

Verschillen in doelrealisatie voor subgroepen van Gezinnen met Meervoudige en Complexe problemen

Naam: Anne Veurink

Studentnummer: S4013131

Inleverdatum: 03-06-2022

Cursus: Bachelorwerkstuk PABA6002

Naam 1^e beoordelaar/begeleider: L. Visscher

Naam 2^e beoordelaar: M.J. Warrens

Bachelor Pedagogische Wetenschappen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Abstract

Despite the fact that there are various interventions for families with multiple and complex problems (GMCP), merely a small group within that spectrum benefits sufficiently from these interventions. One potential reason may be that many interventions lack to consider the complexity of the problems these families experience at the start of an intervention. The current study aims to elucidate in a quantitative manner the extent to which certain subgroups within GMCP differ in the degree of goal achievement. The data used in this study was collected between 2017 and 2018 within a quasi-experimental study by Visscher et al. (2020). The dataset contains information from families (N=499) who received the following six interventions: Multisystemic Therapy (MST), Multidimensional Family Therapy (MDFT), Intensive Family Treatment (IFT), Family Central (FC), Parent Management Training Oregon (PMTO) and 10 for the Future (10FtF). In the present study, the families are divided into three subgroups (none, mild and severe problems) on the basis of the reported parenting stress, internalizing and externalizing problems of the child and social contacts at the start of the intervention. For the variables parenting stress, internalizing problems, externalizing problems and social contacts, a Kruskal Wallis was performed to determine whether the subgroups differ on average with regard to the degree of goal achievement as assessed by the parent and the caregiver. The analyzes showed that the subgroups of the variables parenting stress, internalizing problems and externalizing problems did not significantly differ in the degree of goal achievement. It turned out that the subgroup without problems and the subgroup with severe help problems in the area of social connections revealed a significant difference regarding to the degree of goal achievement, as assessed by the caregiver. Overall, it can be concluded that a greater degree of problems is socially related with a lower degree of goal achievement.

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) worden gekenmerkt door een opeenstapeling van problemen in verschillende levensdomeinen die onderling verband houden en elkaar versterken (onder andere opvoeding, gezondheid, huisvesting, sociale contacten en internaliserende- en externaliserende problematiek bij het kind). Daarnaast is de problematiek chronisch en is er in deze gezinnen vaak sprake van een beperkte sociale zelfredzaamheid. De gezinsleden raken overbelast en ze ervaren moeilijkheden met het nemen van regie over de problemen. Hulpverleners beschouwen deze gezinnen vaak als weerbarstig voor hulp (Van der Steege et al., 2020). Dat wil zeggen dat het de gezinnen in beperkte mate lukt om te veranderen, ondanks de geboden hulp. De kinderen in GMCP lopen een verhoogd risico op gedrags-, emotionele- en ontwikkelingsproblemen, verwaarlozing, mishandeling en misbruik omdat de problemen in deze gezinnen vaak intergenerationeel zijn (Spratt, 2011; Veerman et al., 2005). Om de problemen van GMCP en de gevolgen van die problemen te verminderen zijn er verschillende interventies ontwikkeld, met name gericht op opvoedingsvaardigheden, probleemgedrag en uithuisplaatsing (Evenboer et al., 2018).

Interventies voor GMCP

Deze interventies worden ambulante interventies genoemd omdat ze vooral in de thuisomgeving worden gegeven. Door interventies af te stemmen op de thuissituatie kunnen de geleerde vaardigheden effectiever worden toegepast en wordt de mate van generalisatie vergroot (Henggeler & Schaeffer, 2016; Snell-Johns et al., 2004). De interventies richten zich doorgaans op het gezin als systeem omdat de problemen alle gezinsleden kunnen betreffen (Visscher et al., 2020). Veelal streven de interventies naar het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders, om zo opvoedingsbelasting, gedrags- en emotionele problematiek te verminderen. Het achterliggende doel van deze probleemvermindering is het voorkomen van uithuisplaatsing (Van der Steege et al., 2020).

De aanpak, duur, doelgroep en onderliggende theorieën verschillen per interventie. De duur van alle interventies varieert van één maand tot één jaar. De doelgroep betreft kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar, de specifieke range verschilt per interventie. Overeenkomstig worden alle ambulante interventies ingezet om de kwaliteit van leven van GMCP in positieve zin te veranderen. Deze gedachte sluit aan bij de veranderingstheorie. Daarnaast zijn de verschillende interventies ook nog onderbouwd door andere theorieën zoals de sociale leertheorie, systeembenadering, sociaal-ecologische theorie en doelgericht werken. Twee voorbeelden van veelgebruikte interventies zijn Multisystemic Therapy (MST) en Multidimensional Family Therapy (MDFT). Bij MST moet de jongere thuis wonen en hoeft hij/zij niet per se bij de behandeling betrokken te zijn. Bij MDFT daarentegen moet de jongere wel betrokken zijn maar hoeft hij/zij niet thuis te wonen. In tegenstelling tot MDFT selecteert MST wel op IQ, deze moet minimaal 70 zijn (Wells et al., 2010).

Een onderdeel van deze interventies is dat er een gezinsplan wordt opgesteld door de gezinsleden. In het ideale geval gebeurt dit in samenwerking met het sociale netwerk en de betrokken instanties (Van der Steege et al., 2020). Dit plan bevat zowel lange termijndoelen als kleinere werkdoelen. Deze doelen geven richting aan waar alle acties en hulp toe moeten leiden. Het formuleren van doelen draagt bij aan de motivatie, activatie, bewustzijn, stress vermindering en competentiegevoel van de gezinsleden (Van Yperen & Van der Steege, 2006). Als de doelen door het gezin zelf worden opgesteld, belangrijk voor hen zijn en in eigen woorden worden geformuleerd is de kans groter dat de doelen behaald worden (Berg, 2000; Dekkers et al., 2011).

Effectiviteit van interventies voor GMCP

De effectiviteit van interventies wordt voornamelijk getoetst door te kijken naar het aantal uithuisplaatsingen of de mate van probleemvermindering. Na de introductie van de hechtingstheorie door Bowlby in 1969 won gezinsbehoud aan populariteit. Het scheiden van kinderen van hun biologische ouders zou hechtingsproblemen veroorzaken (Bowlby, 1969). Deze theorie heeft ervoor gezorgd dat de effectiviteit van een interventie onder andere wordt getoetst door het aantal uithuisplaatsingen. Critici betogen dat uithuisplaatsing niet in alle gevallen een negatief resultaat hoeft te zijn. Soms is uithuisplaatsing de enige acceptabele uitkomst met het oog op kindbescherming (Al et al., 2012). Bovendien benadrukken critici dat uithuisplaatsing een slechte indicator is voor het functioneren van het gezin en het welzijn van kinderen (Courtney, 1997; Maluccio, 2002). Berger et al. (2017) concludeerden dat de verschillen in uitkomsten tussen uithuisgeplaatste en niet-uithuisgeplaatste kinderen waarschijnlijk te wijten zijn aan verschillen in familieomstandigheden en niet aan de plaatsing zelf. Dit toont aan dat het belangrijk is om kenmerken van de gezinnen mee te nemen in onderzoek naar de effectiviteit van de interventies.

