

De inhoud en structuur van ambulante interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen

Een kwantitatief onderzoek naar in hoeverre de inhoud en structuur van interventies verschilt tussen gezinnen met en zonder een kind met een licht verstandelijke beperking

Student: D. Vaanhold (s4094271)

Begeleider: L. (Loraine) Visscher, MSc

Tweede beoordelaar: Dr. P.R. (Pauline) Schreuder

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Bachelorwerkstuk Pedagogische Wetenschappen

30 juni 2022

Abstract

Families with multiple and complex problems (FMP) face a variety of complex and persistent problems in life. Various interventions are used to reduce the problems of FMP. However, research has not yet looked into the content and structure of interventions for specific target groups within FMP, such as families with a child with an intellectual disability (ID). The aim of this study is to examine to what extent the practice (content of care) and program (structure of care) elements of the different phases for interventions (starting phase, care phase and intervention phase) targeting FMP with and without a child with an ID differ from each other. The methods by which practice elements were provided and the recipients of the elements were also taken into account. There were 499 families in this study who received one of the six selected interventions (Multisystemic Therapy, Multidimensional Family Therapy, Intensive Family Treatment, Parent Management Training Oregon, Family Central and 10 for the Future). The applied elements are measured by a taxonomy (TIFMP). The TIFMP was completed by the social worker during the intervention, every four weeks. The results showed that there are a couple of differences in the content and structure of care between FMP with a child with ID and FMP without a child with ID. Among other things, this study reported that elements concerning the social and professional network are more often registered in FMP with a child with an ID. In addition, this study has shown that for FMP with a child with an ID a care provider was less often available than for FMP without a child with an ID. Follow-up research could focus on why social networks are less involved in interventions and how the social network can be more involved.

Inleiding

Gezinnen met meervoudige en complexe problemen (GMCP) hebben te maken met verschillende complexe en hardnekkige problemen in het leven (Tausendfreund et al., 2016). Die problemen kunnen op veel gebieden betrekking hebben, zoals opvoedingsproblemen, combinaties van gedragsproblemen bij het kind, familieconflicten en gezondheids- en financiële problemen (Bodden & Devokić, 2016). Ook hebben deze gezinnen vaak een lange geschiedenis van hulpverlening. Daardoor kan het zijn dat de gezinsleden minder gemotiveerd zijn voor hulp en de problemen zich zo nog meer opstapelen (Pannebakker et al., 2018). In 2017 waren in Nederland 27.317 GMCP (Tuenter et al., 2020). Het is belangrijk dat deze gezinnen zorg krijgen, omdat er is gebleken dat ondanks deze gezinnen beschikken over een groot sociaal netwerk, ze toch te weinig steun krijgen van familie en/of vrienden (Matos & Sousa, 2004). Daarnaast is er in een relatief groot deel van GMCP een kind met een licht verstandelijke beperking (LVB) aanwezig (Evenboer et al., 2019). Dit is zorgelijk, omdat onderzoek heeft aangetoond dat kinderen met een LVB een drie tot vier keer zo grote kans hebben op het ontwikkelen van emotionele- en gedragsproblemen en/of psychische stoornissen dan kinderen die geen LVB hebben (Emerson et al., 2011). Er is sprake van een LVB als iemand een intelligentiequotiënt tussen de 50 en 85 heeft met beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen (Zoon, 2015).

Om problemen van GMCP te verminderen worden er verschillende interventies ingezet. Deze interventies zijn vaak ambulante of systemisch en richten zich vooral op vermindering van gedragsproblemen van kinderen, verbetering van de opvoedingsvaardigheden van ouders en het meer betrekken van het sociale netwerk (zoals familie en/of vrienden) bij het gezin. Ook hebben interventies het doel dat kinderen in het gezin kunnen blijven wonen of kunnen terugkeren naar hun huis (Van der Stouwe et al., 2014). Een paar voorbeelden van interventies voor GMCP zijn: Multidimensionele Familiotherapie (MDFT), Multisysteem Therapie (MST) en Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) (Evenboer et al., 2018). Voor MST zijn in Nederland positieve effecten gevonden op het gebied van vermindering van ernstige gedragsproblemen, recidive, uithuisplaatsing, gezinsproblematiek, middelenmisbruik en omgang met verkeerde vrienden (Van der Stouwe et al., 2014). MDFT is volgens eerste aanwijzingen effectief gebleken voor de uitkomstmaat delinquentie en is volgens goede aanwijzingen effectief gebleken voor het verminderen van cannabis/middelengebruik (Liddle et al., 2018). Ook IAG is effectief gebleken volgens eerste aanwijzingen. Onderzoek van Veerman & Meyer (2019) heeft aangetoond dat probleemgedrag van jongeren en de opvoedingsbelasting van ouders ieder jaar significant afneemt na het volgen van IAG. Tevens

