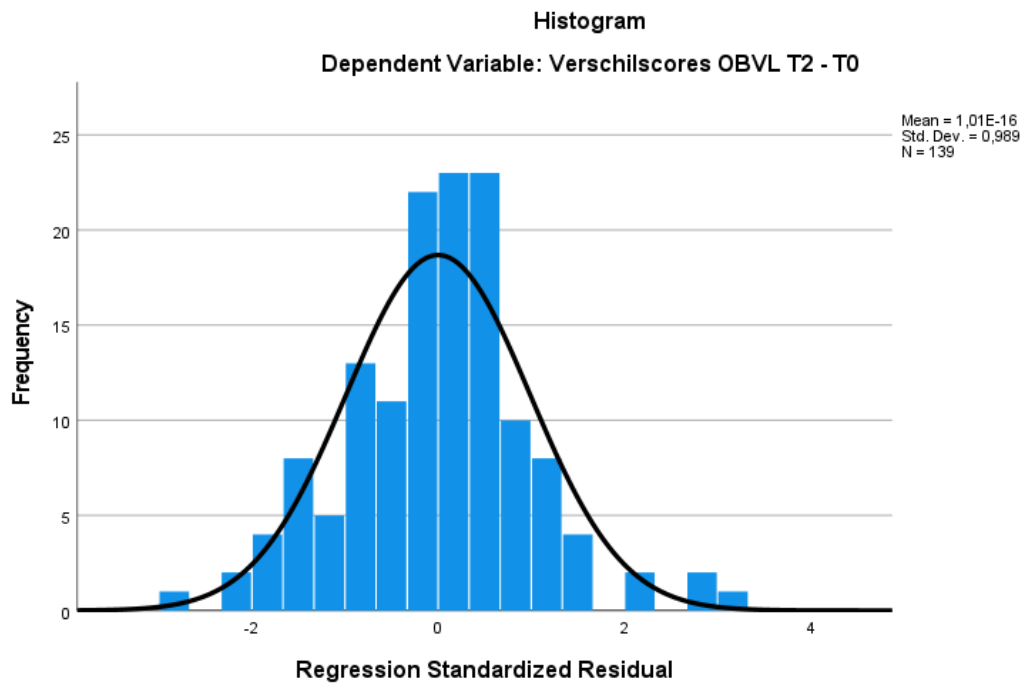




*Verschilscore opvoedingsbelasting T1-T0*

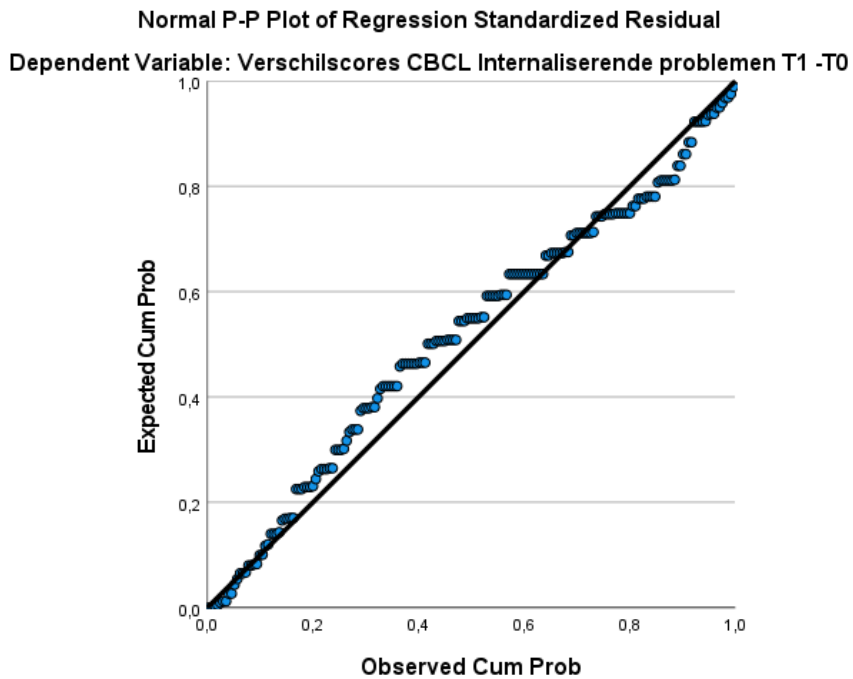


*Verschilscore opvoedingsbelasting T2-T0*

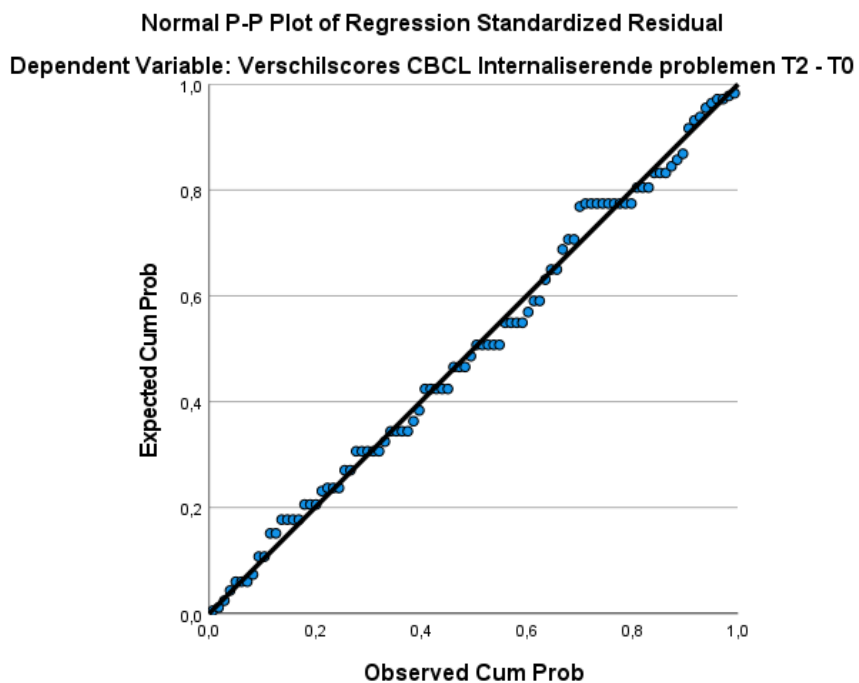


## Homoscedasticiteit

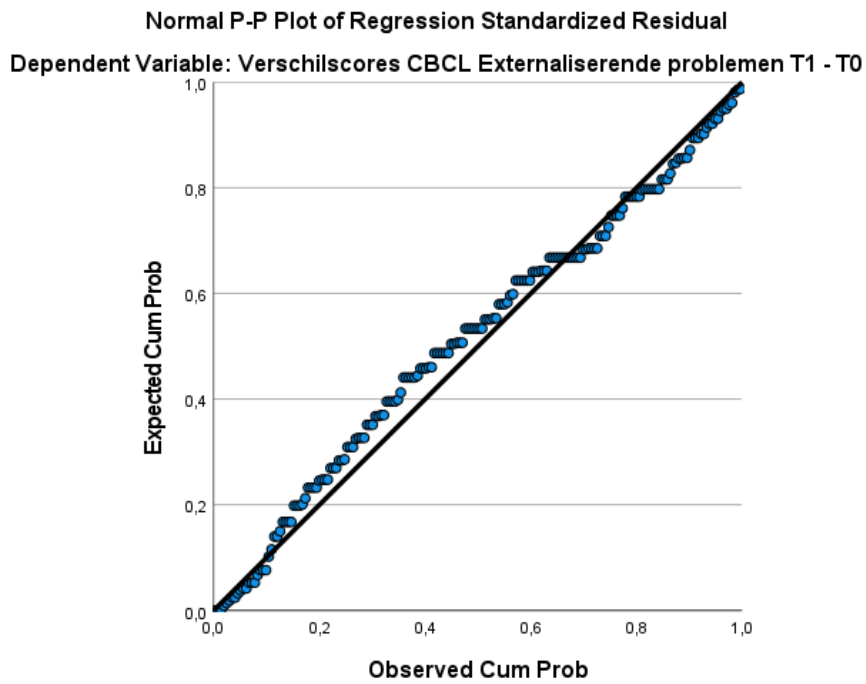
### *Internaliserende problemen T1-T0*



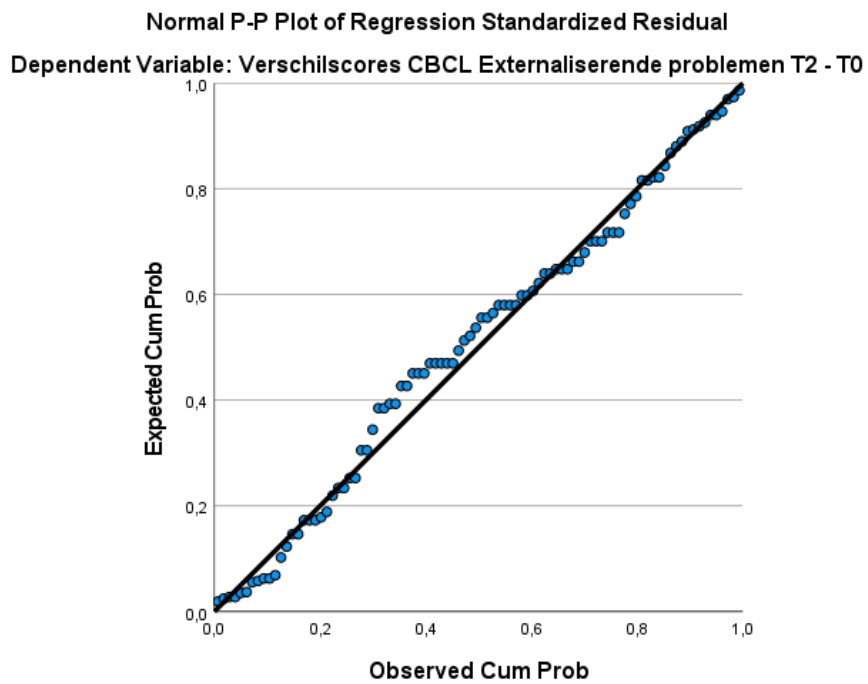
### *Internaliserende problemen T2-T0*



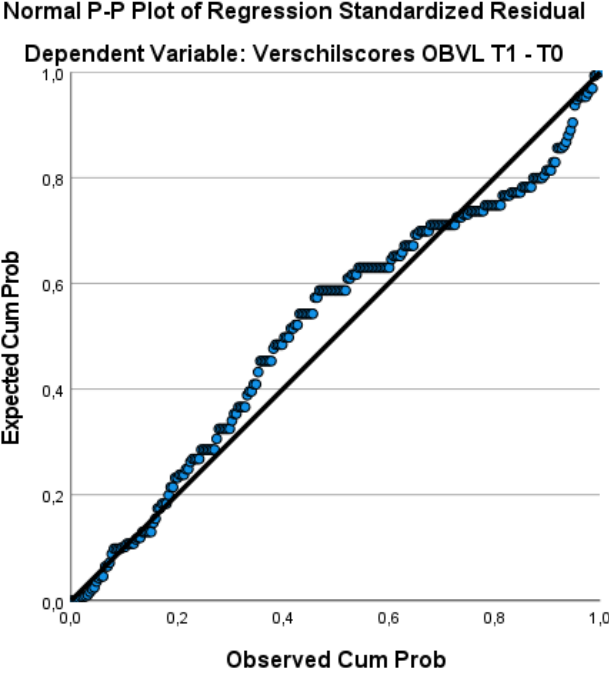
*Externaliserende problemen T1-T0*



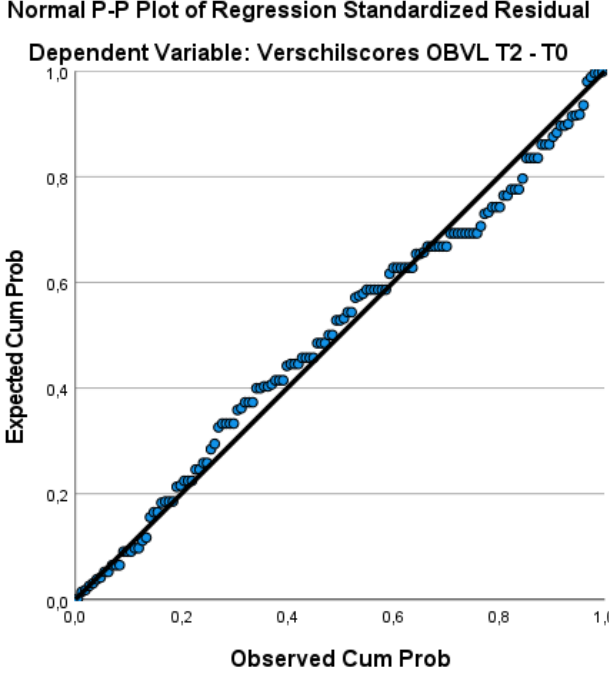
*Externaliserende problemen T2-T0*



*Opvoedingsbelasting T1-T0*



*Opvoedingsbelasting T2-T0*



## Multicollineariteit

| Internaliserende problemen T1-T0 |       |
|----------------------------------|-------|