De tweede veelgebruikte methode om effectiviteit van een interventie te beoordelen is door te focussen op probleemvermindering. Volgens Evenboer et al (2018) worden opvoedingsstress en probleemgedrag van het kind het vaakst als uitkomstmaat gebruikt. Verschillende studies concluderen dat de mate van opvoedingsbelasting af is genomen na de interventies voor GMCP (Damen & Veerman, 2009; de Groot & Van Aggelen, 2011a; 2011b; 2011c; de Meyer & Veerman, 2006; 2007a; 2007b). Echter blijkt ook dat er, na afronding van de interventie, nog steeds sprake is van stress rondom de opvoeding. Wat betreft internaliserende en externaliserende problematiek ontdekten Veerman et al. (2005) dat Nederlandse ambulante interventies een matig effect lieten zien bij het verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. Van Assen et al. (2020) vonden matige verschillen wat betreft emotionele en gedragsproblemen tussen start en eind van de interventie ($d=0,50$).

Een derde uitkomstmaat die nog te weinig wordt gebruikt in onderzoek naar effectiviteit van interventies voor GMCP is de verbetering van de sociale vaardigheden en het sociale netwerk van een gezin. Gezinsleden van GMCP beschikken vaak niet over de nodige sociale vaardigheden om relaties

te onderhouden, hebben de neiging om zwakke banden af te breken en lopen het risico geïsoleerd en eenzaam achter te blijven (MacDonald et al., 1998). Hierdoor kunnen ze onvoldoende profiteren van de functies van een sociaal netwerk zoals stressvermindering, bevordering van het welzijn, ondersteuning bij levensgebeurtenissen en individuele identiteitservaring (Sluzki, 2000; Speck & Atneave, 1973). Daarnaast lijken GMCP lijken meer conflicten hebben met burens en vrienden (Bodden & Deković, 2016). Sousa (2005) concludeerde dat de sterke punten van het sociale netwerk een belangrijke sleutel kunnen zijn in het zoeken naar langdurige oplossingen van problemen voor GMCP. Toch wordt er in effectiviteitsonderzoek nauwelijks gekeken naar het effect van de interventies op verbetering in sociale contacten.

Doelrealisatie als nieuw perspectief van effectiviteit

Hoewel de interventies zich richten op een breed scala aan GMCP, lijkt het erop dat slechts een kleine groep binnen dat spectrum voldoende profiteert van de interventies (Al et al., 2012). Eén van de redenen hiervoor is dat veel interventies onvoldoende rekening houden met de complexiteit van problemen die deze gezinnen ervaren (Spratt, 2011; Van Yperen et al., 2006). De meeste interventies richten zich niet op meerdere leefgebieden tegelijk maar slechts op één type problematiek, waardoor de wisselwerking tussen de problemen op andere levensgebieden over het hoofd worden gezien (Holwerda et al., 2014).

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van interventies is gericht op de algemene effectiviteit van de programma's (Evenboer et al., 2018). Dat geeft zicht op de effectiviteit van een interventie als geheel, maar biedt nog geen inzicht in wat ervoor zorgt dat deze interventie werkt (of niet werkt) voor een bepaalde doelgroep (Spanjaard et al., 2015). Er wordt te weinig aandacht besteed aan de invloed van specifieke kenmerken van GMCP op de effectiviteit van een interventie. Er dient te worden onderzocht of bepaalde subgroepen binnen GMCP minder of meer baat hebben bij de interventie dan andere (Al et al., 2012). Op langere termijn kan dit ervoor zorgen dat de interventies beter aansluiten bij specifieke subgroepen van GMCP en meer gezinnen profiteren van de interventies.

Effectiviteit van een interventie gaat verder dan het aantal uithuisplaatsingen of de mate van probleemvermindering. Een interventie kan voor iemand effectief zijn, terwijl de aanvangsproblematiek niet wezenlijk is veranderd of verbeterd. Als iemand als doel stelt om niet verder af te glijden, dan kan dat doel gerealiseerd worden terwijl de problematiek niet afneemt. Een interventie is doeltreffend als er een effect optreedt én als het resultaat de realisatie van het vooropgestelde doel inhoudt (Van Wijk, 2002). In hoeverre de hulpvragen van een cliënt zijn beantwoord, kan worden gemeten met doelrealisatie (Bonke et al., 2006). Van Yperen (2003) beschouwt doelrealisatie als een hoofdindicator van de effectiviteit van interventies.

Daarom is het interessant om in effectiviteitsonderzoek de focus te verleggen van uitkomstmaten zoals uithuisplaatsing of verandering in problematiek naar doelrealisatie als uitkomstmaat. Door te identificeren welke gezinnen de doelen van een interventie wel of niet behalen,

kunnen effectieve interventiebenaderingen worden geïdentificeerd en afgestemd op geschikte doelgroepen (Van Assen et al., 2020). Indien bepaalde subgroepen (bijvoorbeeld gezinnen met weinig sociale contacten) de doelen in mindere mate realiseren, kan men daar twee conclusies uit trekken. Ten eerste dat de interventie onvoldoende aansluit op de aanvangsproblematiek van het gezin. Ten tweede dat er bij het ontwikkelen van nieuwe interventies, meer nadruk moet komen te liggen op het includeren van werkzame elementen voor gezinnen met deze problemen. Zoals werkzame elementen die ervoor zorgen deze gezinnen meer kunnen profiteren van de functies van een sociaal netwerk.

Doel van dit onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in hoeverre bepaalde subgroepen binnen GMCP – gebaseerd op de problematiek bij aanvang - verschillen in de mate van doelrealisatie.

In dit bachelorwerkstuk staat daarom de volgende onderzoeksvraag centraal: In hoeverre verschillen subgroepen binnen gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) van elkaar wat betreft de mate van doelrealisatie? Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag zijn verschillende deelvragen geformuleerd:

- In hoeverre verschillen gezinnen met geen, milde of ernstige *opvoedingsbelasting* in de mate van doelrealisatie?
- In hoeverre verschillen gezinnen met geen, milde of ernstige *externaliserende problematiek* in de mate van doelrealisatie?
- In hoeverre verschillen gezinnen met geen, milde of ernstige *internaliserende problematiek* in de mate van doelrealisatie?
- In hoeverre verschillen gezinnen met geen, milde of ernstige problemen op gebied van *sociale contacten* in de mate van doelrealisatie?

Hypothese

Ten eerste wordt er in dit onderzoek gekeken of de ernst van de problematiek gevolgen heeft voor de mate van doelrealisatie. Uit wetenschappelijke literatuur blijkt dat interventies onvoldoende rekening houden met de complexiteit en ernst van de problemen die de gezinnen ervaren (Spratt, 2011; Van Yperen et al., 2006). Daarom wordt verondersteld dat gezinnen waarin de problematiek ernstiger is, hun doelen in mindere mate behalen.

Ten tweede worden er in dit onderzoek vier variabelen meegenomen: opvoedingsbelasting, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en sociale contacten. Omdat interventies voor GMCP zich voornamelijk focussen op externaliserende problematiek, internaliserende problematiek en opvoedingsbelasting wordt verondersteld dat hier geen significante verschillen worden gevonden. Er wordt minder aandacht besteedt aan sociale vaardigheden en het sociale netwerk, dat wordt meer gezien als secundair resultaat (Visscher et al., 2020a). Daarom wordt verondersteld dat er wel een significant verschil wordt gevonden tussen de variabele sociale contacten en mate van doelrealisatie.

