



rijksuniversiteit  
groningen

# **De relatie tussen het betrekken van het kind en de effectiviteit van de interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen**

**Rijksuniversiteit Groningen**

**Naam:** Iris Zwerver

**Studentnummer:** 5004535

**Mastertrack:** Orthopedagogiek

**Faculteit:** Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

**Eerste beoordelaar:** dr. L. Visscher

**Tweede beoordelaar:** dr. S. Houwen

**Datum:** 2 december 2022

**Totaal aantal woorden:** 6635

## Samenvatting

Onderzoek laat zien dat kinderen weinig betrokken worden bij interventies voor gezinnen met meervoudige complexe problematiek (GMCP), terwijl families dit belangrijk vinden. Daarom is het doel van dit onderzoek om de betrokkenheid van kinderen binnen interventies voor GMCP en de verandering in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind en in de opvoedbelasting te onderzoeken. Daarnaast, is onderzocht in hoeverre er verschil is tussen drie leeftijdscategorieën van kinderen (4-12; 12-16; en 16-18 jaar).

In dit onderzoek werd een bestaande dataset van 499 GMCP gebruikt. Interventies met een minimum effect size van 0.5 (Cohen's  $d$ ) werden geselecteerd. Hulpverleners registreerden de betrokkenheid van het kind (onafhankelijke variabele) elke maand tijdens de interventie middels de GMCP-taxonomie. De internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en opvoedingsbelasting (drie afhankelijke variabelen) werden gemeten door vragenlijsten, ingevuld door ouders, aan het begin (T0), het einde (T1) en drie maanden na het einde van de interventie (T2). Meervoudige regressie analyses werden uitgevoerd met verschillen (T1-T0; T2-T0) van de afhankelijke variabelen. Tenslotte werden drie leeftijdscategorieën als moderator toegevoegd.

De resultaten lieten zien dat de betrokkenheid van het kind samenhangt met de afname in internaliserende ( $p = .047$ ) en externaliserende ( $p = .004$ ) gedragsproblemen aan het einde van de interventie. Geen significante verschillen zijn gevonden tussen de leeftijdscategorieën. We adviseren hulpverleners om kinderen meer te betrekken in interventies voor GMCP. Vervolgonderzoek kan zich richten op het in kaart brengen van verschillende soorten betrokkenheid, om vervolgens te onderzoeken welke soort betrokkenheid zorgt voor de afname in gedragsproblemen van kinderen tijdens interventies voor GMCP.

## Abstract

Research shows that children are little involved in interventions for families with multiple complex problems (FMP), while families and children find this important. Therefore, the aim of this study is to examine the involvement of children within interventions for FMP and the change in internalizing and externalizing problems of the child and in parenting stress. Furthermore, we examined if the effect differs between three age categories of children (4-12; 12-16; and 16-18 years).

In this study an existing dataset consisting of 499 families was used. Interventions were selected with a minimum effect size of 0.5 (Cohen's *d*). Practitioners registered involvement of children (independent variable) every month during the intervention by means of the FMP-taxonomy. The internalizing and externalizing problems and parenting stress (three dependent variables) were identified with questionnaires, completed by parents, at the start (T0), the end (T1) and three months after the end of the intervention (T2). A stepwise multiple regression analysis was conducted with the difference scores (T1-T0; T2-T0) on the dependent variables. Finally, three age categories were included as a moderator.

The results revealed that more involvement of the child is associated with a decrease in internalizing ( $p = .047$ ) and externalizing ( $p = .004$ ) problems at the end of the intervention. There were no significant differences between the age categories. We advise practitioners to involve children more in interventions for FMP. Furthermore, future researchers should map the different kinds of involvement and examine which kind of involvement decreases the behavioral problems of children.

## Inhoudsopgave

Inleiding .....	5
Methode.....	9
Onderzoeksdesign.....	9
Onderzoeksgroep.....	9
Procedure .....	10
Meetinstrumenten .....	10
Data analyse.....	13
Resultaten .....	14
Beschrijvende analyse .....	14
Assumpties.....	18
Betrokkenheid van het kind en de verandering in internaliserende gedragsproblemen .....	18
Betrokkenheid van het kind en de verandering in externaliserende gedragsproblemen .....	20
Betrokkenheid van het kind en de verandering in de opvoedingsbelasting .....	22
Verschil in effect van betrokkenheid kind op de verandering tussen leeftijdscategorieën ..	24
Discussie.....	25
Sterktes en beperkingen van het onderzoek .....	26
Aanbevelingen .....	27
Conclusie .....	28
Literatuurlijst.....	29
Bijlage A: Verschilscores afhankelijke variabelen .....	33
Bijlage B: Verschilscores afhankelijke variabelen tussen leeftijdscategorieën .....	34
Bijlage C: Normaliteit .....	36
Bijlage D: Lineariteit.....	39
Bijlage E: Homoscedasticiteit .....	42
Bijlage F: Multicollineariteit.....	45

## Inleiding

Zorgen voor kinderen kan voor elke ouder een uitdaging zijn, maar het is vaak nog lastiger voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP). GMCP hebben te maken met complexe problemen op verschillende leefgebieden, zoals zware opvoedingsproblemen, psychosociale problemen, gezondheidsproblemen, netwerkproblemen en problemen met justitie (Bodden & Deković, 2016; Morris, 2013; Tausendfreund et al., 2016). Wanneer kinderen opgroeien in een gezin met problemen op meerdere levensgebieden, ervaren zij vaak op latere leeftijd dezelfde problemen als hun ouders (Schoon & Melis, 2019). Doordat de ouders vaak emotioneel niet beschikbaar zijn, leren deze kinderen dat zij niet op ondersteuning vanuit hun ouders kunnen rekenen en kinderen kunnen hierdoor een ongezonde hechtingsrelatie met hun ouders ontwikkelen (Capaldo & Perrella, 2018). Deze problemen worden vaak van generatie op generatie doorgegeven en daarmee is het noodzakelijk om dit te doorbreken met een effectieve interventie. Niet alleen voor de familieleden zelf, maar ook voor de samenleving. GMCP kosten de samenleving namelijk veel geld door de vele hulpverleningstrajecten die binnen deze gezinnen worden ingezet (Van Hattum & Van Hal, 2015). Daarnaast leveren deze gezinnen een relatief lage bijdrage aan de samenleving door onder andere werkloosheid (Pannebakker et al., 2018).

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat intensieve hulpverlening, waarbij meerdere keren per week contact is tussen hulpverlener en gezin en die plaatsvindt in de thuissituatie het beste werkt bij GMCP (Lee et al., 2014; Veerman et al., 2005; Van der Steege & Zoon, 2020). Einddoelen van deze interventies zijn het voorkomen van uithuisplaatsing van het kind, het verminderen van gedragsproblemen van het kind en het verminderen van de opvoedingsbelasting van ouders (Damen et al., 2020; Ogden & Hagen, 2006; Van der Pol et al., 2017). Voorbeelden van dergelijke interventies voor GMCP, die ook in dit onderzoek worden meegenomen, zijn Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionele Familie Therapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsondersteuning (IAG), Families First (FF), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor Toekomst (10vT), en Triple P 4-5 (Evenboer et al., 2018). Door onderzoeken (Damen et al., 2019; Damen et al., 2020; Veerman & De Meyer, 2019) is de effectiviteit van deze interventies voor GMCP aangetoond. Zo lieten deze onderzoeken zien dat het probleemgedrag van het kind en de opvoedingsbelasting van de ouder lijken te zijn verminderd.

Er is vooral veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze interventies als geheel, maar er is nog weinig zicht op wat nu maakt dat een interventie bepaalde uitkomsten laat zien. Daarom is er de afgelopen tijd een sterkere focus gekomen op onderzoek naar de

inhoud van interventies voor GMCP en hun werkzame elementen. Werkzame elementen zijn volgens Van Yperen et al. (2010) een belangrijk onderdeel van de interventies, omdat ze voor 40% de effectiviteit van de interventie bepalen. Andere factoren waaraan het effect van de interventie kan worden toegewezen zijn ‘algemeen werkzame factoren’ (30%), zoals de therapeutische relatie; ‘de methodiek’ (15%); en ‘een placebo-effect’ (15%) (Van Yperen et al., 2010). Uit recent onderzoek van Visscher et al. (2019) naar de inhoud en effectiviteit van de acht eerdergenoemde interventies voor GMCP blijkt dat deze interventies veelal dezelfde inhoudelijke elementen bevatten, maar verschillen in de structuur waarin ze worden aangeboden (Visscher et al., 2019). Structuurelementen zijn aspecten van de opbouw van een interventie, zoals de frequentie en duur van de bezoeken aan GMCP tijdens de interventie. Inhoudelijke elementen hebben betrekking op de inhoud van een interventie. Dit zijn bijvoorbeeld elementen zoals voordoen, het leren van sociale vaardigheden, het stellen van grenzen en responsief reageren (Lee et al., 2014). Evenboer et al. (2019) concludeerden daarnaast dat er een breed scala aan elementen wordt aangeboden aan GMCP gedurende de hulpverlening, waarmee het hulpverleners lijkt te lukken om problemen van GMCP te stabiliseren en zelfs te zorgen voor een afname van de problemen.

Volgens Visscher et al. (2022) bleek dat de interventies voor GMCP zich meer focussen op de ouders (53%-62%) dan op kinderen (26%-32%). Tausendfreund et al. (2015) ontdekten dat tijdens de interventies voor GMCP in Nederland, de hulpverleners slechts zelden direct werkten met de kinderen en zich vooral richtten op de ouders. Zij toonden aan dat 5% van de interventies van de hulpverleners gericht waren op het kind en 17% van de interventies werden ingezet op het kind en de ouder samen. De overige ruim 70% van de activiteiten van de hulpverlener waren alleen gericht op de ouders. Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat bestaande interventies voor GMCP in de praktijk vooral gericht zijn op de ouder en kinderen weinig worden betrokken.

Enkele interventies voor GMCP benoemen echter in hun handleiding wel hoe zij jongeren betrekken bij de geboden hulp. Deze interventies geven in de handleiding aan dat zij zich richten op het verhogen van de behandelmotivatie van de jongere, het aanleren van het vermijden van problematische situaties aan de jongere, het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, het versterken van de gezinsband en op het helpen van de jongere met het behalen van de persoonlijke doelen (Hoogeveen et al., 2017), een voorbeeld hiervan is MDFT. Waar deze interventie zich meer richt op de jongere om de gedragsproblemen te laten afnemen, noemen andere interventies in de handleiding, zich alleen op de ouders te richten. Hier is het doel om de gedragsproblemen van het kind te verminderen

door ouders meer en systematischer effectieve opvoedingsstrategieën te leren toepassen, een voorbeeld hiervan is de interventie PMTO (Forgatch et al., 2004).

Hoewel bestaande interventies voor GMCP zich in de praktijk voornamelijk blijken te richten op de ouder, vinden gezinnen het belangrijk dat het kind meer wordt betrokken bij de interventie, zodat hij of zij zich gehoord voelt en ook een stem heeft in de geboden hulp (Visscher et al., 2022). Volgens gezinnen hoeft dit niet te betekenen dat het kind bij elk gesprek met de hulpverlening aanwezig is, maar kan dit ook bereikt worden als de hulpverlener af en toe tijd apart doorbrengt met het kind. Daarnaast kan het kind betrokken worden bij de evaluatie over de voortgang van de hulp (Visscher, 2022).

In de Richtlijnen voor GMCP (Richtlijnen Jeugdhulp, z.d.) staat niet beschreven in hoeverre kinderen betrokken moeten worden in de interventie. In de Richtlijnen wordt wel gesproken over persoonlijke doelen stellen met het gezin, maar hierbij wordt niet genoemd of dit met de ouders, met het kind of met beiden gedaan wordt. Uit een onderzoek van Van Bijleveld et al. (2013) blijkt dat kinderen vinden dat ze altijd moeten participeren binnen interventies. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat hulpverleners barrières ervaren bij het betrekken van kinderen, omdat zij de kinderen als kwetsbaar zien en hen niet bij alle beslissingen willen betrekken en belasten.

