

Verschillen tussen de inhoud en structuur van interventies aangeboden aan jongens versus meisjes uit gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Lotte Niezen

S5428386

Master Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Versie 1

Begeleider: dr. L. Visscher

Tweede beoordelaar: prof. dr. A.E.M.G. Minnaert

Maand en jaar afstuderen: juli, 2023

Totaal aantal woorden: 7669

Samenvatting

Er zijn verschillende interventies ontwikkeld voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP). Een veelvoorkomend probleem van GMCP, waar deze interventies zich ook op richten, zijn gedragsproblemen van kinderen. Hierbij kan er onderscheid worden gemaakt tussen internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. Er is steeds meer kennis opgedaan over de inhoud van de interventies voor GMCP, maar het is nog onbekend of de inhoud van de interventies verschilt tussen jongens en meisjes. Het doel van huidig onderzoek is meer inzicht te verschaffen in de inhoud van interventies aangeboden aan jongens versus inhoud van interventies aangeboden aan meisjes.

Dit onderzoek heeft gebruik gemaakt van een bestaande dataset die tot stand is gekomen door een quasi-experimentele studie. Hulpverleners hebben elke vier weken geregistreerd welke inhoudelijke- en structuurelementen zij hebben toegepast in een gezin, middels een taxonomie. De resultaten zijn per fase beschreven (startfase, hulpverleningsfase en eindfase). Er is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om de kenmerken van de steekproef, de inhoudelijke- en structuurelementen te beschrijven. Daarnaast is er met behulp van de chi-kwadraat toetsen per fase gekeken of het geregistreerde inhoudelijke element significant vaker is ingezet in gezinnen waarin het aangemelde kind een jongen of een meisje is.

Uit de analyses bleek dat van de 53 inhoudelijke elementen er in totaal acht elementen significant verschillen in ten minste één fase. De overige 45 inhoudelijke elementen werden niet significant vaker aangeboden aan jongens of meisjes. De verschillen in de structuur van de interventies zijn klein. Er is geen duidelijke verklaring voor de verschillen in inhoud. Vervolgonderzoek kan zich richten op het duiden van de onderzoeksresultaten samen met professionals.

Abstract

Several interventions have been developed for families with multiple problems (FMP). Behavioral difficulties in children are a prevalent FMP problem that these interventions also focus on. A distinction can be made between internalizing and externalizing behavioral problems. More knowledge and information on the practice of FMP treatments has become available, but it is still unknown whether the practice of the interventions differs between boys and girls. The aim of this study is to provide more insight into the practice of interventions offered to boys versus practice of interventions offered to girls.

This research used an existing dataset that was established through a quasi-experimental study. Practitioners register every four weeks which practice and program elements they applied in a family by means of a taxonomy. The results are described per phase (starting-, care- and end phase). Descriptive statistics have been used to describe the characteristics of the sample, the practice- and program elements. Chi-squared tests have been used to examine per phase whether the registered practice element was used significantly more often in families in which the registered child is a boy or a girl.

The analysis shows that of the 53 practice elements, a total of eight elements differ significantly in at least one phase. The other 45 practice elements were not offered significantly more often to boys or girls. The differences in the program of the interventions are small. There is no clear explanation for the differences in practice. Follow-up research can focus on interpreting the research results together with practitioners.

Inhoudsopgave

Inleiding en theoretische verkenning	5
Methode	9
Onderzoeksdesign	9
Studiesetting en participanten	9
Procedure.....	13
Meetinstrumenten.....	13
Statistische analyse.....	16
Resultaten.....	17
Achtergrond van de steekproef	17
Inhoudelijke elementen	18
Ontvangers.....	22
Methoden hoofdcategorie ‘werken aan verandering’ en ‘opvoedvaardigheden leren’	23
Methoden hoofdcategorie ‘helpen met praktische zaken’	24
Structuurelementen.....	25
Intensiteit-, duur huisbezoeken en telefonische contacten	25
Supervisie, intervisie, consultatie	26
Bereikbaarheid.....	26
Discussie en conclusie	28
Sterktes en beperkingen	30
Aanbevelingen.....	31
Conclusie.....	33
Literatuurlijst.....	34

Inleiding en theoretische verkenning

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) worden gekenmerkt door een veelvoud van bijzondere en complexe problemen (Tausendfreund et al., 2016). In de literatuur zijn er verschillende definities te vinden voor deze gezinnen. Volgens de richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming moet het gezin bestaan uit minimaal één ouder en één kind dat langdurig kampt met een combinatie van sociaal-economische en psychosociale problemen (Richtlijnen Jeugdhulp, z.d.). Volgens Bodden en Deković (2015) kunnen de problemen van gezinnen onderverdeeld worden in zeven domeinen. Het eerste domein betreft kindfactoren, dit zijn ontwikkelingsproblemen, gedragsproblemen, psychosomatische problemen of verslavingen van het kind. Het tweede domein zijn ouderfactoren, bestaande uit psychische of psychosociale problemen van de ouder(s). Tevens kunnen ouders cognitieve problemen hebben, dit kan leiden tot onrealistische verwachtingen van het kind en het ouderschap (Belsky & Jaffee, 2006). Het derde domein zijn opvoedingsfactoren zoals onmacht en onjuiste opvoedingsstrategieën. Bij het vierde domein gezinsfunctioneren gaat het om de verstoringen binnen een gezin. Dit kunnen huwelijksproblemen, gezinsconflicten of communicatieproblemen zijn (Cowen, 2001). Het vijfde domein, contextuele factoren omvatten onder andere slechte huisvesting en financiële problemen. Het zesde domein zijn problemen binnen het sociale netwerk. GMCP hebben vaak een klein sociaal netwerk, hierdoor zijn gezinnen op zichzelf aangewezen (Fernandez, 2007). Het laatste domein zijn problemen met de hulpverlening. GMCP hebben regelmatig een lange geschiedenis van hulpverlening (Ribner & Knei-Paz, 2002).

Het behandelen van GMCP is lastig. Ten eerste omdat de verschillende problemen en kenmerken elkaar in stand houden en versterken (Schout, 2010). Een ouder die bijvoorbeeld verslaafd is aan alcohol en/of drugs kan agressief gedrag en geweld gebruiken. Dit kan de verwaarlozing of mishandeling van het kind in stand houden. Een ander voorbeeld is een gezin dat financiële problemen heeft, dit kan leiden tot stress en huisvestingsproblemen (Van Rooijen & Berg, 2010). Daarnaast zijn GMCP zeer divers, ieder gezin heeft unieke problemen en uitdagingen. Schaafsma (2008) schetst vijf verschillende portretten van gezinnen om te illustreren hoe divers de problemen kunnen zijn. Een gevlucht gezin kan bijvoorbeeld te maken hebben met culturele- en taalbarrières, traumatische ervaringen en integratieproblemen in de nieuwe samenleving. Een alleenstaande tienermoeder die in een gewelddadig gezin is opgegroeid kan te maken hebben met een gebrek aan opvoedingsvaardigheden, financiële problemen en emotionele problemen als gevolg van haar eigen traumatische ervaringen in het verleden. Een gezin met een manisch-depressieve

moeder en grote financiële problemen kan te maken hebben met de uitdagingen van het omgaan met de ups en downs van de stemming van de moeder. De stemmingen kunnen van invloed zijn op de stabiliteit en het functioneren van het gezin. Daarnaast kunnen de financiële problemen extra stress opleveren en de situatie nog complexer maken. Het is daarom belangrijk om als hulpverlener te erkennen dat er geen eenduidige aanpak is voor het werken met GMCP. Hulpverleners moeten zich bewust zijn van de unieke behoeften van elk gezin en een op maat gemaakte aanpak toepassen om deze gezinnen te ondersteunen en te helpen bij het oplossen van hun problemen.

Er zijn door de jaren heen verschillende interventies ontwikkeld voor GMCP. Zo'n interventie kan bijvoorbeeld worden ingezet om te voorkomen dat gedragsproblemen blijven aanhouden of om ouders meer opvoedvaardigheden aan te leren. De interventies zijn meestal gericht op het gehele gezin en vinden vaak bij het gezin thuis plaats, door middel van huisbezoeken. Interventies die veel bij GMCP worden ingezet zijn, Multisysteemtherapie (MST), Multidimensionele familie therapie (MDFT), Intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor toekomst (10vT), Families First (FF) en Triple P niveau 4-5. Uit een literatuurstudie van Evenboer et al. (2018) blijkt dat deze interventies allemaal tenminste een effectgrootte hebben van 0.5 op kernuitkomsten zoals het probleemgedrag van het kind of opvoedstress van ouders. Het doel van deze interventies voor GMCP is om de uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. Door het inzetten van een interventie kunnen de opvoedingsvaardigheden van de ouders toenemen en kan het gezinsfunctioneren verbeteren. Dit kan resulteren in afname van het lastige, veelal externaliserende gedrag van het kind en de door ouders ervaren opvoedingsbelasting. Als gevolg hiervan kan de dreigende uithuisplaatsing worden afgewend. De omgeving van het gezin kan ook deel uitmaken van de interventie, bijvoorbeeld door het betrekken van school of andere hulpverleningsinstanties. De hulpverlening is intensief en vraagt van het gezin een grote betrokkenheid en inzet (Veerman et al., 2005).

Veel GMCP kampen met gedragsproblemen van kinderen. Bij gedragsproblemen van kinderen kan er onderscheid gemaakt worden tussen internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. Opvallend is dat de doelen van de interventies voor GMCP voornamelijk gericht zijn op het verminderen van externaliserend gedrag en niet op internaliserend gedrag, terwijl dit ook veel voorkomt bij kinderen en/of jongeren (Evenboer et al., 2018). De problemen kunnen zich los van elkaar uiten maar externaliserende problemen gaan vaak ook samen met internaliserende problemen (Dijkstra & Veenstra, 2005; Fanti & Henrich, 2010).

Internaliserende problematiek is naar binnen toe gericht. Het kind heeft hier voornamelijk zelf last van (Mervielde et al., 2005). Mogelijke internaliserende gedragsproblemen zijn emotionele instabiliteit, angststoornissen, stemmingsstoornissen en teruggetrokken gedrag (Muller et al., 2009). Externaliserende problematiek is juist naar buiten toe gericht, hierdoor is het zichtbaar voor de sociale omgeving. Dit kan zich uiten in agressie, antisociaal en impulsief gedrag (Eisenberg et al., 2001). Er zijn verschillende studies gedaan naar het verband tussen gender en internaliserende en externaliserende gedragsproblemen. De meeste onderzoeken naar gedragsproblemen laten zien dat externaliserend probleemgedrag vaker voorkomt bij jongens (Bongers et al., 2004; Messer et al., 2006; Moffitt & Caspi, 2001; Moffitt et al., 2001). Internaliserende gedragsproblemen komen juist vaker voor bij meisjes (Chaplin & Aldao, 2013; Keenan & Shaw, 1997).

