

Kenmerken van KINGS gezinnen

Een onderzoek naar de kenmerken van gezinnen die worden doorverwezen naar Accare KINGS; Kind IN Gezond Systeem.

Julliet van der Veen, S3683249



Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Mastertrack Orthopedagogiek

PAMA 5166; Masterthese Orthopedagogiek (jaar-variant)

Thesisbegeleider: dr. A.M.N. Huyghen

2^e beoordelaar: prof. Dr. L. Batstra

Maand en jaar van afstuderen: juni/juli 2023

Datum: 04-12-2022

Aantal woorden: 9807

ABSTRACT

Multi-problem families face multiple and complex problems in multiple areas of life. Deković and Bodden describe seven areas of life in which these families can experience problems. On the basis of these domains, the present study has attempted to describe the problems of families referred to the KINGS family treatment. To answer the research question, a qualitative case study was used, in which the data of 53 families were coded and analyzed in ATLAS.ti. Codes were drawn up based on the domains of Deković and Bodden. In addition to statements about frequencies of characteristics, the quality of these codes was analyzed and coherence between different characteristics was sought, using the chi-square test. The frequency distribution of the codes showed that the sample scored an average of 6.5 of the seven domains. From this it can be concluded that KINGS families are in fact multi-problem families. It has also been found that almost all families scored on trauma and child-rearing problems, in line with the KINGS objective; processing trauma with the aim of improving the developmental climate. Furthermore, problems are reported within the child, the parent, the functioning of the family, the social network and the support services surrounding the family. No convincing results have been found with regard to the relationship between different characteristics. Additional research should demonstrate the effectiveness of KINGS treatment in solving the problems reported in the current study.

SAMENVATTING

Multiprobleemgezinnen kampen met meervoudige en complexe problemen op meerdere levensgebieden. Deković en Bodden omschrijven zeven levensdomeinen waarin er bij deze gezinnen problemen kunnen spelen. Op basis van deze domeinen is in het huidige onderzoek getracht een beschrijving te geven van de problemen die spelen bij gezinnen die worden doorverwezen naar de KINGS-gezinsbehandeling. Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag is er een kwalitatieve dossierstudie uitgevoerd, waarbij de gegevens van 53 gezinnen zijn gecodeerd en geanalyseerd met behulp van ATLAS.ti. Hierbij zijn er codes opgesteld op basis van de domeinen van Deković en Bodden. Naast dat er uitspraken zijn gedaan over frequenties van kenmerken is de kwaliteit van deze codes geanalyseerd en is er gezocht naar samenhang tussen verschillende kenmerken met behulp van de chi-kwadraattoets. Uit de frequentieverdeling van de codes is gebleken dat er binnen de steekproef gemiddeld op 6.5 van de zeven domeinen werd gescoord. Hieruit valt te concluderen dat KINGS-gezinnen multiprobleemgezinnen genoemd kunnen worden. Ook is gebleken dat bijna alle gezinnen scoorden op trauma en opvoedingsproblemen, in overeenstemming met de doelstelling van KINGS; het verwerken van trauma met als doel het verbeteren van het opvoedingsklimaat. Verder worden er problemen gerapporteerd bij het kind, de ouder, het gezinsfunctioneren, het sociaal netwerk en de hulpverlening rondom het gezin. Met betrekking tot de samenhang tussen verschillende kenmerken zijn er geen overtuigende resultaten gevonden. Aanvullend onderzoek moet aantonen in hoeverre de KINGS-behandeling effectief is voor het verhelpen van de problemen die in het huidige onderzoek zijn gerapporteerd.

INHOUDSOPGAVE

ABSTRACT.....	2
SAMENVATTING.....	3
HOOFDSTUK 1: INLEIDING.....	5
Kindfactoren.....	6
Ouderfactoren.....	6
Opvoedingsfactoren.....	7
Gezinsfunctioneren.....	9
Contextuele factoren.....	9
Sociaal netwerk factoren.....	10
Hulpverleningsfactoren.....	10
De KINGS-methode.....	11
Doel- en vraagstelling.....	11
Leeswijzer.....	13
HOOFDSTUK 2: METHODE.....	15
Onderzoeksdesign.....	15
Participanten.....	15
Procedure.....	15
Instrument.....	16
Data-analyse.....	16
HOOFDSTUK 3: RESULTATEN.....	19
De kwaliteit van het theoretisch kader.....	19
Beschrijving van de steekproef; algemene kenmerken.....	19
Beschrijving van de gezinskenmerken.....	21
Kindfactoren.....	21
Ouderfactoren.....	21
Opvoedingsfactoren.....	22
Gezinsfunctioneren.....	22
Contextuele factoren.....	23
Sociaal netwerk factoren.....	24
Hulpverleningsfactoren.....	24
Samenhang tussen kenmerken.....	25
HOOFDSTUK 4: CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....	31
Conclusie.....	31
Sterke punten en beperkingen van het onderzoek.....	34
Aanbevelingen.....	35
LITERATUURLIJST.....	37
BIJLAGE I.....	41

HOOFDSTUK 1: INLEIDING

De term ‘multiprobleemgezinnen’ wordt in de literatuur vaak gebruikt om gezinnen met meervoudige, complexe, transgenerationele problematiek te omschrijven. Bij multiprobleemgezinnen is er sprake van een opstapeling van problemen op meerdere levensgebieden, waaronder het psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Ook kan de problematiek doorwerken in de opvoeding van de kinderen, en daarmee intergenerationeel van aard zijn (i.e. van generatie op generatie doorgegeven) (Zeinsträ et al., 2022). Tot slot is trauma een veelvoorkomend probleem binnen multiprobleemgezinnen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020).

De vele problemen en risicofactoren binnen multiprobleemgezinnen hebben als gevolg dat de kinderen opgroeien in een onveilig opvoedingsklimaat (Ploeg & Wanders, 2019). Ouders blijken vaak gezonde pedagogische vaardigheden (e.g. tegemoetkomen aan de behoeftes van het kind, grenzen en regels aanhouden, consequent zijn) te missen. Daarnaast wordt een onveilig opvoedingsklimaat gekenmerkt door stressvolle of zelfs traumatische levensgebeurtenissen, zoals huiselijk geweld, verwaarlozing, financiële problemen, fysieke mishandeling, relatieproblemen en conflicten met het netwerk of binnen het gezin. Wanneer kinderen in zo’n omgeving opgroeien wordt de kans dat ze zich kunnen verweren tegen de negatieve consequenties van levensgebeurtenissen steeds kleiner; hun veerkracht vermindert (Tausendfreund et al., 2016). Bij veel van deze gezinnen is er bij de ouders sprake van eenzelfde voorgeschiedenis met stressvolle levensgebeurtenissen. Deze stressvolle en traumatische gebeurtenissen zijn van grote invloed op het individu en het gezinsfunctioneren (Deković en Bodden, 2019)

Deković en Bodden (2019) onderscheiden verschillende risicovolle factoren voor de ontwikkeling van het kind, te categoriseren in zeven domeinen. Deze domeinen zijn deels gebaseerd op het ecologisch-transactieel model (Bronfenbrenner, 1979) en deels op bestaande kennis over de problematiek bij multiprobleemgezinnen. De zeven belangrijkste domeinen waarin zich problemen kunnen voordoen binnen het gezin zijn: 1) kindfactoren, 2) ouderfactoren, 3) opvoedingsfactoren, 4) gezinsfunctioneren, 5) contextuele factoren, 6) sociaal netwerk factoren en 7) hulpverleningsfactoren. Deković en Bodden tonen aan dat multiprobleemgezinnen op al deze domeinen ongunstiger scores dan de algemene bevolking (Deković & Bodden, 2019). Dit leidt ertoe dat deze domeinen van belang voor het differentiëren van multiprobleemgezinnen.

Kindfactoren

Wanneer een kind opgroeit in een gezin met veel risicofactoren kan dit de ontwikkeling op meerdere manieren belemmeren. Er is bij kinderen uit multiprobleemgezinnen vaker sprake van internaliserende problemen (e.g. negatief zelfbeeld, angst) en externaliserende problemen (e.g. agressie, delinquentie). Ook problemen op het gebied van leren en sociale vaardigheden en fysieke problemen komen vaker voor bij kinderen uit multiprobleemgezinnen (Deković en Bodden, 2019). Al deze problemen hebben een negatieve uitwerking op de ontwikkeling van het kind. Echter, problemen die bij het kind spelen kunnen andersom het gezin ook negatief beïnvloeden (Deković & Bodden, 2019).

Ouderfactoren

Het tweede domein, ouderfactoren, omvat alle problemen bij de ouder die een risico vormen voor het systeem. Zo kunnen ouders problemen hebben op cognitief, sociaal en gedragsmatig gebied, maar ook psychisch kunnen er problemen zijn. Zo kan depressie of bipolariteit het functioneren van de ouder beïnvloeden. Bovendien kan de ouder verslavingen hebben die van grote invloed zijn op het gezinsfunctioneren (Bodden & Deković, 2015).

Bij multiprobleemgezinnen blijkt er vaak sprake te zijn van intergenerationele problemen. Problemen bij de ouder vormen dus niet alleen een risico voor het opvoedingsklimaat waarin hun kinderen opgroeien, maar zijn ook vaak het gevolg van het onveilige en risicovolle opvoedingsklimaat waarin de ouders zelf zijn opgegroeid (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019).

Uit onderzoek is gebleken dat een opstapeling van risicofactoren in een gezin de kans op kindermishandeling en verwaarlozing vergroot (Taylor et al., 2020). Wanneer een individu traumatische ervaringen op jonge leeftijd (herhaaldelijk) meemaakt en niet goed verwerkt kan er een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) ontstaan (Volpicelli et al., 1999). In de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) worden de diagnostische criteria voor PTSS omschreven. Er is sprake van PTSS bij getraumatiseerde personen wanneer er sprake is van: een stressor (blootstelling aan een traumatische gebeurtenis), indringende symptomen, zoals nachtmerries of flashbacks, vermijding (van gedachten, gevoelens en herinneringen), negatieve veranderingen in cognities en stemmingen en verandering in arousal/alertheid en reactiviteit (American Psychiatric Association, 2013; López-Martínez et al., 2016). Daarnaast moeten de symptomen minstens één maand

aanwezig zijn en functioneel leed veroorzaken (e.g. sociaal, beroepsmatig) (American Psychiatric Association, 2013).

De gevolgen en symptomen van trauma en PTSS voor het psychisch welzijn van het individu zijn groot (Rzeszutek et al., 2021). Trauma heeft invloed op de cognities en denkpatronen van getraumatiseerde personen. Zo ontstaan er vaak disfunctionele overtuigingen over het zelf, de ander en de wereld (ik kan niets; anderen zijn niet te vertrouwen; de wereld is gevaarlijk/bedreigend). Onbehandeld kunnen deze disfunctionele overtuigingen het gedrag gaan sturen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020; Rzeszutek et al., 2021).

Daarnaast kunnen er lichamelijke klachten ontstaan als gevolg van traumatisering (Miller et al., 2017). Zo kan er een overschot of tekort aan cortisol, ook wel het stresshormoon, ontstaan. Wanneer het cortisolgehalte langdurig verhoogd is levert dat klachten op (e.g. een hoge bloeddruk of weinig energie). Ook kan een verhoogd of verlaagd cortisolgehalte de emoties en het geheugen negatief beïnvloeden (Miller et al., 2017; López-Martínez et al., 2016).

Tot slot gaat PTSS vaak samen met minstens één andere psychiatrische diagnose (D'Andrea et al., 2011). Vooral depressies, paniekstoornissen en angststoornissen komen vaak voor bij getraumatiseerde personen. Deze psychische problemen zijn vaak langdurig en resistent tegen kortdurende behandeling; een derde van de mensen met PTSS ervaren geen vermindering van klachten na hulpverlening (Bradley et al., 2005). Bij deze mensen is er vaak sprake van aanzienlijke en aanhoudende beroepsmatige en relationele beperkingen.

De rol van psychische problemen bij de ouder in het psychisch en gedragsmatig functioneren van het kind is groot. In onderzoek van Stallard et al., (2004) worden verschillende gedragsproblemen bij kinderen gerelateerd aan psychische problemen bij ouders. Zo bleken veel kinderen ongepast seksueel gedrag, obsessief-compulsieve rituelen, agressie, problemen met leeftijdsgenoten of delinquent gedrag te vertonen als gevolg van de psychische problematiek van hun ouders. Ook bleek dat deze kinderen zich zorgen maakten om hun ouders, wat resulteerde in emotionele problemen, zoals sombere en depressieve gevoelens (Stallard et al., 2004).