Tegelijkertijd laten kinderen vaak nog gedragsproblemen zien wanneer de interventie stopt (Al et al., 2012; Van Assen et al., 2020; Veerman et al., 2005). Het onderzoek van Veerman et al. (2005) liet een matig effect zien in het verminderen van de emotionele- en gedragsproblemen van kinderen door interventies voor GMCP. Ondanks dat er een lichte afname is, zijn er nog steeds veel gevallen zichtbaar met aanzienlijke problemen bij het kind na de interventie (Veerman et al., 2005). Verder werden er geen onderzoeken gevonden die de effecten op het kind meten. Mogelijk zouden de gedragsproblemen van kinderen blijven bestaan, doordat zij onvoldoende worden betrokken bij interventies. Doordat deze gedragsproblemen van kinderen blijven bestaan kan het zijn dat ouders de opvoedingsbelasting als hoog blijven ervaren. Er is nog geen kwantitatief onderzoek waarin is gekeken of het betrekken van kinderen leidt tot een sterkere afname van de gedragsproblemen van het kind en/of van de opvoedingsbelasting van de ouders.

In Nederland wordt de betrokkenheid van kinderen binnen de jeugdzorg onder andere gebaseerd op de leeftijd van het kind. Het Burgerlijk Wetboek maakt onderscheid tussen drie leeftijdscategorieën (Richtlijnen Jeugdhulp, z.d.). Bij kinderen tot twaalf jaar beslissen de ouders met gezag over de hulp aan hun kind en speelt de wil van het kind geen rol, maar zal de hulpverlener de wensen van het kind zoveel mogelijk bij beslissingen over de hulp moeten

betrekken. Van twaalf tot en met vijftien jaar is er toestemming nodig van zowel de ouder als van de jeugdige zelf, bij bijvoorbeeld het inzetten van hulpverlening. Bij zestien jaar en ouder kan de jongere zelfstandig bepalen of hij alleen met de hulpverlener wil praten of behandeling wil ondergaan. Wanneer een jongere boven de zestien is moet er ook eerst toestemming aan de jongere gevraagd worden om de ouders te informeren. Deze leeftijdscategorieën worden meegenomen in het onderzoek, zodat er specifiekere gekeken kan worden in welke leeftijdscategorieën het van belang is om het kind te betrekken.

Dit onderzoek richt zich dan ook op de betrokkenheid van het kind binnen interventies voor GMCP en hoe dit samenhangt met de verandering in de gedragsproblemen van het kind en verandering in de ervaren opvoedingsbelasting van de ouders. De onderzoeksvragen van dit onderzoek zijn: ‘In hoeverre hangt de mate van betrokkenheid van het kind binnen de interventie voor GMCP samen met de verandering in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind en de verandering in opvoedingsbelasting van de ouders? En in hoeverre verschilt dit voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar, 12 tot 16 jaar en 16 tot 18 jaar?’



## **Methode**

### **Onderzoeksdesign**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt er gebruik gemaakt van een bestaande kwantitatieve dataset (Visscher et al., 2021). Deze dataset is verkregen door een landelijk quasi-experimenteel onderzoek gericht op interventies die ingezet worden binnen GMCP. De dataset bestaat uit gegevens van zorgtrajecten van 499 GMCP. De medisch ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen heeft op 7 maart 2016 toestemming gegeven voor dit onderzoek (METc2016.005).

### **Onderzoeksgroep**

De GMCP werden geworven door een drie-stappenprocedure te volgen. Eerst werden de interventies geselecteerd die gericht zijn op GMCP in Nederland en een minimale effectgrootte hebben van 0.5 Cohen's  $d$  met betrekking tot de gedragsproblemen van het kind of de opvoedingsbelasting van de ouders. De acht interventies die werden geselecteerd waren Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionele Familie Therapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsondersteuning (IAG), Families First (FF), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor Toekomst (10vT), en Triple P 4-5 (Evenboer et al., 2018). Vervolgens zijn 47 jeugdhulporganisaties, die tenminste één van de acht geselecteerde interventies hebben aangeboden, gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Dit resulteerde in 26 deelnemende organisaties. Tussen de deelnemende en niet-deelnemende organisaties zijn geen verschillen in doelgroep of grootte. Ten derde zijn GMCP geïncludeerd 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 verzorger die de interventie ontving tenminste vier jaar oud zijn. Kinderen jonger dan vier jaar werden uitgesloten in de studie omdat sommige van de interventies in deze studie niet geschikt zijn voor kinderen van deze leeftijd (bijv. MST of MDFT) (Visscher et al., 2018). Er zijn 12 gezinnen uitgesloten omdat het kind bij aanvang van de interventie jonger was dan 4 jaar. De interventies Triple P 4-5 en FF werden uitgesloten, omdat deze interventies bij te weinig gezinnen werden ingezet (respectievelijk één en negen gezinnen). Hierdoor was er te weinig informatie en was bij FF de behandeling te kort om het effect te kunnen meten. Van de 499 geïncludeerde gezinnen zijn uiteindelijk nog 26 gezinnen uitgesloten, vanwege missende gegevens. Dit onderzoek richt zich op kinderen tussen de 4 en 18 jaar. Van de 499 kinderen in GMCP is 60,7% een jongen. 156 kinderen zijn 4 tot 12 jaar,

191 kinderen zijn 12 tot 16 jaar en 109 kinderen zijn 16 tot 18 jaar. De gemiddelde leeftijd ligt op 12,05 jaar.

## **Procedure**

Allereerst kregen de deelnemende teams, bestaande uit hulpverleners, uitleg over het onderzoek tijdens een kennismakingsgesprek met de onderzoeker van het oorspronkelijke onderzoeksproject. Hierbij werd achtergrondinformatie over het onderzoek gegeven, zijn de doelstellingen besproken, de procedures uitgelegd en de vragenlijsten besproken. Ook zijn de hulpverleners getraind in het registreren van de verschillende elementen van de taxonomie van interventies voor GMCP. Doormiddel van een folder of video konden de hulpverleners de ouders informeren over het doel en de procedure van het onderzoek. Hierna is er door alle ouders informed consent gegeven voor deelname aan het onderzoek. Na het ontvangen van de toestemming zijn de T0-vragenlijsten zo snel mogelijk gestuurd naar de hulpverlener en de ouders. De T1-vragenlijsten zijn op de einddatum van de interventie verstuurd naar de hulpverlener en de ouders en de T2-vragenlijst is drie maanden na afloop van de interventie gestuurd naar de ouder. De hulpverlener en de ouders hadden 21 dagen om de vragenlijst in te vullen en ontvingen na twee weken een herinnering. Voor elk ingevulde vragenlijst ontvingen de ouders een VVV-cadeaubon ter waarde van tien euro.

## **Meetinstrumenten**

### *Betrokkenheid kind*

Om de betrokkenheid van het kind binnen de interventies te meten is de ‘Taxonomie voor interventies gericht op gezinnen met meervoudige en complexe problemen’ (GMCP-taxonomie) gebruikt (Visscher et al., 2018). De GMCP-taxonomie is een instrument om inhoudelijke elementen (53 technieken onderverdeeld in acht hoofdcategorieën die gebruikt kunnen worden door hulpverleners om positieve resultaten te bevorderen) en structurelementen (de elementen die het kader vormen waarbinnen de interventie worden uitgevoerd) van interventies voor GMCP in kaart te brengen (Lee et al., 2014). De 53 technieken, zoals werken aan communicatie, helpen met financiën, praten over verwachtingen, werden onderverdeeld in de volgende acht hoofdcategorieën: inventariseren en ordenen van informatie, planning en evaluatie, werken aan verandering, leren van opvoedingsvaardigheden, ondersteuning bij taken, sociaal netwerk activeren, professioneel netwerk activeren en als laatste onderhouden van de samenwerking. De structurelementen in

de GMCP-taxonomie bestaan uit zes categorieën, namelijk de duur, intensiteit, supervisie, intervisie, consultatie en 24-uurs bereikbaarheid (Visscher et al., 2018).

De hulpverlener vulde elke vier weken gedurende de interventie een online vragenlijst in. In deze online vragenlijst vulde de hulpverlener in welke structurelementen werden toegepast en werd er ingevuld per hoofdcategorie welke inhoudelijke elementen er werden toegepast. Na registratie van een inhoudelijk element werd ook geregistreerd wie de ontvanger was van dit element. De antwoordcategorieën waren: ‘de jeugdige’, ‘de ouder’, ‘de broers/zussen’ en ‘de omgeving’. Om de betrokkenheid van het kind vast te stellen werd er in dit onderzoek gemeten hoe vaak ‘de jeugdige’ gedurende de interventie als ontvanger van een inhoudelijk element werd aangemerkt door de hulpverlener.

De gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid over de acht interventies van de GMCP-taxonomie is 84,9% (Visscher et al., 2018). Dit geeft aan dat de elementen op een betrouwbare manier gemeten kunnen worden.

#### *Internaliserende en externaliserende gedragsproblemen*

De eerste twee uitkomstmaten betreffen internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind, gemeten door middel van de Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001). De CBCL is ingevuld door de ouders om het probleemgedrag van hun kind te kwantificeren. Deze vragenlijst werd ingevuld door de ouder op drie verschillende meetmomenten. Aan het begin van de interventie (T0), aan het einde van de interventie (T1) en drie maanden na het einde van de ontvangen interventie (T2). Bij elke stelling gaven de ouders op een driepunt Likertschaal aan in hoeverre een probleem aanwezig is geweest bij hun kind in de afgelopen maanden (Achenbach & Rescorla, 2001). De ouders hadden als antwoordmogelijkheid ‘helemaal niet’, ‘een beetje of soms’ en ‘duidelijk of vaak’. De schaal internaliserende problemen bestaat uit de subschalen teruggetrokken/depressief, angstig/depressief en lichamelijke klachten. De subschalen voor externaliserende problemen zijn normafwijkend gedrag en agressief gedrag. De scores op het internaliserende probleemgedrag en op het externaliserende probleemgedrag werden in dit onderzoek apart geanalyseerd (Achenbach & Rescorla, 2001). Het gaat hierbij om continue afhankelijke variabelen. De ruwe scores werden omgezet in t-scores. 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. Een hogere t-score geeft aan dat de ouder meer gedragsproblemen bij het kind ervaart. Middels de t-score worden verschilcores berekend. Deze geeft de verandering weer tussen T0 en T1 (T1-T0) en

tussen T0 en T2 (T2-T0). Hierdoor wordt inzichtelijk in hoeverre de gedragsproblemen van het kind zijn toe- of afgenomen. Uitspraken over de effectiviteit van de interventies werden in dit onderzoek gedaan op basis van de verandering in t-scores.

De CBCL is een veelgebruikt meetinstrument met een goede betrouwbaarheid. De Cronbach's alfa van deze steekproef voor het externaliserende probleemgedrag was 0,92 en voor het internaliserende probleemgedrag was de Cronbach's alfa 0,88. Daarnaast beoordeelt het COTAN de begripsvaliditeit als 'goed' en de criteriumvaliditeit als 'voldoende' (Cotan, 1999).

### *Opvoedingsbelasting*

De derde uitkomstmaat is de opvoedingsbelasting van de ouder. Dit is gemeten door middel van de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) (Vermulst et al., 2012). De ouders vulden deze vragenlijst individueel in om de ervaren opvoedingsbelasting te meten. Dit werd gedaan aan het begin van de interventie (T0), aan het einde van de interventie (T1) en drie maanden na het einde van de ontvangen interventie (T2). De vragenlijst bestaat uit uitspraken over hoe ouders hun kind ervaren, hoe ze met hun kind omgaan en hoe zij zichzelf voelen. Ouders geven aan in hoeverre de uitspraken voor hen gelden op een vierpunts Likertschaal: 1= geldt niet tot 4 = geldt helemaal (Vermulst et al., 2012). De OBVL bestaat uit de volgende vijf subschalen: problemen opvoeder-kindrelatie; problemen met opvoeden; depressieve stemmingen; rolbeperking; en gezondheidsklachten. In dit onderzoek worden de t-scores van de totale opvoedingsbelasting meegenomen. Een hogere t-score geeft aan dat de ouder een hogere opvoedingsbelasting ervaart. Met de t-score worden verschilcores berekend. Deze geeft de verandering weer tussen T0 en T1 en tussen T0 en T2. Hierdoor wordt inzichtelijk in hoeverre de ervaren opvoedingsbelasting van de ouder is toe- of afgenomen tijdens en na de interventie. De Cronbach's alfa van de onderzoekssteekproef was 0,94. Op de begripsvaliditeit (de mate waarin de test het begrip meet) scoort de OBVL een 'voldoende', maar op de criteriumvaliditeit (de mate waarin een test een voorspellende waarde heeft) scoort het een 'onvoldoende'. De handleiding van de OBVL stelt dat de vragenlijst niet ontwikkeld is voor voorspellend gebruik (COTAN, 2017). Er wordt in dit onderzoek toch voor de OBVL gekozen, omdat het niet ingezet wordt om voorspellingen te doen.