Enkele studies hebben gekeken naar het verschil in effect van interventies voor GMCP op jongens en meisjes. Onderzoek naar de interventie MST laat grotere effecten zien voor jongens dan voor meisjes met betrekking tot de cognities. Meisjes vertoonden een afname in zelfrespect, toename in persoonlijk falen en een vergelijkbare mate van afname in vijandigheid dan de meisjes in de controlegroep. Het lijkt er daardoor op dat MST bij meisjes minder effectief is (Asscher et al., 2012). Kjølbi en Ogden (2009) hebben onderzoek gedaan naar het effect van de interventie PMTO, daarbij is gekeken naar gedragsverandering bij jongens en meisjes. Het onderzoek laat zien dat meisjes meer baat hebben bij de interventie. Onderzoek naar MDFT, uitgevoerd door Van der Pol et al. (2017) laat zien dat de interventie MDFT even effectief is voor jongens en meisjes. Deze studies laten zien dat er onduidelijkheid is over het verschil in effectiviteit van interventies voor GMCP tussen jongens en meisjes. Tevens was er tot voor kort weinig bekend over de exacte inhoud en werkzame elementen van de interventies, waardoor het moeilijk vast te stellen is of mogelijke verschillen in uitkomsten tussen jongens en meisjes verklaard kunnen worden door verschillen in inhoud of toegepaste werkzame elementen (Van Yperen et al., 2019).

Door recent onderzoek van Visscher et al. (2021) is er kennis opgedaan over de inhoud en structuur van de eerder benoemde acht interventies voor GMCP (MST, MDFT, IAG, GC, PMTO, 10vT, FF en Triple P niveau 4-5). Hulpverleners hebben structureel geregistreerd waar de hulpverlening uit bestaat. De ingezette elementen tijdens de interventies zijn opgesplitst in inhoudelijke elementen en structurelelementen. Om de elementen in kaart te brengen is er een taxonomie ontwikkeld door Visscher et al. (2018). De hulpverleners hebben iedere vier weken van de interventie de taxonomie ingevuld. Bij alle 53 inhoudelijke elementen hebben de hulpverleners aangegeven of ze het hebben ingezet, hoe

vaak het is ingezet en bij wie het is ingezet. De 53 inhoudelijke elementen zijn onderverdeeld in acht categorieën. Daarnaast zijn er zes structurelementen toegevoegd aan de taxonomie. Dit betreft informatie over het aantal huisbezoeken en de duur van de huisbezoeken en/of de hulpverlener tussen de huisbezoeken door telefonisch contact, intervisie, supervisie of consultatie gehad heeft. Als laatste is er gevraagd of de hulpverlener 24-uur bereikbaar was (Visscher et al., 2018). De ingezette elementen zijn per fase van de interventie onderzocht (startfase, behandelfase en eindfase).

In dit onderzoek van Visscher et al. (2018) is er niet gekeken naar eventuele verschillen in de inhoud van de interventies tussen gezinnen met aangemelde jongens versus gezinnen met aangemelde meisjes. We weten echter dat er verschillen zijn tussen de problemen die jongens en meisjes ervaren en dat de effectiviteit van interventies mogelijk verschilt tussen jongens en meisjes (Asscher et al., 2012; Kjøbli & Ogden, 2009). De verschillen in uitkomsten van interventies kunnen mogelijk verklaard worden door verschillen in de inhoud van de interventies zoals aangeboden aan jongens versus de inhoud van interventies zoals aangeboden aan meisjes. Kennis over de inhoud van interventies voor jongens en meisjes kan helpen om inzicht te krijgen in de mate waarin de interventies inhoudelijk aansluiten bij behoeften van jongens en meisjes en of het een mogelijke verklaring kan zijn voor de verschillen in effectiviteit. Het doel van huidig onderzoek is om hierin een eerste stap te zetten door meer inzicht te verschaffen in de inhoud van interventies aangeboden aan jongens versus inhoud van interventies aangeboden aan meisjes.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt: In hoeverre is er sprake van een verschil in de inhoud van interventies (inhoudelijke- en structurelementen) bij GMCP waarin het aangemelde kind een jongen is versus GMCP waarin het aangemelde kind een meisje is? De twee subvragen zijn: ‘Welke inhoudelijke elementen worden ingezet tijdens interventies voor GMCP waarin het aangemelde kind een jongen is versus GMCP waarin het aangemelde kind een meisje is?’ en ‘Welke structurelementen worden ingezet tijdens interventies voor GMCP waarin het aangemelde kind een jongen is versus GMCP waarin het aangemelde kind een meisje is?’

Methode

Onderzoeksdesign

In dit kwantitatieve onderzoek wordt gebruik gemaakt van een bestaande dataset. Deze dataset is tot stand gekomen door een quasi-experimentele studie van Visscher et al. (2021). Binnen dit onderzoek hebben hulpverleners systematisch informatie geregistreerd door middel van de taxonomie die ontwikkeld is door Visscher et al. (2018). Er is informatie vastgelegd over welke inhoudelijke- en structurelementen zijn ingezet binnen acht interventies voor GMCP. De medisch ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen heeft op 7 maart 2016 toestemming gegeven voor dit onderzoek (METc2016.005).

Studiesetting en participanten

De onderzoekspopulatie is tot stand gekomen via drie stappen. Ten eerste zijn er interventies geselecteerd op basis van een literatuurstudie. Acht interventies voor GMCP zijn geselecteerd die tenminste een effectgrootte van 0.5 hebben op de kernuitkomsten zoals opvoedingsbelasting en gedragsproblemen (Evenboer et al., 2018). De acht interventies zijn: Multisysteemtherapie (MST), Multidimensionele familie therapie (MDFT), Intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG), Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 voor toekomst (10vT), Families First (FF) en Triple P 4-5. De doelgroep van deze interventies zijn gezinnen waarin sprake is van ernstige opvoedingsproblemen, gezinnen waarin het kind ernstige gedragsproblemen heeft (MST, MDFT, PMTO en Triple P 4/5) en gezinnen met meervoudige en complexe problemen in verschillende levensdomeinen (zoals ernstige opvoedingsproblemen, sociaal-economische en psychische problemen; IFT, FF, FC en 10vT). Meer informatie over deze interventies is te vinden in tabel 1 (Visscher et al., 2020).

Ten tweede zijn er 47 organisaties benaderd in Nederland die tenminste een van de acht interventies aanboden. Van de 47 benaderde organisaties wilden 26 organisaties deelnemen aan het onderzoek en hulpverleners beschikbaar stellen. De organisaties die niet wilden deelnemen gaven aan al deel te nemen aan een andere studie of ze wilden de werkuren van hun medewerkers er niet aan besteden.

Ten derde is er gekeken welke gezinnen tussen januari 2017 en april 2018 een van de interventies ontvingen. Het aangemelde kind in het gezin moest tenminste vier jaar of ouder zijn. Er zijn 12 gezinnen uitgesloten omdat het kind jonger dan vier jaar was. Daarnaast zijn

de gezinnen die Triple P en FF ontvingen uitgesloten omdat hier te weinig gezinnen van waren. Aan het onderzoek hebben in totaal 499 gezinnen deelgenomen, hiervan zijn 29 gezinnen uitgesloten omdat er geen taxonomieën over de inhoudelijke- en structurelementen zijn ingevuld voor deze gezinnen. De totale steekproef bestaat uit 470 gezinnen. Van deze gezinnen is bij 282 gezinnen het aangemelde kind een jongen en bij 188 gezinnen een meisje. Bij de gezinnen met een aangemelde jongen ontvingen 79 MST, 30 MDFT, 138 IAG, 5 GC, 24 PMTO en 6 10vT. Bij de gezinnen met een aangemeld meisje ontvingen 51 MST, 29 MDFT, 94 IAG, 1 GC, 8 PMTO en 5 10vT.

Tabel 1

Achtergrondinformatie betreft de acht interventies (Visscher et al., 2020)

Interventie	Duur	Doel van de interventie, doelgroep en de focus van de interventie
Multisysteemtherapie (MST)	3-7 maanden	MST streeft naar een intensieve behandeling in de thuissituatie om uithuisplaatsing te voorkomen. De doelgroep zijn ouders en kinderen van 12 tot 18 jaar met ernstig asociaal/grensoverschrijdend gedrag. Problemen kunnen zich voordoen op meerdere levensdomeinen en kunnen leiden tot uithuisplaatsing van het kind. De interventie richt zich op het kind, familie, vrienden, school en leeftijdsgenoten.
Multidimensionele familie therapie (MDFT)	3-5 maanden	Het doel van MDFT is om crimineel en verslavingsgedrag en de daarmee samenhangende gedrags- en emotionele problemen van het kind te verminderen, de communicatie binnen het gezin te verbeteren en de sociale cohesie te vergroten. De doelgroep zijn jongeren van 12 tot 19 jaar met meervoudig probleemgedrag zoals criminaliteit en/of verslaving, aangevuld met schoolverzuim. Er dient minimaal één ouder mee te doen aan de interventie. De interventie richt zich op het kind en zijn gezin en leeftijdgenoten.