Methode

Onderzoeksdesign

De data die gebruikt wordt in dit onderzoek is reeds verzameld binnen een quasi-experimenteel onderzoek van Visscher et al. (2020a). Deze data is verzameld tussen 2017 en 2018. De ouders en jeugdigen hebben vragenlijsten ingevuld over opvoedingsbelasting, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en sociale contacten op drie meetmomenten. Namelijk bij aanvang van de interventie (T0), aan het eind van de interventie (T1) en drie maanden na het eind van de interventie (T2). Daarnaast hebben zowel ouders als hulpverlener de mate van doelrealisatie beoordeeld aan het eind van de interventie (T1) en drie maanden na het eind van de interventie (T2).

Populatie

Op basis van een systematische literatuurreview zijn acht interventies geselecteerd, die allemaal in de Nederlandse context een medium effectgrootte van $d=0.5$ hadden op domeinen als opvoedingsstress of probleemgedrag van het kind (Evenboer et al., 2018). Dit betreft de interventies: Multisystemic Therapy (MST), Multidimensional Family Therapy (MDFT), Intensive Family Treatment (IFT), Families First (FF), Family Central (FC), Parent Management Training Oregon (PMTO), 10 for the Future (10FtF) en Triple P 4-5. Vanwege de dermate kleine steekproef en duur van de interventies zijn FF en Triple P 4-5 in dit onderzoek geëxcludeerd.

De onderzoekers hebben 47 jeugdhulporganisaties benaderd waarvan er 26 bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. Wat betreft omvang en doelgroep wijken de organisaties die niet wilden participeren niet af van de organisaties die wel deelnamen. Elke deelnemende organisatie werkte met een of meer van de acht geselecteerde interventies. De hulpverleners (maatschappelijk werkers, gezinscoaches en therapeuten) uit deze organisaties benaderden gezinnen voor deelname. Om mee te kunnen doen moesten deze gezinnen voldoen aan twee criteria: ze moesten de vragenlijst in het Nederlands kunnen invullen en het kind moest minstens 4 jaar ouder zijn. Bij de geïncludeerde gezinnen ($N=499$) was het beoogde kind tussen de 4-20 jaar oud (Visscher et al., 2018). Voor het huidige onderzoek is ervoor gekozen om kinderen van 4 en 5 jaar ($N=39$) te excluderen omdat deze kinderen de CBCL 1,5-5 hebben gebruikt, in plaats van de CBCL 6-18. De steekproef voor het huidige onderzoek bestaat daarom uit 460 respondenten.

Procedure

De GMCP zijn bij aanvang van de interventie benaderd door hulpverleners van de organisaties. Als de gezinnen na uitleg over het onderzoek instemden met deelname werd er een toestemmingsverklaring ondertekend. Vervolgens werden er gedurende het gehele traject online vragenlijsten met de hulpverleners, ouders en jongeren gedeeld. Dit gebeurde op verschillende tijdstippen, namelijk bij aanvang (T0), aan het eind (T1) en drie maanden na het eind van de interventie (T2).

Interventies

De dataset waarop de analyses worden gedaan bevat informatie van gezinnen die de volgende zes interventies hebben ontvangen: Multisystemic Therapy (MST), Multidimensional Family Therapy (MDFT), Intensive Family Treatment (IFT), Family Central (FC), Parent Management Training Oregon (PMTO) en 10 for the Future (10FtF). Dit zijn zes ambulante interventies voor kinderen en jongeren van 0 tot 23 jaar, de specifieke range verschilt per interventie. Veelal streven deze interventies naar het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van ouders, om zo opvoedingsbelasting, gedrags- en emotionele problematiek te verminderen. Het achterliggende doel hiervan is het voorkomen van uithuisplaatsing (Van der Steege., 2020).

Meetinstrumenten

Tijdens de interventie hebben de hulpverlener, ouder en jeugdige meermaals een vragenlijst ingevuld. In de beginfase zijn er 256 vragenlijsten ingevuld over 246 gezinnen. In de zorgfase 1670 vragenlijsten over 436 gezinnen. En in de eindfase 230 vragenlijsten voor 220 gezinnen.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn verschillende variabelen meegenomen. In dit onderzoek is er voor gekozen om voor alle variabelen de t-scores te gebruiken (zie Tabel 1 en 2). T-scores zijn genormaliseerde standaardscores, waaruit afgeleid kan worden of iemand boven of beneden het gemiddelde van de normgroep heeft gescoord. Allereerst werden de t-scores van de variabelen sociale contacten, opvoedingsbelasting, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek ingedeeld in drie subgroepen: (0) geen problematiek, (1) milde problematiek en (2) ernstige problematiek (zie Tabel 1 en 2). Dit is gebaseerd op de interpretatieschalen uit de handleidingen van de vragenlijsten (Veerman et al., 2012; Vermulst et al., 2015).

Voor de variabele opvoedingsbelasting is de opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL) gebruikt. Als gevolg van de verantwoordelijkheden die het ouderschap met zich meebrengt kunnen moeilijkheden en stress worden ervaren, dit wordt opvoedingsbelasting genoemd (Deater-Deckard, 1998). Bij de OBVL staan kenmerken van de ouder in relatie tot de opvoeding en kwaliteit van de ouder-kindrelatie centraal. De beoogde doelgroep betreft ouders/opvoeders met kinderen tussen 0-18 jaar. De OBVL bestaat uit 34 vragen die vijf domeinen van opvoedingsbelasting meten: Problemen opvoeder-kindrelatie, Problemen met opvoeden, Depressieve stemmingen, Rolbeperking en Gezondheidsklachten. De vragen worden gescoord met een vierpunts-likertschaal met de volgende antwoorden: 1=geldt niet, 2= geldt een beetje, 3=geldt behoorlijk, 4=geldt helemaal. Problemen opvoeder-kindrelatie verwijst naar de ouder deze relatie als problematisch en belastend ervaart. Een voorbeeld vraag uit deze schaal is: 'ik voel me vrolijk als mijn kind bij mij is'. De schaal over problemen met opvoeding verwijst naar het competentiegevoel van de ouder en de mate waarin de ouder het opvoeden als belastend ervaart. Dit wordt onder andere gemeten aan de hand van de vraag: 'als mijn kind boos wordt dan kan ik het kalmeren'. De schaal depressieve stemmingen betreft het