### *Leeftijd kinderen*

Als laatste is de leeftijd van het kind gemeten. Deze antwoorden zijn gecategoriseerd in drie leeftijdscategorieën: 4 tot 12 jaar oud; 12 tot 16 jaar oud; en 16 tot 18 jaar oud. Er is

gekozen om de verschillen tussen leeftijden te bekijken, omdat er van een vierjarige een andere betrokkenheid wordt verwacht binnen een interventie, dan van een zeventienjarige (Richtlijnen Jeugdhulp, z.d.). Ook het Burgerlijk Wetboek maakt onderscheid in het betrekken van het kind op basis van leeftijd. Hoe ouder een kind wordt hoe meer verantwoordelijkheid het kind krijgt binnen een interventie.

## **Data analyse**

In dit onderzoek werd er gekeken of de betrokkenheid van het kind samenhangt met een verandering in de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind en in de opvoedingsbelasting van de ouders. Allereerst worden de beschrijvende analyses weergegeven. Hierbij worden gemiddelden en standaarddeviaties van de variabelen internaliserende- en externaliserende gedragsproblemen en de ervaren opvoedingsbelasting beschreven. Tevens worden de beschrijvende statistieken van deze variabelen gegeven voor de verschilscores (T1-T0; T2-T0).

Voorafgaand aan de meervoudige regressieanalyses zijn de assumpties normaliteit, lineariteit, homoscedasticiteit en multicollineariteit gecontroleerd. Wanneer er geen sprake is van schending van deze assumpties, worden er meervoudige regressieanalyses uitgevoerd waarbij de afhankelijke variabelen (opvoedingsbelasting, internaliserende en externaliserende gedragsproblemen) worden voorspeld met behulp van de onafhankelijke variabele (betrokkenheid van het kind bij de interventies voor GMCP).

Het eerste model bevat in hoeverre de betrokkenheid van het kind samenhangt met de verandering in de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. Het tweede model laat zien in welke mate de leeftijdscategorieën samenhangen met de verandering in de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en opvoedingsbelasting. Dit is gedaan door dummyvariabelen te maken van deze categorische variabele. Leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar is groep 0; leeftijdscategorie 12 tot 16 jaar is groep 1; en leeftijdscategorie 16 tot 18 jaar is groep 2. De leeftijdscategorieën 12 tot 16 en 16 tot 18 worden vergeleken met de leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar.

Tenslotte wordt in het derde model, de moderatoranalyse, gekeken naar het effect van de betrokkenheid van het kind op de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind en de opvoedingsbelasting en in hoeverre dit verschilt voor de drie leeftijdscategorieën. Om dit te bewerkstelligen zijn van de leeftijdscategorieën interactietermen gemaakt (betrokkenheid van het kind x de leeftijdscategorie).

## Resultaten

### Beschrijvende analyse

Uit de beschrijvende analyse bleek dat de betrokkenheid van het kind ligt op een gemiddelde van 39,92 ( $SD = 42.70$ ). Dit geeft aan dat de hulpverlener het kind gemiddeld 39,92 keer als ontvanger van een element heeft aangemerkt (zie Tabel 1). Hierbij lag het minimum op 0 en het maximum op 329. Dit geeft aan dat sommige kinderen niet werden betrokken bij de interventie, waar een ander kind 329 keer werd betrokken gedurende de interventie.

Voor de gehele groep bleek dat de gemiddelde score op de internaliserende gedragsproblemen ( $T0 = 63.19$ ,  $T1 = 58.10$ ,  $T2 = 56.93$ ), op de externaliserende gedragsproblemen ( $T0 = 66.28$ ,  $T1 = 60.84$ ,  $T2 = 60.54$ ) en op de opvoedingsbelasting ( $T0 = 67.55$ ,  $T1 = 63.23$ ,  $T2 = 62.93$ ) afnam, zowel gedurende de interventie als drie maanden na het einde van de interventie (zie Tabel 1). Wanneer hierbij onderscheid gemaakt werd in de drie leeftijdscategorieën is te zien dat voor alle leeftijdscategorieën de gemiddelde scores op de internaliserende gedragsproblemen, op de externaliserende gedragsproblemen en op de opvoedingsbelasting afgenomen zijn tussen de start en het einde van de interventie (zie Tabel 2). Echter, wanneer de opvoedingsbelasting drie maanden na het einde van de interventie opnieuw werd gemeten, bleek dat de gemiddelde score voor de kinderen van vier tot twaalf was gestegen tussen het einde en drie maanden na het einde van de interventie. Ditzelfde geldt voor de kinderen van 16 tot 18 jaar bij de internaliserende gedragsproblemen en voor de kinderen van 12 tot 16 en 16 tot 18 jaar bij de externaliserende gedragsproblemen. Daarnaast valt op dat in alle gevallen deze gemiddelde scores alsnog lager liggen dan de gemeten gemiddelde score aan het begin van de interventie (zie Tabel 2). Verder is in Tabel 2 te zien dat de gemiddelde betrokkenheid van het kind oploopt in de leeftijdscategorieën. Dit geeft aan dat hoe ouder het kind is, hoe vaker het kind gemiddeld betrokken werd bij de interventie.

De verschillen voor de internaliserende en de externaliserende gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting zijn af te lezen in Bijlage A. In Bijlage B zijn de verschillen per leeftijdscategorie te zien.

**Tabel 1***Steekproefgroottes, Minima, Maxima, Gemiddelden en Standaarddeviaties t-scores**Vragenlijsten Internaliserende Gedragsproblemen, Externaliserende Gedragsproblemen en**Opvoedingsbelasting en Betrokkenheid Kind*

	Steekproefgrootte ( <i>N</i> )	Minimum	Maximum	Gemiddelde ( <i>M</i> )	Standaard Deviatie ( <i>SD</i> )
Internaliserende Gedragsproblemen (T0)	290	33.00	83.00	63.19	9.79
Internaliserende Gedragsproblemen (T1)	204	33.00	80.00	58.10	10.92
Internaliserende Gedragsproblemen (T2)	95	33.00	79.00	56.93	12.04
Externaliserende Gedragsproblemen (T0)	290	33.00	87.00	66.28	10.05
Externaliserende Gedragsproblemen (T1)	204	33.00	84.00	60.84	10.97
Externaliserende Gedragsproblemen (T2)	95	33.00	90.00	60.54	12.70
Opvoedingsbelasting (T0)	400	30.00	79.00	67.55	10.48
Opvoedingsbelasting (T1)	260	30.00	80.00	63.23	11.85
Opvoedingsbelasting (T2)	150	30.00	79.00	62.93	11.78
Betrokkenheid kind	474	.00	329.00	39.92	42.70

**Tabel 2**

*Steekproefgroottes, Minima, Maxima, Gemiddelden en Standaarddeviaties t-scores Vragenlijsten Internaliserende Gedragsproblemen, Externaliserende Gedragsproblemen en Opvoedingsbelasting en Betrokkenheid Kind per Leeftijdscategorie*

	Steekproefgrootte ( <i>N</i> )	Minimum	Maximum	Gemiddelde ( <i>M</i> )	Standaard Deviatie ( <i>SD</i> )
Internaliserende gedragsproblemen (T0)					
4 tot 12 jaar	95	34.00	77.00	62.07	10.14
12 tot 16 jaar	130	33.00	83.00	63.36	9.60
16 tot 18 jaar	64	33.00	81.00	64.25	9.54
Internaliserende gedragsproblemen (T1)					
4 tot 12 jaar	60	33.00	77.00	57.70	11.03
12 tot 16 jaar	93	33.00	75.00	57.92	9.90
16 tot 18 jaar	47	34.00	80.00	59.85	11.58
Internaliserende gedragsproblemen (T2)					
4 tot 12 jaar	34	33.00	77.00	55.94	11.64
12 tot 16 jaar	38	33.00	76.00	55.97	12.01
16 tot 18 jaar	23	34.00	79.00	59.96	12.68
Externaliserende gedragsproblemen (T0)					
4 tot 12 jaar	95	33.00	82.00	64.42	10.36
12 tot 16 jaar	130	34.00	85.00	66.37	9.56
16 tot 18 jaar	64	34.00	87.00	68.64	10.12



Externaliserende  
gedragsproblemen

(T1)

4 tot 12 jaar	60	33.00	77.00	61.45	10.58
12 tot 16 jaar	93	34.00	78.00	58.94	11.23
16 tot 18 jaar	47	34.00	84.00	63.70	10.58

Externaliserende  
gedragsproblemen

(T2)

4 tot 12 jaar	34	33.00	78.00	58.38	13.69
12 tot 16 jaar	38	34.00	80.00	59.97	11.19
16 tot 18 jaar	23	34.00	90.00	64.65	13.11

Opvoedingsbelasting

(T0)

4 tot 12 jaar	120	30.00	79.00	63.81	11.53
12 tot 16 jaar	161	36.00	79.00	69.66	9.15
16 tot 18 jaar	82	31.00	78.00	70.10	9.64

Opvoedingsbelasting

(T1)

4 tot 12 jaar	81	30.00	78.00	59.89	12.36
12 tot 16 jaar	102	34.00	80.00	64.68	11.26
16 tot 18 jaar	52	31.00	78.00	66.88	11.45

Opvoedingsbelasting

(T2)

4 tot 12 jaar	53	30.00	78.00	59.91	13.37
12 tot 16 jaar	52	40.00	79.00	64.42	10.10
16 tot 18 jaar	32	31.00	78.00	66.47	11.25

Betrokkenheid kind

4 tot 12 jaar	156	.00	216.00	28.61	29.14
12 tot 16 jaar	191	.00	329.00	47.86	48.99
16 tot 18 jaar	109	.00	166.00	53.36	44.87

## **Assumpties**

Er is gecontroleerd of er aan de assumpties normaliteit, lineariteit, homoscedasticiteit en multicollineariteit is voldaan (zie Bijlage C-F). Hieruit bleek dat er niet genoeg bewijs was voor schending van de assumptie normaliteit. De residuen zijn enigszins normaal verdeeld. Verder bleek dat er lineaire relaties bestaan tussen de onafhankelijke- en afhankelijke variabelen. Uit de PP-plots werd duidelijk dat de variantie in de errortermen redelijk gelijk zijn over de onafhankelijke variabelen. Bij het maken van een interactieterm (betrokkenheid kind x leeftijdscategorie) is er een kans op grote overlap. Daarom is de variabele ‘Betrokkenheid kind’ gecentreerd om multicollineariteit te voorkomen. Het bleek dat de onafhankelijke variabele niet te hoog gecorreleerd was met de afhankelijke variabele en er daarmee geen sprake was van multicollineariteit, aangezien de VIF-waardes allemaal onder de vijf lagen (Shrestha, 2020).