Opvoedingsfactoren

Het derde domein omvat alle problemen in de opvoeding. Problemen in de opvoeding worden vaak gerapporteerd bij multiprobleemgezinnen (Bodden & Deković,

2015). Deze opvoedingsproblemen kunnen het gevolg zijn van psychische problemen of trauma bij ouders. Zo kunnen ouders onvoldoende of inconsistente opvoedingsstrategieën toepassen, waarbij er een tekort is aan grenzen/regels en er niet consequent wordt gereageerd op het gedrag van het kind. Ook hebben deze ouders vaak geen gedragscontrole over hun kinderen (i.e. autoriteit) (Deković & Bodden, 2019).

Bij multiprobleemgezinnen wordt ook vaker overbelasting en machteloosheid gesignaleerd (Deković & Bodden, 2019). Dit kan in direct verband staan met PTSS bij ouders. Uit onderzoek van Schechter et al. (2012) blijkt dat ouders met PTSS meer opvoedingsstress ervaren. Dit kan worden verklaard doordat zij meer stress en neurotische activiteit in de angstregio's van het brein lijken te ervaren. Daarnaast is er bij hen ook nog sprake van de emotieregulatie-problematiek. Deze ouders zijn dan ook sneller overprikkeld wanneer zij in de opvoeding worden overvraagd (Schechter et al., 2012). Overbelasting komt ook sneller voor bij eenoudergezinnen (i.e. een groot gedeelte van de multiprobleemgezinnen) vanwege de onverdeelde draaglast (Anderson, 2014).

Naast gevoelens van onmacht vormt een gebrek aan responsiviteit en warm ouderschap een probleem in de opvoeding (Jensen et al., 2020). Er wordt dan onvoldoende voldaan aan de emotionele behoeftes van het kind. Trauma kan een grote rol spelen in het veroorzaken van deze problemen. Door de gevolgen van trauma voor het psychisch welzijn van ouders (e.g. afgestompte positieve emoties, disfunctionele overtuigingen en hyperarousal) zijn zij minder in staat responsief en sensitief te reageren op hun kinderen (Van Ee et al., 2015; Ploeg & Wanders-Mulder, 2020).

Bovendien kan trauma leiden tot problemen in de opvoedingsstijl van ouders. Onderzoek van Bryant et al. (2018) toont aan dat PTSS bij ouders kan zorgen voor gespannen en angstig ouderschap, wat wordt gekenmerkt door overmatige bescherming. Bovendien kunnen ouders angsten en disfunctionele overtuigingen die achter deze opvoedingsstijl schuilen modeleren aan hun kinderen. Dit kan leiden tot internaliserende problemen bij de kinderen (e.g. (verlatings-)angst, wantrouwen) (Bryant et al., 2018; van Ee et al., 2015).

Tot slot worden autoritaire opvoedingsstijlen, gekenmerkt door te veel discipline en psychologische controle (e.g. manipulatie, dreigen), geassocieerd met externaliserende problemen bij kinderen (Pinquart, 2017). Met externaliserende problemen worden ongecontroleerde en storende gedragingen bedoeld die zich manifesteren als agressie, ongehoorzaamheid, hyperactiviteit en impulsiviteit. Hierbij wordt een wederzijdse associatie

waargenomen; ouders reageren op externaliserend probleemgedrag bij kinderen met meer discipline en psychologische controle (Pinquart, 2017).

Gezinsfunctioneren

Het vierde domein, gezinsfunctioneren, omvat alle factoren die het gezinsfunctioneren als systeem verstoren. Zo is er bij multiprobleemgezinnen vaker sprake van huwelijks- en relatieproblemen (Deković & Bodden, 2019). Dit levert verschillende problemen op. Ouder-kind relaties kunnen verzwakt raken als gevolg van echtscheiding, wat kan leiden tot hechtings- en vertrouwensproblemen (Fagan & Churchill, 2012). Bovendien kan echtscheiding voor kinderen leiden tot een verminderd vermogen om met conflict om te gaan. Daarnaast worden de sociale en academische vaardigheden van kinderen aangetast als gevolg van echtscheiding. Kinderen uit gebroken gezinnen (i.e. eenoudergezinnen) vertonen meer angstig, depressief en antisociaal gedrag dan kinderen van intacte gezinnen (Fagan & Churchill, 2012). Bij eenoudergezinnen bestaat er een groter risico op delinquent gedrag bij de kinderen dan bij tweeoudergezinnen (Anderson, 2002).

Ook kan een verstoorde (emotionele) betrokkenheid (cohesie) bij elkaar het gezinsfunctioneren verstoren (Deković & Bodden, 2019). Een gezonde cohesie wordt gezien als beschermende factor voor het psychisch welzijn binnen een gezin (Manzi et al., 2006). Een tekort aan (emotionele) betrokkenheid of cohesie binnen het gezin wordt geassocieerd met meer problematisch en agressief gedrag en minder sociale interactie met leeftijdgenoten bij kinderen (Richmond & Stocker, 2006).

Andere factoren die het gezinsfunctioneren beïnvloeden zijn conflicten binnen het gezin, externe locus van controle (de schuld buiten zichzelf zoeken), en een gebrek aan organisatie en structuur (Deković & Bodden, 2019).

Contextuele factoren

Het vijfde domein, contextuele factoren, omvat alle problemen in de omgeving van het gezin. Multiprobleemgezinnen rapporteren meer negatieve levensgebeurtenissen dan de algemene bevolking (Bodden & Deković, 2015; Pannebakker et al., 2018). Het herhaaldelijk meemaken van dit soort gebeurtenissen kan leiden tot trauma, wat grote gevolgen kan hebben voor het kind, de ouder én het gezin (Pannebakker et al., 2018).

Uit onderzoek van Deković en Bodden (2019) blijkt dat multiprobleemgezinnen significant meer kans hebben op financiële problemen. Financiële problemen, bijvoorbeeld

als gevolg van scheiding of beroepsmatige beperkingen naar aanleiding van trauma/psychische problemen, beïnvloeden het gezin sterk. Kinderen uit gezinnen met een lager inkomen vertonen meer probleemgedrag en hebben minder ontwikkelingskansen, vanwege beperkte toegang tot duurdere voorzieningen (Nederlands Jeugd Instituut, 2014).

Bovendien kunnen er problemen spelen op het werk of op school (Deković & Bodden, 2019). Deze problemen kunnen het gezinsfunctioneren negatief beïnvloeden. Zo kan het voorkomen dat een kind, als gevolg van alle problemen in het gezin, niet in staat is om op school bij te blijven. Ook kan veelvuldig absent zijn problemen veroorzaken voor de ontwikkelingskansen van het kind (Bodden & Deković, 2015).

Sociaal netwerk factoren

Onderzoek van Bodden en Deković (2015) toont aan dat multiprobleemgezinnen significant meer conflicten hebben binnen het sociaal netwerk (i.e. vrienden/familie/buren) dan gezinnen uit de algemene bevolking (Bodden & Deković, 2015). Ook ervaren multiprobleemgezinnen meer sociale isolatie en eenzaamheid (Jansen, 2014). Ander onderzoek wijst uit dat de sociale situatie waarin een gezin zich bevindt een rol kan spelen bij de intergenerationele overdracht van kindermishandeling (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Met name sociale isolatie blijkt een bepalende factor te zijn. Daarnaast kan een gebrek aan een steunend netwerk zorgen voor praktische problemen (e.g. geen opvang voor de kinderen) die interfereren met behandeling (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019).

Hulpverleningsfactoren

Multiprobleemgezinnen maken vaker gebruik van de hulpverlening dan de algemene bevolking (Bodden & Deković, 2015). Ook komt uithuisplaatsing vaker voor bij deze gezinnen. Naast het frequente gebruik van hulpverlening vormen andere problematische factoren, zoals gebrekkige motivatie, wantrouwen en problemen in de relatie met de hulpverlener, een risico op lagere hulpverleningsuitkomsten voor multiprobleemgezinnen (Bodden & Deković, 2015).

Vanwege hun complexe problematiek lijken behandelmogelijkheden voor multiprobleemgezinnen het meest ongunstig (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019). Bij veel van deze gezinnen is er namelijk sprake van een combinatie van verschillende problemen. Vaak blijkt hulpverlening niet toereikend of te kortdurend om op alle domeinen problemen aan te pakken (Knot-Dickscheit et al., 2011). Ook gebrek aan coördinatie tussen verschillende

hulpverleners vormt een probleem voor de hulpverleningsuitkomsten van deze gezinnen (Deković & Bodden, 2019).

De KINGS-methode

De behandeling van multiprobleemgezinnen werd lange tijd niet systemisch uitgevoerd; kinderen werden apart van hun ouders behandeld voor hun eigen problematiek (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Bij Accare, een universitaire zorginstelling voor specialistische jeugdhulp waar ook veel onderzoek wordt gedaan, werd in 2008 opgemerkt dat deze manier van aanpak onvoldoende effectief was; kinderen werden behandeld, maar keerden vervolgens terug in een de ongezonde en risicovolle gezinssituatie. Om dit probleem tegen te gaan werd er een behandelmodel ontwikkeld door Accare, genaamd Kind IN Gezond Systeem (KINGS). De doelgroep van deze behandeling betreft multiprobleemgezinnen, waar intergenerationele problemen zijn in verschillende levensdomeinen en de opvoeding, en waarbij trauma een invloedrijke rol speelt in de problematiek (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020; Zeinstra et al., 2022).

KINGS is een intensieve, systemische en gefaseerde klinische behandelingsmethode, waar traumabehandeling gecombineerd wordt met opvoedingshulp, en waar alle gezinsleden behandeling aangeboden krijgen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019, p.441). De aanpak bij KINGS is uniek, omdat trauma wordt behandeld met als uiteindelijk doel het verbeteren van het opvoedingsklimaat en de gezinscontext. Het uiteindelijke doel is dat de ontwikkeling van het kind doorgang vindt en ouders beter in staat zijn hun emoties te reguleren en opvoedingsvaardigheden aan te leren en toe te passen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Daarnaast is de doelstelling gericht op het afnemen van opvoedingsstress, het vergroten van het competentiegevoel bij ouders en het bevorderen van positief opvoedingsgedrag (Zeinstra et al., 2022).

De KINGS behandeling is opgedeeld in drie fases, met elk een eigen doel. De eerste fase draait om het creëren van motivatie en bewustzijn van de problematiek en het verwerven van informatie met betrekking tot de problematiek van het gezin. In fase twee staat traumaverwerking centraal en in fase drie is het aanleren van opvoedvaardigheden het belangrijkste doel (Zeinstra et al., 2022; Ploeg & Wanders-Mulder, 2020).

Doel- en vraagstelling

De KINGS behandeling wordt in de praktijk beschouwd als een effectieve vorm van behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Echter, de

daadwerkelijke effectiviteit moet nog wetenschappelijk bewezen worden. Het belang van effectieve interventies is groot. Het vaststellen van de werkzame elementen van een interventie voor verschillende uiteenlopende doelgroepen zal leiden tot meer mogelijkheden om flexibel in te spelen op specifieke situaties en probleemcombinaties bij cliënten (Van Yperen et al., 2017).

Het is onduidelijk welke problemen overheersen bij de gezinnen die worden doorverwezen naar KINGS. Het definiëren van de doelgroep is nodig om uiteindelijk de gehele interventie te definiëren om de effecten en werkzame elementen van de behandeling op deze problematiek aan te tonen (van Yperen, 2015).

De doelstelling van het huidige onderzoek is het creëren van inzicht in de overheersende kenmerken en problemen van KINGS-gezinnen. Door de gezinnen te categoriseren volgens de domeinen van Deković en Bodden (2015; 2019) zal in het huidige onderzoek getracht worden deze doelstelling te bereiken. Daarnaast zal worden geconcludeerd of deze domeinen voldoende omvattend zijn, of dat er meer domeinen nodig zijn om deze gezinnen volledig te conceptualiseren. Ook zullen er uitspraken worden gedaan over welke kenmerken het meest voorkomend zijn. Tot slot zullen er uitspraken worden gedaan over de mate van samenhang tussen verschillende problemen/kenmerken. De onderzoeksvraag luidt:

Wat zijn de kenmerken van gezinnen die zijn doorverwezen naar de KINGS-gezinsbehandeling?