(on)gelukkige gevoel van de ouder met zichzelf en zijn levensomstandigheden. Een voorbeeldvraag uit deze schaal is: 'ik heb een positief gevoel over mijn toekomst'. Rolbeperking gaat over de mate waarin de ouderlijke rol zorgt voor een beperking van eigen vrijheid. Dit wordt onder andere gemeten aan de hand van de vraag: 'door mijn kind kom ik weinig toe aan andere dingen'. Tot slot meet de schaal Gezondheidsklachten hoe gezond en fit de ouder zich voelt. Een voorbeeldvraag uit deze schaal is: 'ik voel me slaperig of suffig'. De som van alle vragen vormt samen de Totale opvoedingsbelasting. Deze score kan geïnterpreteerd worden als de mate waarin de ouder zich belast voelt door de opvoeding van de jeugdige voor wie hij/zij de vragenlijst heeft ingevuld. Zoals eerder benoemd werden in dit onderzoek de t-scores gebruikt voor de analyses (zie Tabel 1). De betrouwbaarheidsmaten verschillen per leeftijdscategorie (0-3, 4-11 en 12-18 jarigen). De Cronbach's alpha voor de totale schaal opvoedingsbelasting varieert tussen .89 en .91. De McDonald's omega varieert tussen .96 en .97 (Vermulst et al., 2015). De betrouwbaarheid van de OBVL mag worden beschouwd als 'goed', omdat de COTAN stelt dat de betrouwbaarheidsmaten hoger dan .80 geïnterpreteerd kunnen worden als 'goed' (Evers et al., 2010). Validiteit gaat over de mate waarin een test meet wat hij beoogt te meten. Wat betreft de validiteit kan geconcludeerd worden dat de ladingen en fit van de factormodellen goed zijn en de item-restcorrelaties hoog (Vermulst et al., 2015). Het lijkt dus dat de beoogde begrippen met betrekking tot opvoedingsbelasting ook daadwerkelijk worden gemeten.

De variabele 'sociale contacten' werd gemeten met een subschaal van de Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). De beoogde doelgroep betreft ouders/opvoeders met kinderen tussen 0-18 jaar. De subschaal sociale contacten gaat over de mate van contact en steun door het sociale netwerk van het gezin. Dit wordt gemeten aan de hand van de volgende vijf items: Uw gezin heeft regelmatig contact met andere buurtbewoners, Uw gezin heeft regelmatig contact met familieleden of kennissen, Wanneer u of uw gezin hulp nodig hebben kunt u een beroep doen op uw burens, U heeft familieleden of vrienden bij wie u terecht kunt wanneer er problemen zijn en Uw vrienden of familieleden geven u steun in moeilijke tijden. De vragen worden gescoord met behulp van een vierpunts-likertschaal: 1 = klopt niet, 2 = klopt een beetje, 3 = klopt behoorlijk, 4 = klopt helemaal. Zoals eerder benoemd werden in dit onderzoek de t-scores gebruikt voor de analyses (zie Tabel 1). De Cronbach's alpha voor de schaal 'sociale contacten' varieert tussen .72 en .80. De McDonald's omega varieert tussen .86 en .89 (Veerman et al., 2012). Volgens de richtlijnen van COTAN kunnen we hieruit concluderen dat de betrouwbaarheid van de VGFO voldoende tot goed is (Evers et al., 2010). Wat betreft de validiteit van de VGFO kan geconcludeerd worden dat de schalen er goed uit zien. De ladingen en fit zijn acceptabel tot goed. Het lijkt dat de beoogde begrippen daadwerkelijk worden gemeten (Veerman et al., 2012).

Zowel internaliserende als externaliserende problematiek werden gemeten aan de hand van de 'Child Behavior Checklist' (CBCL) voor kinderen van 6-18 jaar. Deze vragenlijst wordt ingevuld door de ouder. De CBCL bestaat uit twee delen. Ten eerste een competentiedeel met 20 vragen over onder andere vrijetijdsbestedingen van de jeugdige. Ten tweede een deel over emotionele- en

gedragsproblemen met 120 stellingen over het gedrag van de jeugdige. In dit onderzoek wordt alleen dit tweede deel meegenomen. De stellingen worden beantwoord aan de hand van een driepuntschaal: 0 = helemaal niet, 1 = een beetje of soms, 2 = duidelijk of vaak. De stellingen kunnen ingedeeld worden in de acht syndroomschalen: (1) angstig/depressief, (2) teruggetrokken/depressief, (3) lichamelijke klachten, (4) sociale problemen, (5) denkproblemen, (6) aandachtsproblemen, (7) regelovertrekend gedrag en (8) agressief gedrag. De schaal Internaliseren wordt gevormd door de syndroomschalen 1 t/m 3. De schaal Externaliseren wordt gevormd door de syndroomschalen 7 en 8. In dit onderzoek werden de t-scores gebruikt voor de analyses (zie Tabel 2). Wat betreft betrouwbaarheid is de gemiddelde Cronbach's alfa voor Internaliseren en Externaliseren .92 (Achenbach & Ruffle, 2001). De COTAN heeft de betrouwbaarheid en validiteit van de CBCL (versie uit 1996) in 1999 als voldoende tot goed beoordeeld (COTAN, 1999). De COTAN-beoordeling van de nieuwste versie van de CBCL is vooralsnog onbekend.

Doelrealisatie is gemeten aan de hand van de vraag: 'Hoeveel procent van de gestelde doelen uit het hulpverleningsplan zijn behaald op een schaal van 0% tot 100%?'. Deze vraag is na afronding van de interventie (T1) ingevuld door de hulpverlener (N=329) en de ouder (N=212). Vanwege het risico dat de doelrealisatie te eenzijdig wordt benaderd, heeft dit onderzoek de beoordeling van zowel hulpverlener als de ouder geïncludeerd (Van Yperen, 2003).

Data-analyse

In dit onderzoek werd de mate van doelrealisatie in verband gebracht met de vier variabelen: internaliserende problematiek, externaliserende problematiek, opvoedingsbelasting en sociale contacten. De data werd middels het statistische programma SPSS op een kwantitatieve manier bestudeerd. Omdat er drie categorieën waren per variabele werd de eenweg variantie-analyse (ANOVA) gebruikt om antwoord te geven op de vraag: "verschillen de subgroepen (geen, milde of ernstige problematiek) gemiddeld van elkaar wat betreft de mate van doelrealisatie? De bijbehorende statistische hypothesen waren als volgt:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4$$

H_a : H_0 is niet waar

De ANOVA werd twee maal uitgevoerd. Eerst was de doelrealisatie van de hulpverlener de afhankelijke variabele en de tweede keer was de doelrealisatie beoordeeld door de ouder de afhankelijke variabele. Zo kon uiteindelijk worden onderzocht of er verschillen zijn tussen het perspectief van de hulpverlener of de ouder.

Voordat de ANOVA werd uitgevoerd is er gekeken of er werd voldaan aan de drie assumpties:

1. Er is sprake van onafhankelijke scores;
2. De afhankelijke variabele dient in elke groep normaal verdeeld te zijn;
3. Er is sprake van gelijke standaarddeviaties.

Er werd verondersteld dat de scores onafhankelijk waren omdat de 26 organisaties verspreid waren door Nederland en afzonderlijk GMCP hebben benaderd. De assumptie van normaliteit werd gecontroleerd door middel van de Shapiro-Wilk-toets. Indien de significantie kleiner is dan .05, dan is het onwaarschijnlijk dat de data normaal verdeeld is. De assumptie van gelijke variaties werd gecontroleerd middels de ‘Levene’s test’. Dit werd wederom vergeleken met een significantieniveau van .05. Als er niet aan bovenstaande assumpties werd voldaan is de kans te groot dat de betrouwbaarheidsintervallen en p-waarden onjuist worden geschat. Dan zal er in plaats van de reguliere one-way ANOVA de Kruskal-Wallis test worden gebruikt.