## **Betrokkenheid van het kind en de verandering in internaliserende gedragsproblemen**

Om te onderzoeken of het betrekken van het kind bij de interventie samenhangt met de internaliserende gedragsproblemen van het kind zijn er twee meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. In de eerste analyse was de verandering in de internaliserende gedragsproblemen van het kind tussen T0 en T1 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. De betrokkenheid van het kind ( $\beta = -.039, t = -1.997, p = .047$ ) bleek een significante voorspeller voor de verandering in internaliserende gedragsproblemen tussen het begin en het einde van de interventie (zie Tabel 5). Hoe meer een kind werd betrokken bij de interventie hoe sterker de afname in internaliserende gedragsproblemen tussen de start en het einde van de interventie. In het eerste model wordt de verandering in internaliserende gedragsproblemen voor 1,6% ( $Adjusted R^2 = .016$ ) verklaard door de betrokkenheid van het kind (zie Tabel 6).

In de tweede meervoudige regressieanalyse was de verandering in de internaliserende gedragsproblemen van het kind tussen T0 en T2 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. In het eerste model was er sprake van een niet-significante correlatie ( $\beta = -.037, t = -1.106, p = .272$ ) tussen de verandering in internaliserende gedragsproblemen van het kind en de betrokkenheid van het kind binnen de interventie (zie Tabel 5). Dit geeft aan dat de mate van de betrokkenheid van het kind in de interventie niet samenhangt met de verandering in internaliserende gedragsproblemen van het kind.

**Tabel 5**

*Regressiecoëfficiënten en Bijbehorende Standaard Fouten, Gestandaardiseerde Coëfficiënten, t-Statistieken en p-Waarden Internaliserende Gedragsproblemen T1-T0 en T2-T0*

		Coëfficiënt		Standaard fout		Gestandaardiseerde coëfficiënt		t		p-waarde	
		T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0
Model 1											
	Constant	-5.782	-7.606	.692	1.045	-	-	-8.360	-7.276	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.039	-.037	.019	.034	-.148	-.118	-1.997	-1.106	.047	.272
Model 2											
	Constant	-5.506	-9.598	1.276	1.704	-	-	-4.315	-5.632	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.038	-.052	.020	.034	-.146	-.164	-1.908	-1.520	.058	.132
	12 tot 16 jaar*	-1.090	-1.605	1.623	2.239	-.059	.085	-.672	.717	.503	.476
	16 tot 18 jaar*	1.163	5.806	1.989	2.775	.051	.250	.584	2.092	.560	.039
Model 3											
	Constant	-4.421	-7.509	1.509	2.093	-	-	-2.929	-3.588	.004	<.001
	Betrokkenheid kind	.023	.077	.050	.083	.087	.244	.449	.927	.654	.356
	12 tot 16 jaar*	-2.142	-.739	1.804	2.602	-.115	-.039	-1.188	-.284	.237	.777
	16 tot 18 jaar*	-.159	3.720	2.125	3.015	-.007	.160	-.075	1.234	.941	.221
	Interactieterm 12 tot 16 jaar**	-.102	-.163	.057	.094	-.284	-.392	-1.798	-1.744	.074	.085
	Interactieterm 16 tot 18 jaar**	-.012	-.132	.063	.106	-.023	-.207	-.183	-1.239	.855	.219

\*Leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar is de referentiegroep

\*\* De interactieterm is de leeftijdscategorie x de betrokkenheid van het kind

**Tabel 6**

*De Correlatiecoëfficiënt en bijbehorende determinatiecoëfficiënt en gecorrigeerde determinatiecoëfficiënt en standaardfouten van Internaliserende Gedragsproblemen T1-T0*

	R	R Square	Adjusted R Square	Standaard fout
Model 1	.148	.022	.016	9.240
Model 2	.175	.031	.014	9.249
Model 3	.247	.061	.034	9.155

### **Betrokkenheid van het kind en de verandering in externaliserende gedragsproblemen**

Om te onderzoeken of het betrekken van het kind bij de interventie samenhangt met de verandering in de externaliserende gedragsproblemen van het kind zijn er twee meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. In de eerste analyse was de verandering in de externaliserende gedragsproblemen van het kind tussen T0 en T1 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. De betrokkenheid van het kind ( $\beta = -.051$ ,  $t = .018$ ,  $p = .004$ ) bleek een significante voorspeller voor de verandering in externaliserende gedragsproblemen tussen het begin en het eind van de interventie (zie Tabel 7). Hoe meer een kind wordt betrokken binnen de interventie, hoe sterker de afname in externaliserende gedragsproblemen tussen de start en het einde van de interventie. In het eerste model wordt de verandering in opvoedingsbelasting voor 4% ( $Adjusted R^2 = .040$ ) verklaard door de betrokkenheid van het kind (zie Tabel 8).

In de tweede meervoudige regressieanalyse was de verandering in externaliserende gedragsproblemen van het kind tussen T0 en T2 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. Drie maanden na het einde van de interventie is er geen significante samenhang zichtbaar tussen de verandering in externaliserende gedragsproblemen en de betrokkenheid van het kind ( $\beta = -.027$ ,  $t = 0.033$ ,  $p = .420$ ) (zie Tabel 7).

**Tabel 7**

*Regressiecoëfficiënten en Bijbehorende Standaard Fouten, Gestandaardiseerde Coëfficiënten, t-Statistieken en p-Waarden Externaliserende Gedragsproblemen T1-T0 en T2-T0*

		Coëfficiënt		Standaard fout		Gestandaardiseerde coëfficiënt		t		p-waarde	
		T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0
Model 1											
	Constant	-6.620	-6.653	.634	1.042	-	-	-10.44	-6.382	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.051	-.027	.018	.033	-.212	-.087	-2.899	-.810	.004	.420
Model 2											
	Constant	-4.939	-7.867	1.163	1.735	-	-	-4.247	-4.533	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.044	-.033	.018	.034	-.181	-.105	-2.400	-.948	.017	.346
	12 tot 16 jaar*	-2.850	1.901	1.479	2.280	-.165	.101	-1.927	.834	.056	.407
	16 tot 18 jaar*	-1.404	1.782	1.813	2.826	-.066	.077	-.774	.631	.440	.530
Model 3											
	Constant	-4.555	-6.620	1.387	2.158	-	-	-3.283	-3.068	.001	.003
	Betrokkenheid kind	-.022	.044	.046	.085	-.092	.141	-.481	.514	.631	.609
	12 tot 16 jaar*	-3.214	.577	1.658	2.682	-.186	.031	-1.939	.215	.054	.830
	16 tot 18 jaar*	-1.973	.555	1.953	3.108	-.093	.024	-1.010	.179	.314	.859
	Interactieterm 12 tot 16 jaar**	-.047	-.087	.052	.097	-.140	-.210	-.895	-.902	.372	.370
	Interactieterm 16 tot 18 jaar**	.017	-.102	.058	.109	.036	-.162	.298	-.934	.766	.353

\*Leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar is de referentiegroep

\*\* De interactieterm is de leeftijdscategorie x de betrokkenheid van het kind

**Tabel 8**

*De Correlatiecoëfficiënt en Bijbehorende Determinatiecoëfficiënt en Gecorrigeerde Determinatiecoëfficiënt en Standaardfouten van Externaliserende Gedragsproblemen T1-T0*

	R	R Square	Adjusted R Square	Standaard fout
Model 1	.212	.045	.040	8.471
Model 2	.255	.065	.049	8.429
Model 3	.280	.078	.052	8.416

### **Betrokkenheid van het kind en de verandering in de opvoedingsbelasting**

Om te onderzoeken of het betrekken van het kind bij de interventie samenhangt met de opvoedingsbelasting van de ouders zijn er twee meervoudige regressieanalyses uitgevoerd. In de eerste analyse was de verandering in opvoedingsbelasting tussen T0 en T1 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. De betrokkenheid van het kind ( $\beta = -.011$ ,  $t = 0.014$ ,  $p = .429$ ) bleek geen significante voorspeller van de verandering in de opvoedingsbelasting tussen het begin en het einde van de interventie (zie Tabel 9).

In de tweede meervoudige regressieanalyse was de verandering in de opvoedingsbelasting tussen T0 en T2 de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabele was de betrokkenheid van het kind. De betrokkenheid van het kind ( $\beta = -.018$ ,  $t = 0.018$ ,  $p = .296$ ) bleek geen significante voorspeller van de verandering in de opvoedingsbelasting tussen het begin en drie maanden na het einde van de interventie (zie Tabel 9). Dit geeft aan dat het betrekken van het kind bij de interventie geen significant effect heeft op de verandering in de opvoedingsbelasting van de ouders.

**Tabel 9**

*Regressiecoëfficiënten en Bijbehorende Standaard Fouten, Gestandaardiseerde Coëfficiënten, t-Statistieken en p-Waarden Opvoedingsbelasting T1-T0 en T2-T0*

		Coëfficiënt		Standaard fout		Gestandaardiseerde coëfficiënt		t		p-waarde	
		T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0	T1-T0	T2-T0
Model 1											
	Constant	-5.290	-4.286	.591	.822	-	-	-8.957	-5.214	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.011	.018	.014	.018	-.052	.092	-.793	1.049	.429	.296
Model 2											
	Constant	-5.218	-4.799	.955	1.235	-	-	-5.464	-3.885	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.011	.016	.014	.018	-.050	.079	-.733	.875	.464	.383
	12 tot 16 jaar*	-.020	.861	1351	1852	-.001	.044	-.015	.465	.988	.643
	16 tot 18 jaar*	-.351	1156	1709	2423	-.015	.046	-.206	.477	.837	.634
Model 3											
	Constant	-5.282	-4.791	1.050	1.283	-	-	-5.032	-3.734	<.001	<.001
	Betrokkenheid kind	-.014	.017	.029	.033	-.068	.083	-.490	.504	.625	.615
	12 tot 16 jaar*	.044	.903	1.407	1.881	.002	.046	.032	.480	.975	.632
	16 tot 18 jaar*	-.327	.630	1.769	2.556	-.014	.025	-.185	.246	.853	.806
	Interactieterm 12 tot 16 jaar**	.004	-.009	.035	.041	.013	-.031	.106	-.210	.915	.834
	Interactieterm 16 tot 18 jaar**	.010	.029	.045	.059	.019	.056	.211	.490	.833	.625

\*Leeftijdscategorie 4 tot 12 jaar is de referentiegroep

\*\* De interactieterm is de leeftijdscategorie x de betrokkenheid van het kind

### **Vershil in effect van betrokkenheid kind op de verandering tussen leeftijdscategorieën**

Om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen de drie leeftijdscategorieën zijn er twee interactietermen als moderator toegevoegd aan elke meervoudige regressieanalyse. In de analyses waarin de verandering in internaliserende gedragsproblemen van het kind met betrekking tot de betrokkenheid van het kind werd onderzocht werden geen significante resultaten gevonden tussen T0 en T1 en tussen T0 en T2 (zie Tabel 5).

Ditzelfde geldt voor de externaliserende gedragsproblemen van het kind. Ook hier werden geen verschillen gevonden tussen de leeftijdscategorieën tussen T0 en T1 en niet tussen T0 en T2 (zie Tabel 7). Het toevoegen van de leeftijdscategorieën als moderator laat ook geen verschillen zien wanneer er onderzocht wordt wat de verandering is in de opvoedingsbelasting tussen T0 en T1 en tussen T0 en T2 (zie Tabel 9).

Aangezien er geen significante resultaten gevonden zijn kan geconcludeerd worden dat het effect van de betrokkenheid van het kind op de verandering in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen en de opvoedingsbelasting, niet verschilt tussen de leeftijdscategorieën.



## Discussie

In dit onderzoek is er gekeken in hoeverre de mate van betrokkenheid van het kind binnen interventies voor GMCP samenhangt met de verandering in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind en de verandering in opvoedingsbelasting van de ouders. We vonden dat hoe meer een kind werd betrokken bij de interventie hoe sterker de afname in internaliserende en in externaliserende gedragsproblemen van het kind tussen de start en het einde van de interventie.