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden worden de volgende deelvragen onderscheiden:

1. *In hoeverre is de indeling van Deković en Bodden dekkend voor de kenmerken van de steekproef?*
2. *Welke algemene kenmerken komen naar voren binnen de steekproef?*
3. *Welke gezinskenmerken komen het meest voor binnen de steekproef?*
4. *In hoeverre is er sprake van samenhang tussen kenmerken binnen de steekproef?*

Op basis van de literatuur kunnen er een aantal hypotheses worden opgesteld. Ten eerste wordt verwacht dat elk gezin op meer dan één van de domeinen scoort; KINGS richt zich per slot van rekening op multiprobleemgezinnen (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; 2020). Ook wordt verwacht dat er hoog gescoord wordt op de codes die te maken hebben met

trauma (e.g. ouderfactoren (emotioneel), kindfactoren (emotioneel), contextuele factoren, Adverse Childhood Experiences (ACE)) en op codes die te maken hebben met opvoedingsproblemen (i.e. opvoedingsfactoren): de KINGS-behandeling is namelijk gericht op gezinnen met trauma en problemen in de opvoeding (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; 2020).

Met betrekking tot de samenhang tussen kenmerken komen er een aantal verwachtingen naar voren op basis van de literatuur. Ten eerste kan er een verband worden verwacht tussen trauma en opvoedingsproblemen (Anderson, 2014; Bryant et al., 2018; Jensen et al., 2020; Piquart, 2017; Ploeg & Wanders-Mulder, 2020; Schechter et al., 2012; Van Ee et al., 2015). Daarnaast wordt er samenhang verwacht tussen opvoedingsproblemen en internaliserende en externaliserende kindproblemen (Bryant et al., 2018; Piquart, 2017; Van Ee et al., 2015). Ten derde kan er samenhang worden verwacht tussen internaliserende ouderproblemen en internaliserende/externaliserende kindproblemen (Stallard et al., 2004). Verder wordt er een verband verwacht tussen gezinssamenstelling (m.n. eenoudergezinnen)/gezinsfunctioneren (huwelijks- en relatieproblemen) en kindfactoren (Anderson, 2002; Fagan & Churchill, 2012). Daarnaast kan er ook samenhang worden verwacht tussen gezinsfunctioneren (cohesie) en problemen bij het kind in het emotioneel, sociaal en gedragsmatig functioneren (Manzi et al., 2006; Richmond & Stocker, 2006). Tot slot wordt er een verband verwacht tussen positieve factoren in alle domeinen (minus kindfactoren) en positieve kindfactoren; positieve factoren in deze zes domeinen kunnen namelijk een beschermende rol spelen voor het functioneren van het kind (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019).

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode toegelicht. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten per deelvraag weergegeven. Tot slot worden in hoofdstuk 4 conclusies, sterke punten en beperkingen van het huidige onderzoek beschreven, met daarbij aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Nota bene: in dit onderzoek zal er onderscheid worden gemaakt tussen ‘algemene kenmerken’ en ‘gezinskenmerken’. Algemene kenmerken zijn kenmerken die het gezin beschrijven, los van de problematiek (e.g. geslacht, aantal gezinsleden, gezinssamenstelling, juridische status). Met gezinskenmerken worden de domeinen van Deković en Bodden (2015;

2019) bedoeld, zoals deze zijn beschreven in hoofdstuk 1. Dit onderscheid wordt verder toegelicht in hoofdstuk 2.

HOOFDSTUK 2: METHODE

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek betrof een kwalitatieve inhoudsanalyse naar de problemen van gezinnen zoals ervaren bij verwijzing naar de KINGS-gezinsbehandeling. De kwalitatieve inhoudsanalyse kan worden gebruikt voor het systematisch beschrijven van kwalitatief materiaal (Schreier, 2012). Aan de hand van 53 aanmeldformulieren (i.e. formulieren die bij doorverwijzing naar KINGS worden ingevuld door een verwijzer) zijn de kenmerken van KINGS gezinnen onderzocht.

Participanten

De onderzoekspopulatie bestond uit gezinnen die op moment van onderzoek of in het verleden de KINGS-gezinsbehandeling hebben ontvangen. Gezinnen werden geselecteerd wanneer de behandelingsstartdatum van het primair aangemelde kind tussen 1 januari 2021 en 1 juni 2022 lag. Daarnaast werden gezinnen alleen meegenomen wanneer het kind en diens gezin daadwerkelijk de KINGS-gezinsbehandeling hadden ontvangen. Verder moesten aanmeldformulieren volledig ingevuld zijn. Ook moesten toestemmingsformulieren voor ieder gezinslid ingevuld zijn. Aan de hand van deze formulieren werd er toestemming gegeven voor het gebruik van de gegevens van het gezin voor dit onderzoek. Gezinnen waarbij het toestemmingsformulier van één of meer van de gezinsleden miste zijn niet meegenomen in het onderzoek. In totaal zijn er 53 gezinnen geselecteerd.

Procedure

Het huidige onderzoek maakte deel uit van een overkoepelend onderzoek naar de effectiviteit van KINGS, welke is goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. De gezinnen werden na aanmelding bij KINGS benaderd met de vraag of zij bereid waren deel te nemen aan het effectiviteitsonderzoek van Zeinstra et al., (2022), waarbij zij een toestemmingsformulier voorgelegd kregen waarin het onderzoek en de werkwijze duidelijk stonden beschreven. Ook is er uitgelegd dat alle gegevens geanonimiseerd zouden worden. Met het tekenen van een Informed Consent erkent een individu dat hij/zij voldoende geïnformeerd is, vrijwillig deelneemt aan het onderzoek en dat zijn/haar gegevens gebruikt mogen worden ten behoeve van het onderzoek.

Instrument

Om uitspraken te kunnen doen over de problematiek bij KINGS-gezinnen zijn de aanmeldformulieren, ingevuld door de verwijzer, gecodeerd. In deze aanmeldformulieren werden naast demografische gegevens de volgende punten uitgevraagd; beschrijving van de (algemene) problematiek, omschrijving problematiek kind/jongere, omschrijving problematiek opvoeder(s), omschrijving systeem-/interactie-/opvoedingsproblemen, hulpverleningsgeschiedenis, onderbouwing klinische opname (waarom niet ambulante), en de verwijzers-/hulpverlenersgegevens. De antwoorden op deze punten werden in het huidige onderzoek beschouwd als omschrijving van de problematiek van de gezinnen.

Data-analyse

Er zijn 53 KINGS-aanmeldformulieren, ingevuld door verschillende verwijzers, gecodeerd. Voor het coderen van de gegevens werd gebruik gemaakt van ATLAS.ti. Met deze software kan kwalitatieve data systematisch worden geanalyseerd door het toevoegen van codes aan tekstfragmenten en databases (Friese, 2019).

Voorafgaand aan het coderen werd er een codeboek ontwikkeld, met daarin de zeven hoofdcodes voortkomend uit de domeinen van Deković en Bodden, met verschillende subcodes, gebaseerd op de omschrijving van de domeinen door Deković en Bodden. Daarnaast werd het codeboek aangevuld met relevante, meer algemene codes, zoals gezinsrol, gezinsgrootte, leeftijd, geslacht, betrokken jeugdzorg en juridische status (e.g. ondertoezichtstelling, rechterlijke machtiging). Deze codes werden ontleend aan de uitgevraagde algemene gegevens in de aanmeldformulieren. Ook zijn er beslisregels vastgesteld voor het toepassen van codes op de tekst. In ATLAS.ti zijn vervolgens relevante tekstfragmenten geselecteerd en deductief gelabeld met de codes.

Twee codeurs hebben in ronde één de aanmeldformulieren gecodeerd. Tijdens het coderen van de formulieren hebben er meerdere afstemmingsmomenten plaatsgevonden, waarin is gecheckt of er gelijke tekstlengtes werden gecodeerd, en of dezelfde codes werden toegevoerd. Hierbij is een derde codeur betrokken geweest, die bij twijfel de doorslaggevende beslissing nam. Deze werd vervolgens als beslisregel opgenomen in het codeboek. Door ook inductief te coderen werden opvallende kenmerken meegenomen in de analyse. Zo kwam er bijvoorbeeld bij een aantal gezinnen naar voren dat er bij een ouder sprake was van verslavingsproblematiek. Hier werd een nieuwe subcode voor toegevoegd binnen de

hoofdcode 'ouderfactoren'. Zo is het codeboek naarmate het onderzoek vorderde steeds verder aangevuld.

Na het gezamenlijk coderen van tien formulieren hebben de twee codeurs vijf formulieren apart van elkaar gecodeerd. Bij deze formulieren zijn voorafgaand aan het coderen al relevante tekstfragmenten gemarkeerd, waaraan de codeurs vervolgens elk apart codes konden verbinden. Zo werd ervoor gezorgd dat de codeurs in ieder geval overeenkwamen in de lengte van tekstfragmenten. Vervolgens is de interbeoordelaars-betrouwbaarheid berekend over deze vijf formulieren, met behulp van Krippendorff's α (Krippendorff, 2018). Hierbij moest de minimale overeenkomst tenminste 0.667 of hoger zijn. Na ronde één was deze 0.536. Op basis van deze waarde heeft er opnieuw afstemming plaatsgevonden tussen de codeurs over consequente twijfelpunten en verschillen, waarna er aanpassingen zijn gedaan in het codeboek en de beslisregels.

Vervolgens zijn de overige formulieren door de twee codeurs apart van elkaar gecodeerd, waarbij opnieuw afstemming plaatsvond tussen het coderen door. Door het constant afstemmen en inductief coderen werden er wijzigingen gedaan in het codeboek. Nadat alle formulieren waren gecodeerd, heeft er een tweede codeerronde plaatsgevonden, waarin de reeds gecodeerde formulieren werden herzien op basis van wijzigingen in het codeboek. Zo werden er codes die in het codeboek waren vervangen ook in de formulieren vervangen. Na deze ronde is opnieuw de interbeoordelaars-betrouwbaarheid berekend over vijf formulieren. Deze was 0.669. Dit was genoeg om de beoordelingen als betrouwbaar te accepteren. Het uiteindelijke codeboek is opgenomen in bijlage I.

Na het coderingsproces zijn de belangrijkste bevindingen verzameld. Deze bevindingen gaven een beeld van alle kenmerken en problemen die voorkomen bij de doelpopulatie. Allereerst werden de frequenties van alle hoofd- en subcodes opgevraagd via 'Code Document Table' in ATLAS.ti, en omgezet in percentages. Deze frequenties gaven een overzicht van de meest voorkomende codes, en daarmee kenmerken, van de steekproef. Daarna is er met behulp van SPSS gekeken naar de samenhang tussen een aantal kenmerken. Hiervoor werd de Chi-kwadraattoets (X^2) gebruikt. Dit is een toets waarmee kan worden berekend in hoeverre twee categorische variabelen aan elkaar gerelateerd zijn. Hierbij was de nulhypothese dat er geen samenhang bestaat tussen de variabelen. Deze nulhypothese mocht worden verworpen wanneer de p -waarde lager is dan 0.05 (Cohen, 1992). Ook moest er worden voldaan aan de assumpties (i.e. de variabelen zijn categorisch, de observaties zijn onafhankelijk van elkaar en het aantal (verwachte) observaties moet in alle cellen van de

kruistabellen 5 of hoger zijn). Aan de eerste twee assumpties werd bij de gehele data voldaan. Voor de derde assumptie is er in de tabellen een kolom opgenomen, waarin is aangegeven of er aan die assumptie werd voldaan. Variabelen werden alleen meegenomen in de Chi-kwadraattoets wanneer de frequentieproportie van de variabele 15% of hoger was.

HOOFDSTUK 3: RESULTATEN

In het huidige onderzoek ligt de focus op het beschrijven van de kenmerken van gezinnen die bij KINGS zijn aangemeld en behandeld. De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van de vooraf opgestelde deelvragen. In bijlage I worden de frequenties van elke (sub)code weergegeven.

De kwaliteit van het theoretisch kader

Allereerst is er onderzocht of het theoretisch kader, gebruikt voor het vormgeven van het codeboek, dekkend is voor de kenmerken van de onderzochte gezinnen. Dit betreft dus alleen de gezinskenmerken. Het vooraf opgestelde codeboek is tijdens het coderen aangevuld met relevante codes, ontstaande uit de tekst. Deze codes vormen alle relevante kenmerken van de gezinnen die nog niet in het codeboek voorkwamen. Hiermee is uiteindelijk alle relevante informatie gecodeerd. Alle nieuwe codes konden worden ondergebracht onder de bestaande (zeven) hoofdcategorieën; ze vormden een subcategorie van de bestaande hoofddomeinen van Deković en Bodden. Er waren dus geen nieuwe hoofdcategorieën nodig. Alle hoofdcodes zijn toegepast, en op drie subcodes na zijn ook alle subcodes toegepast.

Met betrekking tot de inhoud bleek dat de domeinen uitermate geschikt waren voor de beschrijving van deze gezinnen. Het gemiddelde aantal gescoorde domeinen per gezin was 6.5 (van de zeven). Maar liefst twee derde van de gezinnen scoorde op alle zeven domeinen (66%). Een kwart van de gezinnen scoorde op zes domeinen (25%). Hiermee kan worden geconcludeerd dat het gebruikte theoretische kader dekkend is voor de inhoud van de gezinnen bij KINGS.

