Het effect van IAG in vergelijking met MST op het vergroten van zelfredzaamheid bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Student: L. van der Vegt (s3994732)

Begeleider: dr. L. Visscher

2e beoordelaar: dr. M. Warrens

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

3 juni 2022

Abstract

The self-sufficiency of families with multiple and complex problems is often low as they experience chronic problems in multiple life areas. Increasing self-sufficiency is important for the well-being of families. The purpose of this study is to investigate whether IAG/MST is more effective in increasing self-sufficiency. In addition, the difference in effect of IAG/ MST on self-sufficiency between families with and without a suspected intellectual disability in parent(s) is examined.

The data are already collected in a quasi-experimental study. Questionnaires are completed at start (T0) and end of the intervention (T1). At T0, the variables 'implemented intervention' (IAG/MST) and 'suspicion of intellectual disability in parent(s)' are measured. The self-sufficiency is measured at T0 and T1 by means of the self-sufficiency matrix (ZRM). A between-within subjects ANOVA is conducted to examine the difference in effect of IAG/MST on self-sufficiency. A moderation-analysis is conducted to examine the difference in effect of IAG/MST on self-sufficiency between families with and without a suspected intellectual disability in parent(s).

IAG has a significant bigger effect on self-sufficiency than MST for the domain 'activities daily living' of the ZRM. For the domain 'schooling' MST has a significant bigger effect on self-sufficiency than IAG. Additionally, IAG has a significant bigger effect on self-sufficiency for the domains 'justice' and 'psychical care' than MST when there is suspicion of an intellectual disability in parent(s).

When families have a low score on the domain 'schooling', MST can be advised as most effective intervention in increasing self-sufficiency. When families have a low score on the domain 'activities daily living' IAG can be advised. Additionally, for families in which social workers suspect an intellectual disability in parent(s) and who have a low score on the domain 'justice' or 'psychical care', IAG can be recommended. Follow-up study can compare multiple interventions on effectiveness.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP), ook wel gedefinieerd als multi-probleemgezinnen, kampen met chronische problemen op sociaal, economisch en psychosociaal gebied (Bodden & Deković, 2016; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Koper et al., 2020; Overbeek et al., 2021; Visscher et al., 2021). De problemen van deze gezinnen zijn verweven, beïnvloeden elkaar negatief (Van Assen et al., 2020; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019) en worden vaak transgenerationeel overgedragen (Bachler et al., 2016; Bodden & Deković, 2016; Koper et al., 2020; Overbeek et al., 2021; Thornberry et al., 2009). De problematiek van GMCP bevindt zich op het gebied van de hulpverlening, ouders, kinderen, het gezinsfunctioneren, de context en het sociale netwerk (Bodden & Deković, 2016; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Overbeek et al., 2021). Deze gezinnen zijn vaak weinig gemotiveerd voor hulpverlening (Bodden & Deković, 2016), staan negatief tegenover verandering en de hulpverlening slaagt er onvoldoende in problemen te verhelpen (Bachler et al., 2017; Casey, 2013; Knot-Dickschiet & Knorth, 2019; Overbeek et al., 2021; Steketee et al., 2015). Gezien de problematiek van GMCP kan de ontwikkeling en het welzijn van kinderen in deze gezinnen in het geding komen (Koper et al., 2020). Om te voorkomen dat problemen worden overdragen van ouder op kind en om het welzijn en de ontwikkeling van kinderen binnen GMCP te waarborgen, is intensieve, langdurige hulpverlening nodig. Onderzoek naar de meest effectieve manier van hulpverlening is daarom van belang.

Een verstandelijke beperking (VB) bij ouder(s) komt vaak voor binnen GMCP (Alexius & Hollander, 2014; Douma et al., 2019). Uit onderzoek van De Jong et al. (2014) blijkt dat bij ongeveer 70 procent van GMCP een verstandelijke beperking bij één van de ouders is geconstateerd. Een verstandelijke beperking kenmerkt zich door problemen in adaptieve vaardigheden en intellectuele functies (Coren et al., 2011; De Jong et al., 2014; Koolen et al., 2020; McConnell & Llewellyn, 2002). Ouder(s) met een VB ervaren onder andere een slechtere mentale gezondheid en sociaaleconomische omstandigheden (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Deze problematiek heeft als gevolg dat ouders met een VB meer moeite hebben met het opvoeden van kinderen (Coren et al., 2011; Knot-Dickscheit & Knorth, 2019; Koolen et al., 2020) en daardoor een hoger risico lopen op opvoedstress en overbelasting (Collings & Llewellyn; 2012; Feldman et al., 1997). Dit kan het functioneren van ouders beïnvloeden (Collings & Llewellyn, 2012; Feldman et al., 1997) en mogelijk leiden tot verwaarlozing van kinderen en de ontwikkeling van gedragsstoornissen en ontwikkelingsachterstand bij kinderen op latere leeftijd (Collings & Llewellyn, 2012; Coren

et al., 2011; Didden et al., 2016; Llewellyn & Hindmarsh, 2015; Swaans-Joha, 2004). Voor deze groep kinderen is uithuisplaatsing een significant risico (Koolen et al., 2020; Llewellyn & Hindmarsh, 2015), waarbij 40 tot 60 procent van de kinderen uithuisgeplaatst wordt (Alexius & Hollander, 2014; Collings & Llewellyn, 2012; Llewellyn et al., 2003; McConnell & Llewellyn, 2002). Gezien het risico dat kinderen van ouder(s) met een VB hebben op ontwikkeling van problemen, is het van belang te onderzoeken welke interventie het meest effectief is in verminderen van de problematiek die ouder(s) met een VB ervaren (Collings & Llewellyn, 2012).

Uit onderzoek van Douma et al (2017) blijkt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van interventies voor GMCP waarbij een VB bij ouder(s) is geconstateerd. Voor deze specifieke doelgroep worden volgens de richtlijn GMCP de interventies HouVast en Systeemgerichte Gezinscoaching aanbevolen (Van der Steege et al., 2020). De uiteindelijk doelstelling van beide interventies is om de opvoedvaardigheden van ouders te vergroten, zodat ze hun kinderen veilig kunnen opvoeden. Ondanks dat deze interventies goed omschreven zijn, is er volgens de databank NJI nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze interventies en is het dus nog niet duidelijk op welke uitkomstmaten deze interventies effect hebben (Lever, 2015; Van der Steege, 2019).

Het is daarom van belang om te onderzoeken of op effectiviteit onderzochte interventies voor GMCP in het algemeen ook effectief zijn voor de specifieke doelgroep GMCP waarbij er een vermoeden is van een VB bij de ouder(s). Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (IAG) en Multi Systeem Therapie (MST) zijn veel gebruikte interventies voor GMCP waarvan de effectiviteit is aangetoond. Het overkoepelende doel van IAG is het verminderen van problemen, waardoor de zelfredzaamheid van het gezin vergroot wordt. Daarbij is het doel dat het gezin zonder hulpverlening kan voorzien in de basisbehoeften van het kind. Dit wordt gerealiseerd door opvoedvaardigheden uit te breiden bij ouders, gedragsproblemen van kinderen te verminderen en het sociale netwerk te betrekken (Evenboer et al., 2018; Van Rooijen, 2020). De interventie duurt gemiddeld 5 tot 7 maanden (Evenboer et al., 2018).