Uit onderzoek (Visscher et al., 2022) bleek dat gezinnen het belangrijk vinden dat het kind wordt betrokken binnen de interventies voor GMCP. Ook kinderen gaven aan dat zij altijd betrokken willen worden bij interventies (Van Bijleveld et al., 2013). Naast dat gezinnen en kinderen dit vinden, blijkt nu ook het belang van de betrokkenheid van het kind uit dit onderzoek. De verandering in internaliserende gedragsproblemen van het kind werden echter maar voor 1,6% verklaard door de betrokkenheid van het kind in dit model. De verandering in externaliserende gedragsproblemen van het kind werden voor 4% verklaard door de betrokkenheid van het kind. Waarschijnlijk zijn er andere variabelen die sterker van invloed zijn op de verandering in de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. De significante resultaten dienen daarom met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Vervolgonderzoek is nodig om meer zicht te krijgen op de invloed van de betrokkenheid van het kind en de samenhang met de effectiviteit op de interventies van GMCP.

Drie maanden na het einde van de interventie waren de significante resultaten op de verandering van de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind verdwenen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat met het stoppen van de interventie, er geen hulpverlener meer is die het kind betreft, waardoor de gedragsproblemen van het kind weer toenemen. In eerder onderzoek (Van Assen et al., 2020) werd aangetoond dat er een matige afname was van emotionele- en gedragsproblemen tijdens de interventie, maar na het einde van de interventie bleven aanzienlijke problemen bestaan en deze namen zelfs toe. Er is meer onderzoek nodig dat kijkt naar wat er nodig is voor GMCP om de effecten van een interventie te behouden, zoals de afname in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind, nadat de interventie is gestopt.

De betrokkenheid van het kind bleek in het huidige onderzoek niet samen te hangen met de verandering in de opvoedingsbelasting van de ouders. Dit werd wel verwacht aangezien Visscher et al. (2022) had onderzocht dat gezinnen graag willen dat hun kinderen meer worden betrokken bij de interventie. Een verklaring voor het niet vinden van een

samenhang zou kunnen zijn dat wanneer een hulpverlener het kind meer betreft tijdens een interventie er minder tijd is vanuit de hulpverlener dat wordt gericht op de ouders. De verdeling in tijd van de hulpverlener wordt anders, wat ervoor kan zorgen dat dit ten koste gaat van de afname in opvoedingsbelasting. Daarom is het belangrijk dat er in vervolgonderzoek ook gekeken wordt naar de optimale verdeling waar de hulpverlening zijn tijd in dient te verdelen tijdens de interventie voor GMCP.

Daarnaast bleek uit dit onderzoek dat er geen significante verschillen zijn tussen de drie leeftijdscategorieën (4-12; 12-16; en 16-18 jaar). Door de beschreven betrokkenheid en verantwoordelijkheid van het kind binnen de hulpverlening (Richtlijnen Jeugdhulp, z.d.) was de verwachting dat er wel verschillen gevonden zouden worden tussen de leeftijdscategorieën. Een mogelijke verklaring voor het niet vinden van verschillen tussen de leeftijdscategorieën is dat ongeacht de leeftijd, een kind gemiddeld genomen erbij gebaat is om in hogere mate betrokken te worden door de hulpverlener bij de interventie, om de gedragsproblemen te laten afnemen. In dit onderzoek is er gekeken naar de frequentie van betrokkenheid en dit laat geen verschillen tussen leeftijdscategorieën zien. Mogelijk wanneer er naar de inhoud van de betrokkenheid van het kind wordt gekeken is er voor een vierjarig kind een andere vorm van betrokkenheid belangrijker om gedragsproblemen te laten afnemen, dan bij een zestienjarig kind.

### **Sterktes en beperkingen van het onderzoek**

Dit onderzoek heeft verschillende sterktes. Ten eerste het gebruik van de GMCP-taxonomie. Door deze taxonomie werden de inhoudelijke- en structurelementen van de interventies op een gestructureerde en betrouwbare manier geïdentificeerd (Visscher et al., 2018). Een ander sterk punt van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van interventies met een minimale effect size van 0.5 (Evenboer et al., 2018). Dit maakt het huidige onderzoek ook betrouwbaarder. De interventies die zijn gebruikt in dit onderzoek worden ook internationaal gebruikt. Hierdoor zijn de resultaten van dit onderzoek ook generaliseerbaar naar andere landen. Het cultuurverschil tussen Nederland en andere landen dient wel in acht te worden genomen. Als laatste is de grootte van het onderzoek een sterk punt. Er zijn 499 GMCP geïncorporeerd in dit longitudinaal onderzoek wat zorgt voor een grotere betrouwbaarheid.

Naast de sterke punten zijn er ook beperkingen in dit onderzoek. Als eerste was het opvallend dat een groot gedeelte van de steekproef is weggevallen tijdens het onderzoek. De vragenlijst voor de internaliserende gedragsproblemen werd aan het begin door 290 ouders

ingevuld, aan het einde van de interventie door 204 ouders en drie maanden na het einde van de interventie nog door 95 ouders. Ook voor de andere vragenlijsten gold dat minimaal de helft van de respondenten wegvielen drie maanden na het einde van de interventie (zie Tabel 1). Dit kan een vertekend beeld geven. Desondanks, was de steekproef nog steeds groot genoeg om betrouwbare conclusies te kunnen trekken uit de resultaten. Een andere beperking van dit onderzoek is de definitie van de betrokkenheid van het kind. In dit onderzoek werd geteld hoe vaak een hulpverlener een kind als ontvanger van een element aanmerkte, wat ervoor zorgt dat het gaat om een frequentie. Het geeft nog geen inzicht in wat voor soort betrokkenheid van het kind zorgt voor de afname in de gedragsproblemen. Als laatste wordt de tijdsperiode van vier weken tussen het invullen van de GMCP-taxonomie door de hulpverleners als beperking van het onderzoek gezien (Visscher et al., 2021). Dit kan ervoor gezorgd hebben dat hulpverleners niet precies meer wisten wat ze hadden gedaan tijdens de interventie en of ze een element op het kind hadden ingezet. Echter, de hulpverleners zijn van tevoren getraind in het invullen van de taxonomie en er zijn aanvullende beschrijvingen gegeven van de elementen. Ook gaven hulpverleners zelf aan dat zij de periode van vier weken niet te lang vonden.

### **Aanbevelingen**

Uit onderzoek bleek dat hulpverleners die werken met interventies voor GMCP zich vaak richten op de ouders en zich voor 5% alleen richten op de kinderen (Tausendfreund et al., 2015). Op basis van ons onderzoek wordt het de hulpverleners die werken met GMCP aanbevolen om het kind meer te betrekken bij de interventies, omdat dit kan samenhangen met een sterkere afname van de internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind.

Om de hulpverleners ook meer handvaten mee te kunnen geven over wat voor betrokkenheid van het kind zorgt voor de afname in de gedragsproblemen is er meer onderzoek nodig. Dit onderzoek dient zich te richten op het inzichtelijk maken van hoe het kind wordt betrokken bij de interventie. Dit kan gedaan worden door observaties tijdens de interventies. Door inzichtelijk te hebben op wat voor manieren het kind wordt betrokken kan er vervolgens onderzoek gedaan worden naar welke van deze manieren zorgt voor de afname in de gedragsproblemen en in welke frequentie dit ingezet dient te worden, waarbij er rekening wordt gehouden hoe de hulpverlener zijn tijd kan verdelen tussen het kind en de ouder.

Dit onderzoek liet ook zien dat de significante afname in de internaliserende en

externaliserende gedragsproblemen van het kind alleen werd gevonden aan het einde van de interventie. Dit roept de vraag op of er langere betrokkenheid nodig is vanuit de hulpverlening of dat er in ieder geval een hulpverlener dient te blijven voor het kind om de afname in de gedragsproblemen te behouden. Vervolgonderzoek kan zich richten op wat ervoor nodig is om te zorgen dat de effecten niet verdwijnen na de inzet van de interventie.

## **Conclusie**

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat een hogere mate van betrokkenheid van het kind samenhangt met een afname in internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind aan het einde van een interventie voor GMCP. Dit lijkt te gelden voor alle leeftijden, aangezien er tussen de leeftijdscategorieën geen significante verschillen werden gevonden voor de afname in gedragsproblemen. Op basis van dit onderzoek adviseren wij hulpverleners die werken met GMCP het kind in hogere mate te betrekken. Een vervolgonderzoek kan zich richten op het in kaart brengen van de verschillende manieren waarop kinderen betrokken kunnen worden en welke van deze soorten betrokkenheid bijdragen aan de afname van de gedragsproblemen van het kind in interventies voor GMCP.

## Literatuurlijst

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment*. Aseba.
- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Bek, M.S., Damen, E.M., Asscher, J.J., & Van der Laan, P.H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1472-1479. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.04.002>
- 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>
- Capaldo, M., & Perrella, R. (2018). Child maltreatment: an attachment theory perspective. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology, 6*(1), 1–20. <https://doi.org/10.6092/2282-1619/2018.6.1822>
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., Pagée, Van, R., Nieuwhoff, R., & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioral 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>
- 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>
- Evenboer, K.E., Jansen, D.E.M.C., & Reijneveld, S.A. (2019). *Mixed-methods onderzoek naar de inhoud van de ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek*. Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Forgatch, M.S., Bullock, B.M., & Patterson, G.R. (2004). From theory to practice: increasing effective parenting through role-play. In H. Steiner (Eds.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents: An integrated developmental approach* (pp. 782-813). San Fransisco: Jossey-Bass/Wiley.
- Hoogeveen, C. E., Vogelvang, B., & Rigter, H. (2017). Feasibility of inpatient and outpatient Multidimensional Family Therapy for improving behavioral outcomes in adolescents referred to residential youth care. *Residential Treatment for Children & Youth, 34*(1),

61-82. <https://dx.doi.org/10.1080/0886571X.2016.1268945>

- 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>
- 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.1475-2206.2011.00822.x>
- 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>
- Pannebakker, N. M., Kocken, P. L., Theunissen, M. H. C., Van Mourik, K., Crone, M. R., Numans, M. E., & Reijneveld, S. A. (2018). Services use by children and parents in multiproblem families. *Children and Youth Services Review*, *84*, 222–228. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2017.12.003>
- Richtlijnen Jeugdhulp (z.d.). Kindermishandeling. *Als je je zorgen maakt*. Geraadpleegd op 14 maart van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/kindermishandeling/als-je-je-zorgen-maakt/inleiding/>
- Schoon, I., & Melis, G. (2019). Intergenerational transmission of family adversity: Examining constellations of risk factors. *PLOS ONE*, *14*(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214801>
- Shrestha, N. (2020). Detecting Multicollinearity in Regression Analysis. *American Journal of Applied Mathematics and Statistics*, *8*(2), 39–42. <https://doi.org/10.12691/ajams-8-2-1>
- Steege, M., Van der Veld, D., & Zoon, M. (2020). Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Utrecht: Beroepsvereniging van Professionals in het Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging voor pedagogen en onderwijskundigen. Geraadpleegd van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen/>
- 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., Grietens, H. & 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. 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.chilyouth.2020.104994>
- Van Bijleveld, G., Bunders, J., & Dedding, C. (2013). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review. *Child & Family Social Work*, 20(2), 129-138. <https://doi.org/10.1111/cfs.12082>
- Van Hattum, M., & Van Hal, L. (2015). Meervoudig. *Maatwerk*, 16, 31–33. <https://doi.org/10.1007/s12459-015-0104-5>
- Van Hout, R., Overbeek, M., & Rijnberk, C. (2021). Opvoedzelfvertrouwen vergroten in multiprobleemgezinnen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 20, 6-12. <https://doi.org/10.1007/s12454-021-0652-x>
- Van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Veerman, J. W., & De Meyer, R. (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Praktikon. Geraadpleegd op 26 oktober 2022, van [https://iag-nederland.nl/images/Rapport\\_Veerman\\_IAG\\_200107\\_DEF.pdf](https://iag-nederland.nl/images/Rapport_Veerman_IAG_200107_DEF.pdf)
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196. Geraadpleegd van <http://www.pedagogiek-online.nl/index.php/pedagogiek/article/view/279>
- 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. 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.chilyouth.2018.10.030>
- Visscher, L., Jansen, D., 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., Yperen, T.A., Evenboer, K.E., & Reijneveld, S.A. (2022). Elements of care that matter: Perspectives of families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 138.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106495>

Visscher, L., Reijneveld, S.A., Knot-Dickscheit, J., 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*, 61(2), 571-590. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>