Als de ANOVA voor een bepaalde subgroep significante resultaten liet zien werd er vervolgens een post-hoc test uitgevoerd om te achterhalen welke subgroepen (geen, milde of ernstige problematiek) van de onafhankelijke variabelen significant van elkaar verschillen.

Tabel 1

Interpretatieschalen VGFO

T-Score	Percentielscore	Betekenis	Label
> 40	< 16	Geen problemen	Normaal gebied, geen zorgen van betekenis
37-40	10-16	Milde problemen	Grensgebied, problematiek verdient aandacht.
< 37	< 10	(Zeer) ernstige problemen	Klinisch gebied, problematiek verdient behandeling.

Tabel 2

Interpretatieschalen CBCL en OBVL

T-Score	Percentielscore	Interpretatie	Label
< 60	< 85 ^e percentiel	Cliënt scoort hetzelfde of lager dan 85% van een normale populatie	Normaal gebied, geen noemenswaardige problemen
60-63	85 ^e - 90 ^e percentiel	Cliënt scoort hoger dan 85% van de normale populatie. Oftewel behoort tot de 15% hoogst scorenden van een normale populatie	Grensgebied, milde problemen; problematiek verdient aandacht.
>63	> 90 ^e percentiel	Cliënt scoort hoger dan 90% van de normale populatie. En behoort tot de 10% hoogst scorenden van een normale populatie.	Klinisch gebied, aanzienlijke/ernstige problemen. Problematiek verdient behandeling.

Resultaten

Beschrijvende analyses

Om een beter beeld van de data te krijgen is de data eerst op een beschrijvende manier bestudeerd. De respondenten (N=460) bestaan voor 60,7% uit jongens en 39,3% uit meisjes. De gemiddelde leeftijd van de jongeren was 12;7. In tabel 3 staan beschrijvende statistieken zoals steekproefgrootte, minimum, maximum, gemiddelde en standaarddeviatie. De gemiddelde score van de variabele sociale contacten behoort tot de subgroep zonder problematiek. De gemiddelde scores van de variabelen opvoedingsbelasting, internaliserende en externaliserende problematiek behoren tot de subgroep met ernstige problematiek.

Tabel 3
Beschrijvende statistiek

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Sociale contacten (T0)	329	21	69	42,47	11,81
Totale opvoedingsbelasting (T0)	367	30	79	67,91	10,44
Totaalscores Internaliseren (T0)	290	33	83	63,19	9,79
Totaalscores Externaliseren (T0)	290	33	87	66,28	10,05
Doelrealisatie Hulpverlener (T1)	329	0	100	73,88	22,28
Doelrealisatie Ouder (T1)	212	0	100	70,87	26,65

Indeling van gezinnen in subgroepen

Vervolgens zijn de gezinnen ingedeeld in subgroepen op basis van de ervaren opvoedingsbelasting, sociale contacten, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek van het kind. Zoals eerder toegelicht is deze indeling gebaseerd op de interpretatieschalen uit de handleidingen van de vragenlijsten. Per variabele zijn er drie subgroepen: een groep zonder problemen, een groep met milde problemen en een groep met ernstige problemen. In tabel 4 staat beschreven uit hoeveel participanten iedere subgroep bestaat. De subgroep met milde problemen is voor alle variabelen ondervertegenwoordigd. Voor de variabelen opvoedingsbelasting, internaliserende en externaliserende problematiek bevat de subgroep met ernstige problemen het grootste deel van de participanten. Dit is de groep met klinische problematiek die behandeling nodig heeft. De variabele sociale contacten is vooral verdeeld over de subgroep zonder problemen en de subgroep met ernstige problemen. In tabel 5 staan per subgroep de gemiddelde scores op doelrealisatie zoals beoordeeld door de hulpverlener en de ouder.

Tabel 4*Frequenties subgroepen*

Subgroep	Opvoedings- belasting	Internaliserende problematiek	Externaliserende problematiek	Sociale contacten
Geen problematiek	N = 70	N = 96	N = 60	N = 188
Milde problematiek	N = 18	N = 40	N = 35	N = 30
Ernstige problematiek	N = 279	N = 154	N = 195	N = 111
Totaal	N = 367	N = 290	N = 290	N = 329
Missing	N = 93	N = 170	N = 170	N = 131

Tabel 5*Gemiddelden per subgroep*

		Geen problematiek	Milde problematiek	Ernstige problematiek
Opvoedingsbelasting	Doelrealisatie hulpverlener	72.52	82.87	73.98
	Doelrealisatie ouder	76.21	79.91	68.76
Internaliserende problematiek	Doelrealisatie hulpverlener	73.86	79.94	76.77
	Doelrealisatie ouder	72.10	74.15	66.71
Externaliserende problematiek	Doelrealisatie hulpverlener	78.20	74.70	76.19
	Doelrealisatie ouder	74.45	70.94	67.79
Sociale contacten	Doelrealisatie hulpverlener	77.40	68.84	72.13
	Doelrealisatie ouder	71.72	67.29	68.97

Assumpties

Om een one-way ANOVA uit te kunnen voeren moest aan verschillende assumpties worden voldaan. De eerste assumptie betreft de assumptie van normaliteit. Om dit te toetsen is tweemaal de Shapiro-Wilk toets uitgevoerd. Zowel voor doelrealisatie vanuit het perspectief van de hulpverlener als doelrealisatie vanuit het perspectief van de ouder. Een significant resultaat (met α .05) van de Shapiro-Wilk toets geeft aan dat de assumptie van normaliteit geschonden wordt. Uit tabel 6 kan men aflezen dat in elf van de twaalf gevallen de Shapiro-Wilk een significant resultaat liet zien. Om deze reden

werd geconcludeerd dat voor doelrealisatie van de hulpverlener er niet aan de assumptie van normaliteit werd voldaan. Uit tabel 6 kan men ook aflezen dat in tien van de twaalf gevallen de Shapiro-Wilk een significant resultaat liet zien ($\alpha .05$). Hieruit kon geconcludeerd worden dat ook voor doelrealisatie vanuit het perspectief van de ouder, de assumptie van normaliteit werd geschonden.

De Levene's test was voor geen enkele van de variabelen significant, daarom mag verondersteld worden dat de varianties in beide groepen gelijk zijn. De assumptie van gelijke varianties wordt dus niet geschonden.

Tabel 6
Assumptie normaliteit

		Opvoedings- belasting	Internaliserende problematiek	Externaliserende problematiek	Sociale contacten
Subgroepen		Shapiro-Wilk Sig.	Shapiro-Wilk Sig.	Shapiro-Wilk Sig.	Shapiro- Wilk Sig.
Doelrealisatie volgens hulpverlener (T1)	Geen problematiek	.000	.000	.001	.000
	Milde problematiek	.592	.003	.003	.001
	Ernstige problematiek	.000	.000	.000	.003
Doelrealisatie volgens ouder (T1)	Geen problematiek	.018	.000	.005	.000
	Milde problematiek	.132	.006	.148	.037
	Ernstige problematiek	.000	.000	.000	.001

Verschil in doelrealisatie tussen subgroepen

Aangezien de assumptie van normaliteit is geschonden zijn de analyses uitgevoerd middels de Kruskal-Wallis toets (zie Tabel 7). Hieruit bleek dat de subgroepen op het gebied van sociale contacten verschilden in de mate waarin de doelen gerealiseerd zijn, zoals gerapporteerd door de hulpverlener ($H = 6.15$, $p = .046$). De subgroepen op het gebied van sociale contacten verschilden echter niet in de mate van doelrealisatie vanuit het perspectief van de ouder ($H = .797$, $p = .671$). De andere subgroepen (opvoedingsbelasting, internaliserende en externaliserende problemen) verschilden niet in de mate waarin zij de doelen realiseren, zoals gerapporteerd door ouder en door hulpverlener.