Beschrijving van de steekproef; algemene kenmerken

In totaal zijn er 53 gezinnen in dit onderzoek meegenomen. De steekproef bestond uit 53 moeders, 41 dochters, 23 vaders, twee stiefvaders en 46 zonen. In totaal was het aantal kinderen in de steekproef 87 en het aantal ouders 78. De steekproef bestaat uit meer vrouwen (94) dan mannen (71). De leeftijd voor kinderen lag voornamelijk tussen de 4-16 jaar (71%). Voor ouders lag de leeftijd vooral tussen 28 en 44 jaar (70%). De steekproef bestaat voornamelijk uit gezinnen van twee (32%) of drie (36%) personen. Het aantal kinderen is meestal één (51%) of twee (23%). Hierbij moet worden vermeld dat er bij sommige ouders meer kinderen hadden, maar deze niet zijn vermeld in het aanmeldformulier (omdat zij niet

bij de behandeling betrokken zouden zijn) en daarmee ook niet zijn meegeteld in het huidige onderzoek.

Een opvallende bevinding met betrekking tot de gezinssamenstelling en gezag is dat er bijna altijd sprake is van een eenoudergezin (81%). Er is sprake van een eenoudergezin wanneer een van de ouders niet meer bij het gezin woont/betrokken is. Deze ouder kan dus nog wel gezag hebben. Binnen de steekproef is er bij deze eenoudergezinnen altijd sprake van een moeder met eenhoofdig gezag, nooit van een vader met eenhoofdig gezag.

In totaal heeft bij 79% van alle gezinnen moeder (een deel van) het gezag. Bij 28% van de gezinnen heeft vader ook gezag en bij 3% van de gezinnen wordt er niets vermeld met betrekking tot gezag. Bij 60% van de gezinnen is er geen sprake van co-ouderschap, bij 0.6% van de gezinnen wel. Bij de rest van de gezinnen wordt hierover niets vermeld.

Bij 29% van de gezinnen is er sprake van minstens één DSM-V classificatie bij een van de gezinsleden. Deze betreft voornamelijk ADHD of PTSS. Ook is er bij een meerdere gezinnen sprake van angststoornissen, depressieve/bipolaire stoornissen of aandacht deficiëntie stoornissen.

Jeugdbescherming is bij 23 gezinnen (43%) betrokken. Verder is er bij 31 van de gezinnen (58%) sprake van een juridische status, waarvan 11 keer een RM/IBS, 11 keer een huidige OTS, vier keer een afgeronde OTS, en één uithuisplaatsing. Bij vier gezinnen wordt niet genoemd welke juridische status van toepassing was. Bij negen gezinnen (17%) is er geen juridische status van toepassing en bij 13 gezinnen wordt hierover niets vermeld.

Bij bijna alle gezinnen (92%) is er een onderbouwing gegeven voor de klinische opname bij KINGS. Bij de meeste gezinnen kwam de onderbouwing overeen met het volgende voorbeeld:

“Er zijn meerdere vormen van ambulante hulpverlening ingezet voor moeder en de kinderen, maar de problematiek is systemisch en zij komen er apart van elkaar niet uit. Een belemmerende factor binnen de ambulante traumaverwerking is haar positie als alleenstaande moeder met een beperkt sociaal netwerk. Hierdoor ervaart zij geen ruimte om de sessies door te laten gaan of kosten deze sessies haar te veel energie om nadien nog voor haar kinderen te kunnen zorgen.”

Een laatste onderdeel van algemene kenmerken betreft de betrokken hulpverlening. Bij bijna alle gezinnen (94%) is er in het verleden hulpverlening betrokken is geweest. Bij 42

gezinnen werd er ook een huidige hulpverleningsinstantie genoemd. Bij 31 gezinnen werd er een tweede genoemd, en bij 17 gezinnen een derde. Hieruit blijkt dat deze gezinnen vaak te maken hebben met veel verschillende hulpverleningsinstanties die in elkaar overlopen en die nog betrokken zijn wanneer het gezin wordt aangemeld bij KINGS.

Beschrijving van de gezinskenmerken

De gezinskenmerken zijn gecategoriseerd volgens de domeinen van Deković en Bodden (2019). De meest voorkomende kenmerken worden per hoofddomein toegelicht.

Kindfactoren

In totaal worden er bij 49 gezinnen kindfactoren gerapporteerd (92%). Uit de frequentieverdeling blijkt dat bij de meeste gezinnen gedragsproblemen bij kinderen aanwezig zijn (79%). Er wordt vooral vaak gesproken over agressief en grensoverschrijdend gedrag.

Verder kwam er naar voren dat er binnen een groot aantal gezinnen (60%) ook sprake is van emotionele problemen bij kinderen. Kenmerkend voor deze problemen is de onkunde om over emoties te praten. Daarnaast worden er veel angst- en traumaklachten gerapporteerd als onderdeel van emotionele problemen.

Ten derde spelen er bij 38% van de gezinnen ook cognitieve problemen bij het kind. Vooral het hebben van een (zeer) laag intelligentieniveau en problemen in de schoolgang worden vaak genoemd.

Er worden ook positieve kindfactoren genoemd. Met name karaktereigenschappen, zoals vriendelijk, sociaal, slim, vrolijk en een sterk aanpassingsvermogen worden vaak genoemd. Deze factoren kunnen een beschermende rol spelen in de ontwikkeling van het kind.

Ouderfactoren

Bij 96% van de gezinnen worden ouderfactoren beschreven die van invloed zijn op het gezin. De meest problematische ouderfactor blijkt de overige categorie (75%). Deze categorie is vaak toegepast bij wat abstracte uitspraken, zoals:

“Er is bij moeder sprake van meervoudig trauma. Ze draagt elke dag de pijn met zich mee.”

“Moeder wordt in de omgang met dochter en vader getriggerd op haar eigen trauma.”

Inhoudelijk zijn emotionele problemen het meest voorkomend bij ouders (55%). Hieronder vallen ook klachten n.a.v. trauma, waaronder angstklachten, herbelevingen, nachtmerries en angsten. Maar ook emotieregulatie- en persoonlijkheidsproblematiek (e.g. een laag zelfbeeld, wisselende stemmingen) komen veel voor binnen de steekproef.

Naast emotionele problemen komt ook mishandeling (ten tijde van ouderschap) veel voor bij ouders (40%). Met name huiselijk geweld (verbaal en fysiek) wordt veel genoemd. Positieve ouderfactoren (26%) zijn onder andere grote motivatie voor hulp bij opvoeding en inzicht in de eigen problematiek.

Opvoedingsfactoren

Er worden bij 51 gezinnen opvoedingsfactoren genoemd die van invloed zijn op het gezin. Deze uitkomst is niet verassend, omdat de KINGS-behandeling gericht is op gezinnen met opvoedingsproblemen. Wat interessanter is, is welke opvoedingsproblemen het meest voorkomend zijn. Met name onvoldoende en inconsistente opvoedingsstrategieën (bij 58% van de gezinnen gerapporteerd) vormen een groot probleem voor de gezinnen binnen de steekproef. Met name het niet-stellen van grenzen en onvoorspelbaarheid van ouders vormt een groot probleem binnen deze categorie.

Naast problematische opvoedingsstrategieën vormt onmacht (en overbelasting) een groot probleem voor de gezinnen. Deze categorie wordt bij 57% van de gezinnen gescoord. Onmacht wordt veelal gekenmerkt door een disbalans tussen draaglast en draagkracht, en een gebrek aan strategieën voor het omgaan met ingewikkelde opvoedingssituaties. Wat vaak wordt genoemd is dat deze ouders onmacht ervaren vanwege hun traumaklachten. Dit vormt een groot probleem voor het opvoedingsklimaat waar het kind in opgroeit.

Ten derde vormt onveilige hechting een probleem voor deze gezinnen. Bij 40% van de gezinnen werd er op deze categorie gescoord. Onveilige hechting speelt vooral bij de kinderen en wordt geuit in verlatingsangst en extreme afhankelijkheid van de ouder.

Positieve (en beschermende) opvoedingsfactoren zijn liefdevolle verbondenheid en betrokkenheid tussen ouder en kind, zelfreflectie bij de ouder en adequate reactiviteit jegens het kind.

Gezinsfunctioneren

Problemen in het gezinsfunctioneren worden bij 89% van de gezinnen gerapporteerd. Deze problemen komen meestal voort uit huwelijks- of relatieproblemen

(45%). Vooral vechtscheidingen en geweld in relaties blijken erg schadelijk voor het gezinsfunctioneren binnen de steekproef. Maar ook het hebben van opeenvolgende instabiele partnerrelaties en veel wisselingen in relaties blijken problematisch binnen deze gezinnen.

Naast huwelijks- en relatieproblemen is de categorie overig veel toegepast (42%). Deze categorie wordt gekenmerkt door ouder-kindrelatieproblemen, een disbalans tussen draaglast en draagkracht, een hoog stressgehalte binnen het gezin en een fragiele gezinsdynamiek.

Ten derde is de cohesie binnen het gezin vaak onderwerp van zorg (26%). De rolverdeling binnen het gezin is vaak problematisch. Zo wordt er vaak genoemd dat er sprake is van rolomdraaiing of parentificatie. Naast parentificatie worden er ook kluwengezinnen gesignaleerd, waarbij gezinsleden te sterk afhankelijk van elkaar zijn.

Positief gezinsfunctioneren wordt bij deze gezinnen gekenmerkt door gezonde interactiepatronen en een goed ondersteuningsnetwerk binnen het gezin.

Contextuele factoren

Contextuele factoren is een veelvoorkomende categorie binnen de steekproef (98%). Vooral problematische levensgebeurtenissen en ACE werden bij veel gezinnen genoemd. Dit is geen verrassende uitkomst, omdat de KINGS-behandeling grotendeels gericht is op traumaverwerking. De andere contextuele factoren (financiële problemen (0.8%) en een lage sociaaleconomische status (0%)) worden veel minder vaak genoemd. Wel worden er bij 30% van de gezinnen problemen op school of werk gesignaleerd.

Problematische levensgebeurtenissen die na de kindertijd hebben plaatsgevonden worden het vaakst benoemd bij de gezinnen (85%). Hieruit blijkt dat trauma zich dus het vaakst bij de aangemelde ouder(s) afspeelt. De meest voorkomende negatieve levensgebeurtenis is huiselijk geweld/geweld in partnerrelaties. Dit blijkt ook uit het feit dat ACE7 (als kind getuige of slachtoffer zijn van huiselijk geweld) een veel benoemde ACE is binnen de steekproef (38%). Naast huiselijk geweld wordt ook scheiding vaak genoemd als ACE voor kinderen (42%). Ook is te zien dat ouders veel negatieve levensgebeurtenissen in hun jeugd/kindertijd hebben meegemaakt (70%). Hierbij worden vooral negatieve hulpverleningservaringen (zoals gesloten instelling of uithuisplaatsing) en overlijdens/suicide van een geliefde genoemd.

Sociaal netwerk factoren

Bij 79% van de gezinnen spelen problemen in het sociaal netwerk. Het meest voorkomende probleem bij deze gezinnen is een gebrek aan of verstoord sociaal netwerk (66%). Wanneer er geen contact meer is met een biologische ouder, valt deze ouder niet meer onder 'gezin' maar onder 'sociaal netwerk'. Uit de fragmenten blijkt dan ook dat het verstoorde contact met een biologische ouder het meest voorkomende sociaal netwerk probleem vormt. Daarnaast blijkt ook dat veel van de gezinnen sociaal geïsoleerd zijn; ze hebben geen/nauwelijks contact met familie/vrienden, wat ook zorgt voor een gebrekkig steunnetwerk.

Naast een verstoord netwerk ervaren veel van de gezinnen ook conflicten binnen het sociaal netwerk (26%). Met name ruzies met een ex, familielid of buur zorgen voor veel spanning binnen het gezin.

Hulpverleningsfactoren

Hulpverleningsfactoren zijn bij elk gezin van toepassing (100%). Dit is te verklaren doordat in het aanmeldformulier standaard een beschrijving van de hulpverleningsgeschiedenis werd gevraagd. Wat wel opvallend is, is dat er bij elk gezin ook daadwerkelijk sprake was van eerdere hulpverlening. Het hebben van een (lange) hulpverleningsgeschiedenis is dus een belangrijk kenmerk van deze gezinnen. Dit geeft echter geen beschrijving van de problemen binnen de hulpverlening. Deze worden weergegeven binnen de categorie 'anders', welke bij 57% van de gezinnen is toegepast. Met name discontinuïteit in de behandeling vormt een probleem bij deze gezinnen. Daarnaast is overvraging een groot probleem. Hiermee wordt bedoeld dat behandeling in combinatie met de opvoeding vaak te veel is voor de ouder.