zijn er de laatste jaren meer interventies ontwikkeld specifiek voor mensen met een LVB. Een voorbeeld hiervan is Multisysteem Therapy Intellectual Disability (MST-ID), een aangepaste versie van de standaard MST. De behandeling wordt afgestemd op de behoeften van kinderen met een verstandelijke beperking en hun ouders. Daarnaast wordt er bij MST-ID specifiek aandacht besteed aan het begrijpelijker maken van nieuwe kennis en vaardigheden door onder andere makkelijker taalgebruik toe te passen. Tevens wordt het sociale netwerk van het gezin met een kind met LVB meer betrokken bij de interventie (Blanckstein et al., 2019).

Tot nu toe is er veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies, maar tegenwoordig wordt het steeds belangrijker gevonden om meer informatie te verzamelen over de inhoud en structuur van interventies. Op die manier kan er onderzocht worden welke elementen voor wie werken (Lee et al., 2014). Hierdoor komt er een duidelijker inzicht in wat bijdraagt aan positieve uitkomsten van interventies. Zo kan de effectiviteit van de interventies voor GMCP verbeteren (Wampold, 2013).

Recent onderzoek heeft de inhoud en structuur van interventies voor GMCP in kaart gebracht (Visscher et al., 2020). Inhoudelijke elementen zijn bijvoorbeeld: ondersteuning bij taken; het activeren van het sociaal netwerk; werken aan verandering en het leren van opvoedingsvaardigheden aan ouders (Visscher et al., 2020). Deze elementen worden ook wel beschreven als “een verzameling van samenhangende gedragingen van een hulpverlener die in de tijd te begrenzen zijn en die gericht zijn op het bereiken van een bepaald doel” (Lee et al., 2014, p.247). Het zijn onderdelen van interventies (Chorpita et al., 2005) die specifiek geformuleerd zijn vanuit het perspectief van de hulpverlener. Structurele elementen zijn de elementen die het kader vormen waarbinnen de interventie wordt uitgevoerd. Hieronder valt bijvoorbeeld de duur en intensiteit van de interventie, maar ook intervisie en supervisie voor de hulpverlener (Lee et al., 2014).

Uit onderzoek is gebleken dat de inhoudelijke elementen uit de volgende categorieën het vaakst zijn toegepast binnen interventies voor GMCP: ‘inventariseren en ordenen van informatie’, ‘planning en evaluatie’, ‘werken aan verandering’, ‘leren van opvoedingsvaardigheden’ en ‘onderhouden van de samenwerking’. De inhoudelijke elementen uit de categorieën ‘sociaal netwerk activeren’ en ‘ondersteuning bij taken’ zijn volgens dit onderzoek het minst vaak geregistreerd in interventies voor GMCP. Vooral tijdens de hulpverlenings- en eindfase besteedden behandelaars het minst vaak aandacht aan het activeren van het sociale netwerk (Visscher et al., 2020). Daarnaast is er gebleken dat de elementen meer gericht zijn op ouders dan op andere ontvangers, zoals jongeren en broers/zussen (Tausendfreund et al., 2015). Verder is er gevonden dat de elementen het vaakst met psycho-

educatie worden overgebracht. Er wordt minder gebruikgemaakt van huiswerk geven, het oefenen van een vaardigheid met het gezin/gezinslid of het voordoen van gewenst gedrag aan het gezin/gezinslid. Binnen dit onderzoek zijn ook de structurele kenmerken in kaart gebracht. Er is naar voren gekomen dat het aantal bezoeken van de hulpverlener naarmate de interventie vordert afneemt. De duur van bezoeken (in minuten), intervisie, supervisie, consultatie en 24-uurs bereikbaarheid van de hulpverlener veranderden niet over de fasen van een interventie (Visscher et al., 2020).