Interventie	Duur	Doel van de interventie, doelgroep en de focus van de interventie
Intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG)	5-7 maanden	IAG heeft het doel om probleemgedrag te verminderen, opvoedvaardigheden te vergroten, ouderlijke stress te verminderen en het sociale netwerk van het gezin te activeren. De doelgroep zijn gezinnen met kinderen tussen 0 en 23 jaar met meervoudige en complexe problematiek in verschillende levensdomeinen. De interventie richt zich op het voorkomen van uithuisplaatsing of hereniging.
Gezin Centraal (GC)	6-12 maanden	Het doel van GC is om de communicatie tussen gezinsleden en de samenwerking tussen ouders te verbeteren, waardoor gedragsproblemen van het kind wordt verminderd en het sociale netwerk van het gezin wordt geactiveerd. De doelgroep zijn jongeren tussen de 0 en 18 jaar en hun familie, die ernstige opvoedingsproblemen en ontwikkelingsproblemen hebben. De focus ligt op de opeenstapeling van de problemen en het zoeken naar balans in de verschillende domeinen van het leven.
Parent Management Training Oregon (PMTO)	5 maanden	Het doel van PMTO is om ouders meer systematische en effectieve opvoedingsstrategieën aan te leren om de relatie met hun kinderen te verbeteren en het aantal conflicten te verminderen. De doelgroep van PMTO zijn ouders met kinderen tussen de 4 en 12 jaar, die ernstig externaliserend probleemgedrag vertonen in combinatie met hyperactiviteit. De focus van de interventie ligt op het versterken van positief gedrag bij de ouder(s) en kind(eren).
10 voor toekomst (10vT)	12 maanden	Het doel van 10vT is hulp bieden op tien verschillende levensgebieden: huishoudelijk werk, onderwijs, zelfzorg, ontwikkeling van het kind, versterken van het sociale netwerk, financiën, opvoedingsvaardigheden,

Interventie	Duur	Doel van de interventie, doelgroep en de focus van de interventie
Families First (FF)	1 maand	<p data-bbox="659 309 1374 667">dagelijkse routine, psychosociale en verslavingsproblematiek en zorgcoördinatie. De doelgroep zijn gezinnen met gecompliceerde en meervoudige problemen in verschillende levensdomeinen, met een risico op uithuisplaatsing van het kind. De focus ligt op een veilige omgeving voor kind(eren) en ouder(s).</p> <p data-bbox="659 689 1374 1160">FF heeft als doel het probleemgedrag van het kind te verminderen en de competenties van het gezin te versterken, waardoor opvoedstress wordt verminderd, opvoedvaardigheden worden vergroot en het sociale netwerk van het gezin wordt geactiveerd. De doelgroep zijn gezinnen in een acute crisis, ernstig genoeg om uithuisplaatsing van het kind te riskeren. De focus ligt op het beheersen van de crisis en het waarborgen van de veiligheid van de gezinsleden.</p>
Triple P 4-5	2-2,5 maand	<p data-bbox="659 1189 1374 1877">Triple P wil voorkomen dat kinderen ernstige gedrags- en emotionele problemen krijgen door ouderlijke competenties te versterken. De doelgroep van Triple P 4 zijn ouders die kinderen hebben met ernstige gedragsproblemen en behoefte hebben aan een gerichte training in opvoedvaardigheden. De doelgroep van Triple P 5 zijn gezinnen met meervoudige gedragsproblemen in combinatie met andere gezinsgerelateerde problemen. Niveau 5 wordt ingezet als er na niveau 4 geen of onvoldoende verbetering wordt gezien in het gedrag van het kind omdat opvoedproblemen samenhangen met andere problemen (bijvoorbeeld depressie, stress of relatieproblemen).</p>

Procedure

De onderzoekers hebben een kennismakingsgesprek gehad met de deelnemende hulpverleners. Tijdens het kennismakingsgesprek zijn de hulpverleners geïnformeerd over het onderzoek, de procedures en de vragenlijst. Daarnaast zijn de hulpverleners geïnformeerd over hoe ze de gebruikte elementen moesten registreren met de online taxonomie. Tijdens het eerste of tweede huisbezoek hebben de hulpverleners de ouders/verzorgers mondeling of schriftelijk geïnformeerd over het doel en de procedure van het onderzoek door middel van een folder of video. Alle ouders/verzorgers hebben een toestemmingsformulier ondertekend.

Meetinstrumenten

Bij de start van de interventie is het gender (jongen/meisje) en de leeftijd van het aangemelde kind geregistreerd. De antwoordopties bij gender waren jongen of meisje. Doordat er geen derde antwoordoptie was is er geen informatie bekend over mogelijke genderproblematiek bij de aangemelde kinderen/jongeren. Ouders/verzorgers hebben de Child Behavior Checklist (CBCL) ingevuld aan de start van de interventie, aan het eind van de interventie en drie maanden na afloop van de interventie. Vanuit de CBCL wordt voor deze drie momenten de gemiddelde t-score voor internaliserend en externaliserend gedrag bij aangemelde jongens en aangemelde meisjes beschreven.

Om te meten welke inhoudelijke- en structuurelementen tijdens de interventies zijn ingezet hebben hulpverleners iedere vier weken gedurende de interventie de taxonomie ingevuld (Visscher et al., 2018). Er is gebruik gemaakt van de taxonomie voor interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Deze taxonomie meet systematisch inhoudelijke- en structuurelementen. De conceptversie van de taxonomie is ontwikkeld met behulp van bestaande vragenlijsten. De handleidingen van de acht interventies zijn onafhankelijk beoordeeld door de onderzoeker en onderzoeksassistent aan de hand van de conceptversie van de taxonomie. Daarna is de conceptversie besproken tijdens een consultatie met regionale interventie-experts. De betrouwbaarheid van de taxonomie voor het beoordelen van elementen uit handleidingen van interventies van de definitieve vragenlijst is 84.9%, variërend van 73.6% tot 90.6% voor de acht verschillende interventies (Visscher et al., 2018).

Er is een online versie van de taxonomie ontwikkeld zodat het gemakkelijk toegankelijk is voor hulpverleners. Hulpverleners kregen gedurende de interventie, per deelnemend gezin, iedere vier weken een link om de taxonomie in te vullen. Hulpverleners hadden tien dagen om de taxonomie in te vullen, ze kregen na vijf dagen een herinnering.

De taxonomie bestaat uit 53 inhoudelijke elementen, onderverdeeld in de volgende acht categorieën:

- A. *Inventariseren en ordenen van informatie*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het verzamelen en categoriseren van informatie over het gezin en problemen die zij ervaren (bijvoorbeeld de analyse van competenties)
- B. *Planning en evaluatie*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het vertalen van problemen van het gezin in doelen en inhoudelijk elementen waarbij deze doelen worden geëvalueerd (bijvoorbeeld het opstellen van het behandelplan)
- C. *Werken aan verandering*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het realiseren van verandering (bijvoorbeeld werken aan communicatie en interactie)
- D. *Opvoedvaardigheden leren*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het verbeteren van opvoedvaardigheden (bijvoorbeeld regels leren stellen)
- E. *Helpen met praktische zaken*: inhoudelijke elementen die erop gericht zijn de last van praktische dagelijkse uitdagingen te verlichten (bijvoorbeeld helpen bij financiële taken)
- F. *Sociale netwerk activeren*: inhoudelijke elementen die erop gericht zijn het sociale netwerk rond het gezin te betrekken bij het helpen en ondersteunen van het gezin (bijvoorbeeld het mobiliseren en uitbreiden van het sociale netwerk)
- G. *Professionele netwerk activeren*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het verbeteren van doelen, afspraken en procedures met andere hulpverleners die met het gezin werken (bijvoorbeeld afstemming van de aanpak met andere professionals en/of organisaties die met het gezin werken)
- H. *Onderhouden werkrelatie met cliënt*: inhoudelijke elementen die gericht zijn op het onderhouden en bevorderen van de samenwerking tussen de hulpverlener en de cliënt (bijvoorbeeld praten over verwachtingen).

De hulpverleners hebben bij de taxonomie per inhoudelijk element aangegeven of ze het de afgelopen vier weken hebben ingezet (ja/nee). Tevens is er ingevuld door wie het element ontvangen is, antwoordmogelijkheden: het kind, ouder(s), broer(s)/zus(sen), andere personen buiten het gezin. Ten slotte is er voor categorie C, D en E ingevuld met welke methoden ze werden aangeboden. Bij categorie C en D waren de antwoordmogelijkheden: psycho-educatie, instructie, voordoen, oefenen en huiswerk geven. Bij categorie E waren de antwoordmogelijkheden: zichzelf helpen, advies geven of het gezin doorverwijzen naar een ander persoon of organisatie.

Voor de structurelementen is er informatie verzameld over de volgende elementen: aantal huisbezoeken (inclusief de tijd in minuten van het huisbezoek), telefonisch contact tussen de huisbezoeken door (ja/nee), intervisie gehad (bespreken van het gezin met collega's tijdens een georganiseerde bijeenkomst; ja/nee), supervisie gehad (bespreken van het gezin met een supervisor tijdens een georganiseerde bijeenkomst; ja/nee), consultatie gehad (bespreken van een gezin met een onafhankelijke deskundige tijdens een georganiseerde bijeenkomst; ja/nee). Als laatste is er gevraagd of er 24-uurs bereikbaarheid was. De antwoordopties: (a) ja, ik was 24-uur bereikbaar (b) nee, ik was niet 24-uur bereikbaar maar een collega wel (c) nee, er is geen 24-uurs bereikbaarheid (d) anders.

Elke interventie is opgedeeld in drie fases vanwege verschillen in de duur van zowel de interventies als van de individuele zorgtrajecten. Er zijn drie fasen gedefinieerd die onderdeel zijn van alle interventies. De fasen zijn de beginfase (T1), de hulpverleningsfase (T2) en de eindfase (T3). Vervolgens zijn de taxonomieën gecategoriseerd naar de fase waarop deze van toepassing was. De criteria om een vragenlijst in een bepaalde fase in te delen zijn terug te vinden in tabel 2 (Visscher et al., 2020).

Tabel 2

Classificatie van de interventies (Visscher et al., 2020)

Interventie	Duur van de interventie	Startfase (T1)	Hulpverleningsfase (T2)	Eindfase (T3)
Multisysteemtherapie (MST)	3-7 maanden	Eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum	Tussen 14 dagen voor en 14 na de einddatum
Multidimensionele familie therapie (MDFT)	3-5 maanden	Eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum	Tussen 14 dagen voor en 14 na de einddatum
Intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG)	5-7 maanden	Eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum	Tussen 14 dagen voor en 14 na de einddatum
Gezin Centraal (GC)	6-12 maanden	Eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum	Tussen 14 dagen voor en 14 na de einddatum

Interventie	Duur van de interventie	Startfase (T1)	Hulpverleningsfase (T2)	Eindfase (T3)
Management Training Oregon (PMTO)	5 maanden	Eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum	Tussen 14 dagen voor en 14 na de einddatum
10 voor toekomst (10vT)	12 maanden	Eerste 70 dagen	Tussen dag 71 en 28 dagen voor de einddatum	Tussen 28 dagen voor en 14 na de einddatum

Statistische analyse

Allereerst zijn de kenmerken van de steekproef beschreven. Dit betrof de gemiddelde leeftijd van de jongens en meisjes, het aantal jongens en meisjes binnen de verschillende interventies en van alle interventies samen. Ten tweede is er gekeken welke inhoudelijke elementen zijn geregistreerd, aan wie ze werden aangeboden en de methoden waarmee ze werden aangeboden. Per inhoudelijk element is er berekend in hoeveel procent van de gezinnen het inhoudelijke element is ingezet, uitgesplitst naar gezinnen waarbij het aangemelde kind een jongen is en gezinnen waarbij het aangemelde kind een meisje is. Voor de ontvangers van de ingezette elementen is per fase het percentage van de verschillende ontvangers berekend. Ook voor de methode van de aangeboden elementen uit categorie C, D en E is per fase het percentage van de ingezette methoden berekend. Ten derde zijn de structuurelementen geanalyseerd. Het gemiddeld aantal huisbezoeken en de gemiddelde duur van de huisbezoeken, of er telefonisch contact is geweest tussen de huisbezoeken door, of de hulpverlener supervisie, intervisie of consultatie over het gezin heeft gehad en of er 24-uurs bereikbaarheid was. Alle gegevens zijn uitgesplitst naar gezinnen waarbij het aangemelde kind een jongen is en gezinnen waarbij het aangemelde kind een meisje is.