Een tweede interventie die veel wordt ingezet binnen GMCP is MST. Het overkoepelende doel van MST is het bieden van handvatten aan ouders waardoor het gezin in de toekomst, samen met de omgeving, problemen zelf kan oplossen (Curtis et al., 2014; MST-Nederland, 2015). Dit doel wordt gerealiseerd door te focussen op het versterken van het probleemoplossend vermogen van het gezin, waarbij het sociale netwerk wordt betrokken

en opvoedvaardigheden van ouders worden uitgebreid (MST-Nederland, 2015). MST duurt gemiddeld 3 tot 5 maanden (Evenboer et al., 2018).

Door de problematiek die GMCP met een VB bij ouder(s) ervaren is de zelfredzaamheid van deze gezinnen beperkt. Deze ouder(s) hebben moeite met het nemen van regie over hun problemen en hierdoor moet er vaak hulpverlening worden ingeschakeld (Koolen et al., 2020; Van der Steege et al., 2020). Het concept zelfredzaamheid biedt de mogelijkheid om het functioneren van GMCP op belangrijke levensdomeinen te beoordelen. Zelfredzaamheid kan gedefinieerd worden als het vermogen om zelfstandig op een aanvaardbaar niveau te functioneren op belangrijke levensdomeinen (bijvoorbeeld financiën en huisvesting) (Fassaert et al., 2014; Verheijen et al., 2022). Zelfredzaamheid wordt, onder andere door gemeentes, gezien als één van de belangrijkste uitkomstmaten van interventies voor GMCP (Van der Steege et al., 2020). Het overkoepelende doel van interventies in de jeugdhulpverlening is dan ook het verminderen van problemen waardoor de zelfredzaamheid toeneemt en gezinnen zonder hulpverlening toekomstige problemen zelf kunnen oplossen (Van der Steege et al., 2020).

Het vergroten van de zelfredzaamheid van GMCP is van maatschappelijk belang, gezien het veelvuldige, intensieve zorggebruik en de relatief lage maatschappelijke participatie hoge kosten voor de samenleving opleveren (Bachler et al., 2016; Koper et al., 2020; Overbeek et al., 2021). Het versterken van competenties en zo het vergroten van zelfredzaamheid heeft als doel dat gezinnen uiteindelijk zelf in hun behoeften kunnen voorzien. Dit kan het gevoel van autonomie versterken, wat een positieve invloed heeft op zelfredzaamheid, therapietrouw en kwaliteit van leven (Galenkamp et al., 2012; Helmus et al., 2011). Kortom, het bevorderen van zelfredzaamheid is in het belang van het welzijn van GMCP en de maatschappij.

Uit een literatuurreview van Evenboer et al (2018) blijkt dat er al tamelijk veel onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van IAG op gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en opvoedbelasting bij ouders. Hieruit blijkt dat IAG effectief is voor het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen en opvoedbelasting bij ouders (Van Dam & Veerman, 2007; Van Dam et al., 2008; De Groot & Van Aggelen, 2011; Huisman& Van Aggelen, 2011; Veerman et al., 2007). In het onderzoek van Veerman & De Meyer (2019) zijn grote effectsizes geconstateerd op de uitkomstmaten gedragsproblemen en opvoedbelasting, variërend van 0,6 tot 0,7 op gedragsproblemen en 0,58 tot 0,68 op opvoedbelasting. Daarnaast heeft IAG ook effect op het verminderen van aantal delicten en contact met politie, familieproblemen en het vergroten van opvoedvaardigheden (Van Dam &

Veerman, 2007; Van Dam et al., 2008; De Groot & Van Aggelen, 2011). Daarentegen is er nog geen onderzoek gedaan naar het effect van IAG op de zelfredzaamheid van GMCP.

Uit een meta-analyse van effectstudies van Curtis et al (2014) blijkt MST voornamelijk effectief te zijn voor het verbeteren van ouder- kind en algemene familierelaties en het verminderen van jeugdcriminaliteit, agressiviteit bij jongeren en emotionele/ gedragsproblemen binnen individuele gezinsleden. MST is een interventie die oorspronkelijk is ontwikkeld voor delinquente jongeren en jongeren met verslavingsproblemen of emotionele stoornissen. Uit een literatuurreview blijkt dat MST een positief effect heeft op regel overtredend gedrag en contact met politie (Blankestein et al., 2019; Blankestein et al., 2020). Er ontbreekt echter nog onderzoek naar het effect van MST op de zelfredzaamheid van GMCP.

Het vergroten van de zelfredzaamheid is belangrijk voor het welzijn van GMCP en de maatschappij. Hierom is het van belang te onderzoeken welke interventie (IAG/MST) het meest effectief is in het vergroten van de zelfredzaamheid van deze gezinnen.

Zowel MST als IAG richt zich grotendeels op het vergroten van opvoedvaardigheden van ouders om de problematiek binnen GMCP te verminderen (Evenboer et al., 2018; MST-Nederland; Van Rooijen, 2020; Visscher et al., 2020). Gezien de cruciale rol die bij beide interventies toegekend wordt aan ouders voor verbetering van problematiek binnen GMCP, is het van belang te onderzoeken of het effect van MST en IAG op zelfredzaamheid verschilt voor gezinnen waarbij er wel of geen sprake is van een VB bij ouder(s).

Gezien de ontbrekende kennis over de effectiviteit van MST en IAG op het bevorderen van zelfredzaamheid van GMCP en het mogelijke verschil in effect voor gezinnen waarbij er wel of geen sprake is van een VB bij ouder(s) wordt er door middel van huidig onderzoek getracht een antwoord te formuleren op volgende vraag: ‘Wat is het effect van IAG op het vergroten van zelfredzaamheid van GMCP, in vergelijking met MST en verschilt dit effect van de interventies voor de gezinnen waarbij er een vermoeden is van verstandelijke beperking bij de ouder(s) versus gezinnen waarbij er geen vermoeden is van een verstandelijke beperking bij de ouder(s)?’

Op basis van literatuuronderzoek hebben Knot-Dickscheit en Knorth (2019) en Van der Steege et al (2020) werkzame factoren geformuleerd voor GMCP. Zo is het belangrijk dat de hulp langdurig en intensief is, dat er praktische hulp geboden wordt en dat de hulpverlening in de thuisomgeving van het gezin plaatsvindt. Ook is het van belang dat de sociale context rond het gezin wordt betrokken en een goede samenwerking tussen hulpverleners en alle gezinsleden wordt bevorderd (Van der Steege et al., 2020).

Overbelasting voorkomen door het aanleren van nieuwe vaardigheden en het betrekken van het sociaal netwerk zijn werkzame factoren specifiek voor GMCP waarbij een VB bij ouder(s) is geconstateerd (Knot-Dickscheit& Knorth, 2019). Verder is het van belang om binnen interventies vaardigheden aan te leren in de thuissituatie, waarbij complexe vaardigheden opgedeeld worden in kleine stappen die individueel aangeleerd worden (Collings & Llewellyn, 2012; Coren et al., 2011; Wade et al., 2008).