Verder zijn verschillen in zienswijze met betrekking tot de problematiek, gebrek aan motivatie en negatieve gevoelens jegens hulpverlening/een hulpverlener problemen die zich voordoen bij deze gezinnen.

Er worden ook positieve hulpverleningsfactoren gerapporteerd (45%). Zo hebben een aantal gezinnen hulpverlening gehad waar positieve effecten van zichtbaar zijn. Ook staan de meeste ouders open voor hulpverlening en zijn ze sterk gemotiveerd (dit werd vaker vermeld dan een gebrek aan motivatie). Dit kan worden verklaard doordat de KINGS-opname vrijwillig is, en er dus weinig gezinnen zijn die tegen hun zin in worden aangemeld.

Samenhang tussen kenmerken

Naast de meest voorkomende kenmerken is het interessant om te onderzoeken of kenmerken met elkaar samenhangen. Daarom is er op basis van de hypothesen een chi-kwadraattoets uitgevoerd tussen verschillende variabelen.

Allereerst werd er verwacht dat er samenhang bestaat tussen trauma en opvoedingsproblemen. Om deze hypothese te testen is de code ‘contextuele factoren (problematische levensgebeurtenissen overig)’ vergeleken met alle subcategorieën van opvoedingsfactoren. Deze problematische levensgebeurtenissen representeren namelijk ouderlijk trauma. Ook is ouderfactoren (emotioneel) gebruikt om het verband tussen trauma en opvoedingsfactoren te toetsen. Deze subcategorie bevat namelijk een groot deel van de klachten naar aanleiding van trauma, die op zichzelf kunnen leiden tot opvoedingsproblemen. De nulhypothese is dat er geen verband bestaat tussen de twee variabelen. Uit de chi-kwadraattoetsen kwam er bij alle combinaties geen significant resultaat (i.e. een p -waarde lager dan 0.05) (tabel 1). De samenhang tussen problematische levensgebeurtenissen en opvoedingsfactoren (onmacht) had een p -waarde van 0.05. Dit verband kwam dus het dichtst in de buurt van een significante relatie ($X^2 (1 N=53) = 3.831, p=0.050$), maar was niet sterk genoeg om de nulhypothese te verwerpen. Daarbij werd er bij deze samenhang niet voldaan aan de laatste assumptie voor de chi-kwadraattoets.

Tabel 1: chi-kwadraattoets over problematische levensgebeurtenissen/traumaklachten en opvoedingsfactoren ($df = 1$)

Variabelen	X^2	p -waarde	Assumpties (voldaan)
Problematische levensgebeurtenissen * opvoedingsfactoren (onvoldoende en inconsistente strategieën)	0.062	0.803	Nee
Problematische levensgebeurtenissen * opvoedingsfactoren (onmacht)	3.831	0.050	Nee
Problematische levensgebeurtenissen * opvoedingsfactoren (responsiviteit)	0.482	0.487	Nee
Problematische levensgebeurtenissen * opvoedingsfactoren (afwijzing)	0.049	0.824	Nee
Problematische levensgebeurtenissen *	0.217	0.642	Nee

opvoedingsfactoren (gebrek aan gedragscontrole)			
Problematische levensgebeurtenissen *	0.842	0.359	Nee
opvoedingsfactoren (onveilige hechting)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	2.894	0.089	Ja
opvoedingsfactoren (onvoldoende en inconsistente strategieën)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	0.621	0.431	Ja
opvoedingsfactoren (onmacht)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	0.852	0.356	Ja
opvoedingsfactoren (responsiviteit)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	0.230	0.631	Nee
opvoedingsfactoren (afwijzing)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	1.008	0.315	Ja
opvoedingsfactoren (gebrek aan gedragscontrole)			
Ouderfactoren (emotioneel) *	0.083	0.774	Ja
opvoedingsfactoren (onveilige hechting)			

Ten tweede is de samenhang tussen opvoedingsproblemen en kindproblemen (i.e. opvoedingsfactoren en kindfactoren) getoetst. Problemen in de opvoeding lijken vanuit de literatuur samen te hangen met internaliserende en externaliserende kindproblemen. Daarom zijn de categorieën kindfactoren (emotioneel) en kindfactoren (gedrag) gebruikt om dit verband te toetsen (tabel 2). Hieruit kwam een significante waarde naar voren voor het verband tussen opvoedingsfactoren (onmacht) en kindfactoren (emotioneel) ($X^2 (1 N=53) = 4.862, p=0.027$). Echter, bij dit verband werd niet voldaan aan de laatste assumptie voor de chi-kwadraattoets. De resultaten moeten dus met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tabel 2: chi-kwadraattoets over opvoedingsfactoren en kindfactoren (emotioneel & gedrag) (df = 1)

Variabelen	X ²	p-waarde	Assumpties (voldaan)
Opvoedingsfactoren (onvoldoende en inconsistente strategieën) * kindfactoren (emotioneel)	0.229	0.632	Ja
Opvoedingsfactoren (onvoldoende en inconsistente opvoedingsstrategieën) * kindfactoren (gedrag)	0.089	0.765	Nee
Opvoedingsfactoren (onmacht) * kindfactoren (emotioneel)	0.862	0.353	Ja
Opvoedingsfactoren (onmacht) * kindfactoren (gedrag)	4.862	0.027	Nee
Opvoedingsfactoren (responsiviteit) * kindfactoren (emotioneel)	0.767	0.381	Ja
Opvoedingsfactoren (responsiviteit) * kindfactoren (gedrag)	0.002	0.968	Nee
Opvoedingsfactoren (afwijzing) * kindfactoren (emotioneel)	0.393	0.531	Nee
Opvoedingsfactoren (afwijzing) * kindfactoren (gedrag)	2.468	0.116	Nee
Opvoedingsfactoren (gebrek aan gedragscontrole) * kindfactoren (emotioneel)	3.373	0.066	Nee
Opvoedingsfactoren (gebrek aan gedragscontrole) * kindfactoren (gedrag)	1.230	0.267	Nee
Opvoedingsfactoren (onveilige hechting) * kindfactoren (emotioneel)	0.346	0.556	Ja
Opvoedingsfactoren (onveilige hechting) * kindfactoren (gedrag)	0.885	0.347	Nee

Ten derde wordt er samenhang verwacht tussen ouderfactoren (emotioneel) en kindfactoren (emotioneel en gedrag). Na uitvoering van de chi-kwadraattoets kwamen er geen significante waardes uit voor de samenhang tussen ouderfactoren (emotioneel) en kindfactoren (emotioneel) ($X^2 (1 N=53) = 0.547, p=0.459$). Ouderfactoren (emotioneel) en

kindfactoren (gedrag) had ook geen significante uitkomst ($X^2 (1 N=53) = 0.000, p=0.990$). De hypothese wordt in deze toets dus niet ondersteund.

Ten vierde wordt verwacht dat de categorie ‘eenoudergezinnen’ samenhangt met kindproblemen. Hierbij kan ook worden verwacht dat er een relatie bestaat tussen echtscheiding en kindfactoren; dit is namelijk vaak de aanleiding van een problematische factor voor eenoudergezinnen. Daarom is ook deze categorie meegenomen in het berekenen van de samenhang (tabel 3). Om scheiding als negatieve levensgebeurtenis voor kinderen te coderen is ACE6 gebruikt, daarom is ook deze subcategorie meegenomen in de berekening. De enige significante waarde in deze berekeningen was voor de samenhang tussen eenoudergezin en kindfactoren (emotioneel) ($X^2 (1 N=53) = 3.968, p=0.046$). Echter, ook hier werd niet aan de laatste assumptie voldaan. Daarom moet ook dit verband met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Tabel 3: Chi-kwadraattoets over eenoudergezinnen en kindfactoren (df = 1)

Variabelen	X²	p-waarde	Assumpties (voldaan)
Eenoudergezin * kindfactoren emotioneel	3.968	0.046	Nee
Eenoudergezin * kindfactoren gedrag	0.014	0.905	Nee
Gezinsfunctioneren (relatie) * kindfactoren emotioneel	0.547	0.459	Ja
Gezinsfunctioneren (relatie) * kindfactoren gedrag	1.817	0.178	Nee
Contextuele factoren (ACE 6) * kindfactoren emotioneel	2.205	0.272	Ja
Contextuele factoren (ACE 6) * kindfactoren gedrag	3.111	0.078	Nee

Daarnaast kan er ook een samenhang worden verwacht tussen gezinsfunctioneren (cohesie) en kindproblemen in het sociaal, emotioneel en gedragsmatig functioneren. Echter, met de chi-kwadraattoets werden hier geen significante waardes gevonden (tabel 4). Daarom moet de nulhypothese hier worden aangenomen.

Tabel 4: chi-kwadraattoets over gezinsfunctioneren (cohesie) en kindfactoren (emotioneel, gedrag & sociaal) (df = 1)

Variabelen	X²	p-waarde	Assumpties (voldaan)
Gezinsfunctioneren (cohesie) * kindfactoren (emotioneel)	0.515	0.473	Nee
Gezinsfunctioneren (cohesie) * kindfactoren (gedrag)	0.005	0.942	Nee
Gezinsfunctioneren (cohesie) * kindfactoren (sociaal)	1.986	0.159	Nee

Tot slot werd er een verband verwacht tussen positieve factoren in alle domeinen (minus kindfactoren) en positieve kindfactoren; positieve ervaringen binnen deze domeinen vormen namelijk de beschermende factoren voor de ontwikkeling van het kind. Uit de chi-kwadraattoets (tabel 5) kwam naar voren dat er significante waardes waren voor het verband tussen positieve sociaal netwerk factoren en positieve kindfactoren ($X^2 (1 N=53) = 8.128$, $p=0.04$) en voor het verband tussen positieve hulpverleningsfactoren en positieve kindfactoren ($X^2 (1 N=53) = 6.419$, $p=0.011$). Dit kan betekenen dat er bij gezinnen waar positieve ervaringen waren met het sociaal netwerk of de hulpverlening, er meer positieve factoren een rol spelen bij het kind. Omdat deze berekeningen ook voldeden aan de assumpties voor de chi-kwadraattoets kan de nulhypothese voor deze twee verbanden worden verworpen.

Tabel 5: chi-kwadraattoets over positieve factoren (df = 1)

Variabelen	X²	p-waarde	Assumpties (voldaan)
Ouderfactoren (positief) * kindfactoren (positief)	8.045	0.005	Ja
Opvoedingsfactoren (positief) * kindfactoren (positief)	3.346	0.067	Nee
Gezinsfunctioneren (positief) * kindfactoren (positief)	3.314	0.069	Nee
Contextuele factoren (positief) * kindfactoren (positief)	1.150	0.283	Nee
Sociaal netwerk factoren (positief) * kindfactoren (positief)	8.128	0.004	Ja
Hulpverleningsfactoren (positief) * kindfactoren	6.419	0.011	Ja

(positief)

HOOFDSTUK 4: CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in de kenmerken van gezinnen die worden doorverwezen naar Accare KINGS. Een eerste deelvraag hierbij was: *‘In hoeverre is de indeling van Deković en Bodden dekkend voor de kenmerken van de steekproef?’*. In overeenstemming met de indeling van Deković en Bodden (2015; 2019) kwam uit de 53 aanmeldformulieren naar voren dat er bij het grootste deel van de gezinnen (66%) problemen spelen bij het kind, de ouder, de opvoeding, het gezinsfunctioneren, de context, het sociaal netwerk én de hulpverlening. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de problemen van KINGS-gezinnen meervoudig en complex van aard zijn. Ook werd er binnen de steekproef op gemiddeld 6.5 van de zeven domeinen gescoord. Hieruit kan worden geconcludeerd dat KINGS-gezinnen inderdaad multiprobleemgezinnen kunnen worden genoemd.

De tweede deelvraag luidde: *‘Welke algemene kenmerken komen naar voren binnen de steekproef?’*. Uit de resultaten kwam naar voren dat de gezinnen binnen de steekproef voornamelijk eenoudergezinnen waren. Ook kwam naar voren dat het eenhoofdig gezag vaak bij de moeder lag, en dat er maar zelden sprake was van co-ouderschap. Dit alles is in lijn met de literatuur over multiprobleemgezinnen, waaruit naar voren komt dat er bij multiprobleemgezinnen vaker sprake is van huwelijksproblemen of gebroken gezinnen (Deković & Bodden, 2019). Daarnaast was er bij veel gezinnen sprake van betrokken jeugdzorg en een juridische status. Dit betrof meestal een RM/IBS of OTS. Ook dit wordt in de literatuur onderkend (Ploeg & Wanders-Mulder, 2020). Verder kwam naar voren dat er bij bijna alle gezinnen sprake was van een hulpverleningsgeschiedenis. Dit komt overeen met wat er in de literatuur over het hulpverleningsgebruik van multiprobleemgezinnen naar voren kwam (Bodden & Deković, 2015; Knot-Dickscheit et al., 2011; Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; 2020). Vanwege de overeenkomsten tussen de literatuur en de bevindingen met betrekking tot de steekproef kan er worden gesteld dat deze kenmerken ook voorkomend zijn binnen de algehele populatie van KINGS (Smaling, 2009).