De resultaten worden per fase beschreven (startfase, hulpverleningsfase en eindfase). Wanneer er voor één gezin meerdere taxonomieën gedurende een periode van vier weken in één fase werden ingevuld, werden de resultaten van deze taxonomieën gecombineerd. Er is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek om de kenmerken van de steekproef, de inhoudelijke- en structuurelementen te beschrijven. Vervolgens is er met behulp van de chi-kwadraat toets per fase gekeken of het geregistreerde inhoudelijke element significant vaker is ingezet in gezinnen waarin het aangemelde kind een jongen of een meisje is. De analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultaten

Achtergrond van de steekproef

In de startfase van de interventies zijn er 256 taxonomieën over 246 gezinnen ingevuld. Het zijn 163 taxonomieën over 158 gezinnen (64%) met een aangemelde jongen en 93 taxonomieën over 88 gezinnen (36%) met een aangemeld meisje. In de hulpverleningsfase werden er 1670 taxonomieën over 436 gezinnen ingevuld. Het zijn 981 taxonomieën over 262 gezinnen (60%) met een aangemelde jongen en 689 taxonomieën over 174 gezinnen (40%) met een aangemeld meisje. In de eindfase werden er 230 taxonomieën over 220 gezinnen ingevuld. Het zijn 141 taxonomieën over 136 gezinnen (62%) met een aangemelde jongen en 89 taxonomieën over 84 gezinnen (38%) met een aangemeld meisje. In tabel 3 is de verdeling van aangemelde jongens en meisjes binnen de verschillende interventies weergegeven. Het grotere aantal ingevulde taxonomieën in de hulpverleningsfase komt door de langere duur van deze fase.

De gemiddelde leeftijd van de jongens is 12 jaar (de jongste is 4 jaar en de oudste is 18 jaar). De gemiddelde leeftijd van de meisjes is 13 jaar (de jongste is 4 jaar en de oudste is 20 jaar). Bij het beschrijven van de resultaten worden de verschillen tussen gezinnen met aangemelde jongens en gezinnen met aangemelde meisjes beschreven. Met de woorden ‘jongens’ en meisjes’ wordt er gerefereerd naar deze gezinnen.

Tabel 3

Verdeling jongens en meisjes per fase, binnen de zes interventies

	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
MST	39	14	69	48	45	27
MDFT	22	20	28	27	10	10
IAG	82	50	130	85	63	40
GC	2	1	5	1	4	1
PMTO	8	2	24	8	12	4
10vT	5	1	6	5	2	2

Bij de gemiddelde t-scores is zichtbaar dat jongens bij alle meetmomenten hoger scoren op externaliserende problemen. Bij internaliserende problemen scoren meisjes hoger, behalve aan het einde van de interventie. Echter zijn deze verschillen klein. De t-scores van

internaliserende problematiek zijn bij meisjes bij de start van de interventie in het klinisch gebied (t-score 64.0) en bij de jongens in het grensgebied (t-score 62.7). De externaliserende problemen zijn aan de start van de interventie bij jongens en meisjes in het klinische gebied (t-score jongens 66.6 en t-score meisjes 65.1). Aan het einde van de interventie en drie maanden na afloop van de interventie zijn de externaliserende problemen bij jongens op het grensgebied (t-score 62.3 en t-score 60.7). Bij meisjes zijn de problemen bij de laatste twee meetmomenten in het normale gebied (t-score 57.6 en t-score 59.1). In tabel 4 is het overzicht van de gemiddelde t-scores weergegeven.

Tabel 4

Gemiddelde t-scores internaliserende- en externaliserende problemen

	T0 Start interventie		T1 Einde interventie		T2 Drie maanden na afloop interventie	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Internaliserend	62.7	64.0	58.1	57.9	56.6	56.9
Externaliserend	66.6	65.1	62.3	57.6	60.7	59.1

Noot. T0 jongens = 173, T0 meisjes = 101, totaal $N=274$. T1 jongens = 121, T1 meisjes = 76, totaal $N= 197$. T2 jongens = 59, T2 meisjes = 32, totaal $N= 91$

Noot. T-score < 60 = normaal gebied, geen noemenswaardige problemen. T-score 60 – 63 = grensgebied, milde problemen; problematiek verdient aandacht. T-score > 63 = klinisch gebied, aanzienlijke/ernstige problemen, problematiek verdient behandeling

Inhoudelijke elementen

Uit chikwadraattoetsen (met significantieniveau van 0.05) blijkt dat de hoofdcategorie ‘helpen met praktische zaken’ in de startfase significant vaker wordt geregistreerd bij gezinnen met meisjes. Alle overige hoofdcategorieën verschillen in alle fases niet significant tussen gezinnen met jongens en meisjes. Van de inhoudelijke elementen zijn er in totaal acht elementen die significant verschillen in ten minste één fase, zoals weergegeven in tabel 5. In de startfase worden de inhoudelijke elementen ‘leren regels te stellen’ en ‘huishouding’ significant vaker geregistreerd bij gezinnen met meisjes. In de hulpverleningsfase worden ‘afnemen van vragenlijsten’ en ‘opstellen hulpverleningsplan’ significant vaker geregistreerd bij gezinnen met meisjes. Bij gezinnen met jongens wordt het inhoudelijke element ‘leren

samenwerken tussen opvoeders' significant vaker geregistreerd in de hulpverleningsfase. In de eindfase wordt het inhoudelijke element 'werken aan motivatie' significant vaker geregistreerd bij gezinnen met meisjes. In de start- en eindfase wordt het inhoudelijke element 'verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties' significant vaker geregistreerd bij gezinnen met meisjes. Ten slotte wordt het inhoudelijke element 'evalueren van de relatie' in de hulpverlenings- en eindfase significant vaker geregistreerd bij gezinnen met meisjes. De overige 45 inhoudelijke elementen verschillen in alle drie de fases niet significant tussen gezinnen met jongens en meisjes. Tabel 5 geeft een overzicht van de percentages van de hoofdcategorieën en de geregistreerde inhoudelijke elementen, gesplitst per gezinnen met aangemelde jongens en aangemelde meisjes. Daarnaast worden de resultaten van de chi-kwadraat toetsen voor elke hoofdcategorie en voor alle inhoudelijke elementen per fase weergegeven.

Tabel 5

Geregistreerde inhoudelijke elementen binnen de hoofdcategorieën en de resultaten van de chi-kwadraat toetsen

Inhoudelijke elementen	% j en %m= Percentage van gezinnen (gesplitst per aangemelde kind een jongen of meisje) waarvan de inhoudelijke elementen tijdens de fase minimaal één keer zijn geregistreerd.								
	<i>p</i> = Verschillen in inhoudelijke elementen tussen jongens en meisjes per fase (resultaten van chi-kwadraat toets)								
	Startfase			Hulpverleningsfase			Eindfase		
	Jongens (j) (n = 158)			Jongens (j) (n = 262)			Jongens (j) (n = 136)		
	Meisjes (m) (n= 88)			Meisjes (m) (n = 174)			Meisjes (m) (n = 84)		
	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>
(A) Inventariseren en ordenen van informatie									
Bespreken hulpvraag	98.7	96.6	0.254	98.1	98.3	0.888	75.0	75.0	1.000
Inventariseren competenties	97.5	96.6	0.692	93.5	93.7	0.945	58.1	59.5	0.834
Inventariseren netwerk	80.4	80.7	0.954	77.5	73.6	0.349	20.6	29.8	0.122
Inventariseren veiligheid	73.4	75.0	0.786	64.9	70.1	0.256	19.1	22.6	0.532
Inventariseren gezinssysteem	75.3	76.1	0.886	66.0	69.0	0.523	19.9	26.2	0.272
Inventariseren vrijetijdsbesteding	88.0	94.3	0.108	81.3	81.6	0.935	26.5	33.3	0.276
Inventariseren school	72.8	70.5	0.697	61.8	63.2	0.770	14.7	23.8	0.089
Inventariseren dagelijkse routine	82.9	79.5	0.513	78.6	79.3	0.864	26.5	34.5	0.203
	77.2	77.3	0.992	74.8	70.7	0.342	18.4	23.8	0.332