Gezien IAG van langere duur is (5 tot 7 maanden) dan MST (3 tot 5 maanden) en gezinsleden bij IAG meer betrokken worden bij de interventie dan bij MST, wordt verwacht dat IAG een groter effect heeft op de zelfredzaamheid van GMCP. Gezien zowel IAG als MST tegemoetkomt aan de werkzame factoren voor GMCP met een VB bij ouder(s) wordt er geen verschil in effect van de interventies op zelfredzaamheid verwacht.

Methode

Onderzoeksdesign

Er is gebruik gemaakt van data die is verzameld binnen een quasi-experimenteel onderzoek (Visscher et al., 2021). In de periode van januari 2017 tot april 2019 is er data verzameld aan de hand van vragenlijsten die zijn afgenomen bij ouders/ verzorgers en hulpverleners (therapeuten, gezinscoaches en/ of maatschappelijk werkers). De verschillende vragenlijsten zijn bij start van de interventie (T0), eind van de interventie (T1) en drie maanden na einde van interventie (T2) ingevuld. Hulpverleners hebben verschillende vragenlijsten ingevuld aan het begin (T0) en eind van de interventie (T1). Ouders/ verzorgers hebben, na het ondertekenen van geïnformeerde toestemming, vragenlijsten ingevuld bij start en eind van de interventie (T0/ T1) en drie maanden na het einde van de interventie (T2).

Doelgroep

Er zijn drie stappen ondernomen om een steekproef van GMCP te trekken. Op basis van een review van Evenboer et al (2018) zijn er acht interventies geselecteerd voor GMCP in de Nederlandse hulpverleningssetting met een redelijk grote effectsize (ten minste 0,5 op kernuitkomsten, zoals opvoedingsstress bij ouders of probleemgedrag van kinderen). De acht geselecteerde interventies zijn 10 voor Toekomst, Gezin Centraal (GC), Parent Management Training Oregon (PMTO), Multidimensionele Familietherapie (MDFT), Multisysteem Therapie (MST), Families First (FF), Triple P 4-5 en Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG). Binnen dit onderzoek worden de interventies IAG (N=242) en MST (N=143) meegenomen. IAG richt zich op gezinnen met complexe problemen op meerdere levensgebieden en MST is een interventie die zich richt op ernstige opvoedproblemen (Visscher et al., 2021).

Na de selectie van de interventies, zijn 47 jeugdhulporganisaties in Nederland benaderd die een van deze interventies aanreiken. 26 organisaties zijn bereid deel te nemen aan het onderzoek. Als laatste zijn er GMCP in de steekproef opgenomen die één van de interventies ontvingen in de periode van januari 2017 tot juli 2018, een kind hadden die tussen de 4 en 20 jaar was bij aanvang van de interventie en die de vragenlijsten in het Nederlands konden invullen. In totaal zijn 499 GMCP meegenomen in het onderzoek. 12 gezinnen zijn geëxcludeerd gezien zij een kind hadden jonger dan 4 jaar bij aanvang van de interventie. Daarnaast zijn de interventies FF en Triple P 4-5 geëxcludeerd, omdat deze interventies niet lang genoeg duurden om veranderingen vast te kunnen stellen en weinig

GMCP deze interventies ontvingen. Om deze redenen zijn GMCP die deze interventies ontvingen ook geëxcludeerd.

Procedure

Tijdens een voorlichtingsbijeenkomst zijn de deelnemende hulpverleners geïnformeerd over het onderzoek. Op basis hiervan hebben hulpverleners tijdens het eerste huisbezoek GMCP geïnformeerd over het onderzoek door middel van een video of folder. Hierna is er geïnformeerde toestemming ontvangen van alle deelnemers. De gegevens zijn verzameld met behulp van BergOp, een internet gestuurd vragenlijstsysteem. De vragenlijsten op T0 (start interventie) zijn gelijk na het ontvangen van de geïnformeerde toestemming verstuurd naar de hulpverlener en ouders/ verzorgers. Op de geregistreerde einddatum van de interventie zijn de T1 (eind van de interventie) vragenlijsten verstuurd en drie maanden na het einde van de interventie zijn de T2-vragenlijsten verstuurd. De ouders/ verzorgers en hulpverleners hebben 21 dagen de tijd om de vragenlijst in te vullen en na 14 dagen is er een herinnering gestuurd.

Meetinstrumenten

De variabelen die zijn meegenomen in dit onderzoek zijn ‘vermoeden verstandelijke beperking ouder(s)’, ‘zelfredzaamheid’ en ‘ontvangen interventie’. De ontvangen interventie is gemeten door op T0 aan hulpverleners te vragen welke interventie zij uitvoerden (IAG of MST). De variabele is gehercodeerd door de verschillende varianten van IAG (IOG, IPG, IAG) samen te nemen tot één variabele IAG.

De variabele ‘vermoeden verstandelijke beperking ouder(s)’ is gemeten door op T0 aan hulpverleners te vragen of zij een vermoeden hebben van een verstandelijke beperking bij kind en/of ouder. Er zijn vijf antwoordcategorieën: (1) nee, (2) ja, bij ouder(s)/ opvoeder(s), (3) ja, bij kind, (4) ja, bij zowel ouder(s)/ opvoeder(s) als bij het kind, (5) weet ik niet. Voor deze variabele is een dummy variabele aangemaakt. Daarbij zijn de twee antwoordcategorieën ‘ja bij ouder(s)/ opvoeder(s)’ en ‘ja bij zowel ouder(s)/ opvoeder(s) als bij het kind’ samengenomen als ‘wel vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s)’. De antwoordcategorieën ‘nee’, ‘ja, bij kind’ en ‘weet ik niet’ zijn samengenomen als ‘geen vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s)’.

De variabele ‘zelfredzaamheid’ is gemeten door hulpverleners op T0 en T1 de zelfredzaamheid vragenlijst in te laten vullen. Deze vragenlijst bestaat uit 15 items met een drie punts Likertschaal (0= niet zelfredzaam, 1= beperkt zelfredzaam, 2= zelfredzaam) en is

afgeleid van de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) (Lauriks et al., 2020). Elk item heeft betrekking op een domein van de primair verzorgende (opvang, lichamelijke gezondheid, maatschappelijke participatie, huisvesting, sociaal emotionele ondersteuning, verslaving, justitie, financiën, dagbesteding, lichamelijke verzorging, sociaal netwerk, activiteiten dagelijks leven, scholing, huiselijke relaties en geestelijke gezondheid). Voor alle gezinnen die de interventie IAG hebben ontvangen, is de gemiddelde zelfredzaamheid op T0 en T1 voor elk domein van de ZRM berekend. Hetzelfde is gedaan voor de interventie MST. Op basis hiervan is er gekeken welke interventie de grootste verandering in gemiddelde zelfredzaamheid over T0 en T1 op de domeinen laat zien. Wat betreft de psychometrische kwaliteiten van de ZRM blijkt dat er voldoende interne consistentie is, waardoor de ZRM een onderliggend construct meet. Daarnaast is de ZRM betrouwbaar. Ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is positief en hoog (Fassaert et al., 2013).