### Bijlage A: Verschilscores afhankelijke variabelen

*Steekproefgroottes, Minima, Maxima, Gemiddelden en Standaarddeviaties Verschilscores Internaliserende Gedragsproblemen, Externaliserende Gedragsproblemen en Opvoedingsbelasting*

	Steekproefgrootte ( <i>N</i> )	Minimum	Maximum	Gemiddelde ( <i>M</i> )	Standaard Deviatie ( <i>SD</i> )
Verschil T1-T0 Internaliserende gedragsproblemen	188	-45.00	15.00	-5.52	9.18
Verschil T2-T0 Internaliserende gedragsproblemen	92	-34.00	13.00	-7.04	9.49
Verschil T1-T0 Externaliserende gedragsproblemen	188	-36.00	13.00	-6.17	8.61
Verschil T2-T0 Externaliserende gedragsproblemen	92	-34.00	13.00	-7.04	9.49
Verschil T1-T0 Opvoedingsbelasting	242	-39.00	24.00	-5.12	8.95
Verschil T2-T0 Opvoedingsbelasting	139	-33.00	22.00	-4.25	9.30

**Bijlage B: Verschilcores afhankelijke variabelen tussen leeftijdscategorieën**

*Steekproefgroottes, Minima, Maxima, Gemiddelden en Standaarddeviaties Verschilcores Internaliserende Gedragsproblemen, Externaliserende Gedragsproblemen en Opvoedingsbelasting*

	Steekproefgrootte ( <i>N</i> )	Minimum	Maximum	Gemiddelde ( <i>M</i> )	Standaard Deviatie ( <i>SD</i> )
Verschilcore T1-T0					
internaliserende					
gedragsproblemen					
4 tot 12 jaar	57	-36.00	13.00	-4.98	8.56
12 tot 16 jaar	90	-45.00	15.00	-6.42	10.29
16 tot 18 jaar	40	-21.00	11.00	-4.40	7.25
Verschilcore T2-T0					
internaliserende					
gedragsproblemen					
4 tot 12 jaar	33	-28.00	10.00	-8.76	8.58
12 tot 16 jaar	38	-34.00	13.00	-7.55	9.95
16 tot 18 jaar	21	-26.00	11.00	-3.43	9.46
Verschilcore T1-T0					
externaliserende					
gedragsproblemen					
4 tot 12 jaar	57	-21.00	9.00	-4.14	6.13
12 tot 16 jaar	90	-36.00	12.00	-7.50	10.12
16 tot 18 jaar	40	-25.00	13.00	-6.15	7.59
Verschilcore T2-T0					
externaliserende					
gedragsproblemen					
4 tot 12 jaar	33	-25.00	15	-7.33	8.24
12 tot 16 jaar	38	-26.00	13.00	-5.47	9.93
16 tot 18 jaar	21	-26.00	12.00	-5.33	10.00

Verschilscore T1-T0

Opvoedingsbelasting

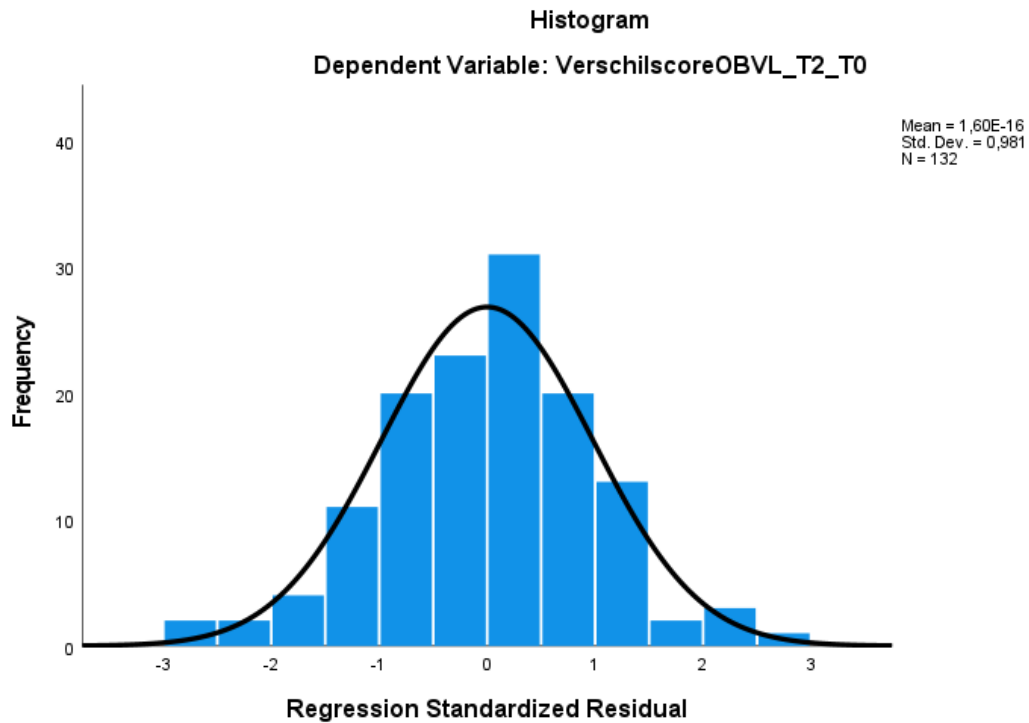
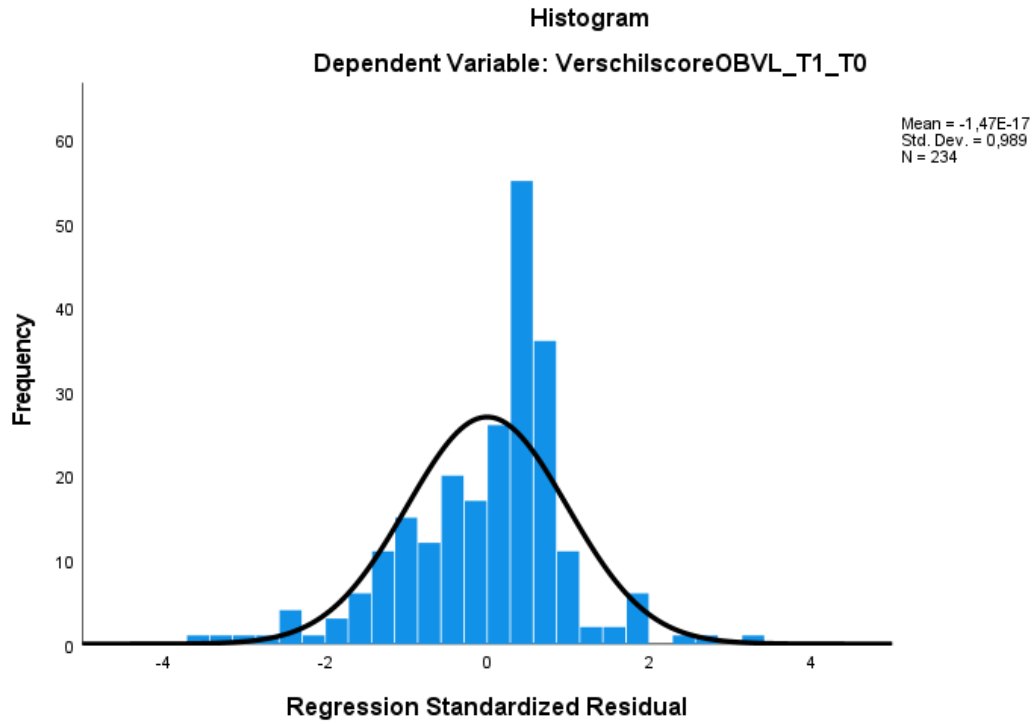
4 tot 12 jaar	74	-36.00	18.00	-4.93	8.00
12 tot 16 jaar	100	-39.00	24.00	-3.76	9.05
16 tot 18 jaar	45	-27.00	20.00	-5.13	9.64

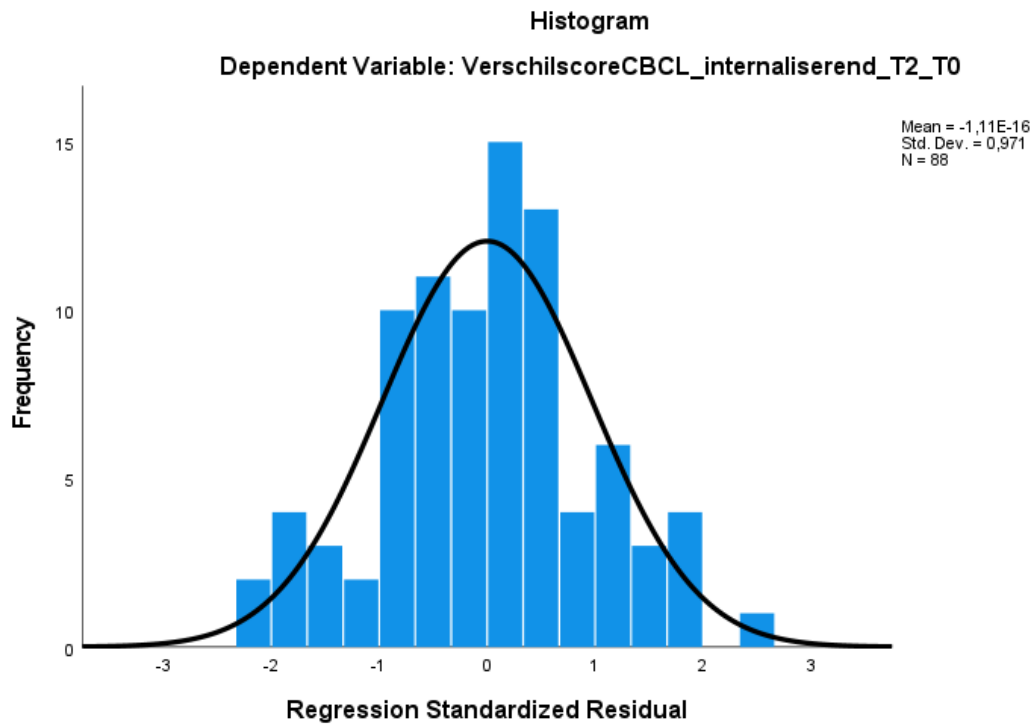
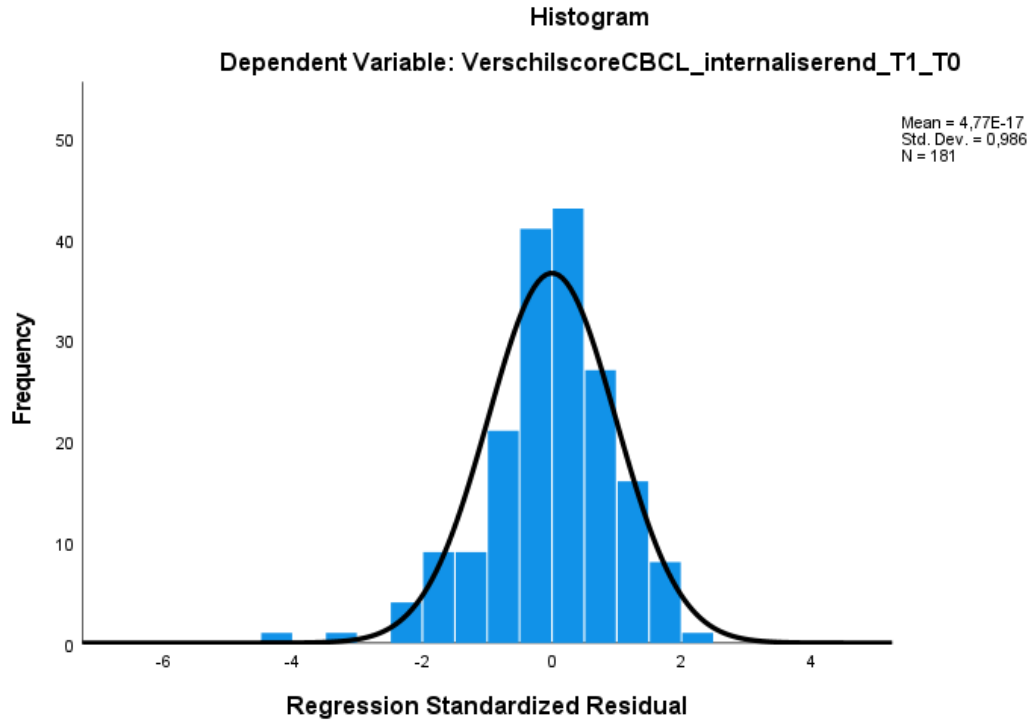
Verschilscore T2-T0