Inhoudelijke elementen	% j en % m= Percentage van gezinnen (gesplitst per aangemelde kind een jongen of meisje) waarvan de inhoudelijke elementen tijdens de fase minimaal één keer zijn geregistreerd.								
	<i>p</i> = Verschillen in inhoudelijke elementen tussen jongens en meisjes per fase (resultaten van chi-kwadraat toets)								
	Startfase			Hulpverleningsfase			Eindfase		
	Jongens (j) (n = 158)			Jongens (j) (n = 262)			Jongens (j) (n = 136)		
	Meisjes (m) (n= 88)			Meisjes (m) (n = 174)			Meisjes (m) (n = 84)		
	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>
Inventariseren individuele problemen	79.7	78.4	0.804	76.3	79.3	0.466	22.1	26.2	0.483
Werken met observatie- en registratieopdrachten	44.3	42.0	0.732	68.7	69.5	0.853	31.6	31.0	0.918
Afnemen van vragenlijsten	66.5	65.9	0.931	42.4	54.6	0.012*	18.4	19.0	0.902
Nabespreken van vragenlijsten	41.1	38.6	0.701	40.8	41.4	0.911	14.7	20.2	0.286
Probleemformulering	79.1	75.0	0.458	85.1	88.5	0.311	29.4	36.9	0.248
(B) Planning en evaluatie	89.9	90.9	0.793	98.1	97.7	0.779	86.0	85.7	0.948
Opstellen hulpverleningsplan	73.4	78.4	0.385	69.1	81.0	0.005*	16.9	27.4	0.064
Opstellen werkpunten of (gedrags)afspraken	81.0	77.3	0.485	88.9	92.5	0.212	35.3	38.1	0.675
Evalueren werkpunten en (gedrags)afspraken	56.3	50.0	0.340	92.0	91.4	0.822	71.3	73.8	0.689
Evalueren hulpverleningsplan	34.2	29.5	0.457	78.6	78.2	0.908	67.6	71.4	0.555
(C) Werken aan verandering	88.0	92.0	0.320	99.2	97.1	0.086	83.1	83.3	0.962
Werken aan herkennen aanleidingen voor probleemgedrag en ondersteuning bij wegnemen van deze aanleidingen	75.9	75.0	0.868	94.7	95.4	0.728	44.1	46.4	0.738
Werken aan gedachten	50.0	50.0	1.000	77.1	74.7	0.567	40.4	35.7	0.484
Werken aan emoties	51.9	59.1	0.278	80.2	78.7	0.719	36.0	40.5	0.509
Werken aan gewenst gedrag	67.7	68.2	0.941	93.1	89.1	0.137	55.1	63.1	0.246
Werken aan ongewenst gedrag	48.1	51.1	0.648	72.1	75.9	0.387	37.5	38.1	0.929
Werken aan communicatie en interactie	75.9	78.4	0.661	90.8	92.5	0.535	61.0	65.5	0.508
Werken aan gezagsverhoudingen	55.1	62.5	0.258	79.0	80.5	0.713	37.5	46.4	0.191
Werken aan dagelijkse routine	42.4	46.6	0.526	67.6	62.1	0.238	30.9	23.8	0.257
Werken aan de veiligheid	42.4	54.5	0.067	61.8	63.2	0.770	27.2	22.6	0.448
Werken aan generalisatie	27.8	29.5	0.777	66.4	64.4	0.660	51.5	50.0	0.832

Inhoudelijke elementen	% j en % m= Percentage van gezinnen (gesplitst per aangemelde kind een jongen of meisje) waarvan de inhoudelijke elementen tijdens de fase minimaal één keer zijn geregistreerd.								
	<i>p</i> = Verschillen in inhoudelijke elementen tussen jongens en meisjes per fase (resultaten van chi-kwadraat toets)								
	Startfase			Hulpverleningsfase			Eindfase		
	Jongens (j) (n = 158)			Jongens (j) (n = 262)			Jongens (j) (n = 136)		
	Meisjes (m) (n= 88)			Meisjes (m) (n = 174)			Meisjes (m) (n = 84)		
	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>
(D) Opvoedvaardigheden leren	79.1	87.5	0.100	98.1	97.7	0.779	77.2	77.4	0.976
Leren hanteren van beloningen en positieve consequenties	57.0	51.1	0.379	83.2	81.0	0.560	45.6	38.1	0.275
Hanteren van milde straffen en negatieve consequenties	42.4	44.3	0.771	68.7	71.3	0.569	38.2	31.0	0.273
Leren toezicht houden op het kind	33.5	39.8	0.329	54.6	56.3	0.720	28.7	29.8	0.863
Leren betrokkenheid te tonen	39.2	45.5	0.343	64.1	70.7	0.154	34.6	41.7	0.289
Leren conflicten te hanteren	49.4	52.3	0.662	77.1	77.6	0.905	42.6	44.0	0.839
Leren regels te stellen	49.4	69.3	0.002*	77.9	82.2	0.273	35.3	38.1	0.675
Leren responsief te zijn	37.3	46.6	0.157	67.2	67.2	0.989	27.9	39.3	0.080
Leren uitvoeren van sociale vaardigheden	24.1	34.1	0.091	45.8	46.0	0.971	16.2	19.0	0.584
Leren samenwerken tussen opvoeders	47.5	50.0	0.703	75.2	66.1	0.039*	47.1	38.1	0.193
(E) Helpen met praktische zaken	57.0	70.5	0.037*	81.7	85.1	0.357	48.5	51.2	0.701
Zelfzorg	21.5	29.5	0.160	35.9	44.3	0.079	13.2	21.4	0.111
Administratie en financieel beheer	14.6	22.7	0.106	28.2	32.2	0.379	7.4	14.3	0.096
Contact met school en/of organisaties	50.0	61.4	0.086	76.0	81.6	0.161	44.1	45.2	0.871
Huishouding	12.7	23.9	0.024*	22.5	26.4	0.349	6.6	9.5	0.433
(F) Sociale netwerk activeren	61.4	69.3	0.214	74.8	79.9	0.219	44.9	52.4	0.277
Mobiliseren en uitbreiden van sociale steun	36.7	37.5	0.902	54.6	56.3	0.720	27.9	34.5	0.303
Onderhouden van sociaal netwerk	31.0	33.0	0.754	49.6	57.5	0.108	25.0	33.3	0.182
Vrijtijdsbesteding stimuleren	48.1	53.4	0.425	65.3	67.8	0.581	33.1	32.1	0.885
(G) Professionele netwerk activeren	69.6	75.0	0.370	87.0	86.8	0.942	73.5	71.4	0.734
Afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties	65.8	70.5	0.457	83.6	85.6	0.564	70.6	65.5	0.427

Inhoudelijke elementen	% j en % m = Percentage van gezinnen (gesplitst per aangemelde kind een jongen of meisje) waarvan de inhoudelijke elementen tijdens de fase minimaal één keer zijn geregistreerd.								
	<i>p</i> = Verschillen in inhoudelijke elementen tussen jongens en meisjes per fase (resultaten van chi-kwadraat toets)								
	Startfase			Hulpverleningsfase			Eindfase		
	Jongens (j) (n = 158)			Jongens (j) (n = 262)			Jongens (j) (n = 136)		
	Meisjes (m) (n = 88)			Meisjes (m) (n = 174)			Meisjes (m) (n = 84)		
	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>	% j	% m	<i>p</i>
Eindverantwoordelijk zijn voor de samenwerking met andere betrokken instanties en/of hulpverleners	31.0	35.2	0.499	46.6	51.7	0.291	26.5	31.0	0.473
Verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties	19.6	34.1	0.012*	50.4	49.4	0.845	29.4	42.9	0.042*
Time out	9.5	13.6	0.319	17.2	15.5	0.648	5.9	7.1	0.710
(H) Onderhouden werkrelatie met cliënt	94.3	96.6	0.425	96.9	97.7	0.637	83.8	92.9	0.051
Bespreken van de verwachtingen	86.1	84.1	0.673	87.0	92.0	0.107	50.7	53.6	0.683
Bespreken van de weerstand	44.3	45.5	0.862	58.8	61.5	0.571	27.9	34.5	0.303
Werken aan de motivatie	53.8	63.6	0.135	69.1	69.5	0.919	29.4	44.0	0.027*
Bieden van emotionele steun	82.9	83.0	0.993	91.2	90.8	0.881	58.8	57.1	0.806
Werken aan de kwaliteit van de relatie	79.1	83.0	0.466	87.0	83.3	0.283	43.4	50.0	0.339
Evalueren van de relatie	53.2	55.7	0.704	70.6	79.3	0.042*	58.8	72.6	0.038*

* Significant verschil: $p \leq 0.05$

Ontvangers

De hulpverleners hebben bij ieder geregistreerd inhoudelijk element ook de ontvanger geregistreerd. De grootste verschillen tussen gezinnen met jongens en meisjes zijn zichtbaar als we kijken naar de mate waarin ouders ontvangers zijn van inhoudelijke elementen. Hoewel de verschillen klein zijn, is zichtbaar dat bij gezinnen met jongens de groep 'ouders' in alle fases vaker als ontvangers geregistreerd zijn dan bij gezinnen met meisjes. In de startfase is het grootste verschil van 6% meer geregistreerde 'ouders' zichtbaar bij jongens (58% bij jongens en 52% bij meisjes). In de hulpverleningsfase zijn er 5% meer geregistreerde 'ouders' zichtbaar bij jongens (55% jongens en 50% meisjes). In de eindfase is er een verschil van 4% tussen gezinnen met jongens en meisjes (63% jongens en 59%

meisjes).

Ook voor de groep ‘kind/jeugdige’ zijn de verschillen klein, er zijn bij gezinnen met meisjes in alle fases meer ‘kind/jeugdige’ als ontvangers geregistreerd dan bij gezinnen met jongens (startfase 4% meer, hulpverleningsfase 5% en in de eindfase 3%).

In de overige twee groepen ontvangers, ‘broers/zussen’ en ‘andere ontvangers’, zoals leerkrachten of grootouders is geen tot maximaal 1% verschil zichtbaar. In tabel 6 zijn de percentages van de ontvangers per fase weergegeven.