Data-analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS, waarbij er eerst beschrijvende analyses uitgevoerd zijn. Daarbij is de steekproefpopulatie beschreven aan de hand van frequentieverdelingen, centrummaten en spreidingsmaten. Voor de variabele ‘ontvangen interventie’ zijn er frequentietabellen opgesteld om inzicht te krijgen in het aantal gezinnen dat IAG of MST hebben ontvangen. Voor de variabele ‘vermoeden verstandelijke beperking ouder(s)’ zijn ook frequentietabellen opgesteld om inzicht te krijgen in het aantal ouder(s) waarbij er wel of geen vermoeden is van een verstandelijke beperking bij beide interventies. Voor de variabele ‘zelfredzaamheid’ zijn centrum- en spreidingsmaten berekend. Daarbij is er gekeken naar het gemiddelde en standaarddeviatie op de 15 afzonderlijke domeinen van de ZRM op T0 en T1 bij beide interventies.

Om het effect van IAG op de domeinen van zelfredzaamheid bij GMCP te vergelijken met MST is het verschil in de verandering tussen de gemiddelden op de domeinen van de ZRM op T0 en T1 bij IAG afgezet tegen het verschil in verandering tussen de gemiddelden op de domeinen van de ZRM op T0 en T1 bij MST. Dit is gedaan door middel van een between-within subject ANOVA. Deze statistische analyse geeft weer of er sprake is van een verschil in zelfredzaamheid over de twee meetmomenten en vergelijkt de twee interventies in hoeverre zij effectief zijn in het vergroten van zelfredzaamheid. Ook geeft deze analyse weer of de verandering tussen T0 en T1 op zelfredzaamheid verschillend is voor de twee interventies.

Voor het uitvoeren van de ANOVA zijn vier assumpties gecheckt:

1. Een normale verdeling binnen elke groep;
2. Afhankelijke variabele gemeten op continu niveau en onafhankelijke variabele gemeten op categorisch niveau;
3. Onafhankelijkheid van scores;
4. Sphericiteit

De eerste assumptie is gecontroleerd aan de hand van de Kolmogorov-Smirnov test. Bij een p-waarde hoger dan 0,05 wordt er aangenomen dat de data normaal verdeeld is. De tweede assumptie is gecontroleerd aan de hand van de manier waarop de variabele gemeten zijn. De derde assumptie is gecontroleerd aan de hand van de Durbin-Watson test. Als de waarde van deze test voor alle domeinen hoger dan 0 is en lager dan 3 wordt ervan uitgegaan dat de scores onafhankelijk van elkaar zijn. Om de vierde assumptie te checken wordt er gekeken naar de Mauchly's Test of Sphericity. Bij een Mauchly's waarde dicht bij 1 wordt de assumptie niet geschonden.

Om te bekijken of het effect van de interventies (IAG/MST) op de domeinen van de ZRM verschilt voor GMCP waarbij er wel of geen vermoeden is van een VB bij de ouder(s), is er een moderatie-analyse uitgevoerd. Dit is onderzocht door middel van two-way ANOVA waarbij er een interactie variabele, namelijk wel of geen verstandelijke beperking bij ouder(s), is toegevoegd bij de relatie tussen de onafhankelijke variabele (IAG/MST) en de afhankelijke variabele (gemiddelden op domeinen van de ZRM op T1). Daarbij is er gekeken of de relatie tussen de onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele verschillend is wanneer de interactie variabele wordt toegevoegd.

Voor het uitvoeren van de two-way ANOVA is er nog één extra assumptie gecheckt, namelijk homogeniteit van varianties. Hiervoor is de test of Homogeneity of Variances uitgevoerd. Bij een p waarde kleiner dan 0,05 wordt de assumptie geschonden.

Resultaten

Beschrijvende analyses

In totaal hebben 385 GMCP één van de twee interventies (IAG/MST) ontvangen. 62,9 procent (N= 242) van GMCP hebben de interventie IAG ontvangen. 37,1 procent (N= 143) van GMCP hebben de interventie MST ontvangen.

Bij 15,3 procent (N=37) van GMCP die de interventie IAG hebben ontvangen is een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s) geconstateerd en bij 53,3 procent (N=129) niet. Gegevens van 31,4 procent (N=76) GMCP ontbreekt. Bij 5,6 procent (N=8) van GMCP die de interventie MST hebben ontvangen is een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s) geconstateerd en bij 72,7 procent (N=104) niet. Gegevens van 21,7 procent (N=31) GMCP ontbreekt.

In de volgende beschrijvende analyses zijn alleen GMCP meegenomen die één van de beide interventies hebben ontvangen (IAG/MST) en zowel op T0 als T1 een score hebben op alle domeinen van de ZRM. Hierdoor worden er minder gezinnen meegenomen in de analyses dan hierboven beschreven. Gemiddeld over de domeinen van de ZRM worden 118 GMCP meegenomen die de interventie IAG hebben ontvangen en 86 gezinnen die de MST hebben ontvangen.

Uit de beschrijvende analyses blijkt dat de gemiddelde zelfredzaamheid op T0 voor gezinnen die MST hebben ontvangen hoger is op de domeinen financiën, dagbesteding, geestelijke gezondheid en activiteiten dagelijks leven. Voor het domein lichamelijke gezondheid wordt geen verschil in gemiddelde zelfredzaamheid op T0 gevonden tussen beide interventies. Voor de domeinen huisvesting, huiselijke relaties, verslaving, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, justitie, lichamelijke verzorging, sociaal emotionele ondersteuning, opvang en scholing is de gemiddelde zelfredzaamheid op T0 hoger voor gezinnen die IAG hebben ontvangen.

Opvallend aan de scores op T1 is dat voor de domeinen huisvesting, huiselijke relaties, verslaving, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, sociaal emotionele ondersteuning en opvang bij aanvang van de interventie de gemiddelde zelfredzaamheid bij IAG hoger is en bij afsluiting van de interventie er juist een hogere gemiddelde zelfredzaamheid geconstateerd wordt bij MST.

Ook voor de domeinen dagbesteding, geestelijke gezondheid en activiteiten dagelijks leven wordt op T1 een hogere gemiddelde zelfredzaamheid geconstateerd voor gezinnen die MST hebben ontvangen. Voor de domeinen lichamelijke gezondheid, justitie, lichamelijke

verzorging en scholing is de gemiddelde zelfredzaamheid op T1 hoger voor gezinnen die IAG hebben ontvangen. Voor het domein financiën wordt geen verschil in gemiddelde zelfredzaamheid op T1 gevonden tussen beide interventies.