Om te toetsen welke subgroepen op het gebied van sociale contacten precies verschilden in de mate waarin zij de doelen realiseren is een post-hoc toets uitgevoerd. Daaruit bleek dat de subgroepen

zonder problemen en met ernstige problemen significant van elkaar verschilden ($U = 4757.5$, $Z = -2.16$, $P = .031$). De subgroep zonder problemen heeft een gemiddelde doelrealisatie van 77,40 en de subgroep met ernstige problemen een gemiddelde doelrealisatie van 72,13. Subgroepen met milde en ernstige problematiek verschilden niet significant van elkaar ($U = 961$, $Z = -.295$, $p = .768$). Datzelfde geldt voor subgroepen zonder problematiek en met milde problematiek ($U = 1424$, $Z = -1.67$, $p = .095$).

Tabel 7

Kruskal-Wallis toetsresultaten

Doelrealisatie	Opvoedingsbelasting	Internaliserende problematiek	Externaliserende problematiek	Sociale contacten
Doelrealisatie Hulpverlener	.461	.723	.929	.046
Doelrealisatie Ouder	.160	.373	.538	.671

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verkrijgen in hoeverre bepaalde subgroepen binnen GMCP – gebaseerd op problematiek bij aanvang – verschillen in de mate van doelrealisatie. De onderzoeksvraag die hierbij centraal stond was daarom: ‘In hoeverre verschillen subgroepen binnen gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) van elkaar wat betreft de mate van doelrealisatie? Uit de analyses bleek dat als doelrealisatie werd beoordeeld door de hulpverlener, dat de subgroepen zonder problematiek en met ernstige problematiek op het gebied van sociale contacten significant van elkaar verschilden wat betreft de mate van doelrealisatie.

Subgroepen op het gebied van opvoedingsbelasting bleken niet te verschillen in de mate van doelrealisatie, zoals gerapporteerd door de ouder en de hulpverlener. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang van een interventie niet samenhangt met de mate van doelrealisatie. In voorgaande onderzoeken is er nog nooit gekeken naar de relatie tussen doelrealisatie en de variabele opvoedingsbelasting. Wel wordt de effectiviteit van een interventie regelmatig geschat door te kijken naar de mate van probleemvermindering op het gebied van opvoedingsbelasting. Ondanks dat er na de interventies voor GMCP nog steeds sprake is van stress rondom de opvoeding, concluderen verschillende studies dat de mate van opvoedingsbelasting is afgenomen na een interventie (Damen & Veerman, 2009; de Groot & Van Aggelen, 2011a; 2011b; 2011c; de Meyer & Veerman, 2006; 2007a; 2007b). Tevens concludeerden Theise et al (2014) dat interventie-effecten op het ouderschap niet gemodereerd werden door opvoedingsstress. Deze eerdere bevindingen zijn in lijn met het huidige onderzoek. Met enige voorzichtigheid kan daarom geconcludeerd worden dat de mate van opvoedingsbelasting bij aanvang geen gevolgen heeft voor de mate van doelrealisatie.

Op het gebied van internaliserende en externaliserende problematiek verschillen de subgroepen wederom niet in de mate waarin zij doelen realiseren, zoals gerapporteerd door de ouder en door de hulpverlener. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de mate van internaliserende of externaliserende problematiek bij aanvang van een interventie niet samenhangt met de mate van doelrealisatie. In het verleden is er nooit onderzoek gedaan naar de mate van doelrealisatie in verhouding tot internaliserende en externaliserende problematiek. Wel zijn deze variabelen gebruikt om te onderzoeken in welke mate er sprake is van probleemvermindering. Wat betreft internaliserende en externaliserende problematiek ontdekten Veerman et al. (2005) dat Nederlandse ambulante interventies een matig effect lieten zien bij het verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. Van Assen et al. (2020) vonden matige verschillen wat betreft emotionele en gedragsproblemen tussen start en eind van de interventie ($d=0,50$). Deze bevindingen suggereren dat interventies voor GMCP er deels in slagen om in te spelen op de internaliserende en externaliserende problematiek in GMCP. Dat is in lijn met de resultaten van dit huidige onderzoek. Met enige voorzichtigheid kan geconcludeerd worden dat de mate van internaliserende- en externaliserende problematiek bij aanvang geen gevolgen heeft voor de mate van doelrealisatie.

Tot slot vonden we dat verschillen in de mate waarin GMCP problemen hebben op het gebied van sociale contacten wel samenhangen met de mate waarin de doelen gerealiseerd zijn. Dit was alleen het geval voor doelrealisatie zoals beoordeeld door de hulpverlener. Uit de post-hoc analyses bleek dat alleen subgroepen zonder problemen en met ernstige problemen significant van elkaar verschilden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de subgroep zonder problemen op sociaal gebied de doelen in hogere mate behaalt dan de subgroep met ernstige problemen op sociaal gebied. In een eerder onderzoek van Visscher et al (2020) zijn programma-elementen geïdentificeerd die in de dagelijkse praktijk aan GMCP worden geboden. Het bleek dat elementen uit de hoofdcategorie ‘activeren van het sociale netwerk’ en ‘helpen bij concrete behoeften’ het minst vaak aan de GMCP werden verstrekt. Tevens toonden Tausendfreund et al. (2015) aan dat binnen de zorg voor GMCP zelden werd gezocht naar oplossingen en ondersteuning in de omgeving van het gezin. Het lijkt erop dat er onvoldoende werkzame elementen worden geïncorporeerd voor GMCP met problemen op sociaal gebied, ondanks dat het bekend is dat GMCP vaak niet over de nodige sociale vaardigheden beschikken om te kunnen profiteren van de functies van een sociaal netwerk. Het huidige onderzoek bevestigt wederom dat er meer aandacht moet komen voor de sociale vaardigheden en het sociale netwerk van GMCP, want gezinnen die ernstige problemen ervaren op dit gebied realiseren de doelen duidelijk in mindere mate.

Sterktes & beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten. Allereerst is er gebruik gemaakt van de volgende vragenlijsten: OBVL, VGFO en CBCL. De betrouwbaarheid en validiteit voor deze vragenlijsten zijn door de COTAN als matig tot goed beoordeeld. Als het onderzoek gerepliceerd zal worden, is daarom de verwachting dat het tot vrijwel dezelfde resultaten zal leiden. Ten tweede zijn de respondenten via

meerdere hulpverleningsorganisaties verspreid door heel Nederland verworven. Dat heeft positieve gevolgen voor de representativiteit en generaliseerbaarheid van de resultaten voor heel Nederland. Tot slot zijn voorafgaand aan de statistische analyses de assumpties goed gecontroleerd. Aangezien er niet aan de assumptie voor normaliteit werd voldaan is er gekozen voor de Kruskal Wallis toets in plaats van de reguliere ANOVA. Hierdoor werd het risico op onjuiste betrouwbaarheidsintervallen en p-waarden geminimaliseerd.