Tot op heden heeft huidig onderzoek nog niet gekeken naar de inhoud en structuur van interventies voor specifieke doelgroepen binnen GMCP, zoals voor gezinnen met een kind een LVB, ondanks het groeiende aanbod van interventies voor deze doelgroep (Zoon, 2015). Uit eerder onderzoek is al wel naar voren gekomen dat gedragsinterventies die niet specifiek zijn ontwikkeld voor mensen met een LVB ook niet geschikt zijn voor deze doelgroep (Leenarts et al., 2017). Aangezien deze problematiek veel voorkomt binnen GMCP, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de elementen die worden toegepast binnen interventies voor GMCP met een kind met LVB.

Uit onderzoek van De Wit en collega's (2011) is gebleken dat bepaalde elementen extra belangrijk zijn voor GMCP met een kind met LVB. Dit zijn: uitgebreidere diagnostiek; een veilige en positieve leeromgeving; afstemmen van de communicatie; het concreet maken van de oefenstof; het voorstructureren en vereenvoudigen van informatie; (De Wit et al., 2011) en de focus op het sociale netwerk van het gezin (Van Asselt-Goverts et al., 2018). Voorafgaand aan de interventie is het belangrijk om uitgebreide diagnostiek uit te voeren bij kinderen met een LVB, omdat deze groep erg divers is. Het is van belang om per individu een goed beeld te krijgen van de sterke en zwakke punten om zo passende zorg te kunnen bieden (De Wit et al., 2011). Verder hebben veel mensen met een LVB negatieve ervaringen opgedaan in hun leven, waardoor zij niet gemotiveerd zijn om deel te nemen aan interventies. Het is belangrijk om aan het begin van de interventie te zorgen voor een veilige en positieve leeromgeving, waardoor het kind meer motivatie krijgt voor de interventie (De Wit et al., 2011). Daarnaast is het bij kinderen met een LVB lastig om in te schatten wat ze wel of niet hebben begrepen, dus is het belangrijk om de manier van communiceren op elkaar af te stemmen en om de oefenstof te concretiseren. Zo wordt de kans groter dat het kind de hulpverlener begrijpt (De Wit et al., 2011). Mensen met een LVB hebben ook meer hulp nodig bij het structureren van informatie, aangezien ze dit als lastig ervaren (De Wit et al., 2011). Verder hebben kinderen met een LVB vaak voor altijd zorg nodig. Daardoor is het erg belangrijk om het sociale netwerk van het kind bij de interventie te betrekken (Moonen en Verstegen, 2006), ondanks dat het sociale netwerk

van deze subgroep beperkt is (Llewellyn & Hindmarsh, 2015). Er is aangetoond dat de gedragsproblemen van kinderen met een LVB zullen dalen, wanneer de behandeling op ouders wordt gericht (Orobio de Castro et al., 2008). Ten slotte is er een aanvullende behandeling vereist. Dit wil zeggen een medische en speciale behandeling, psychosociale interventies en een combinatie van behandelstrategieën (Maćešić-Petrović et al., 2014). Ander onderzoek wijst uit dat gezinnen die veel moeilijkheden ervaren, zoals gezinnen met een kind met LVB, het beste behandeld kunnen worden met een flexibele interventie die thuis wordt uitgevoerd en uit meer onderdelen bestaat (Tausendfreund et al., 2016). Het is echter onduidelijk in hoeverre bovengenoemde elementen ook worden toegepast binnen ambulante interventies voor GMCP waarin het kind een LVB heeft.

Inzicht in de inhoudelijke en structurele elementen van interventies voor GMCP met een kind met LVB kan helpen om te beoordelen of de bestaande interventies die worden aangeboden aan deze gezinnen voldoende werkzame elementen bevatten. Die informatie helpt om inzicht te krijgen in mogelijke verbeterpunten van interventies voor deze subgroep (Evenboer et al., 2018). De complexiteit van de problemen van deze gezinnen laat zien hoe belangrijk het is dat er interventies zijn die aansluiten bij de behoeftes van het gezin (De Wit et al., 2011). De onderzoeksvraag luidt daarom: ‘In hoeverre verschilt de inhoud en structuur van interventies voor GMCP met een kind met LVB met interventies voor GMCP zonder een kind met LVB?’