De derde deelvraag was gericht op de gezinskenmerken, volgens de indeling van Deković en Bodden, en luidde: *‘Welke gezinskenmerken komen het meest voor binnen de steekproef?’*. Uit de resultaten bleek dat elk domein bij meer dan 75% van de gezinnen van toepassing was. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de gezinskenmerken overeenkomen

met de kenmerken van multiprobleemgezinnen volgens Deković en Bodden (2019). Onderstaand worden de voornaamste conclusies uiteengezet en tot de literatuur verhouden.

Allereerst was er bij bijna alle gezinnen bij minstens één gezinslid sprake van trauma. Dit kwam overeen met de literatuur over de doelgroep van KINGS (Ploeg & Wanders-Mulder 2019; 2020) en de literatuur met betrekking tot de rol die trauma speelt bij multiprobleemgezinnen (Anderson, 2014; Bryant et al., 2018; Jensen et al., 2020; Piquart, 2017; Ploeg & Wanders-Mulders, 2020; Schechter et al., 2012; Van Ee et al., 2015). Deze uitkomst kwam voort uit de hoge scores op de categorie contextuele factoren, maar ook uit de hoge scores op de categorieën ouderfactoren (emotioneel) en kindfactoren (emotioneel). Deze categorieën werden voornamelijk bij traumasymptomen toegepast. Traumasymptomen werden voornamelijk bij ouders gesignaleerd. Een belangrijk kenmerk van deze ouders is dat zij kampen met veel emotionele problemen. Deze problemen uiten zich op verschillende manieren (e.g. somberheid, disfunctionele gedachten, een ‘vol hoofd’). Dit is in lijn met de bevindingen uit de literatuur, waarin de gevolgen van trauma voor het emotioneel functioneren worden beschreven (American Psychiatric Association, 2013; D’Andrea et al., 2011; López-Martínez et al., 2016; Rzeszutek et al., 2021; Volpicelli et al., 1999).

Traumasymptomen of PTSS worden in de literatuur ook benoemd als knelpunt voor het opvoedingsklimaat van het kind (Bryant et al., 2018; Jensen et al., 2020; Piquart, 2017; Ploeg & Wanders-Mulder, 2020; Stallard et al., 2004; Taylor et al., 2020; Van Ee et al., 2015). Binnen de steekproef werden deze problemen in de opvoeding ook teruggezien. Zo speelden er met name vaak problemen in de opvoedingsstrategieën die ouders gebruiken. Ook werd er vaak een gevoel van onmacht gesignaleerd bij ouders. Overeenkomstig wordt in de literatuur beschreven dat trauma kan leiden tot een gevoel van onmacht, opvoedingsstress en overbelasting (Schechter et al., 2012). Ook werd er in binnen de steekproef veel onveilige hechting gerapporteerd. Dit wordt in de literatuur gerapporteerd als het gevolg van problemen in de opvoedingsstijl die ouders toepassen (Bryant et al., 2018; Piquart, 2017). Op basis van de overeenkomsten tussen de bevindingen en de literatuur kan worden geconcludeerd dat trauma en problemen in de opvoeding kenmerkend zijn voor multiprobleemgezinnen bij KINGS. Dit is in lijn met de beschreven doelgroep van de KINGS-behandeling (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; 2020).

Uit de bevindingen komt naar voren dat problemen in het gezinsfunctioneren binnen de steekproef worden gekenmerkt door huwelijks- en relatieproblemen, een hoog

stressgehalte binnen het gezin en een disbalans tussen draaglast en draagkracht. Deze uitkomst hangt samen met de opvallende bevinding dat KINGS-gezinnen binnen de steekproef voornamelijk eenoudergezinnen zijn. Ook uit de literatuur over eenoudergezinnen komt naar voren dat juist deze factoren problematisch zijn bij eenoudergezinnen (Anderson, 2002; Fagan & Churchill, 2012). Er kan dus ten eerste geconcludeerd worden dat huwelijksproblemen en eenhoofdig ouderschap KINGS-gezinnen kenmerkt, en ten tweede dat deze kenmerken problematisch blijken voor het functioneren van het gezin.

Problemen bij het kind worden voornamelijk teruggezien in het gedrag. Binnen de steekproef laten veel kinderen externaliserend probleemgedrag zien. Ook uit de literatuur komt naar voren dat probleemgedrag bij kinderen uit multiprobleemgezinnen wordt gekenmerkt door internaliserende en externaliserende problemen (Deković & Bodden, 2019). Ook kan er vanuit de literatuur worden beredeneerd dat deze problemen kunnen worden verklaard door problemen in het gezinsfunctioneren en de opvoeding (Bryant et al., 2018; Pinquart, 2017; Richmond & Stocker, 2006; Van Ee et al., 2015). Vanuit het huidige onderzoek kunnen er geen uitspraken worden gedaan met betrekking tot (causale) verbanden tussen gezinsproblemen en kindproblemen. Wel kan er, op basis van de literatuur en het huidige onderzoek, worden geconcludeerd dat het opvoedingsklimaat bij KINGS-gezinnen een risico vormt voor de ontwikkeling van deze kinderen en er bij KINGS-kinderen verschillende internaliserende en externaliserende problemen verwacht kunnen worden (Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; Tausendfreund et al., 2016).

Problemen in het sociaal netwerk van gezinnen, waaronder sociale isolatie en conflicten, werden vanuit de literatuur veelvuldig beschreven (Bodden & Deković, 2015; Jansen, 2014; Ploeg & Wanders-Mulder 2019; 2020). Ook bij dit domein bestond er overeenkomst tussen de literatuur en de bevindingen uit de steekproef. Binnen de steekproef werden met name sociale isolatie, conflicten met het sociaal netwerk en een gebrek aan sociaal steunnetwerk vaak genoemd. Hieruit kan worden geconcludeerd dat ook sociaal netwerk factoren een rol spelen bij KINGS-gezinnen.

Binnen de steekproef werden er tot slot veel problemen genoemd met betrekking tot het verloop van de hulpverlening (e.g. lange hulpverleningsgeschiedenis, het onvermogen om behandelingen te voltooien vanwege overvraging bij de ouder, gebrek aan sociaal steunnetwerk, gebrek aan coördinatie tussen behandelaren). Dit is in lijn met de literatuur over multiprobleemgezinnen en hun hulpverleningsverloop (Knot-Dickscheit et al., 2011), en geeft dus het laatste kenmerk van KINGS-gezinnen weer.

De laatste deelvraag was: ‘*In hoeverre is er sprake van samenhang tussen kenmerken binnen de steekproef?*’. Vanuit de literatuur bestond er reden om te geloven dat er samenhang tussen verschillende kenmerken bestaat (Anderson, 2014; Bryant et al., 2018; Fagan & Churchill, 2012; Jensen et al., 2020; Manzi et al., 2006; Pinguart, 2017; Ploeg & Wanders-Mulder, 2019; 2020; Richmond & Stocker, 2006; Schechter et al., 2012; Van Ee et al., 2015). Er zijn meerdere chi-kwadraattoetsen uitgevoerd om de mate van samenhang te berekenen. Uit de resultaten kwam naar voren dat er in de huidige data niet genoeg bewijs bestaat om de nulhypothese (er is geen samenhang) te verwerpen. Dit betekent dat er in het huidige onderzoek geen conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot samenhang van kenmerken binnen de populatie. De data voldeed allereerst vaak niet aan de nodige assumpties voor de chi-kwadraattoets, waardoor de uitkomsten als ongeldig moeten worden beschouwd (Franke et al., 2011). Een verklaring hiervoor is dat de steekproefgrootte te klein was voor het gebruik van deze toets. Ook kwamen er vaak geen significante *p*-waardes naar voren, en wanneer deze er wel waren, werd er niet voldaan aan de assumpties.

Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

In het huidige dossieronderzoek is gebruik gemaakt van aanmeldformulieren om de kenmerken van de gezinnen die zijn doorverwezen naar KINGS te coderen. Een sterk punt van het onderzoek was dat deze aanmeldformulieren sterk overeen kwamen met de literatuur die als theoretische basis voor dit onderzoek diende (Deković & Bodden, 2019); alle zeven domeinen werden uitgevraagd. Uit de resultaten kwam dan ook naar voren dat bijna alle gezinnen op alle domeinen scoorden. Het is echter onduidelijk of deze formulieren een volledige documentatie vormen van de kenmerken van KINGS-gezinnen. Mogelijk ontbreekt er nog aanvullende relevante informatie. Daarbij is de opbouw van deze aanmeldformulieren mogelijk meer van invloed geweest op de uitkomsten van dit onderzoek dan van tevoren werd verwacht. Een alternatief voor deze aanmeldformulieren betreft het verslag van het oriënterend gesprek dat een gezin bij aanmelding heeft met de KINGS-behandelaren. Hieruit komt mogelijk nog aanvullende informatie met betrekking tot de gezinnen naar voren. Het gebruik van deze verslagen had mogelijk kunnen leiden tot andere, aanvullende bevindingen. Desalniettemin vormt de overeenstemming tussen de literatuur en de gebruikte documenten genoeg reden om de bevindingen voor kloppend aan te nemen.

Het gebruik van twee codeurs vormt het tweede sterke punt van het huidige onderzoek. Door gebruik te maken van twee codeurs is er meer zekerheid over de juiste interpretatie van de tekstfragmenten. Dit leidt tot meer betrouwbaarheid met betrekking tot de bevindingen (Krippendorff, 2018).

Een ander sterk punt van dit onderzoek was dat het codeboek meermaals is herzien. Dit is een vereiste voor zuiver kwalitatief onderzoek vanuit de Grounded Theory (Khan, 2014). Door constant de reviseren wordt de theoretische basis waar vanuit gewerkt wordt kritisch benaderd, en waar nodig aangepast. Theoretische verzadiging wordt bereikt wanneer er geen nieuwe informatie meer uit de data naar voren komt (Khan, 2014). Hieruit ontstaat de tweede beperking van het huidige onderzoek. Er valt erg veel data onder de code 'overig'. De data die met deze code werd gecodeerd is een aantal keer herzien, waarna er een nieuwe code is ontwikkeld die deze data dekte. Echter, in de uiteindelijke resultaten bleek de code overig binnen elk domein nog meermaals te zijn toegepast. Wel viel hier veel abstracte data onder, wat betekent dat er niet veel inhoudelijke informatie aan verloren lijkt te zijn gegaan. Het ging hierbij meestal om fragmenten als; *'Moeder heeft een belaste voorgeschiedenis'*. Vaak werd er later in de tekst een specifiekere omschrijving gegeven van deze voorgeschiedenis en werd daaraan de juiste inhoudelijke code verbonden. Desalniettemin wordt het constant herzien van je codeboek beschouwd als de zuiverste aanpak in kwalitatief onderzoek (Boeije, 2009), en vormt dit dus een beperking van het huidige onderzoek.

Aanbevelingen

In het huidige onderzoek is getracht inzicht te geven in de kenmerken en problemen die een rol spelen bij KINGS-gezinnen. Aanvullend onderzoek zou gericht kunnen zijn op breder onderzoeken van de kenmerken van KINGS-gezinnen vanuit aanvullende documenten, zoals bijvoorbeeld het oriënterend gesprek. Wellicht dat hier nog aanvullende kennis uit voort komt. Ook is nog onduidelijk in welke mate de problemen met elkaar samenhangen. Nader onderzoek is nodig om causale verbanden tussen de verschillende problemen en kenmerken van multiprobleemgezinnen te ontdekken. De kennis die hieruit voortkomt geeft een duidelijker beeld van de samenhang van de gehele problematiek en maakt het mogelijk om de KINGS-behandeling hierop aan te passen.

Verder kan aanvullend onderzoek zich richten op de werkzame elementen van de KINGS-behandeling, om zo te ontdekken in hoeverre deze behandeling aansluit op de

kenmerken van deze gezinnen, en in hoeverre de behandeling geschikt is voor het verhelpen van de problematiek. Het huidige onderzoek maakt deel uit van onderzoek naar de effectiviteit van KINGS door Zeinstra et al., (2022). Bevindingen van dit onderzoek kunnen leiden tot eventuele verbeteringen in de behandeling, wat kan leiden tot betere resultaten voor deze gezinnen. Als de KINGS-behandeling bewezen effectief blijkt maakt het deel uit van Evidence Based Practice en kwaliteitsvolle zorg (APA Presidential Task Force, 2006; Van Yperen et al., 2017).