Tabel 6

Per fase het percentage geregistreerde ontvangers

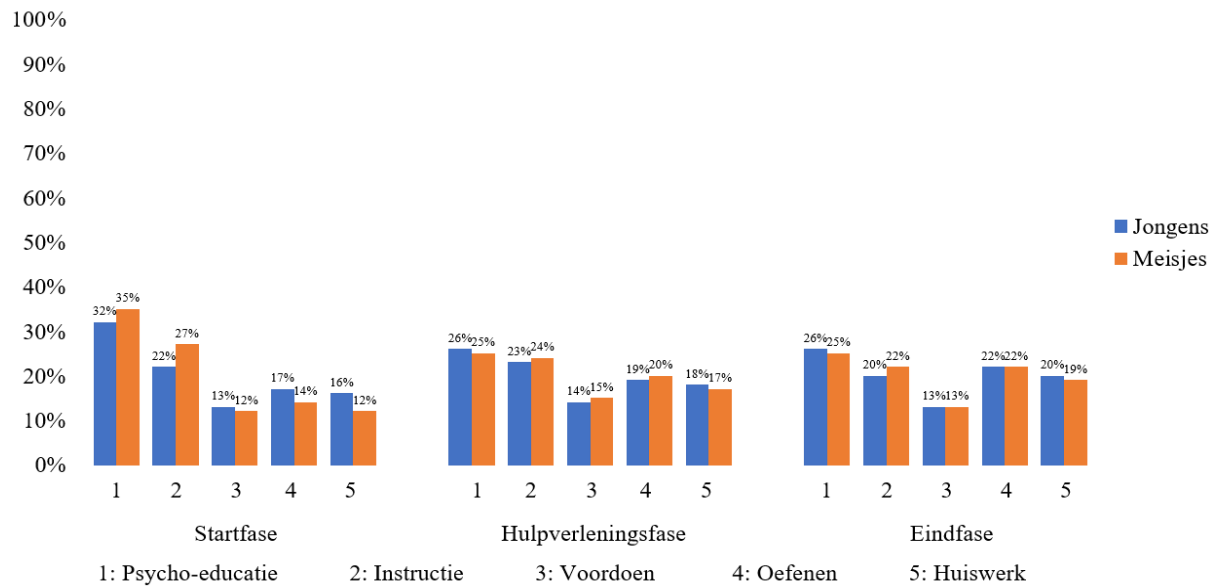
	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Ouders	58%	52%	55%	50%	63%	59%
Kind/jeugdige	30%	34%	30%	35%	25%	28%
Broers/zussen	8%	9%	8%	9%	6%	6%
Andere	4%	4%	7%	6%	6%	7%

Methoden hoofdcategorie ‘werken aan verandering’ en ‘opvoedvaardigheden leren’

De grootste verschillen in ingezette methoden bij elementen uit hoofdcategorie C (werken aan verandering) en D (opvoedvaardigheden leren) zijn zichtbaar in de startfase van de hulpverlening. Bij de gezinnen met jongens wordt er minder instructie geregistreerd (22%) in de startfase, dan bij meisjes (27%). In de hulpverleningsfase is het verschil tussen jongens en meisjes bij de inzet van de vijf methoden klein, namelijk maar 1%. In de eindfase is tevens een klein verschil zichtbaar, variërend van 0% tot 2%. Dit betekent dat hulpverleners de methoden bijna even vaak inzetten bij de gezinnen met jongens en meisjes. In figuur 1 is per fase het percentage van de geregistreerde methoden weergegeven.

Figuur 1

Methoden waarmee inhoudelijke elementen binnen hoofdcategorieën C (werken aan verandering) en D (opvoedvaardigheden leren) werden aangeboden, per fase en gesplitst per aangemelde jongens en meisjes

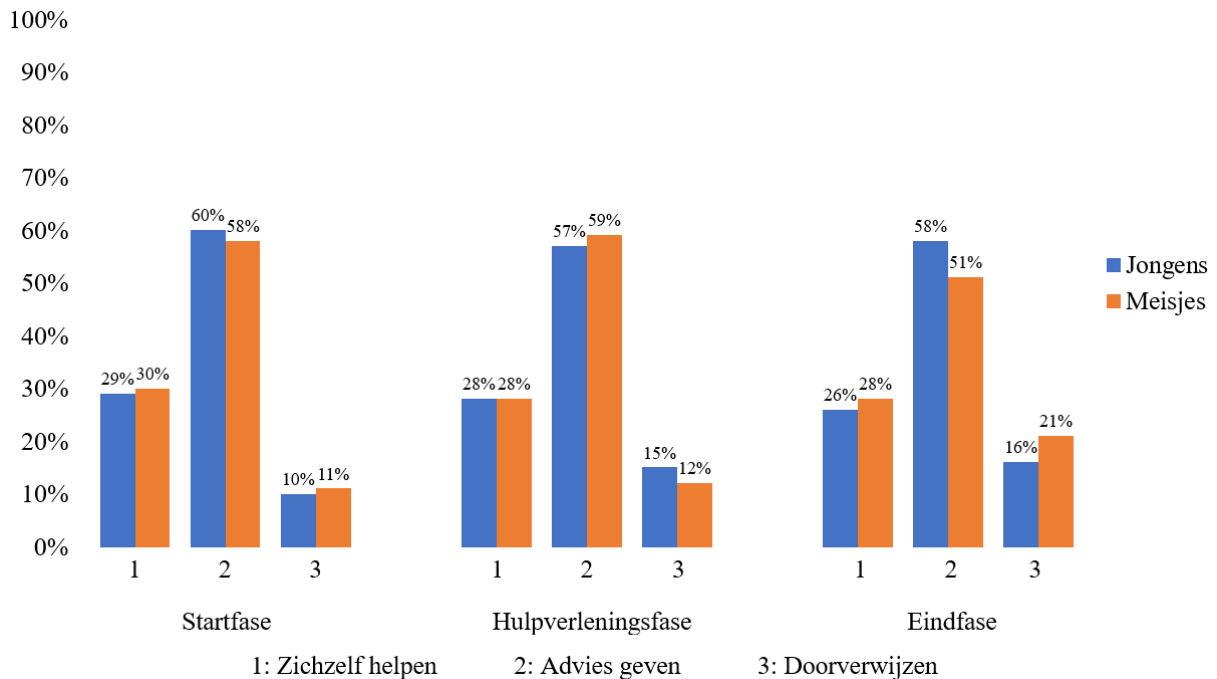


Methoden hoofdcategorie ‘helpen met praktische zaken’

In de start- en hulpverleningsfase zijn er weinig verschillen zichtbaar tussen gezinnen met jongens en meisjes in geregistreerde methoden bij inhoudelijke elementen uit de hoofdcategorie ‘helpen met praktische zaken’. In figuur 2 zijn de percentages weergegeven, het verschil varieert in de start- en hulpverleningsfase van 0% tot 3%. Het grootste verschil tussen gezinnen met jongens en meisjes is zichtbaar in de eindfase bij de methode ‘advies geven’. Gezinnen met jongens ontvangen meer advies (58%) dan gezinnen met meisjes (51%).

Figuur 2

Methoden waarmee inhoudelijke elementen binnen hoofdcategorieën E (helpen met praktische zaken) werden aangeboden, per fase en gesplitst per aangemelde jongens en meisjes



Structuurelementen

Intensiteit-, duur huisbezoeken en telefonische contacten

Voor het gemiddeld aantal huisbezoeken per maand is er een klein verschil zichtbaar tussen gezinnen met jongens en meisjes in de eindfase van de hulpverlening (gemiddeld vier huisbezoeken bij jongens en gemiddeld drie huisbezoeken bij meisjes). In de start- en hulpverleningsfase is het gemiddelde aantal huisbezoeken gelijk voor gezinnen met jongens en meisjes (gemiddeld zeven huisbezoeken in de startfase en gemiddeld vijf huisbezoeken in de hulpverleningsfase).

In de startfase duren de huisbezoeken bij gezinnen met jongens gemiddeld drie minuten langer dan bij gezinnen met meisjes (84 minuten jongens en 81 minuten meisjes). In de hulpverleningsfase duren de huisbezoeken juist gemiddeld drie minuten langer bij gezinnen met meisjes (78 minuten jongens en 81 minuten meisjes). In de eindfase is het verschil het kleinst, namelijk gemiddeld één minuut langer bij gezinnen met meisjes (71 minuten jongens en 72 minuten meisjes). Het aantal huisbezoeken en de duur van de huisbezoeken namen bij zowel de gezinnen met jongens als meisjes af naar het einde van de interventies.

Naast het aantal huisbezoeken en de duur van de huisbezoeken hebben hulpverleners ook geregistreerd of er minstens één keer telefonisch contact is geweest met het gezin. Telefonisch contact is het vaakst geregistreerd in de hulpverleningsfase bij gezinnen met meisjes. Telefonisch contact was er minder bij gezinnen met jongens (66% startfase, 84% hulpverleningsfase en 68% eindfase) dan bij meisjes (69% startfase, 90% hulpverleningsfase

en 68% eindfase).

Supervisie, intervisie, consultatie

Gedurende de gehele interventie hebben hulpverleners geregistreerd of ze minstens één keer supervisie, intervisie en/of consultatie hebben ontvangen over het gezin. In alle fases hebben hulpverleners betrokken bij gezinnen met jongens vaker supervisie (bespreken van het gezin met een supervisor tijdens een georganiseerde bijeenkomst) gehad dan hulpverleners betrokken bij gezinnen met meisjes (1% meer in startfase, 3% hulpverleningsfase en 11% eindfase).

Bij het ontvangen van intervisie (bespreken van het gezin met collega's tijdens een georganiseerde bijeenkomst) is ook het grootste verschil zichtbaar in de eindfase. In deze fase ontvangen hulpverleners betrokken bij gezinnen met jongens 13% meer intervisie dan hulpverleners betrokken bij gezinnen met meisjes. In de startfase is het verschil maar 1% en in hulpverleningsfase is het gelijk.

Het ontvangen van consultatie (bespreken van een gezin met een onafhankelijke deskundige tijdens een georganiseerde bijeenkomst) wordt in de start- en eindfase meer geregistreerd bij hulpverleners die betrokken zijn bij gezinnen met jongens (15% meer startfase en 13% eindfase). In de hulpverleningsfase is het verschil het kleinst, namelijk 4% meer voor gezinnen met een meisje. In tabel 7 zijn alle percentages per fase weergegeven.

Tabel 7

Per fase het percentage ontvangen supervisie, intervisie en consultatie door de hulpverlener

	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Supervisie	79%	78%	87%	84%	68%	57%
Intervisie	67%	68%	75%	75%	49%	37%
Consultatie	45%	30%	53%	57%	51%	38%

Bereikbaarheid

Ten slotte hebben hulpverleners geregistreerd of er 24-uurs bereikbaarheid was voor het gezin. Gezinnen met jongens hadden vaker een hulpverlener die 24-uurs bereikbaarheid had (13% meer in startfase, 3% hulpverleningsfase en 1% eindfase). Een collega was ook minder vaak bereikbaar voor gezinnen met meisjes vergeleken met gezinnen met jongens

(8% minder startfase en 3% eindfase). De eigen hulpverlener had bijna geen 24-uurs bereikbaarheid, bij zowel gezinnen met jongens als meisjes. In tabel 8 zijn alle percentages, per fase weergegeven.

Tabel 8

Per fase het percentage bereikbaarheid van de hulpverlener

	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes	Jongens	Meisjes
Niet bereikbaar	42%	55%	40%	43%	38%	39%
Niet bereikbaar, collega wel	46%	38%	49%	49%	54%	51%
Bereikbaar	4%	0%	5%	3%	1%	5%
Anders	8%	7%	6%	5%	7%	5%

Discussie en conclusie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te verschaffen in de inhoud van interventies aangeboden aan jongens versus inhoud van interventies aangeboden aan meisjes. Van de 53 inhoudelijke elementen bleken in totaal acht elementen significant te verschillen in ten minste één fase. De overige 45 inhoudelijke elementen werden niet significant vaker aangeboden aan jongens of meisjes. De verschillen in de structuur van de interventies zijn klein, de grootste verschillen zijn zichtbaar bij het ontvangen van supervisie, intervisie en consultatie.