Op basis van bovenstaande informatie, kan er verwacht worden dat de inhoud en structuur van interventies voor GMCP die worden ingezet in gezinnen waarin het kind wel een LVB heeft verschillen van interventies die worden ingezet voor GMCP waarin het kind geen LVB heeft.

Methode

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is er gebruikgemaakt van een bestaande dataset die is verzameld binnen een quasi-experimenteel onderzoek. De data is tussen januari 2017 tot april 2019 verzameld bij hulpverleners en ouders/jongeren. Hulpverleners vulden gedurende de interventie, die werd uitgevoerd bij de deelnemende gezinnen, maandelijks een vragenlijst in waarin zij registreerden welke inhoudelijke en structurele elementen zij hebben toegepast in een gezin. Daarnaast vulden zij aan het begin van de interventie (T0) en aan het einde van de interventie (T1) vragenlijsten in.

Populatie

De databank Effectieve jeugdinterventies van het NJI bevat 30 interventies die specifiek gericht zijn op GMCP. Daarvan zijn acht interventies geselecteerd die, in een systematische review, allemaal minimaal een effectgrootte van $d = 0,5$ hadden op uitkomstmaten als probleemgedrag van het kind of opvoedingsstress (Visscher et al., 2021). Dat zijn de volgende interventies: Multisysteem Therapie (MST), Multidimensionele familietherapie (MDFT), Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG), Families First (FF), Gezin Centraal, Parent Management Training Oregon (PMTO) 10 voor Toekomst en Triple P 4-5. Van deze acht interventies komen er zes terug in de dataset die is gebruikt binnen dit onderzoek. Triple P 4-5 en Families First zijn niet meegenomen in de dataset, omdat er maar één gezin was die Triple P 4-5 heeft ontvangen en negen gezinnen die Families First (FF) hebben ontvangen. Dit is te weinig om te gebruiken voor de analyse van dit onderzoek. Daarnaast zijn dit crisisinterventies en was de tijd tussen de ingevulde vragenlijsten bij aanvang en einde van de interventie te kort om verandering te kunnen meten.

Voor dit onderzoek zijn er 47 jeugdhulporganisaties uit heel Nederland benaderd die met één of meer van de interventies werken. 26 van die organisaties waren bereid om mee te werken. Zij hebben hulpverleners geleverd voor dit onderzoek. Onder hulpverleners worden kinder- en jeugdhulpverleners, gezinscoaches en/of therapeuten verstaan.

Binnen dit onderzoek werden gezinnen meegenomen die één van de bovenstaande interventies hebben ontvangen en die in staat waren om de vragenlijsten in het Nederlands te kunnen invullen. Een ander criterium waar aan voldaan moet zijn, is dat het kind tussen de 4 en 20 jaar is bij de start van de interventie. Er zijn twaalf gezinnen uitgesloten van het onderzoek, omdat het kind jonger dan 4 jaar was aan de start van de interventie. Uiteindelijk is er een onderzoekspopulatie van 499 gezinnen overgebleven die één van de zes geselecteerde interventies ontvingen.

Procedure

De hulpverleners van de organisaties die bereid waren om mee te werken aan dit onderzoek zijn tijdens een kennismakingsgesprek, voor de start van het onderzoek, geïnformeerd over het onderzoek, de procedures die horen bij het onderzoek en de vragenlijsten. Tijdens die bijeenkomst is er aan de hulpverleners uitgelegd hoe ze de elementen met behulp van het taxonomie-instrument (TIFMP) konden registreren. De hulpverleners hebben tijdens het eerste bezoek het gezin geïnformeerd over het doel en de procedure van het onderzoek. Daarna is er door de hulpverleners aan de gezinnen gevraagd of ze wilden deelnemen aan dit onderzoek. Wanneer dit het geval was, is er door hen een