Dit onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Allereerst is er een kans dat respondenten sociaal gewenste antwoorden hebben ingevuld. Deze kans is geminimaliseerd omdat de gegevens volledig anoniem en vertrouwelijk werden behandeld. Een tweede beperking van dit onderzoek is dat er voor alle variabelen sprake is van een ondervertegenwoordiging van de subgroep met milde problematiek. Dit is te verklaren doordat slechts een kleine range aan t-waarden dit label krijgt (zie Tabel 1 en 2). Alle overige scores buiten deze range worden gedefinieerd als zonder problematiek of met ernstige problematiek. Deze ondervertegenwoordiging van de subgroep met milde problematiek zorgt voor een grotere kans op een type II fout. Deze fout treedt op als op basis van de gegevens de nulhypothese wordt geaccepteerd, terwijl deze feitelijk onjuist is (Agresti, 2018). Dit betekent dat er in de populatie wel een significant verschil kan zijn in de mate van doelrealisatie tussen de subgroepen van de variabelen opvoedingsbelasting, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek. Terwijl dat verschil in het huidige onderzoek niet is gevonden.

Een derde beperking van dit onderzoek heeft te maken met de acht geïncludeerde interventies. In de praktijk worden er meer interventies ingezet dan deze selectie. Het geeft echter wel een representatief beeld voor GMCP omdat deze acht interventies breed worden toegepast in de Nederlandse context. Tevens bleken het de meest effectieve interventies voor GMCP te zijn in de Nederlandse context. De laatste beperking heeft te maken met de mate van oververtegenwoordiging van bepaalde interventies. Er waren duidelijk meer respondenten die IFT, MST en MDFT als interventie hebben gehad. PMTO, 10FtF en Gezin Centraal waren ondervertegenwoordigd. Desalniettemin is dit een representatieve afspiegeling van de dagelijkse praktijk. De drie oververtegenwoordigde interventies worden door de hulpverleningsinstanties frequenter toegepast dan de andere interventies. De over- en ondervertegenwoordiging kan wel gevolgen hebben voor de resultaten van dit onderzoek. Iedere interventie focust zich op andere aspecten. Het is mogelijk dat andere interventies meer stilstaan bij de risico- en beschermende factoren van sociale contacten. En dat kan op zijn beurt weer gevolgen hebben voor de mate van doelrealisatie van gezinnen met ernstige problemen op het gebied van sociale contacten.

Implicaties

Dit onderzoek heeft verschillende implicaties voor zowel de praktijk als het onderzoek op het gebied van GMCP. Ten eerste dient er vervolgonderzoek te komen naar de kenmerken van de subgroepen zonder problematiek en met ernstige problematiek op sociaal gebied. Wellicht kan het

verschil in doelrealisatie verklaard worden door andere kenmerken zoals de mate van zelfredzaamheid, psychiatrische problematiek en financiële problemen.

Ten tweede dienen interventies voor GMCP meer rekening te houden met problemen die gezinnen ervaren op sociaal gebied. Zoals Visscher et al. (2020) eerder concludeerden verdient het gebrek aan activatie van het sociale netwerk nadere aandacht. Door sociale netwerken te betrekken en versterken kan een positieve verandering binnen de gezinnen worden bewerkstelligd. Als eerste stap dient er onderzocht te worden waarom sociale netwerken minder betrokken zijn en welke manieren er zijn om sociale netwerken van GMCP te versterken als onderdeel van de interventies.

Ten derde is er in het huidige onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen de acht interventies. Het zou waardevol zijn als vervolgonderzoek kan uitzoeken bij welke specifieke interventies er een relatie bestaat tussen de mate van doelrealisatie en de problematiek op sociaal gebied. Dat kan er namelijk voor zorgen dat er in de praktijk beter wordt aangesloten bij de complexiteit aan problematiek die gezinnen ervaren.

Ten vierde is het significante verschil op sociaal gebied alleen gevonden als doelrealisatie werd beoordeeld door de hulpverlener. Dit laat zien dat ouders en hulpverleners de resultaten van een interventie niet altijd hetzelfde beoordelen. Het zou daarom interessant zijn als vervolgonderzoek zich richt op het verschil tussen het perspectief van de hulpverlener en de ouder, en de mate van alliantie tussen deze twee partijen.

Tot slot zou het inhoudelijk gezien waardevol zijn als vervolgonderzoek kwalitatief van aard is en dan bijvoorbeeld de vorm heeft van actieonderzoek. Deze vorm van onderzoek is een participatief en systematisch proces dat leidt tot praktische kennis die duurzame oplossingen voor maatschappelijke problemen in een specifieke context bevordert (Boog & Wagemakers, 2014). Hierbij worden nieuwe handelingsmogelijkheden gegenereerd op basis van een co-creatie van kennis. Actieonderzoek biedt inzicht in de omstandigheden van personen in de doelgroep, de knelpunten en de succesfactoren van interventies, en de mogelijkheden en grenzen van de hulpverlening. Deze kennis leidt tot kwaliteitsbevordering en praktijkinnovatie (Knijn & Machielse, 2018).

Conclusie

In dit kwantitatieve onderzoek is er gekeken naar in hoeverre bepaalde subgroepen binnen GMCP – gebaseerd op problematiek bij aanvang – verschillen in de mate van doelrealisatie. Er is geen relatie gevonden tussen de mate van doelrealisatie en de mate van opvoedingsbelasting, internaliserende- en externaliserende problematiek. Wel vonden we dat de mate van doelrealisatie samenhangt met de mate waarin GMCP problemen hebben op sociaal gebied. Het significante verschil tussen de subgroep zonder problematiek en met ernstige problematiek op sociaal gebied, werd alleen gevonden als doelrealisatie werd beoordeeld door de hulpverlener. Uit de post-hoc analyses kan geconcludeerd worden dat een hogere mate van problemen op sociaal gebied samenhangt met een lagere mate van doelrealisatie. Het is van belang dat er zowel in de praktijk als in onderzoek meer

aandacht wordt besteed aan de problemen op sociaal gebied bij GMCP. Als eerste stap dient er in de toekomst onderzocht te worden of er andere verklarende factoren kunnen zijn, waarom sociale netwerken minder betrokken zijn en hoe interventies voor GMCP meer rekening kunnen houden met problemen op sociaal gebied.