De belangrijkste taak voor onderzoekers ligt niet langer bij het identificeren van de negatieve gevolgen van meervoudige en complexe problemen van gezinnen, maar in het verwerven van kennis over de omvang van deze gevolgen voor volgende generaties en op deze manier methodes te ontwikkelen om de intergenerationele cyclus om te keren. Daarom zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op de oorzaak, gevolgen en met name aanpak van deze intergenerationele cyclus.

LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostische en statistische handleiding van psychische stoornissen* (5de editie). Washington.
- Bodden, D. H. & Deković, M. (2015). Multiproblem Families Referred to Youth Mental Health: What's in a Name? *Family Process*, 55(1), 31–47.
- Boeije, H. R. (2009). *Analysis in Qualitative Research*. SAGE Publications.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Bronfenbrenner, U., 1979. *The ecology of human development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Bryant, R. A., Edwards, B., Creamer, M., O'Donnell, M., Forbes, D., Felmingham, K. L., Silove, D., Steel, Z., Nickerson, A., McFarlane, A. C., Van Hooff, M., & Hadzi-Pavlovic, D. (2018). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: a cohort study. *The Lancet Public Health*, 3(5), 249–258.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- D'Andrea, W., Sharma, R., Zelechoski, A. D., & Spinazzola, J. (2011). Physical Health Problems After Single Trauma Exposure. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(6), 378–392.
- Deković, M., & Bodden, D. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: kenmerken en verschillende typen. In J. Knot-Dickscheit & E.J. Knorth (Red.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 52-74). Lemniscaat.
- DSM-5 Criteria for PTSD. (2021, 3 augustus). <https://www.brainline.org/article/dsm-5-criteria-ptsd>
- Franke, T. M., Ho, T. & Christie, C. A. (2011). The Chi-Square Test. *American Journal of Evaluation*, 33(3), 448–458.

- Friese, S. (2019). *Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti*. SAGE Publications.
- Jansen, D. (2014). Children in multi-problem families. Social environment as a determinant of mental health. *European Journal of Public Health, 24*(2).
- Jensen, S. K. G., Sezibera, V., Murray, S. M., Brennan, R. T., & Betancourt, T. S. (2020). Intergenerational impacts of trauma and hardship through parenting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 62*(8), 989–999.
- Khan, S. N. (2014). Qualitative Research Method: Grounded Theory. *International Journal of Business and Management, 9*(11).
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. *Theorie en praktijk*. Lemniscaat.
- Knot-Dickscheit, J., Tausendfreund, T., Knorth, E. J. (2011). Intensieve Pedagogische Thuishulp voor multiprobleemgezinnen; een kijkje achter de schermen. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 50*(11), 497–510.
- Krippendorff, K. (2018). *Content Analysis: An Introduction to Its Methodology*. SAGE Publications.
- López-Martínez, A. E., Serrano-Ibáñez, E. R., Ruiz-Párraga, G. T., Gómez-Pérez, L., Ramírez-Maestre, C., & Esteve, R. (2016). Physical Health Consequences of Interpersonal Trauma: A Systematic Review of the Role of Psychological Variables. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(3), 305–322.
- Manzi, C., Vignoles, V. L., Regalia, C. & Scabini, E. (2006). Cohesion and Enmeshment Revisited: Differentiation, Identity, and Well-Being in Two European Cultures. *Journal of Marriage and Family, 68*(3), 673–689.

- Miller, G. E., Chen, E. & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25–45.
- Nederlands Jeugd Instituut. (2014). Eenoudergezinnen. In *NJI*.
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F.. (2019). Kind IN Gezond Systeem (KINGS): een trauma-georiënteerde behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. In *J*.
- Ploeg, C., & Wanders-Mulder, F. (2020). Het belang van het behandelen van ouders bij een dreigende uithuisplaatsing van het kind; Kind IN Gezond Systeem (KINGS). *Pedagogiek*, 40(2), 191-203.
- Richmond, M.K & Stocker, C. M. (2006). Associations between family cohesion and adolescent siblings' externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 20, 663-669.
- Rzeszutek, M., Lis-Turlejska, M., Pięta, M., Van Hoy, A., Zawistowska, M., Drabarek, K., Kozłowska, W., Szyszka, M. & Frąc, D. (2021). Profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD), complex posttraumatic stress disorder (CPTSD), and subjective well-being in a sample of adult children of alcoholics. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.
- Schechter, D. S., Moser, D. A., Wang, Z., Marsh, R., Hao, X., Duan, Y., Peterson, B.S. (2012). An fMRI study of the brain responses of traumatized mothers to viewing their toddlers during separation and play. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7, 969–979.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.

- Smaling, A. (2009). Generaliseerbaarheid in kwalitatief onderzoek. *KWALON*, 14(3).
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39–52.
- 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.
- van Ee, E., Kleber, R. J. & Jongmans, M. J. (2015). Relational Patterns Between Caregivers With PTSD and Their Nonexposed Children. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(2), 186–203.
- Van Yperen, T.A., Veerman, J.W., & Van den Berg, G. (2015). *Elementen die er toe doen. Overzicht van begrippen over werkzame elementen en een voorstel voor een indeling*. Utrecht / Den Haag: Nederlands Jeugdinstituut / ZonMw.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H. & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 256–262.
- Van Yperen, T., Veerman, J. W. & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit: handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling in de jeugdzorg* (1ste editie). Lemniscaat.
- Wanders-Mulder, F. E. H., & Ploeg, C. (2020). Verminderen van de impact van trauma bij jeugdigen en ouders: de KINGS methodiek. In A. Harder, E. Knorth, & C. Kuiper (Red.), *Uithuisgeplaatste jeugdigen. Sleutels tot succes in behandeling en onderwijs* (pp. 204-211). Uitgeverij SWP.
- Zeinstra, L., Huyghen, A. M., Knot-Dickscheit, J., Wanders, F., & Harder, A. (2022). KINGS: Trauma-behandeling voor kwetsbare gezinnen. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21(1), 24–26.

BIJLAGE I

Tabel A: Hoofd-en subcategorieën van algemene- en gezinskenmerken, inclusief frequenties

Hoofdcategorieën	Subcategorieën	Beschrijving	Frequenties (aantal gezinnen)
Algemene kenmerken			
Leeftijd	Leeftijd 0-4		10 (19%)
	Leeftijd 4-8		24 (45%)
	Leeftijd 8-12		28 (53%)
	Leeftijd 12-16		10 (19%)
	Leeftijd 16-20		2 (0.4%)
	Leeftijd 20-24		0 (0%)
	Leeftijd 24-28		4 (0.8%)
	Leeftijd 28-32		13 (25%)
	Leeftijd 32-36		17 (32%)
	Leeftijd 36-40		13 (25%)
	Leeftijd 40-44		12 (23%)
	Leeftijd 44-48		5 (0.9%)
	Leeftijd 48-52		5 (0.9%)
	Geslacht	Man	
Vrouw			52 (98%)
Onbekend			0 (0%)
Anders			0 (0%)
Gezinsrol	Moeder		53 (100%)
	Stiefmoeder		0 (0%)
	Vader		22 (42%)
	Stiefvader		2 (0.4%)
	Dochter		30 (57%)
	Zoon		31 (58%)
	Anders		0 (0%)
	Onbekend		1 (0.2%)
Gezinsgrootte	Aantal gezinsleden 2		17 (32%)
	Aantal gezinsleden 3		19 (36%)
	Aantal gezinsleden 4		9 (17%)
	Aantal gezinsleden 5		6 (11%)
	Aantal gezinsleden 6		1 (0.2%)
	Aantal kinderen 1		27 (51%)
	Aantal kinderen 2		12 (23%)
	Aantal kinderen 3		10 (19%)
	Aantal kinderen 4		2 (0.4%)
Gezinssamenstelling	Eenoudergezin	Gezinnen waarbij een ouder alleen met één of meer kinderen. Er is mogelijk wel contact met een tweede ouder, maar deze woont dan niet op hetzelfde adres	43 (81%)
	Tweeoudergezin	Samenwonende	10 (19%)

		(gehuwde/ongehuwde) paren/paren waarbij het onbekend is of ze gehuwd zijn.	
Gezag	Moeder	Moeder heeft gezag	42 (79%)
	Vader	Vader heeft gezag	15 (28%)
	Voogd	Er is een voogd betrokken met gezag	0 (0%)
	Onbekend	Niet ingevuld in aanmeldformulier	1 (0.2%)
	Co-ouderschap	Er is sprake van co- ouderschap; beide ouders zijn betrokken bij de opvoeding (gescheiden of gehuwd/samen)	3 (0.6%)
	Co-ouderschap nee	Er is geen sprake van co-ouderschap	32 (60%)
	Co-ouderschap onbekend	Onduidelijkheid/niet ingevuld in aanmeldformulier	4 (0.8%)
Jeugdzorg betrokken	Ja	Jeugdzorg is betrokken	23 (43%)
	Nee	Jeugdzorg is niet betrokken	14 (26%)
	Onbekend	Niet ingevuld in aanmeldformulier	6 (11%)
	Instantie	Welke jeugdzorg instantie is betrokken, instantie genoemd	18 (34%)
Juridische status	OTS	Er is sprake van een huidige ondertoezichtstelling	11 (21%)
	OTS afgerond	Er is sprake geweest van een ondertoezichtstelling, deze is afgerond	4 (0.8%)
	Uithuisplaatsing	Er is sprake van een huidige uithuisplaatsing	1 (0.2%)
	Anders	Er is sprake van een andere juridische maatregel (bijv. RM/IBS) of er staat alleen 'kinder-/jeugdbescherm ing betrokken'.	11 (21%)
Verwijzer	Geen	Geen juridische status	9 (17%)
	Onbekend	Onbekend	4 (0.8%)
	Instantie	Er wordt een instantie beschreven die het gezin heeft verwezen	41 (77%)

	Onbekend	Er wordt geen verwijzer genoemd in het aanmeldformulier	2 (0.4%)
Hulpverlening (huidig)	Instantie1	Beschreven huidige hulpverleningsinstantie	42 (79%)
	Instantie2	Idem	31 (58%)
	Instantie3	Idem	17 (32%)
	Instantie4	Idem	7 (13%)
	Instantie5	Idem	1 (0.2%)
	Inhoud1	Inhoud van de huidige hulpverlening	32 (60%)
	Inhoud2	Idem	26 (49%)
	Inhoud3	Idem	12 (23%)
	Inhoud4	Idem	6 (11%)
	Inhoud5	Idem	2 (0.4%)
	Jaartal(len)1	Duur/jaartal van de huidige hulpverlening	16 (30%)
	Jaartal(len)2	Idem	10 (19%)
	Jaartal(len)3	Idem	4 (0.8%)
	Jaartal(len)4	Idem	4 (0.8%)
	Jaartal(len)5	Idem	1 (0.2%)
Onderbouwing klinisch		Antwoord op de vraag 'wat maakt dat de hulpvraag niet poliklinisch/ambulant behandeld kan worden?'. Bijvoorbeeld omdat moeder traumabehandeling niet kan combineren met de zorg voor haar kinderen.	49 (92%)
Classificatie		Elke vastgestelde DSM-classificatie/diagnose, zoals PTSS, borderline, ADHD, ASS etc.	29 (55%)
Hulpvraag		Antwoord onder het kopje hulpvraag, bijv. traumaverwerking voor dochter, of 'ik wil dat mijn dochter naar mij leert luisteren'.	45 (85%)

Gezinskenmerken (domeinen Deković en Bodden)

Kindfactoren	Emotionele problemen	Internaliserende problemen, zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens, psychosomatische klachten, alert en schrikachtig,	32 (60%)
--------------	----------------------	---	----------

	<p>waakzaam, laag zelfvertrouwen, herbelevingen (i.e. nachtmerries), een 'vol hoofd', vermijding emoties, persoonlijkheidsontwikkeling, disfunctionele overtuigingen</p>	
Sociale problemen	Problemen met maken en onderhouden contact, incl. gewetensontwikkeling, grenzen aangeven	15 (28%)
Gedragsproblemen	Externaliserende problemen zoals prikkelbaarheid, woede-uitbarstingen, agressief gedrag, onrustigheid, beweeglijkheid, impulsiviteit, delinquent gedrag, pesten, ongehoorzaamheid, bepalend en manipulatief gedrag, (seksueel) grensoverschrijdend gedrag	42 (79%)
Cognitieve problemen en verstandelijke handicaps	Laag IQ (89 of lager), leerproblemen, (licht)verstandelijke beperking, achterblijvende schoolprestaties	20 (38%)
Aandachts-en concentratieproblemen	Problemen met aandacht en concentratie op school of met leren	7 (13%)
Taal-/spraakproblemen	Problemen met taal en spraak ontwikkeling en gebruik	3 (0.6%)
Fysieke/motorische gezondheidsproblemen	Achterstand in motorische ontwikkeling (fijne of grove), vaak struikelen, moeite met coördinatie, lichamelijke klachten of aandoeningen, slaapproblemen	15 (28%)