toestemmingsverklaring ondertekend. Daarna kon er worden begonnen met het afnemen van de eerste vragenlijst. De hulpverlener en ouder/verzorger kregen een e-mail toegestuurd met het verzoek om de vragenlijst in te vullen. De volgende vragenlijst is toegestuurd op de einddatum van de interventie (T1) en de laatste vragenlijst is 3 maanden na einde van de interventie verzonden (T2). De respondenten hadden allemaal 21 dagen de tijd om de vragenlijst in te vullen. Na 14 dagen kregen ze een herinnering. Verder ontvingen de ouder/verzorgers €10 na het invullen van de vragenlijst. Ook is er aan de hulpverleners gevraagd of ze elke 4 weken de inhoudelijke en structurele elementen wilden noteren aan de hand van TIFMP. De data is uiteindelijk allemaal verzameld door middel van een digitaal vragenlijststelsel genaamd BergOp. De resultaten zijn niet herleidbaar tot individuele proefpersonen.

De interventies zijn allemaal ingedeeld in drie fasen, omdat de duur van de interventies verschilt. In Tabel 1 is de bijbehorende classificatie te zien waarin staat beschreven op welke dagen de vragenlijst ingevuld moet zijn om te worden beschouwd als een vragenlijst behorende bij de startfase (T0), hulpverleningsfase (T1) of de eindfase (T2).

Tabel 1*Classificatie van de interventies*

Interventie	Duur van de interventie	Startfase (T0)	Hulpverleningsfase (T1)	Eindfase (T2)
IAG	5-7 maanden	In de eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie
MST	3-7 maanden	In de eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie
MDFT	3-5 maanden	In de eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie
PMTO	5 maanden	In de eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie
Gezin Centraal	6-12 maanden	In de eerste 42 dagen	Tussen dag 43 en 14 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie
10 voor Toekomst	12 maanden	In de eerste 70 dagen	Tussen dag 71 en 28 dagen voor de einddatum van de interventie	Tussen 14 dagen voor de einddatum van de interventie en 14 dagen na de einddatum van de interventie

Noot. De tabel laat zien tussen welke dagen de vragenlijst ingevuld moet zijn om tot de start-hulpverlenings- of eindfase te behoren.

Meetinstrumenten

De toegepaste elementen (inhoudelijke en structurele elementen) zijn gemeten met de TIFMP. De TIFMP werd gedurende de interventie, elke vier weken, door de hulpverlener

ingevuld. Dit instrument is speciaal ontwikkeld om de potentieel werkzame elementen binnen de hulpverlening voor GMCP te onderscheiden. Met de TIFMP kunnen de elementen die onderdeel uitmaken van interventies gericht op gezinnen met zware opvoedproblemen of GMCP worden geïdentificeerd (Visscher et al., 2018).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de TIFMP is gemeten door Visscher en collega's (2018). De gemiddelde overeenstemming was 84,9%. Dit is een goede betrouwbaarheid volgens Koo & Li (2016). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid varieerde tussen 73,6% en 90,6% voor de verschillende interventies.

In de TIFMP registreerden hulpverleners eerst de structurele elementen die zij hadden toegepast in een gezin. Dit zijn het aantal bezoeken, duur van de bezoeken (in minuten), intervisie (of de hulpverlener het gezin besproken heeft met zijn collega's tijdens een georganiseerde bijeenkomst), supervisie (of de hulpverlener het gezin besproken heeft met een gedragswetenschapper of supervisor), consultatie (of de hulpverlener het gezin besproken heeft met een onafhankelijke deskundige vanuit een kenniscentrum) en er werd gevraagd of de hulpverlener 24 uur bereikbaar was voor het gezin. Bij de vraag of de hulpverlener 24 uur beschikbaar was voor het gezin waren de antwoordcategorieën: (a) Ja, ik was 24 uur bereikbaar (b) Nee, ik was niet 24 uur bereikbaar, maar een college van me was dat wel (c) Nee, ik of een college waren niet 24 uur bereikbaar en (d) Ander.