Tabel 1

Scores op de domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix voor de interventies IAG en MST bij twee meetmomenten (start en eind van de interventie)

Domeinen zelfredzaamheid	***IAG***			***MST***		
Financiën	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	123	1,60	0,637	88	1,61	0,596
Eind van de interventie (T1)	123	1,65	0,587	88	1,65	0,548
Dagbesteding	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	123	1,49	0,717	90	1,56	0,721
Eind van de interventie (T1)	123	1,59	0,723	90	1,73	0,557
Huisvesting	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	125	1,95	0,215	90	1,90	0,337
Eind van de interventie (T1)	125	1,93	0,316	90	1,94	0,230
Huiselijke relaties	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	123	1,30	0,613	90	1,22	0,595
Eind van de interventie (T1)	123	1,54	0,590	90	1,61	0,594
Geestelijke gezondheid	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	124	1,24	0,737	89	1,46	0,623
Eind van de interventie (T1)	124	1,56	0,653	89	1,63	0,629
Lichamelijke gezondheid	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	125	1,80	0,539	87	1,80	0,453
Eind van de interventie (T1)	125	1,86	0,396	87	1,83	0,463
Verslaving	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	122	1,96	0,199	86	1,91	0,330
Eind van de interventie (T1)	122	1,93	0,280	86	1,94	0,281
Activiteiten dagelijks leven	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	122	1,68	0,534	88	1,86	0,377
Eind van de interventie (T1)	122	1,81	0,413	88	1,85	0,388
Sociaal netwerk	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*

Begin van de interventie (T0)	120	1,65	0,545	88	1,52	0,587
Eind van de interventie (T1)	120	1,65	0,575	88	1,75	0,509
Maatschappelijke participatie	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	120	1,75	0,454	87	1,68	0,560
Eind van de interventie (T1)	120	1,76	0,485	87	1,77	0,450
Justitie	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	121	1,93	0,309	86	1,83	0,439
Eind van de interventie (T1)	121	1,92	0,356	86	1,90	0,377
Lichamelijke verzorging	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	106	1,91	0,294	80	1,86	0,381
Eind van de interventie (T1)	106	1,97	0,167	80	1,93	0,309
Sociaal emotionele ondersteuning	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	106	1,38	0,609	80	1,31	0,542
Eind van de interventie (T1)	106	1,56	0,634	80	1,75	0,516
Scholing	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	104	1,85	0,436	79	1,41	0,725
Eind van de interventie (T1)	104	1,90	0,327	79	1,81	0,395
Opvang	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Begin van de interventie (T0)	101	1,88	0,325	77	1,77	0,484
Eind van de interventie (T1)	101	1,89	0,398	77	1,91	0,369

Assumpties between-within subjects ANOVA

De eerste assumptie die is getoetst is de normale verdeling van de afhankelijke variabele. Voor deze assumptie is de Kolomogorov-Smirnov berekend. Een significante p-waarde indiceert dat er geen sprake is van een normaalverdeling. De assumptie wordt geschonden, om de reden dat op alle domeinen de test voor normaliteit significant is ($p<0{,}05$). De afhankelijke variabele is rechtsscheef verdeeld bij alle domeinen. De schending van normaliteit wordt niet gezien als een groot probleem op basis van de central limit theorem. De steekproef is groter dan 30 en daarom levert de schending geen grote problemen op (Pallant, 2020). Voor de tweede assumptie moeten de afhankelijke variabele continu gemeten zijn en de onafhankelijke variabele categorisch. Aan deze assumptie wordt voldaan

gezien de afhankelijke variabele alle waarden tussen 0 en 2 aan kan nemen en de onafhankelijke variabele uit twee categorieën (IAG/MST) bestaat. De derde assumptie is sphericiteit. Deze assumptie is gecheckt aan de hand van de Mauchly's test of sphericity. Aan de assumptie wordt voldaan gezien de Mauchly's waarde voor alle domeinen 1 is, wat duidt op perfecte sphericiteit. De laatste assumptie is dat de scores onafhankelijk van elkaar moeten zijn. Dit is gecheckt aan de hand van de Durbin-Watson test. Gezien voor alle domeinen de Durbin Watson waarde tussen de 0 en 3 ligt, wordt deze assumptie niet geschonden.

Verschil in effectiviteit van IAG/MST op de domeinen van zelfredzaamheid

Een between-within subjects ANOVA is uitgevoerd om het effect van twee verschillende interventies (IAG/MST) op de score van GMCP op de domeinen van zelfredzaamheidsmatrix over twee meetmomenten (voor de interventie en na de interventie) vasttestellen. Er is een significant interactie-effect geconstateerd op de domeinen sociaal netwerk (Wilks' Lambda= 0,96, F (1,206) = 7,78, p<0,05, partial eta squared= 0,036), sociaal emotionele ondersteuning (Wilks' Lambda= 0,97, F (1,184) = 6,72, p<0,05, partial eta squared= 0,035) en scholing (Wilks' Lambda= 0,89, F (1,181) = 21,94, p<0,05, partial eta squared= 0,108). Dit houdt in dat het effect van de ene variabele wordt beïnvloed door het niveau van de tweede variabele (Pallant, 2020). Om deze reden moeten de hoofdeffecten voor deze domeinen voorzichtig geïnterpreteerd worden. Voor de domeinen dagbesteding (Wilks' Lambda= 0,95, F (1,211)= 12,23, p<0,05, partial eta squared= 0,055), huiselijke relaties (Wilks' Lambda= 0,84, F (1,211)= 40,63, p<0,05, partial eta squared= 0,161), geestelijke gezondheid (Wilks' Lambda= 0,91, F (1,211)= 20,67, p<0,05, partial eta squared= 0,089), sociaal netwerk (Wilks' Lambda= 0,96, F (1,206)= 7,78, p<0,05, partial eta squared= 0,036), lichamelijke verzorging (Wilks' Lambda= 0,97, F (1,184)= 5,09, p<0,05, partial eta squared= 0,027), sociaal emotionele ondersteuning (Wilks' Lambda= 0,83, F (1,184)= 38,32, p<0,05, partial eta squared= 0,172), scholing (Wilks' Lambda= 0,83, F (1,181)= 38,94, p<0,05, partial eta squared= 0,177) en opvang (Wilks' Lambda= 0,98, F (1,176)= 4,04, p<0,05, partial eta squared= 0,022) is er een significant hoofdeffect voor meetmoment geconstateerd, waarbij beide interventies een toename in zelfredzaamheid laten zien. Voor de domeinen activiteiten dagelijks leven (F (1,208) = 5,32, p<0,05, partial eta squared= 0,025) en scholing (F (1,181) = 18,92, p<0,05, partial eta squared= 0,095) is er een significant verschil in effectiviteit tussen de interventies geconstateerd. Voor het domein 'activiteiten dagelijks

leven' heeft IAG een significant groter effect op zelfredzaamheid dan MST. Voor het domein scholing heeft MST een significant groter effect op zelfredzaamheid dan IAG.

Assumptie two-way ANOVA

De extra assumptie die is gecheckt is de homogeniteit van varianties. Hiervoor is de Levene's test for homogeneity of variances uitgevoerd. Bij twaalf van de vijftien domeinen is de assumptie geschonden gezien er een significante p-waarde (p<0,05) wordt geconstateerd. Om deze reden wordt er een strikter significantieniveau van 0,01 gehanteerd voor de two-way ANOVA (Pallant, 2020).