	Mishandeling	Slachtoffer of getuige van mishandeling, misbruik, verwaarlozing of huiselijk geweld (geweest)	19 (36%)
	Speciaal onderwijs	Kind zit op speciaal onderwijs ((V)SO of SBO)	15 (28%)
	Overig	Nog niet toegewezen problemen, vage vermoedens/toekomstverwachtingen 'aanwijzingen PTSS', 'vermoedens van trauma', 'ervaart traumasymptomen', 'psychosociaal jonger dan kalenderleeftijd', etc.	31 (58%)
	Positieve kindfactoren	Positieve karaktereigenschappen (e.g. vrolijk, energiek, gemotiveerd, zelfvertrouwen), goede cognitieve vaardigheden (i.e. (boven)gemiddelde intelligentie), goed ontwikkelde sociale en emotionele vaardigheden (e.g. wederkerig in contact), goede copingsvaardigheden	21 (40%)
	Neutrale kindfactoren	Coping, beleving van problemen, vage omschrijvingen van karakter	19 (36%)
Ouderfactoren	Emotionele problemen	Zie kindfactoren emotionele problemen	29 (55%)
	Sociale problemen	Zie kindfactoren sociale problemen	6 (11%)
	Gedragsproblemen	Zie kindfactoren gedragsproblemen	12 (23%)
	Verslaving	Drugs-of alcoholverslavingen, gokverslaving	10 (19%)
	Cognitieve problemen en verstandelijke handicaps	Zie kindfactoren cognitieve problemen	6 (11%)

		en verstandelijke handicaps	
	Aandachts-en concentratieproblemen	Problemen met aandacht en concentratie op het werk of bij een studie	0 (0%)
	Fysieke/motorische gezondheidsproblemen	Zie kindfactoren fysieke/motorische gezondheidsproblemen	11 (21%)
	Mishandeling	Slachtoffer, getuige of dader van mishandeling, verwaarlozing of huiselijk geweld (geweest) ten tijde van ouderschap.	21 (40%)
	Overig	Zie kindfactoren overig	40 (75%)
	Positieve ouderfactoren	Zie positieve kindfactoren	14 (26%)
	Neutrale ouderfactoren	Zie neutrale kindfactoren	9 (17%)
Opvoedingsfactoren	Onvoldoende of inconsistente opvoedingsstrategieën	Gebrek aan juiste strategieën om het kind te leiden, zoals grenzen stellen, consequent zijn, duidelijk zijn. Verwarrende signalen, niet dezelfde lijn trekken voor elk kind, inconsistent reageren, onvoorspelbaar, verschil in mening over opvoeding	31 (58%)
	Pedagogische onmacht	Beperkingen die opvoeden moeilijk maken, gebrek aan vaardigheden/ervaringen die het goede voorbeeld gaven, overbelast door opvoeding	30 (57%)
	Weinig responsiviteit	Niet of weinig beschikbaar voor kinderen, gaat niet in op behoeftes van kinderen	19 (36%)
	Te veel/harde discipline	Erg streng, te veel regels, veel boos gedrag, straffen, autoritair optreden (te veel controle)	2 (0.4%)

	Afwijzend gedrag	Kind voelt zich/wordt afgewezen, ouder uit zich negatief richting en over kind	8 (15%)
	Gebrek aan gedragscontrole	Ouder heeft gedrag kinderen niet onder controle, geen autoriteit, kinderen lopen over ouders heen, permissiviteit (te weinig controle), rolwisseling, geen hiërarchie	17 (32%)
	Psychologische controle	Manipulatie, liegen, emotionele beïnvloeding kind, dreigen	4 (0.8%)
	Onveilige hechting	Hechtingsproblemen, onveilig gehecht, kind zoekt geen direct contact met of de nabijheid van ouder, boos/angstig/gestreste reactie op ouder, verlatingsangst, extreem afhankelijk	21 (40%)
	Overig	I.e. weinig positieve bekrachtiging, overbescherming (als andere uiting van te veel controle)	6 (11%)
	Positieve opvoedingsfactoren	Veilige hechting, ouder heeft controle/autoriteit, is consequent/consistent, is responsief, positief opvoedgedrag	11 (21%)
	Neutrale opvoedingsfactoren	Neutrale beschrijvingen van opvoedgedrag ouder, niet positief, maar ook niet negatief	5 (0.9%)
Gezinsfunctioneren	Huwelijks-of relatieproblemen	Uit elkaar, los van elkaar wonen, twijfels, vechtscheiding, veel agressie/ruzie, meerdere onstabiele relaties	24 (45%)
	Conflicten	Veel ruzie, weglopen, gooien met spullen, fysiek geweld zonder duidelijke dader en slachtoffer, conflict met	13 (25%)

Communicatieproblemen	tweede ouder die wel gezag heeft maar niet bij het gezin woont Moeite met communiceren op een opbouwende en gezonde manier, beschuldigend, vermijding/niet meer communiceren, negatieve uitlatingen over elkaar, moeite met grenzen aangeven	13 (25%)
Problematische cohesie	Verstoorde (emotionele) betrokkenheid bij elkaar, loszandgezin (weinig samenhang/verbondenheid), kluwengezin (wij doen alles samen), parentificatie/rolomkering ouder-kind	14 (26%)
Veel externe locus van controle	Het toekennen van de oorzaak van je gedrag aan iets buiten jezelf, gebrek aan reflectie, de schuld buiten jezelf leggen	2 (0.4%)
Geen organisatie	Geen regelmaat, dagelijkse routine, organisatie, structuur. Problemen met het huishouden (bijv. geen hygiëne en voeding), geen rust en regelmaat	6 (11%)
Overig	Weinig draagkracht (of disbalans draagkracht-draaglast), chronisch hoog stressniveau binnen gezin, beperkte veerkracht, meer waargenomen stress en machteloosheid, schuldgevoelens binnen gezin	22 (42%)
Positieve gezinsfactoren	Verbondenheid, goede communicatie, cohesie en dagelijkse structuur	9 (17%)
Neutrale gezinsfactoren	Contacten met	8 (15%)

Contextuele factoren	ACE1	biologische ouder die niet meer deel uitmaakt van het gezin, maar die wel betrokken is bij opvoeding Fysieke mishandeling; alle vormen van lichamelijk geweld tegen een kind, slaan, schoppen, bijten, krabben, haren trekken, brandwonden etc. (geldt ook voor ouder die in kindertijd is mishandeld)	9 (17%)
	ACE2	Emotionele mishandeling: afwijzing en vijandigheid, uitschelden, bedreigen, vernederen, etc.	3 (0.6%)
	ACE3	Fysieke verwaarlozing: langdurig onvoldoende tegemoet gekomen aan basisbehoeften, zoals eten, drinken, kleding, dak boven hoofd etc. maar ook vuile kleding dragen, geen persoonlijke veilige leefruimte, niet naar de dokter worden gebracht, gedwongen voor zichzelf te zorgen	6 (11%)
	ACE4	Emotionele verwaarlozing: ouders komen niet tegemoet aan emotionele en pedagogische behoeften van kind. Ze zijn niet emotioneel en empathisch betrokken bij kind, schieten langdurig tekort in responsiviteit en het geven van positieve aandacht aan kind	9 (17%)
	ACE5	Seksueel misbruik; alle seksuele aanrakingen of handelingen die een volwassene een kind	12 (23%)

	opdringt. Variërend van begluurd worden of moeten kijken naar seksuele handelingen van volwassene tot betasting of verkrachting	
ACE6	Biologische ouders uit elkaar/gescheiden	22 (42%)
ACE7	Getuige van huiselijk geweld; getuige van fysiek of verbaal geweld (mishandeling) tegen ouder of primaire verzorger	20 (38%)
ACE8	Ouder alcohol-/drugsgebruik: overmatig alcohol-of drugsgebruik van de ouder of primaire verzorger	10 (19%)
ACE9	Ouder psychische ziekte of suïcidepoging: ouder met geestelijke gezondheidsproblemen (angst, depressie, bipolaire stoornis of andere mentale problemen) die de zorg voor het kind negatief beïnvloeden, suïcidepogingen door ouder	11 (21%)
ACE10	Ouder of primaire verzorger in de gevangenis	3 (0.6%)
ACE overig	Overige ingrijpende gebeurtenissen <u>in de</u> <u>kindertijd</u> : ramp/ongeluk, gepest worden, armoede, discriminatie, buurtgeweld, ouder overleden, belangrijk persoon ernstig ziek/overleden, uithuisplaatsing, pleeggezin/leeggroep, oorlog etc.	37 (70%)
Problematische	Negatieve	45 (85%)

	levensgebeurtenissen overig	levensgebeurtenissen die voor de ouder <u>na de kindertijd</u> hebben plaatsgevonden, of onbekend wanneer plaatsgevonden (e.g. beladen voorgeschiedenis moeder)	
	Financiële problemen	Laag inkomen, schulden, bijstandsuitkering	4 (0.8%)
	Lage sociaaleconomische status	Achtergestelde plek in de samenleving, lage opleiding, geen/laag inkomen	0 (0%)
	Problemen op werk of school	School is handelingsverlegen, of kan het kind niet meer op school houden, kind zit al enige tijd thuis/schorsing, ouder heeft problemen op het werk	16 (30%)
	Overig	Nog niet genoemd, bijv. slechte huisvesting, onveiligheid in de buurt	9 (17%)
	Positieve contextuele factoren	Goede sociaaleconomische status, financiële stabiliteit, op school gaat het goed, fijne baan waar iemand plezier uit haalt	9 (17%)
	Neutrale contextuele factoren	Vage informatie over schoolgang, werk, buurt, waar geen waardeoordeel aan zit	9 (17%)
Sociaalnetwerk factoren (waaronder ouder waarmee geen contact meer is)	Gebrek aan of verstoord sociaal netwerk	Isolatie, geen vrienden/familie, geen contact met vrienden/familie, geen contact met biologische vader, verstoord of geen contact met klas- of leeftijdsgenootjes (eenzaam)	35 (66%)
	Conflict	Conflicten met buurtbewoners, vrienden of familie	14 (26%)

Hulpverleningsfactoren	Overig	(buiten eigen gezin), burenruzies, stalken, dreigende ex Nog niet genoemd, bijv. contact met formele organisaties gaat moeizaam (school, uitkeringsinstanties)	3 (0.4%)
	Positieve sociaalnetwerfactoren	Een gezond en functionerend netwerk die om het gezin heen staat, een fijne buurt, fijne relatie (met partner die niet bij gezin woont)	16 (30%)
	Neutrale sociaalnetwerfactoren	Nog niet genoemd waaraan geen waardeoordeel zit, of wat meer feitelijke informatie is	12 (23%)
	Lange hulpverleningsgeschiedenis	Alle hulpverlening die in het verleden betrokken is geweest bij het gezin, veel en lange tijd hulp gehad, niet voldoende geweest, chronische hulpverlening	50 (94%)
	Uithuisplaatsing	Kind is of wordt uithuisgeplaatst, conflict of onenigheid over uithuisplaatsing, ouder boos over uithuisplaatsing, dreiging uithuisplaatsing	5 (0.9%)
	Anders	Andere kenmerken die wat zeggen over hulpverlening: meerdere hulpverleners, gebrek aan coördinatie, problemen in relatie tussen hulpverlener en gezin, verschillen in normen en waarden, cultuur, ervaren problemen, aanpak en verwachte resultaten, gebrek aan motivatie en vertrouwen, weerstand	30 (57%)

		tegen hulpverlening, gezinnen moeilijk te bereiken, niet komen opdagen, verschil in visie over problematiek	
	Positieve hulpverleningsfactoren	Goede band met hulpverlener, begrip voor beslissingen hulpverlener, goed contact tussen hulpverlener en gezin.	24 (45%)
	Neutrale hulpverleningsfactoren	Verwachtingen over uitkomsten hulpverlening, plannen voor toekomst hulpverlening	10 (19%)
Overige factoren	Nog niet genoemde kenmerken		12 (23%)

Noot: dit zijn de kenmerken zoals verwerkt in het uiteindelijke codeboek (waarin aanvullingen zijn gedaan tijdens het coderen).