Daarna werd er door de hulpverleners geregistreerd welke inhoudelijke elementen er, de afgelopen vier weken, zijn toegepast in een gezin. De vragenlijst bevat 53 inhoudelijke elementen onderverdeeld in acht categorieën:

- Categorie A: het inventariseren en ordenen van informatie (o.a. het inventariseren van de sterke punten, aandachtspunten, protectieve factoren en stressoren). Onder deze categorie vallen dertien elementen.
- Categorie B: planning en evaluatie (o.a. het gezamenlijk maken van afspraken over doelen en activiteiten die ingezet gaan worden om de doelen te bereiken, vastgelegd in een plan of overeenkomst). Onder deze categorie vallen vier elementen.
- Categorie C: werken aan verandering (o.a. het herkennen, benoemen en omgaan met gedachten). Onder deze categorie vallen tien elementen.
- Categorie D: leren van opvoedingsvaardigheden (o.. het werken aan het geven van beloningen en positieve consequenties aan het kind). Onder deze categorie vallen negen elementen.

- Categorie E: ondersteuning bij taken (o.a. aandacht voor persoonlijke hygiëne). Onder deze categorie vallen vier elementen.
- Categorie F: sociaal netwerk activeren (o.a. het inschakelen van personen in de sociale omgeving die hulp en ondersteuning kunnen bieden). Onder deze categorie vallen drie elementen.
- Categorie G: professioneel netwerk activeren (o.a. het afstemmen van doelen, werkwijze en afspraken met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties om de hulp voor het gezin/gezinslid te optimaliseren). Onder deze categorie vallen vier elementen.
- Categorie H: onderhouden van de samenwerking (o.a. het vergroten van de motivatie van het gezin/gezinslid voor de hulpverlening). Onder deze categorie vallen zes elementen.

Per inhoudelijk element werd er door de hulpverlener aangegeven hoe het element was uitgevoerd (voor categorie C, D, E). De antwoordcategorieën voor de manier waarop het element uitgevoerd kon worden voor categorie C en D waren: psycho-educatie, instructie, oefenen, voordoen en huiswerk. De antwoordcategorieën voor de manier waarop het element uitgevoerd kon worden voor categorie E waren: zelf helpen (het gezin/gezinslid wordt bij bepaalde taken geholpen door de hulpverlener), advies geven (de hulpverlener geeft een gezin/gezinslid advies over bepaalde onderwerpen, bijvoorbeeld bij het maken van een overzicht van de financiën) en doorverwijzen (een gezin/gezinslid wordt door de hulpverlener verwezen naar een andere hulpverlener en/of instantie). Hierbij kunnen er meerdere vormen geselecteerd worden.

Daarnaast werd er, na registratie van een element, gevraagd op wie het element gericht was (voor alle categorieën, behalve voor categorie D). Antwoordcategorieën waren: het kind, ouder(s), broers/zussen en/of mensen uit de omgeving van het gezin.

Ook is er aan de hulpverlener gevraagd of hij/zij een vermoeden had van een licht verstandelijke beperking bij een of alle gezinsleden. De vraag die bij aanvang van de interventie is gesteld aan de hulpverlener is: ‘Vermoedt u dat er bij dit gezin sprake is van een vorm van een verstandelijke beperking?’ De antwoordcategorieën hierbij waren (a) Nee (b) Ja, bij ouder(s)/opvoeder(s) (c) Ja, bij kind (d) Ja, bij zowel ouder(s)/opvoeder(s) als bij het kind of (e) Weet ik niet. Dit onderzoek richt zich op een verstandelijke beperking van het kind. De oorspronkelijke variabele is in het onderzoek gehercodeerd, waarbij er twee nieuwe variabelen zijn aangemaakt. De antwoordcategorieën C en D zijn gehercodeerd naar een ‘1’

en behoren tot GMCP met een kind met LVB. De antwoordcategorieën A, B en E behoren tot GMCP zonder een kind met LVB en zijn gehercodeerd naar een '0'. Deze gezinnen voldeden bij T0 aan de criteria. Voor GMCP met en zonder een kind met LVB is er gekeken naar de inhoud en structuur van de hulpverlening.

Data-analyse

Ten eerste is er een beschrijving van de steekproef gegeven. Hierbij is er genoteerd in hoeveel GMCP een kind voorkomt met een LVB en in hoeveel GMCP geen kind met een LVB voorkomt. Daarnaast is er beschreven hoeveel taxonomieën er zijn ingevuld bij de verschillende fasen van de interventie. Ook is er per interventie weergegeven hoeveel gezinnen deze volgen.