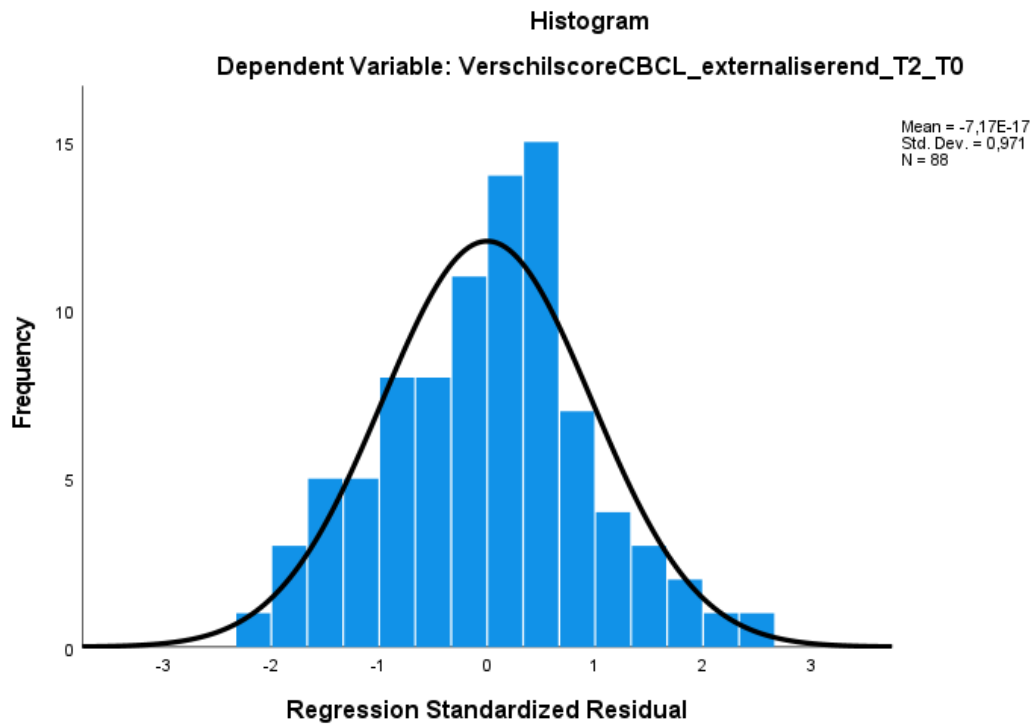
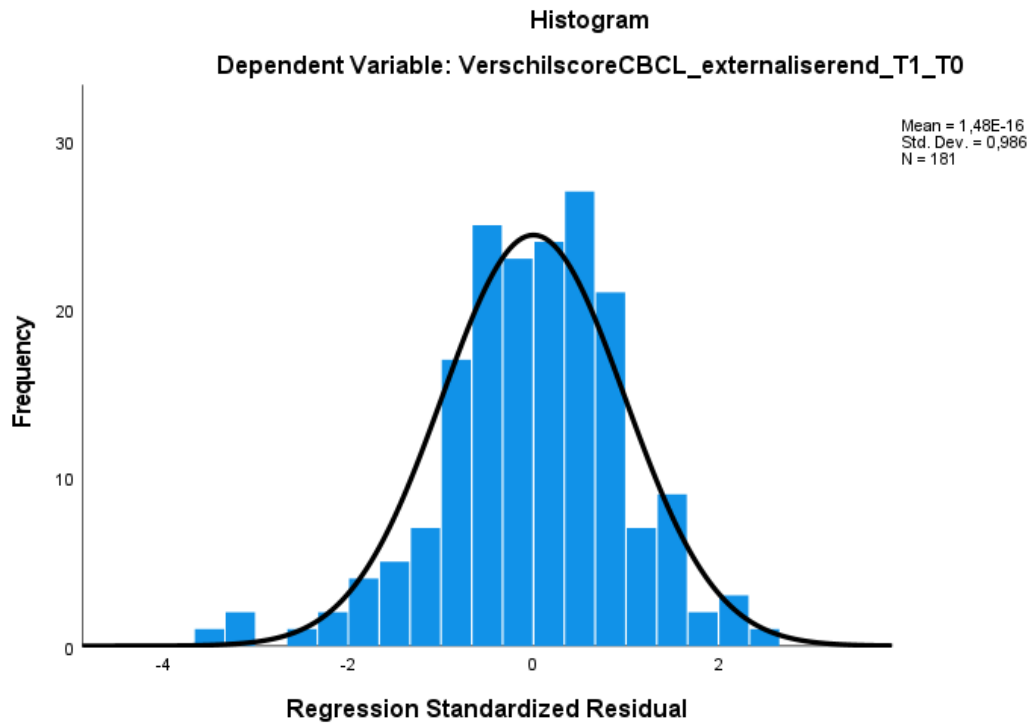
Opvoedingsbelasting

4 tot 12 jaar	50	-33.00	18.00	-4.98	9.18
12 tot 16 jaar	50	-24.00	19.00	-3.76	9.05
16 tot 18 jaar	26	-17.00	22.00	-3.08	10.05

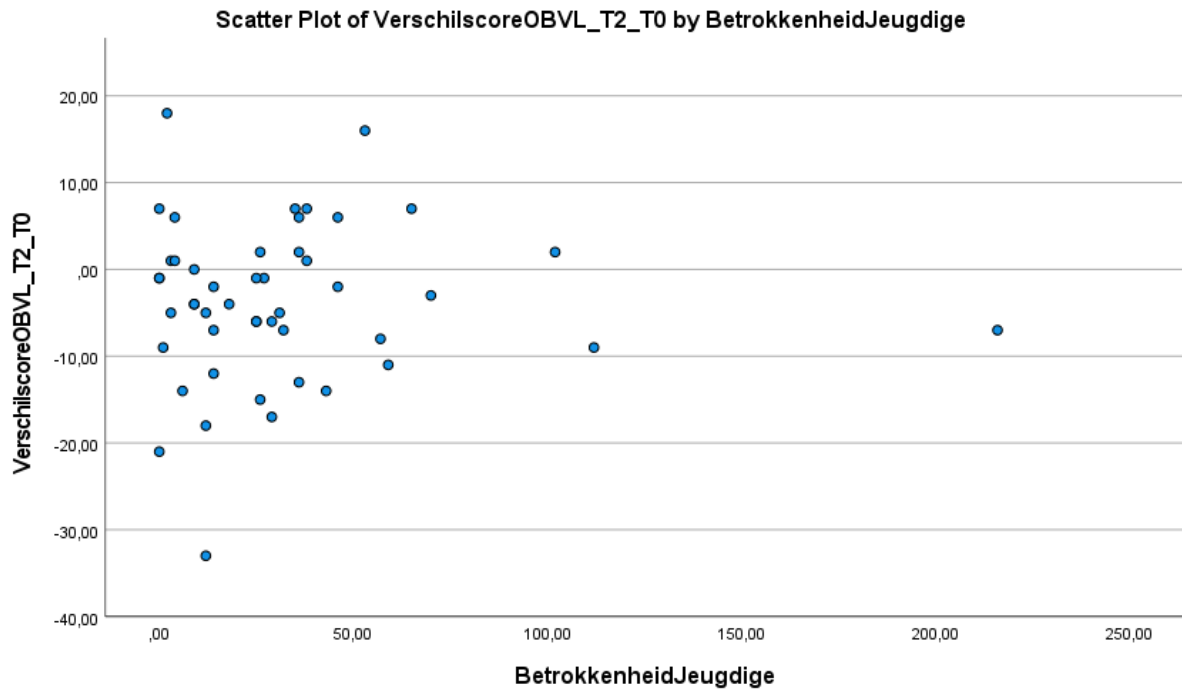
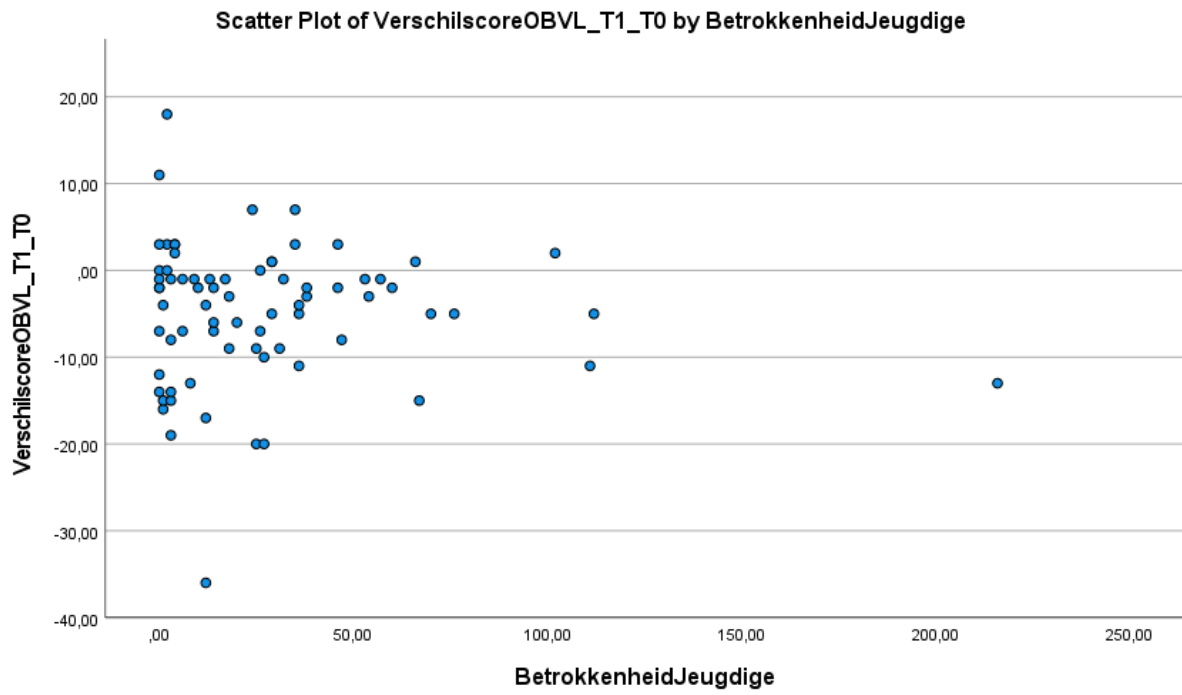
## Bijlage C: Normaliteit