We kunnen concluderen dat er weinig tot geen verschil is in de inhoud van de hulp zoals aangeboden aan jongens versus meisjes. Dit is opvallend omdat bestaande literatuur laat zien dat de problematiek van jongens en meisjes wel verschilt. Zo hebben Kristoffersen et al. (2015) onderzoek gedaan naar genderverschillen bij probleemgedrag. Het onderzoek laat meer externaliserend probleemgedrag zien bij jongens. Andere onderzoeken laten dit ook zien (Bongers et al., 2004; Messer et al., 2006; Moffitt & Caspi, 2001; Moffitt et al., 2001). Met de kennis dat probleemgedrag tussen jongens en meisjes verschilt, zou verwacht kunnen worden dat de inhoud van de hulp ook verschilt, omdat de inhoud aan moet sluiten bij de specifieke problematiek van jongens en meisjes. Voorbeelden van elementen waarbij je een verschil verwacht zijn ‘het herkennen van aanleidingen voor probleemgedrag’, ‘werken aan gewenst gedrag’ en ‘werken aan ongewenst gedrag’. Deze elementen zijn gericht op gedragsverandering. Ze zijn erop gericht het ongewenste gedrag te verminderen en gewenst gedrag te vergroten. Een logische verwachting zou zijn dat deze elementen vaker geregistreerd zijn bij gezinnen met aangemelde jongens omdat zij meer externaliserende gedragsproblemen laten zien en minder internaliserende gedragsproblemen (Kristoffersen et al., 2015). Een mogelijke verklaring voor het niet vinden van verschillen zou kunnen zijn dat in deze steekproef weinig verschillen zijn in gedragsproblemen bij jongens en meisjes. Een tweede verklaring zou kunnen zijn dat de hulpverlener niet bewust bezig is met het gender van het aangemelde kind. Gedragsverandering is namelijk maar één van de onderdelen van de interventie. Ten derde is de gebruikte taxonomie opgesteld aan de hand van de handleidingen van de deelnemende interventies. Deze interventies zijn grotendeels gericht op externaliserend gedrag (Evenboer et al., 2018). Het kan zijn dat de taxonomie daardoor mogelijk meer elementen bevat die gericht zijn op externaliserend gedrag. Dit kan een vertekend beeld geven als er gekeken wordt naar internaliserend en externaliserend gedrag. Als er specifiek gekeken zou worden naar de elementen die gericht zijn op internaliserend gedrag zouden er mogelijk wel verschillen zichtbaar kunnen worden.

Er zijn ook onderdelen van de interventie waarbij je geen verschil zou verwachten tussen jongens en meisjes. Voor deze elementen is het dan logisch te verklaren dat er geen verschil is. Dit zijn onderdelen als het inventariseren en ordenen van informatie, planning en evaluatie van de interventie en het onderhouden van de werkrelatie met de cliënt. Deze onderdelen zijn niet zozeer gericht op gedragsverandering maar de onderdelen zijn nodig voor een goed verloop van de interventie. Het zijn meer algemeen werkzame elementen, dit zijn elementen die werkzaam zijn ongeacht de doelgroep (Steketee et al., 2015).

Hoewel er wel enkele verschillen zijn gevonden, valt op dat er geen logisch verband is tussen de elementen die verschillen. Zo komen de elementen uit verschillende hoofdcategorieën en is er vaak maar in één van de drie fases een statistisch verschil. Een voorbeeld hiervan is dat ‘verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties’ in de start- en eindfase vaker wordt geregistreerd bij gezinnen met aangemelde meisjes. Daarnaast wordt het element ‘werken aan motivatie’ meer ingezet in de eindfase bij gezinnen met aangemelde jongens. Het is belangrijk om te begrijpen waarom juist deze elementen wel verschillen en of deze verschillen te maken hebben met het gender van het aangemelde kind.

Bij de structuur van de interventies zijn weinig verschillen zichtbaar, dit geldt voor het aantal huisbezoeken, de duur van de huisbezoeken, telefonisch contact tussen de huisbezoeken en de bereikbaarheid van de hulpverlener. Mogelijk wordt er bij het afgeven van een indicatie niet gekeken naar het gender van het aangemelde kind. De duur en intensiteit van de interventie zou mogelijk samenhangen met de problematiek binnen het gezin. Het is mogelijk dat het bij de structurelementen minder noodzakelijk is om onderscheid te maken tussen jongens en meisjes. Tevens zijn er in de handleidingen van interventies en binnen hulpverleningsorganisaties afspraken gemaakt over het aantal huisbezoeken en de duur van de huisbezoeken. Zo beschrijft Van Rooijen (2020) bij de opzet van de interventie IAG per fase het aantal huisbezoeken en de duur van de huisbezoeken.

Bij de structurelementen supervisie, intervisie en consultatie zijn wel verschillen zichtbaar tussen jongens en meisjes. Uit het onderzoek blijkt dat hulpverleners die betrokken zijn bij gezinnen met jongens meer supervisie, intervisie en consultatie ontvangen. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat hulpverleners de problematiek van jongens ingewikkelder vinden en daarom meer ondersteuning vragen. Onderzoek door O’Donoghue en Tsui (2015) benadrukt dat supervisie voor hulpverleners belangrijk is om stil te staan bij het welzijn van kinderen en het waarborgen van hun veiligheid. Tijdens supervisie, intervisie en consultatie kan er samen met hulpverleners nagedacht worden en hulpverleners kunnen gestimuleerd worden om te reflecteren. Zo blijven hulpverleners aan zichzelf werken, ze zijn

immers hun eigen instrument (Farber et al., 2018; Steketee et al., 2015). Echter laat het onderzoek ook zien dat meisjes juist vaker worden doorverwezen aan het einde van de interventie. De grootste verschillen bij het meer ontvangen van supervisie, intervisie en consultatie door hulpverleners betrokken bij gezinnen met jongens zijn zichtbaar in alle eindfasen en bij de startfase van consultatie (bespreken van een gezin met een onafhankelijke deskundige tijdens een georganiseerde bijeenkomst). Hulpverleners moeten voor consultatie een afspraak maken met een onafhankelijke deskundige. De onafhankelijke deskundige kan meedenken met de hulpverlener. Uit de handleiding voor MST blijkt dat er op aanvraag wekelijkse consultatie beschikbaar is voor de hulpverleners (Henggeler & Lap, 2010). Na IAG is MST de interventie die de meeste gezinnen ontvangen. Bij de interventie MST zijn er in alle fasen meer jongens (25 meer in startfase, 21 hulpverleningsfase en 18 eindfase). Dit kan een vertekend beeld veroorzaken in de resultaten. Dit is echter niet zichtbaar in de hulpverleningsfase, hier zijn kleine verschillen zichtbaar maar ook in deze fase waren er meer jongens. In deze fase zijn wel de meeste vragenlijsten ingevuld voor gezinnen, dit zorgt voor een goede afspiegeling van de hulp aan GMCP (Agresti, 2018).

Sterktes en beperkingen

Een grote sterkte van dit onderzoek is dat er gebruik is gemaakt van een bestaande dataset die tot stand is gekomen door een quasi-experimentele studie van Visscher et al. (2021). Het gaat om een grote dataset (N=470). Dit is volgens Agresti (2018) belangrijk om een zo'n goed mogelijke afspiegeling van de hulp aan GMCP te krijgen. Ten tweede is de data verzameld met behulp van de taxonomie die ontwikkeld is door Visscher et al. (2018). De taxonomie bevat gegevens over de inhoudelijke- en structurelementen van de interventies. Doordat hulpverleners de taxonomie systematisch tijdens interventies hebben ingevuld is er kennis opgedaan over de inhoud van de interventies. De taxonomie heeft een goede betrouwbaarheid van 84.9% voor het beoordelen van elementen uit handleidingen van interventies van de definitieve vragenlijst. Ten derde is er een review uitgevoerd door Evenboer et al. (2018) waarbij er gekeken is naar de effectgrootte van interventies voor GMCP. Alle deelnemende interventies van dit onderzoek hebben ten minste een effectgrootte van 0.5. Dit zorgt ervoor dat de resultaten een goed beeld van de hulp aan GMCP geven. Ten vierde is er door het onderzoek voor het eerst gedetailleerde informatie verzameld over de inhoud van de verschillende interventies voor GMCP. De informatie is afkomstig vanuit 26 organisaties verspreid over Nederland. Dit zorgt voor generalisatie van de

onderzoekresultaten, waardoor er over een grotere populatie uitspraken gedaan kunnen worden.

Naast de sterktes van het onderzoek zijn er ook een aantal beperkingen. Ten eerste is er een ongelijke verdeling van GMCP over de zes interventies. Het grootste deel van de taxonomieën is ingevuld voor gezinnen die IAG of MST hebben ontvangen. Voor de overige vier interventies zijn aanzienlijk minder taxonomieën ingevuld. Hierdoor ontbreekt er mogelijk informatie over de toegepaste elementen van de vier ondervetegenwoordigde interventies. Echter blijkt uit eerder onderzoek dat de interventies veel op elkaar lijken, dit verkleint de kans dat er informatie ontbreekt (Visscher et al., 2018). Ten tweede zijn er in de start- en eindfase minder taxonomieën ingevuld in vergelijking met de hulpverleningsfase. Dit kan mogelijk een vertekend beeld veroorzaken. Er zijn in alle fases wel genoeg vragenlijsten ingevuld om conclusies te trekken. Ten derde is er een ongelijke verdeling binnen de interventies tussen aangemelde jongens en aangemelde meisjes. De gezinnen met aangemelde jongens zijn over de fases gemiddeld 62% en de aangemelde meisjes 38%. De gezinnen met aangemelde meisjes zijn ondervetegenwoordigd vergeleken met het aantal gezinnen met aangemelde jongens met betrekking tot de ingevulde taxonomieën. Dit heeft mogelijk geleid tot ontbrekende informatie over de ingezette inhoudelijke- en structuurelementen bij gezinnen met aangemelde meisjes. Echter laten verschillende effectstudies van interventies zien dat de verhouding aangemelde jongens en meisjes niet gelijk is. De kinderen/jeugdigen in het onderzoek naar de interventie PMTO bestaat voor 73,1% uit jongens (Kjøbli & Ogden, 2009) en de onderzoeksgroep van het onderzoek naar de effectiviteit van MST bestaat voor 73,4% uit jongens (Asscher et al., 2012). In het huidige onderzoek is het percentage meisjes dan ook hoger vergeleken met de studies naar één specifieke interventie. Als laatste is het een beperking dat er bij de registratie van het gezin alleen jongen of meisje ingevuld kon worden bij het gender van het aangemelde kind. Er zijn ook kinderen die zich niet met één van deze twee genderopties identificeren. Wanneer een kind zich identificeert met een ander gender kan dit mogelijke problematiek verklaren. Kinderen met genderdysforie kunnen klachten ervaren, zoals depressieve klachten of angst (Burke, 2014). In studies naar verschillen tussen gender is het belangrijk om een derde keuzemogelijkheid te hebben.