Referentielijst

- Achenbach, T.M., & Ruffle, T.M. (2001). The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21, 265-271.
- Agresti, A. (2018). *Statistical Methods for the Social Sciences, Global Edition*. Pearson Education.
- Al, C. M. W., Stams, G. J. J. M., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & van der Laan, P. H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1472–1479. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.chidyouth.2012.04.002>
- Berg, I. K. (2000). Ik wil mijn kind niet kwijt: Samenwerken met ouders onder dwang van de kindbescherming. *Praktische richtlijn voor de hulpverlening*. De Toorts.
- Berger, L. M., Cancian, M., Font, S., & Noyes, J. L. (2017). Young adult outcomes associated with out-of-home placement experiences (Institute for Research on Poverty 437003-A17-0000918-000-01). Madison, Wisconsin: Wisconsin Department of Children and Families.
- Bodden, D. H. M., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: what's in a name? *Family Process*, 55(1), 31–47. <https://doi.org/10.1111/famp.12144>
- Bonke, P., Schouten, J., Nota, P., Deijkers, E. Gransjean, M., Zorge, Y. van, Klijn, T., Posthumus, H., & Yperen, T.A. van, (2006). Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie. Den Haag: Landelijke werkgroep prestatie indicatoren.
- Boog, B. & Wagemakers, A. (2014) Actieonderzoek: mogelijkheden en voorbeelden. in Van Dijkum, C. & Tavecchio, L. (Red.). *Praktijkonderzoek in ontwikkeling*. Boom Lemma Uitgevers (pp. 15 - 28).
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- COTAN (1999) . *Gedragsvragenlijst voor kinderen, CBCL*. Utrecht: NIP.
- Courtney, M. E. (1997). Reconsidering family preservation: A review of Putting Families First. *Children and Youth Services Review*, 19(1/2), 61–76. [https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(97\)00006-6](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(97)00006-6).
- Damen, H., & Veerman, J. W. (2009). Effectiveness research families first: The relation between carrying out the intervention and one year follow-up. Nijmegen: Praktikon.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5, 314-332.

- Dekkers, K., Vliet, E. de, Eilander, H., & Steenbeek, D. (2011). Goal Attainment Scaling (GAS) in de praktijk. *Handleiding*. Revant.
- De Melo, A.T., & Alarcão, M. (2011). Integrated family assessment and intervention model: A collaborative approach to support multi-challenged families. *Contemporary Family Therapy*, 33(4), 400-416. doi:10.1007/s10591-011-9168-0
- 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>
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R., & Sijtsma, S. (2010). *COTAN Beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP
- de Groot, M., & van Aggelen, M. (2011a). Effectiveness measurement 2010|2011 MDFT [Effectiviteitsmeting 2010|2011 MDFT]. Papenvoort: PIONN.
- de Groot, M., & van Aggelen, M. (2011b). Effectiveness measurement 2010|2011 MST [Effectiviteitsmeting 2010|2011 MST]. Papenvoort: PIONN.
- de Groot, M., & van Aggelen, M. (2011c). Effectiveness measurement 2010|2011 IOFT [Effectiviteitsmeting 2010|2011 IOG-EV]. Papenvoort: PIONN.
- Henggeler, S. W., & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy(®): Clinical overview, outcomes, and implementation research. *Family Process*, 55(3), 514–528. <https://doi.org/10.1111/famp.12232>.
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2020). *Qualitative Research Methods*. SAGE Publications
- Knijn, T. & Machielse, A. (2018). De kloof dicht. *Een kwalitatieve basis voor erkenning van interventies*. Retrieved on January 11 2019 from <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-12/De-kloof-dichten-Knijn-Machielse.pdf>
- Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen* (1ste editie). Lemniscaat.
- Macdonald, E., Jackson, H., Hayes, R., Baglioni, A. & Madden, C. (1998) ‘Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia’, *Schizophrenia Research*, vol. 29, no. 3, pp. 275–286.
- Maluccio, A. N. (2002). Family preservation or adoption? An essay review. *Children and Youth Services Review*, 24(4), 287–292.
- de Meyer, R. E., & Veerman, J. W. (2006). Results Care at Home Overijssel. Book of tables 2005 [Resultaten Hulp aan Huis Overijssel. Tabellenboek 2005]. Nijmegen: Praktikon.
- de Meyer, R. E., & Veerman, J. W. (2007a). Results Care at Home Overijssel. Book of tables 2006 [Resultaten Hulp aan Huis Drenthe. Tabellenboek 2006]. Nijmegen: Praktikon.
- de Meyer, R. E., & Veerman, J. W. (2007b). Results Care at Home Drenthe. Book of tables 2006 [Resultaten Hulp aan Huis Groningen. Tabellenboek 2006]. Nijmegen: Praktikon.
- Sluzki, C. (2000) ‘Social network and the elderly’, *Family Process*, 39(3), pp. 271–284.

- Snell-Johns, J., Mendez, J. L., & Smith, B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology, 18*(1), 19–35. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.18.1.19>.
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice, 19*(2), 163–179. <https://doi.org/10.1080/02650530500144766>
- Sousa, L. & Rodrigues, S. (2012). The collaborative professional: Toward empowering vulnerable families. *Journal of Social Work Practice, 26*(4), 411-425. doi:10/1080/02650523.2012.668878
- Spanjaard, H. J. M., Veerman, J. W., & van Yperen, T. A. (2015). The essence of effective care for youth. From effective interventions to effective elements. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 54*(10), 441–455.
- Speck, R. & Attneave, C. (1973) Family Networks, *Pantheon*, New York
- Spratt, T. (2011). Families with multiple problems: Some challenges in identifying and providing services to those experiencing adversities across the life course. *Journal of Social Work, 11*(4), 343–357. doi: 10.1177/1468017310379256.
- Theise, R., Huang, K.-Y., Kamboukos, D., Doctoroff, G., Dawson-McClure, S., Palamar, J., & Brotman, L. (2014). Moderators of Intervention Effects on Parenting Practices in a Randomized Controlled Trial in Early Childhood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(3), 501–509. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1080/15374416.2013.833095>
- Thoburn, J., Cooper, N., Brandon, M., & Connolly, S. (2013). The place of ‘think family’ approaches in child and family social work: Messages from a process evaluation of an English pathfinder service. *Children and Youth Services Review, 35*(2), 228-236. doi:10.2016/j.chilyouth.2012.11.009
- van Assen, A. G. A., Knot-dickscheit, J. J., Post, W. J. W., & Grietens, H. H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review, 114*, <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104994>
- Van der Steege, M., de Veld, D & Zoon, M., (2020). Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. *Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.*
- Yperen, T.A. van (2003). Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden. Utrecht: NIZW
- Yperen, T.A. van, & Steege, M. van der (2006). Voor het goede doel. *Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. NIZW Jeugd/ SWP.

- Yperen, T. A. van, Steege, M. van der, & Batelaan, S. (2006). *Voor het goede doel : werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. NIZW Jeugd.
- Veerman, J.W., Janssens, J., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.
- Veerman, J. W., Janssen, J., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Vermulst, A. (2012). Handleiding Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). *Praktikon*, 1–42.
- Vermulst, A., Kroes, G., De Meyer, R., Nguyen, L., & Veerman, J. W. (2015). *Handleiding OBVL herzien / Uitgelicht*. Praktikon. Geraadpleegd op 1 mei 2022, van <https://www.praktikon.nl/uitgelicht/handleiding-obvl-herzien>
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D. E. M. C., Scholte, R. H. J., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., 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.childyouth.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.
- Wells, C., Adhyaru, J., Cannon, J., Lamon, M., Baruch, G. (2010). Multisystemic therapy (MST) for youth offending, psychiatric disorder and substance abuse: case examples from a UK MST team. *Child and Adolescent Mental Health*, 15 (3), 142-149. (vertaald gepubliceerd in *Kind en Adolescent Review*, augustus 2011).
- Wijk, P.J.Th van (2002). Over plannen gesproken. *Een referentiemodel voor hulpverleningsplanning in de jeugdzorg*. Utrecht: MO Groep / GGZ Nederland.