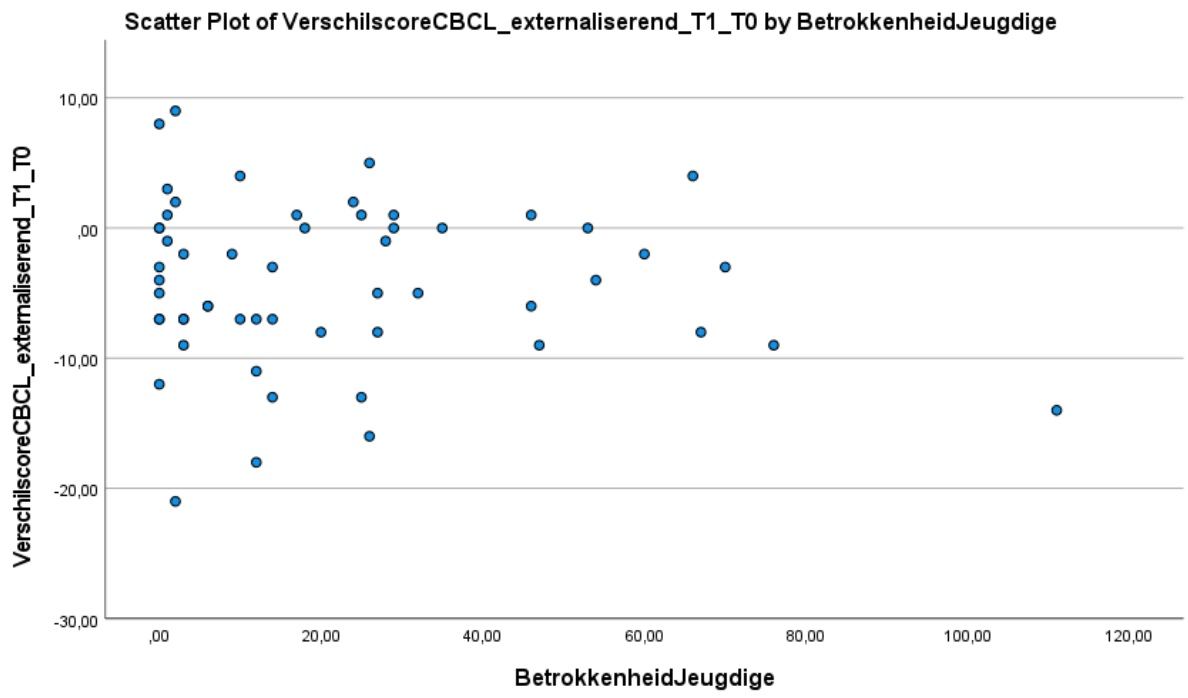


## Bijlage D: Lineariteit





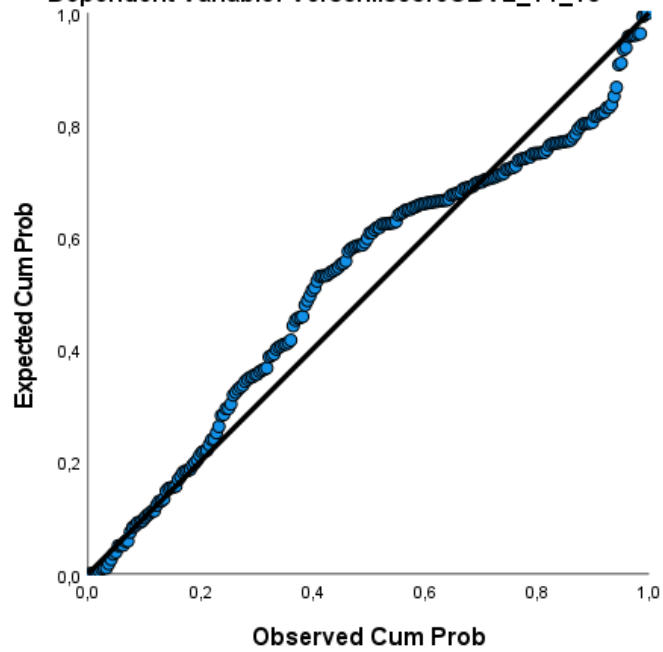




## Bijlage E: Homoscedasticiteit

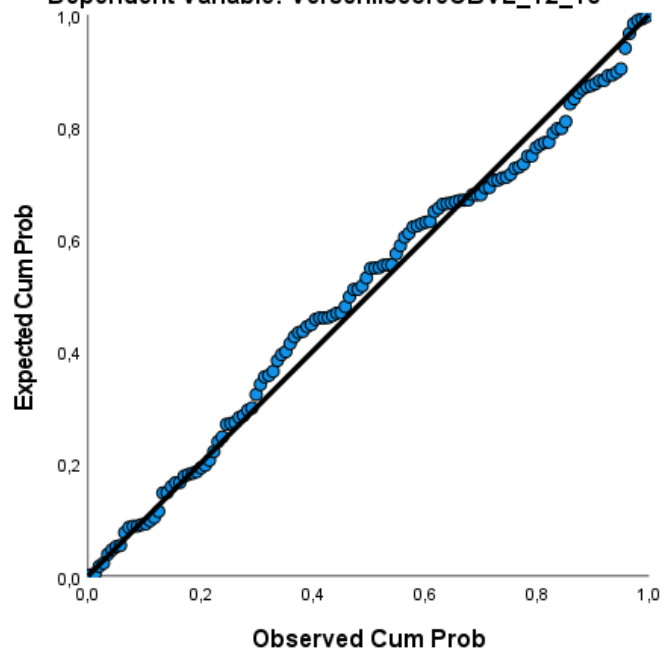
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

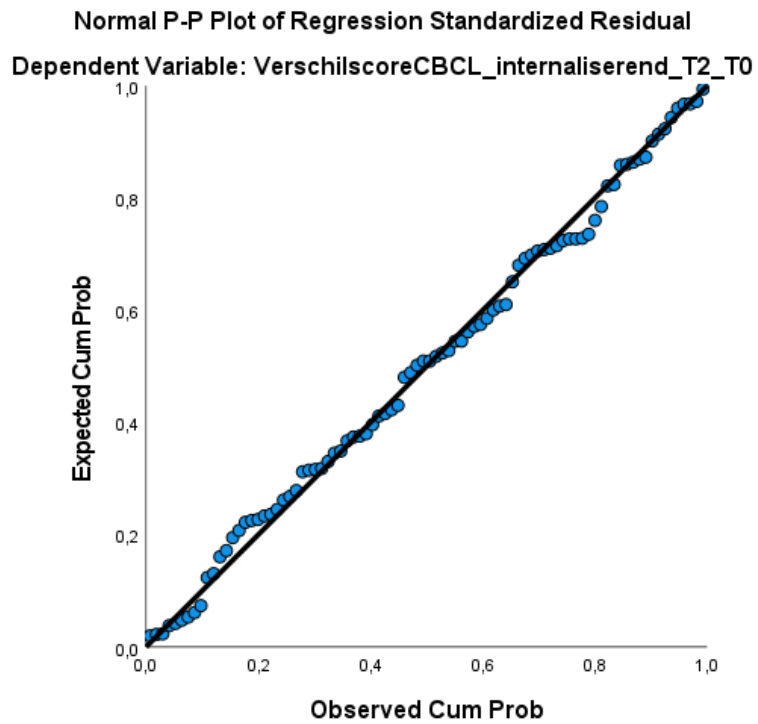
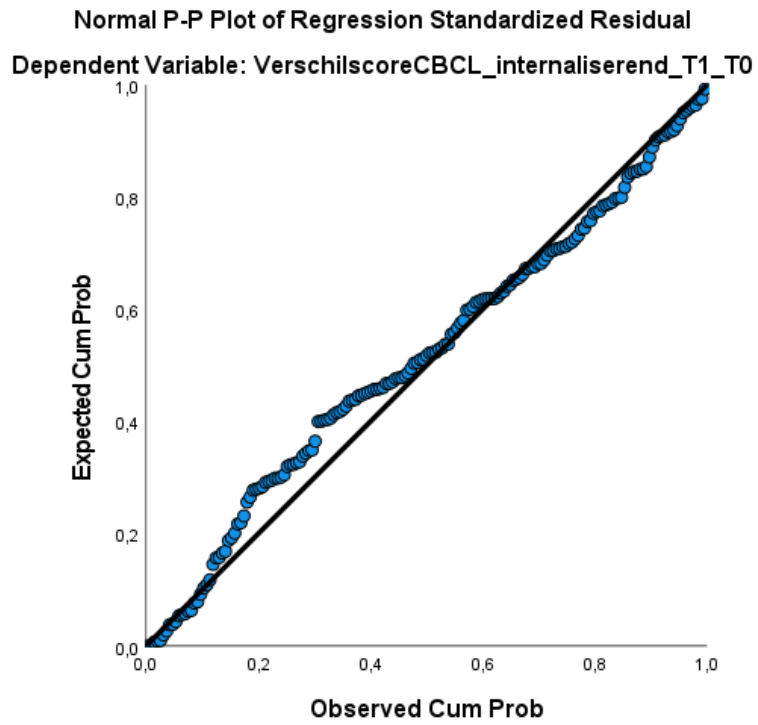
Dependent Variable: VerschilscoreOBVL\_T1\_T0

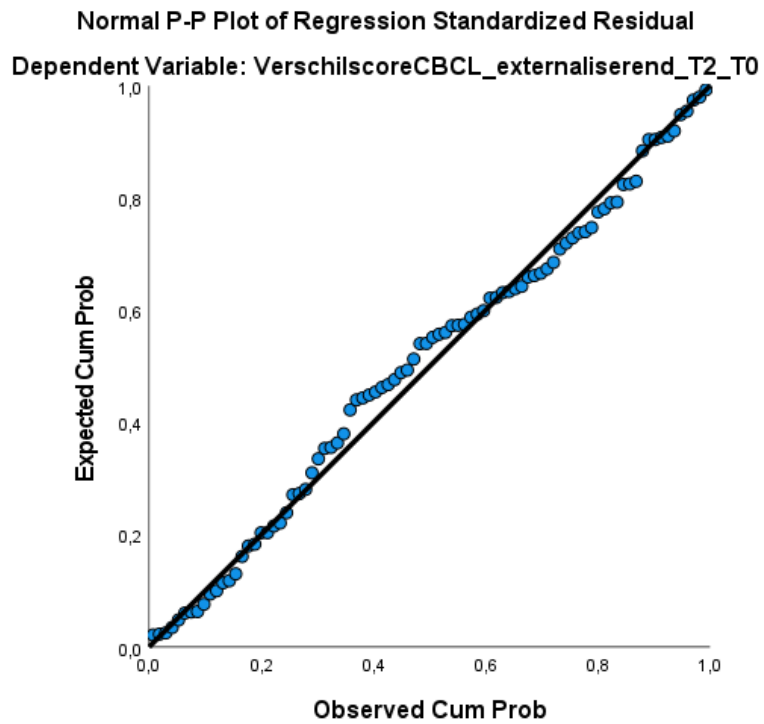
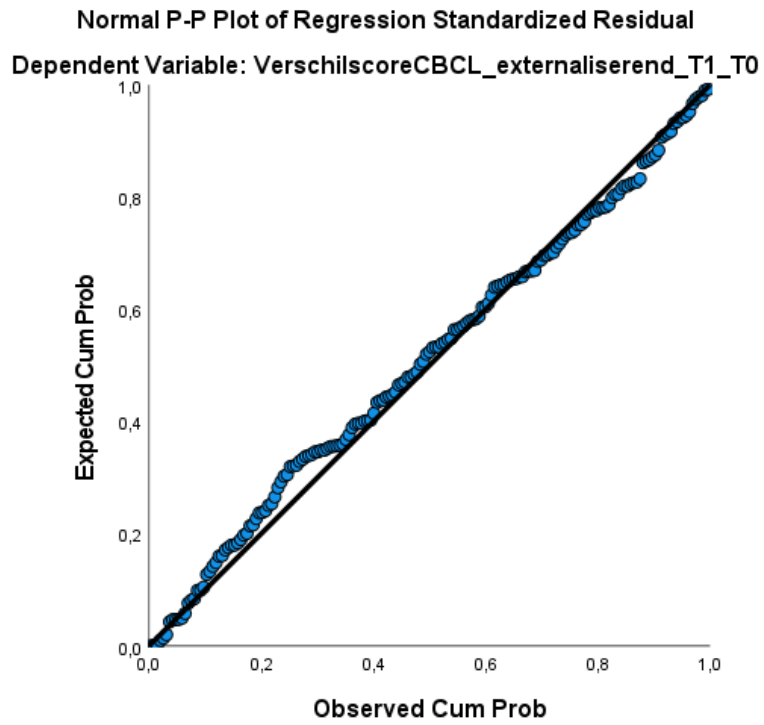


Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: VerschilscoreOBVL\_T2\_T0







## Bijlage F: Multicollineariteit

<b>Internaliserende gedragsproblemen T1-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00

<b>Internaliserende gedragsproblemen T2-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00

<b>Externaliserende gedragsproblemen T1-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00

<b>Externaliserende gedragsproblemen T2-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00

<b>Opvoedingsbelasting T1-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00

<b>Opvoedingsbelasting T2-T0</b>	
Methode	VIF-waarde
Betrokkenheid Kind	1,00