Ten tweede zijn de geregistreerde inhoudelijke elementen van interventies voor GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB benoemd. Er is weergegeven in hoeveel % van de gezinnen het desbetreffende element is toegepast in de desbetreffende fase van de interventie. Daarnaast is er per fase benoemd hoe vaak de verschillende vormen zijn geregistreerd voor GMCP zonder een kind met LVB en GMCP met een kind met LVB. Ook werd er voor deze subgroepen per fase geregistreerd wie de ontvangers van de interventie waren. Hiervan werden de percentages gegeven.

Ten derde zijn de geregistreerde structurele elementen weergegeven voor GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB. Van de structurele elementen 'aantal bezoeken' en 'duur van de bezoeken' zijn de gemiddeldes genomen voor beide subgroepen. Van de andere structurele elementen is er weergegeven over hoeveel % van de gezinnen er supervisie, intervisie en consultatie is geweest. Ook is er weergegeven in hoeveel % van de gezinnen er 24 uur een hulpverlener bereikbaar was.

Tot slotte werd er met de Chi-Square getoetst of bepaalde inhoudelijke elementen significant vaker voorkomen bij de ene groep t.o.v. de andere groep. Dit werd berekend voor alle inhoudelijke elementen in elke fase. Bij een Chi-Square < 0.05 kan er worden gesteld dat er een significant verschil is tussen GMCP zonder een kind met LVB en GMCP met een kind met LVB voor het desbetreffende inhoudelijke element.

De resultaten worden beschreven per fase (start- hulpverlenings- en eindfase). Wanneer er voor één gezin meer vragenlijsten zijn ingevuld, zijn de resultaten van deze vragenlijsten gecombineerd.

Resultaten

Beschrijving steekproef

Aan dit onderzoek hebben 499 gezinnen deelgenomen. Over 43 gezinnen is er geen data verzameld over het wel of niet aanwezig zijn van een LVB bij het kind. In 68% van de GMCP ($N=341$) was er geen vermoeden van een LVB bij het kind. In 23% van de GMCP ($N=115$) was er wel een vermoeden van een LVB bij het kind.

Daarnaast is er gebleken dat er in de startfase 256 vragenlijsten over 246 gezinnen zijn ingevuld. In de hulpverleningsfase zijn er 1670 vragenlijsten over 436 gezinnen ingevuld en in de eindfase zijn er 230 vragenlijsten over 220 gezinnen ingevuld.

Van de 499 gezinnen ontvingen 242 gezinnen de interventie IAG, 143 gezinnen ontvingen MST, 64 gezinnen ontvingen MDFT, 33 gezinnen ontvingen PMTO, 6 gezinnen ontvingen 'Gezin Centraal' en 11 gezinnen ontvingen de interventie 10 voor Toekomst.

Toegepaste inhoudelijke elementen

Allereerst is er onderzocht welke inhoudelijke elementen er zijn geregistreerd in de verschillende fasen van de hulpverlening. In Bijlage 1 is een overzicht te vinden van de toegepaste inhoudelijke elementen per fase voor GMCP zonder een kind met LVB en GMCP met een kind met LVB.

De Chi-Square toets toont aan dat elementen uit de categorieën 'sociaal netwerk activeren' en 'professioneel netwerk activeren' in de hulpverleningsfase significant vaker zijn aangeboden in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. Ook zijn elementen uit de categorie 'leren van opvoedingsvaardigheden' in de eindfase significant vaker aangeboden in GMCP zonder een kind met LVB dan in GMCP met een kind met LVB.

Daarnaast is er gebleken dat de inhoudelijke elementen 'individuele problemen', 'opstellen van een hulpverleningsplan', 'huishouding' en 'afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties' in de startfase significant vaker zijn aangeboden in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. De inhoudelijke elementen 'afnemen van vragenlijsten', 'opstellen van een hulpverleningsplan', 'zelfzorg', 'contact met school en/of instanties', 'mobiliseren en uitbreiden van sociale steun', 'onderhouden van het sociaal netwerk', 'afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties' en 'verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties' zijn in de hulpverleningsfase significant vaker aangeboden in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. De inhoudelijke elementen 'werken aan gezagsverhoudingen' en 'leren toezicht houden op het kind' zijn in de eindfase significant vaker aangeboden in GMCP

zonder een kind met LVB. Het inhoudelijke element ‘zelfzorg’ is in de eindfase significant vaker aangeboden in GMCP met een kind met LVB.