Verschil in effect van MST en IAG op zelfredzaamheid tussen gezinnen met en zonder een vermoeden van verstandelijke beperking bij ouder(s)

Een two-way ANOVA is uitgevoerd om het mogelijke verschil in effect van de interventies (IAG/MST) op de domeinen van de ZRM vasttestellen voor gezinnen waarbij er wel of geen vermoeden van een verstandelijke beperking is geconstateerd. Voor de domeinen financiën (F (1,242) = 19,76, p<0,01), dagbesteding (F (1,241) = 30,19, p<0,01), huiselijke relaties (F (1,242) = 10,31, p<0,01), sociaal netwerk (F (1,238) = 22,04, p<0,01), maatschappelijke participatie (F (1,236) = 21,93, p<0,01), lichamelijke verzorging (F (1,218) = 36,14, p<0,01), sociaal emotionele ondersteuning (F (1,218) = 15,00, p<0,01) en opvang (F (1,215) = 14,62, p<0,01) is de variabele 'vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s)' een significant voorspeller voor de zelfredzaamheid op deze domeinen. Voor de domeinen justitie (F (1,236) = 10,44, p<0,01) en lichamelijke verzorging (F (1,218) = 14,95, p<0,01) is er een significant moderatie effect geconstateerd. Voor het domein lichamelijke verzorging laat IAG (M=1,89, SD= 0,32) een significant hogere score op zelfredzaamheid aan het einde van de interventie zien dan MST (M= 1,50, SD=0,76) wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking bij ouder(s). Ook voor het domein justitie laat IAG (M= 1,97, SD=0,19) een significant hogere score op zelfredzaamheid aan het einde van de interventie zien dan MST (M= 1,50, SD= 0,76) wanneer er sprake is van een verstandelijke beperking bij ouder(s).

Tabel 2

Scores op domeinen van zelfredzaamheid voor de interventies IAG en MST wanneer er wel of geen vermoeden van verstandelijke beperking bij ouder(s) is geconstateerd

Domeinen zelfredzaamheid	***IAG***			***MST***		
Financiën	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	115	1,79	0,468	94	1,71	0,500
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,28	0,702	8	1,25	0,707
Dagbesteding	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	114	1,75	0,592	94	1,79	0,505
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,14	0,833	8	1,00	0,756
Huisvesting	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	116	1,94	0,273	94	1,95	0,226
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,90	0,409	8	2,00	0,000
Huiselijke relaties	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	116	1,60	0,558	94	1,64	0,584
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	28	1,32	0,612	8	1,13	0,835
Geestelijke gezondheid	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	116	1,65	0,579	93	1,66	0,617
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,24	0,830	8	1,25	0,707
Lichamelijke gezondheid	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	116	1,92	0,269	93	1,85	0,441

Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,66	0,614	8	1,63	0,5
Verslaving	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	114	1,94	0,275	91	1,93	0,291
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,97	0,186	8	2,00	0,000
Activiteiten dagelijks leven	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	114	1,87	0,365	91	1,88	0,360
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,55	0,572	8	1,75	0,463
Sociaal netwerk	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	114	1,74	0,462	91	1,80	0,453
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,28	0,751	8	1,25	0,707
Maatschappelijke participatie	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	112	1,87	0,383	91	1,80	0,427
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,45	0,572	8	1,38	0,518
Justitie	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	112	1,92	0,359	91	1,92	0,307
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	29	1,97	0,186	8	1,50	0,756
Lichamelijke verzorging	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	100	1,99	0,100	87	1,97	0,184
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	27	1,89	0,320	8	1,50	0,756

Sociaal emotionele ondersteuning	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	100	1,70	0,541	87	1,80	0,453
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	27	1,22	0,698	8	1,38	0,916
Scholing	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	100	1,90	0,333	86	1,81	0,420
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	26	1,88	0,326	8	1,75	0,463
Opvang	*N*	*M*	*SD*	*N*	*M*	*SD*
Geen vermoeden van verstandelijke beperking ouder	100	1,96	0,243	85	1,95	0,263
Wel vermoeden van verstandelijke beperking ouder	26	1,73	0,604	8	1,63	0,744

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om zicht te krijgen op het effect van IAG in vergelijking met MST op het vergroten van zelfredzaamheid bij GMCP. Verder is onderzocht of er een mogelijk verschil is in effect van IAG/MST op de zelfredzaamheid voor gezinnen waarbij er wel of geen vermoeden is van een verstandelijke beperking bij ouder(s).

Uit de resultaten bleek dat op twee (activiteiten dagelijks leven/ scholing) van de vijftien domeinen van de zelfredzaamheidmatrix een significant verschil werd gevonden in effectiviteit tussen IAG/MST op de zelfredzaamheid van gezinnen. Daarnaast werd er een significant verschil in effectiviteit van de interventies op twee domeinen (justitie/ lichamelijke verzorging) van de ZRM gevonden voor gezinnen waarbij er wel of geen sprake was van een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s). Op basis van de huidige studie kan geconcludeerd worden dat er een verschil is in effectiviteit tussen MST/IAG op de zelfredzaamheid van gezinnen voor bepaalde domeinen van de ZRM.

Zo bleek uit de resultaten dat IAG een significant groter effect dan MST had op de zelfredzaamheid van gezinnen voor het domein ‘activiteiten dagelijks leven’ van de ZRM. De resultaten binnen het huidige onderzoek zijn niet vergeleken met uitkomsten uit eerdere onderzoeken, gezien er nog geen eerder onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van IAG/MST op de uitkomstmaat zelfredzaamheid. Wel is op basis van literatuur gekeken of er een mogelijke verklaringen gevonden konden worden voor het verschil in effectiviteit.

Onder het domein ‘activiteiten dagelijks leven’ van de ZRM vallen praktische alledaagse thema’s zoals huishouden, hygiëne, administratie en koken (Lauriks et al., 2020). Een mogelijke verklaring voor het grotere effect van IAG op dit domein, is dat IAG expliciet de nadruk legt op het ontlasten van het gezin door het bieden van praktische hulp. Zo wordt er bijvoorbeeld geholpen met schoonmaken of met administratieve taken (Van Rooijen, 2020). MST focust zich minder op het bieden van praktische hulp (MST-Nederland, 2015). Ten tweede ligt bij IAG de nadruk meer op het betrekken van het sociale netwerk, zodat zij extra praktische steun kunnen bieden (MST-Nederland, 2015; Van Rooijen, 2020). Op basis van deze bevindingen kan de interventie IAG wellicht aangeraden worden voor gezinnen die problemen ervaren rondom het domein ‘activiteiten dagelijks leven’ om zelfredzaamheid op dit domein te vergroten.

Verder bleek dat MST een significant groter effect dan IAG had voor het domein ‘scholing’. Onder het domein ‘scholing’ behoren thema’s als werk en opleiding (Lauriks et al. 2020). Een mogelijke verklaring voor het grotere effect van MST voor dit domein, is

wellicht dat MST de verschillende systemen rondom het gezin, waaronder de school, sterker betrekt binnen de behandeling van de problematiek dan IAG (MST-Nederland, 2015; Van Rooijen, 2020). Op basis van deze bevindingen kan de interventie MST mogelijk aangeraden worden voor gezinnen die problemen ervaren rondom het domein ‘scholing’ om zelfredzaamheid op dit domein te vergroten.