| Methode                          | VIF   |
| Groep 1                          | 1,624 |
| Groep 2                          | 7,818 |
| Groep 3                          | 7,194 |

| Opvoedingsbelasting T1-T0 |       |
|---------------------------|-------|
| Methode                   | VIF   |
| Groep 1                   | 1,643 |
| Groep 2                   | 5,964 |
| Groep 3                   | 5,321 |

| Internaliserende problemen T2-T0 |        |
|----------------------------------|--------|
| Methode                          | VIF    |
| Groep 1                          | 2,359  |
| Groep 2                          | 11,793 |
| Groep 3                          | 10,435 |

| Opvoedingsbelasting T2-T0 |       |
|---------------------------|-------|
| Methode                   | VIF   |
| Groep 1                   | 1,991 |
| Groep 2                   | 6,319 |
| Groep 3                   | 5,329 |

| Externaliserende problemen T1-T0 |       |
|----------------------------------|-------|
| Methode                          | VIF   |
| Groep 1                          | 1,624 |
| Groep 2                          | 7,818 |
| Groep 3                          | 7,194 |

| Externaliserende problemen T2-T0 |        |
|----------------------------------|--------|
| Methode                          | VIF    |
| Groep 1                          | 2,359  |
| Groep 2                          | 11,793 |
| Groep 3                          | 10,435 |