Aanbevelingen

Op basis van dit onderzoek kunnen verschillende aanbevelingen worden gedaan aan

de praktijk. Ten eerste laat het onderzoek zien dat de inhoud bij een aantal onderdelen verschilt, hier is echter geen logische verklaring voor gevonden. Daarnaast zijn de resultaten mogelijk vertekend door de taxonomie en overrepresentatie van bepaalde interventies. Verder blijkt uit onderzoek dat de problematiek van jongens en meisjes verschilt. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners tijdens een interventie aandacht hebben voor het gender van het aangemelde kind. Het advies aan hulpverleners is om na te denken over de hulp die zij bieden aan gezinnen met jongen versus meisjes. Mogelijk moet de inhoud van de hulp worden aangepast op basis van het gender van het aangemelde kind. Hulpverleners kunnen overwegen of zij bij soortgelijke problematiek bij jongens en meisjes dezelfde elementen inzetten of bewust andere keuzes maken. Met behulp van reflectie kunnen hulpverleners stilstaan bij de gemaakte keuzes tijdens de interventie (Hutschemaekers, 2010).

Uit de resultaten volgen ook een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek. Ten eerste is het advies voor vervolgonderzoek om de resultaten van het onderzoek samen met professionals te duiden. Het is belangrijk om beter te begrijpen waarom de inhoud van acht elementen verschilt. Daarnaast kan er besproken worden wat maakt dat bepaalde elementen wel of niet vaker worden ingezet bij jongens of meisjes. Zo kan bijvoorbeeld het verschil bij het doorverwijzen van jongens en meisjes verder geduid worden. Dit kan gedaan worden door middel van kwalitatief onderzoek. Door interviews af te nemen bij professionals kan er dieper ingegaan worden op vragen over de inhoud van de hulpverlening en keuzes die professionals maken rondom het wel of niet inzetten van elementen bij specifieke gezinnen. Kwalitatief onderzoek kan bijdragen bij het verklaren van de verschillen en het beter duiden van de onderzoeksresultaten.

Ten tweede is er gebruik gemaakt van een taxonomie die is opgesteld aan de hand van interventies die voor het grotendeel gericht zijn op externaliserend gedrag. Het kan mogelijk zo zijn dat, wanneer de taxonomie wordt aangevuld met elementen gericht op internaliserend gedrag, er andere onderzoeksresultaten uit het onderzoek komen. Een eerste stap is om te onderzoeken welke elementen specifiek belangrijk zijn voor internaliserend probleemgedrag. Deze elementen kunnen vervolgens opgenomen worden in de taxonomie waarna het onderzoek herhaalt kan worden.

Het derde advies is om in vervolgonderzoeken waarbij gekeken wordt naar genderverschillen een derde keuzemogelijkheid toe te voegen wanneer er wordt gevraagd naar het gender. Zo kunnen ook kinderen/jongeren die te maken hebben met genderdysforie geïncludeerd of geëxcludeerd worden bij een onderzoek. Dit is belangrijk omdat er ten eerste erkenning wordt gegeven voor een derde mogelijkheid. Daarnaast zorgt het voor een

representatieve afspiegeling van de samenleving en voorkomt het mogelijk een vertekend beeld van de onderzoeksresultaten.

Conclusie

Huidig onderzoek laat zien dat er weinig tot geen verschillen zijn in de inhoud en structuur van interventies zoals aangeboden aan jongens versus meisjes binnen GMPC. Slechts acht van de 53 inhoudelijke elementen bleken significant te verschillen en dat was enkel in bepaalde fases van de hulp het geval. Er is geen duidelijke verklaring voor de verschillen die gevonden zijn, ze zijn lastig te verklaren omdat er geen logisch verband is tussen de elementen die wel verschillen. Aangezien we vanuit de literatuur weten dat de problematiek van jongens en meisjes verschilt, adviseren we hulpverleners om bewust na te denken of er een andere aanpak vereist is bij GMCP met aangemelde jongens versus GMCP met aangemelde meisjes. Vervolgonderzoek kan zich richten op het duiden van de onderzoeksresultaten samen met professionals, door middel van kwalitatief onderzoek.

Literatuurlijst

- Agresti, A. (2018). *Statistical methods for the social sciences* (5de editie). Pearson.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., Van der Laan, P. H. & Prins, P. J. M. (2012). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169–187. <https://doi.org/10.1007/s11292-012-9165-9>
- Belsky, J., & Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 38–85). John Wiley & Sons, Inc.
- Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2015). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/famp.12144>
- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2004). Developmental trajectories of externalizing behaviors in childhood and adolescence. *Child Development*, 75(5), 1523–1537. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00755.x>
- Burke, S. A. (2014). Hersenonderzoek bij kinderen en adolescenten met genderdysforie – eerste bevindingen. *Neuropraxis*, 18(6), 185–193. <https://doi.org/10.1007/s12474-014-0065-9>
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 139(4), 735–765. <https://doi.org/10.1037/a0030737>
- Cowan, N. (2001). The magical number 4 in short-term memory: A reconsideration of mental storage capacity. *Behavioral and Brain Sciences*, 24(1), 87–114. <https://doi.org/10.1017/s0140525x01003922>
- Dijkstra, J. K., & Veenstra, R. (2005). Jong probleemgedrag als voorspeller voor latere criminaliteit. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47, 300–315.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Losoya, S. H., & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112–1134. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00337>
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274–285. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.03.024>

- Fanti, K. A., & Henrich, C. C. (2010). Trajectories of pure and co-occurring internalizing and externalizing problems from age 2 to age 12: Findings from the National Institute of Child Health and Human Development Study of Early Child Care. *Developmental Psychology, 46*(5), 1159–1175. <https://doi.org/10.1037/a0020659>
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy, 55*(4), 411–423. <https://doi.org/10.1037/pst0000171>
- Fernandez, E. (2007). Supporting children and responding to their families: capturing the evidence on family support. *Children and Youth Services Review, 29*(10), 1368-1394. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.05.012>
- Henggeler, S. W., & Lap, E. (2010). *Multisysteemtherapie: voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag*. Uitgeverij SWP.
- Hutschemaekers, G. (2010). Praktijk én wetenschap. In: Pijnenburg, H. *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 101-119). Hogeschool Arnhem Nijmegen.
- Keenan, K., & Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin, 121*(1), 95–113. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.95>
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 823–830. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.03.004>
- Kristoffersen, J. H. G., Obel, C., & Smith, N. (2015). Gender differences in behavioral problems and school outcomes. *Journal of Economic Behavior and Organization, 115*, 75–93. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2014.10.006>
- Mervielde, I., De Clercq, B., De Fruyt, F., & Van Leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 171–201. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.171.62627>
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H., & Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(2), 184–191. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186403.13088.d8>
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent

- and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13(2), 355–375. <https://doi.org/10.1017/s0954579401002097>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). Sex differences in antisocial behaviour. *Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/cbo9780511490057>
- Muller, N., Ten Kate, C., & Eurelings-Bontekoe, L. (2009). Internaliserende problematiek in de kindertijd als risicofactor voor de ontwikkeling van persoonlijkheidspathologie op latere leeftijd. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Reds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 63-72). Bohn Stafleu van Loghum.
- O'Donoghue, K., & Tsui, M. (2015). Social Work Supervision Research (1970-2010): The Way We Were and the Way Ahead. *British Journal of Social Work*, 45(2), 616–633. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct115>
- Ribner, D. S., & Knei-Paz, C. (2002). Client's view of a successful helping relationship. *Social Work*, 47(4), 379–387. <https://doi.org/10.1093/sw/47.4.379>
- Richtlijnen Jeugdhulp. (z.d.). *Een definitie van gezinnen met meervoudige en complexe problemen*. Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen/definitie-en-kenmerken/een-definitie/>
- Schaafsma, K. (2008). *Zitten op de bank. Portretten van multiprobleemgezinnen in de stadsregio Amsterdam*. DSP-groep.
- Schout, G. (2010). Het analyseren van multiproblematiek: Risicofactoren gewogen. In: B. P. Uitenbogaard (Red.), *Werken met multiprobleemhuishoudens* (pp. 29-39). Thieme Meulenhoff.
- Steketee, M., Jansma, A., & Gilsing, R. (2015). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen? Ervaringen uit Rotterdam*. Verwey-Jonker Instituut. <https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/07/2771-multiprobleemgezinnen-web-2.pdf>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services*, 37(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935x.2015.1052133>
- Van der Pol, T. M., Hove, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., Van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Van Rooijen, K. (2020). *Interventie intensieve ambulante gezinsbehandeling (IAG)*.

- Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Uitgebreide-beschrijving-Intensieve-Ambulante-Gezinsbehandeling-%28IAG%29.pdf>
- Van Rooijen, K., & Berg, T. (2010). *Risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Risicofactoren-en-beschermende-factoren-kindermishandeling.pdf>
- Van Yperen, T., Van de Maat, A., & Prakken, J. (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik: Duiding en aanpak*. Nederlands Jeugdinstituut. <https://www.nji.nl/system/files/2021-04/Het-groeiend-jeugdzorggebruik-Duiding-en-aanpak.pdf>
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176–196. <http://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/56773/56773.pdf>
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D., Scholte, R., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., Reijneveld, S. A., & Van Yperen, T. A. (2018). Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.10.030>
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Scholte, R. H. J., Van Yperen, T. A., Knot-Dickscheit, J., Jansen, D. E. M. C., & Reijneveld, S. A. (2020). Elucidating care for families with multiple problems in routine practice: Self-registered practice and program elements of practitioners. *Children and Youth Services Review*, 111, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104856>.
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., Van Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. M. C. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, 61(2), 571–590. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>