Daarnaast bleek uit de resultaten dat IAG een significant groter effect dan MST had op de domeinen ‘justitie’ en ‘lichamelijke verzorging’ wanneer er sprake was van een verstandelijke beperking bij ouder(s). Een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil is, dat IAG zich sterk richt op ouders voor verbetering van de problematiek binnen het gezin (Van Rooijen, 2020). Bij MST ligt de nadruk veel meer op de jongere zelf en minder op de ouders (MST-Nederlands, 2015). Verder ligt er bij IAG in vergelijking met MST een sterkere nadruk op het uitbreiden van opvoedvaardigheden van ouders en het verminderen van opvoedstress, wat werkzame factoren zijn voor interventies gericht op ouder(s) met een verstandelijke beperking (Knot-Dickscheit & Knorth, 2019). Als laatste is nog een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil dat IAG een aparte handleiding heeft die praktische handvatten biedt voor het inzetten van de interventie wanneer er een verstandelijke beperking bij ouder(s) is geconstateerd (Van Rooijen, 2020). MST heeft hier geen specifieke handleiding voor (MST-Nederland, 2015). Op basis hiervan kan mogelijkerwijs gesteld worden dat de interventie IAG aangeraden kan worden voor gezinnen waarbij er een verstandelijke beperking bij ouder(s) is geconstateerd en die problemen ervaren rondom de domeinen ‘justitie’ en ‘lichamelijke verzorging’ om zelfredzaamheid op deze domein te vergroten.

Dit onderzoek kent een aantal sterktes. Ten eerste is er sprake van een grote steekproef. Zo zijn er 204 GMCP meegenomen in de analyses binnen het onderzoek. Verder is de steekproeftrekking een sterk punt van het onderzoeksdesign. In totaal zijn er 26 jeugdhulporganisaties verspreid over heel Nederland bereid geweest om deel te nemen aan het onderzoek. Op basis van de steekproefgrootte en steekproeftrekking kan gesteld worden dat de steekproef waarschijnlijk representatief is voor Nederland. Als laatste is een sterk punt van het onderzoek dat de vragenlijsten door meerdere informanten, namelijk ouders en hulpverleners, zijn ingevuld. Op basis hiervan wordt er inzicht verkregen in de verschillende visies van betrokkenen op de situatie.

Verder kent dit onderzoek ook enkele beperkingen. Ten eerste is er sprake van een ongelijke verdeling over het aantal GMCP die de interventie IAG of MST hebben ontvangen. Ongeveer tweederde van de GMCP in de steekproef heeft IAG ontvangen en maar eenderde

MST. Dit kan de resultaten mogelijk hebben beïnvloed. Ten tweede is er voor het vaststellen van een verstandelijke beperking bij ouder(s) alleen gevraagd of de hulpverlener een vermoeden had van een verstandelijke beperking. Het is dus niet zeker of er ook daadwerkelijk sprake was van een verstandelijke beperking bij ouder(s). Daarnaast zijn er maar weinig gezinnen waarbij er wel een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s) is geconstateerd. Hierdoor zijn de resultaten niet representatief voor de gehele doelgroep. Ook blijkt uit de resultaten dat er sprake is van een interactie-effect op meerdere domeinen, waaronder ook op het domein 'scholing'. Dit kan mogelijk het significante verschil in effect van MST/IAG op dit domein hebben beïnvloed.

Gebaseerd op het huidig onderzoek kunnen er een aantal aanbevelingen gedaan worden voor eventueel vervolgonderzoek. Zo kunnen er mogelijk meerdere interventies voor GMCP vergeleken worden op hun effectiviteit in het bevorderen van zelfredzaamheid op de verschillende domeinen van de ZRM. Naast IAG en MST zijn er namelijk nog meer interventies voor GMCP die veel worden ingezet binnen de hulpverlening aan deze doelgroep. Op basis hiervan zou er een overzicht gegeven kunnen worden welke interventies het meest effectief zijn in het bevorderen van zelfredzaamheid op de verschillende domeinen van de ZRM. Verder zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op de ervaringen van ouders met betrekking tot zelfredzaamheid. Binnen het huidige onderzoek is de zelfredzaamheid gemeten door hulpverleners die de zelfredzaamheidsmatrix hebben ingevuld. Voor vervolgonderzoek zou het relevant zijn om te onderzoeken in hoeverre ouders zichzelf als zelfredzaam ervaren, gezien dit invloed heeft op het welzijn van deze gezinnen. Als laatste kan er in een eventueel vervolgonderzoek een grotere groep gezinnen worden meegenomen waarbij er wel sprake is van een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s) om meer representatieve uitspraken te kunnen doen.

Verder kunnen op basis van de resultaten binnen het huidige onderzoek een aantal aanbevelingen gegeven worden voor de praktijk. Wanneer gezinnen problemen ervaren rondom een domein van de zelfredzaamheidsmatrix (bijvoorbeeld justitie of financiën) kan er mogelijk advies gegeven worden over de meest effectieve interventie (IAG/MST) in het bevorderen van de zelfredzaamheid op dit domein. Hulpverleners kunnen dit advies meenemen naast andere factoren die belangrijk zijn bij de keuze voor een interventie. Aan de hand van het huidige onderzoek kan de interventie MST geadviseerd worden voor gezinnen die een lage score hebben op het domein 'scholing' van de ZRM voor start van de interventie. Wanneer gezinnen laag scoren op het domein 'activiteiten dagelijks leven' kan de interventie IAG aangeraden worden om de zelfredzaamheid op dit domein te vergroten. Ook kan er

advies gegeven worden over de meest effectieve interventie voor het bevorderen van zelfredzaamheid wanneer er sprake is van een vermoeden van verstandelijke beperking bij ouder(s). Wanneer er sprake is van een vermoeden van een verstandelijke beperking bij ouder(s) en gezinnen scoren laag op de domeinen ‘justitie’ en ‘lichamelijke verzorging’ voor start van de interventie, kan de interventie IAG mogelijk geadviseerd worden als meest effectieve interventie om zelfredzaamheid op deze domeinen te vergroten.

De huidige kwantitatieve studie liet voor twee domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix een significant verschil in effectiviteit van IAG/MST op de zelfredzaamheid van gezinnen zien. Voor het domein ‘activiteiten dagelijks leven’ had IAG een significant groter effect dan MST op de zelfredzaamheid. MST had voor het domein ‘scholing’ een significant groter effect dan IAG. Ook werd voor twee domeinen een significant verschil in effectiviteit van IAG/MST op zelfredzaamheid voor gezinnen waarbij er wel of geen vermoeden is van een verstandelijke beperking geconstateerd. Voor zowel het domein ‘justitie’ als ‘lichamelijke verzorging’ had IAG een significant groter effect dan MST op het vergroten van de zelfredzaamheid bij gezinnen waarbij er een vermoeden van een verstandelijke beperking is bij ouder(s). Vervolgonderzoek waarin meerdere interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen met elkaar worden vergeleken zou relevant zijn.

Literatuurlijst

Alexius, K., & Hollander, A. (2014). Care assessments concerning involuntary removal of children from intellectually disabled parents. *Journal of Social Welfare and Family Law*, *36*(3), 295-310.

Van Assen, A., Knot-Dickscheit, J., Post, W., & Grietens, H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, *114*, 104994.

Bachler, E., Frühmann, A., Bachler, H., Aas, B., Strunk, G., & Nickel, M. (2016). Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based treatment of multi-problem families. *Journal of Family Therapy*, *38*(1), 120-148.

Bachler, E., Fruehmann, A., Bachler, H., Aas, B., Nickel, M., & Schiepek, G. K. (2017). Patterns of change in collaboration are associated with baseline characteristics and predict outcome and dropout rates in treatment of multi-problem families. A validation study. *Frontiers in psychology*, *8*, 1221.

Blankestein, A., Lange, A., van der Rijken, R., Scholte, R., Moonen, X., & Didden, R. (2020). Brief Report: Follow-Up Outcomes of Multisystemic Therapy for Adolescents with an Intellectual Disability and the Relation with Parental Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectuel Disabilities. 33*(3), 618-624.

Blankestein, A., Rijken, R., Eeren, H. V., Lange, A., Scholte, R., Moonen, X., De Vuyst, K., Leunissen, J., & Didden, R. (2019). Evaluating the Effects of Multisystemic Therapy for Adolescents with Intellectuel Disabilities and Antisocial or Deliquent Behavior and Their Parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *32*(3), 575-590

Bodden, D. H., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name?. *Family process*, *55*(1), 31-47.

Casey, L. (2013). Working with troubled families. *Families, Relationships and Societies*, *2*(3), 459.

Collings, S., & Llewellyn, G. (2012). Children of parents with intellectual disability: Facing poor outcomes or faring okay?. *Journal of intellectual and developmental disability*, *37*(1), 65-82.

Coren, E., Thomae, M., & Hutchfield, J. (2011). Parenting training for intellectually disabled parents: A Cochrane systematic review. *Research on Social Work Practice*, *21*(4), 432-441.

Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology : Jfp : Journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, *18*(3), 411–9.

Van Dam, C., & Veerman, J. W. (2007). Evaluation research IOFT. Interm report. Nijmegen: Praktikon.

Van Dam, C., Veerman, J. W., & Wijgergangs, H. (2008). Could IOFT prevent for worse? Nijmegen: Praktikon.

Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). *Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking.*

Douma, J., De Jong, A., Looij, J., & Stremmelaar, B. (2017). Handreiking begeleiden van ouders met een licht verstandelijke beperking en multiproblematiek. Landelijk Kenniscentrum LVB.

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.

Fassaert, T., Lauriks, S., van de Weerd, S., de Wit, M., & Buster, M. (2013). Ontwikkeling en betrouwbaarheid van de Zelfredzaamheid-Matrix. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, *91*(3), 169-177.

Fassaert, T., Lauriks, S., van de Weerd, S., Theunissen, J., Kikkert, M., Dekker, J., & de Wit, M. (2014). Psychometric properties of the Dutch version of the self-sufficiency matrix (SSM-D). *Community Mental Health Journal*, *50*(5), 583-590.

Feldman, M. A., Legér, M., & Walton-Allen, N. (1997). Stress in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, *6*(4), 471-485.

Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. H. (2012). Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende

De Groot, M., & van Aggelen, M. (2011). Effectiveness measurement 2010|2011 IOFT. Papenvoort: PIONN.

Helmus, K., Bezemer, M., Pijnenborg, M., & Slooff, C. (2011). Shared decision making binnen de zorg voor mensen met psychose. *Psychopraktijk*, *3*(6), 30-34.'

Huisman, E., & van Aggelen, M. (2011). Effectiveness measurement 2010|2011 IOFT. Papenvoort: PIONN.

De Jong, A., Stremmelaar, B., & Looij, J. (2014). *Goed genoeg ouderschap. Handreiking voor ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking.*

Knot-Dickscheit, J., & Knorth, E. J. (2019). *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk.* (1ste editie). Lemniscaat.

Koolen, J., van Oorsouw, W., Verharen, L., & Embregts, P. (2020). Support Needs of Parents with Intellectual Disabilities: Systematic Review on the Perceptions of Parents and Professionals. *Journal of Intellectual Disabilities*, *24*(4), 559–583.

Koper, N., Creemers, H. E., Branje, S., Stams, G. J. J., & van Dam, L. (2020). Effectiveness and working mechanisms of the InConnection approach in multi-problem families: study protocol of a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1-16.

Lauriks, S., Buster, M., De Wit, M., Van de Weerd, S., Kamann, T., Van den Boom, W., & Fassaert, T. (2020). *Handleiding Zelfredzaamheid-Matrix 2017*. GGD Amsterdam.

Lever, M. (2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'HouVast'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with intellectual disability in a population context. *Current developmental disorders reports*, *2*(2), 119-126.

Llewellyn, G., McConnell, D., Honey, A., Mayes, R., & Russo, D. (2003). Promoting health and home safety for children of parents with intellectual disability: A randomized controlled trial. *Research in developmental disabilities*, *24*(6), 405-431.

McConnell, D., & Llewellyn, G. (2002). Stereotypes, parents with intellectual disability and child protection. *The Journal of Social Welfare & Family Law*, *24*(3), 297-317.

MST-Nederland (2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Multisysteem therapie (MST)'. *Utrecht: Nederlandse Jeugdinstituut.* Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

Overbeek, M. M., Gudde, L. M., Rijnberk, C., Hempel, R., Beijer, D., & Maras, A. (2021). Multi-problem families in intensive specialised multi-family therapy: theoretical description and case study report. *Journal of Family Therapy*.

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Routledge.

Van Rooijen, K. (2020). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Van der Steege, M. (2019). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Systeemgerichte gezinscoaching'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Van der Steege, M., De Veld, D., & Zoon, M. (2020). Richtlijn. Gezinnen met meervoudige en complexe problemen. *Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming*. https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2020/06/Richtlijn-Gezinnen-met-meervoudige-en-complexe-problemen.pdf

Steketee, M., Jansma, A., & Gilsing, R. (2015). Wat werkt bij multiprobleemgezinnen? *Ervaringen uit Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Thornberry, T. P., Freeman-Gallant, A., & Lovegrove, P. J. (2009). The impact of parental stressors on the intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of youth and adolescence*, *38*(3), 312-322.

Veerman, J. W., & De Meyer, R. (2019). Meer zicht op effectiviteit IAG.

Veerman, J. W., de Meyer, R. E., & Roosma, A. H. (2007). Effectiveness research at home: Design and outcomes of research on Care at Home programs in the northern and eastern part of the Netherlands. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *46*, 155–168.

Verheijen, V. B., Segeren, M. W., Fassaert, T., & Grimbergen, C. (2022). Intellectual disability among violent repeat offenders and its relation with psychopathology and self-sufficiency. *International Journal of Forensic Mental Health*, *21*(1), 54-67.

Visscher, L., Evenboer, K. E., Scholte, R. H. J., Yperen, van, 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*, [104856]. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.104856

Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. M. C. (2021). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care.

Wade, C., Llewellyn, G., & Matthews, J. (2008). Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, *21*(4), 351-366.