Vormen waarin de elementen zijn toegepast

Naast de toegepaste inhoudelijke elementen is er ook gekeken naar de vormen waarin deze elementen zijn toegepast. Ten eerste is er gekeken naar de vorm waarin de elementen zijn toegepast voor de categorieën ‘werken aan verandering’ en ‘het leren van opvoedingsvaardigheden’. De gegevens hiervan zijn schematisch weergegeven in Tabel 2.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB als het gaat om de vormen waarin elementen worden aangeboden voor de categorieën ‘werken aan verandering’ en ‘het leren van opvoedingsvaardigheden’. In beide groepen is psycho-educatie het vaakst toegepast en voordoen het minst vaak.

Tabel 2

De geregistreerde vormen waarin de elementen zijn toegepast voor de categorieën ‘werken aan verandering’ en ‘leren van opvoedingsvaardigheden’.

Vorm	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	GMCP zonder een kind met LVB N = 180	GMCP met een kind met LVB N = 59	GMCP zonder een kind met LVB N = 302	GMCP met een kind met LVB N = 107	GMCP zonder een kind met LVB N = 155	GMCP met een kind met LVB N = 54
Psycho-educatie	32%	35%	25%	25%	25%	25%
Instructie	25%	22%	23%	24%	21%	21%
Voordoen	13%	12%	14%	15%	12%	15%
Oefenen	16%	16%	20%	20%	22%	21%
Huiswerk	15%	14%	18%	16%	20%	17%

Daarnaast is er onderzocht hoe vaak de verschillende vormen zijn toegepast voor inhoudelijke elementen binnen de hoofdcategorie ‘ondersteuning bij taken’. In Tabel 3 zijn de gegevens hiervan schematisch weergegeven.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB als het gaat om vormen waarin de elementen worden aangeboden voor de categorie ‘ondersteuning bij taken’. In beide groepen is advies geven het vaakst toegepast en doorverwijzen het minst vaak.

Tabel 3

De geregistreerde vormen waarin de elementen zijn toegepast voor de categorie ‘ondersteuning bij taken’.

Vorm	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	GMCP zonder een kind met LVB N = 180	GMCP met een kind met LVB N = 59	GMCP zonder een kind met LVB N = 302	GMCP met een kind met LVB N = 107	GMCP zonder een kind met LVB N = 155	GMCP met een kind met LVB N = 54
Zelf helpen	31%	27%	28%	29%	29%	25%
Advies geven	59%	65%	58%	57%	56%	54%
Doorverwijzen	10%	9%	14%	15%	15%	21%

Ontvangers van de inhoudelijke elementen

Naast de toegepaste inhoudelijke elementen en de vormen waarin de elementen zijn toegepast, is er ook gekeken naar de ontvangers van de inhoudelijke elementen. In Tabel 4 is een overzicht te vinden van de geregistreerde ontvangers per fase.

Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB als het gaat om ontvangers van de inhoudelijke elementen. Voor beide groepen is de ouder het vaakst geregistreerd als ontvanger en de omgeving het minst vaak.

Tabel 4*De geregistreeerde ontvangers van de inhoudelijke elementen*

Ontvanger	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase	
	GMCP zonder een kind met LVB <i>N</i> = 180	GMCP met een kind met LVB <i>N</i> = 59	GMCP zonder een kind met LVB <i>N</i> = 203	GMCP met een kind met LVB <i>N</i> = 107	GMCP zonder een kind met LVB <i>N</i> = 155	GMCP met een kind met LVB <i>N</i> = 54
Jeugdige	32%	31%	32%	33%	25%	30%
Ouder	55%	56%	53%	52%	62%	60%
Broers/zussen	8%	10%	9%	9%	7%	4%
Omgeving	5%	4%	6%	6%	6%	6%

Toegepaste structurele elementen

Naast de toegepaste inhoudelijke elementen, de vormen waarin de elementen zijn toegepast en de ontvangers van de inhoudelijke elementen, is er ook gekeken naar de toegepaste structurele elementen.

In de startfase is het gemiddeld aantal bezoeken voor GMCP zonder een kind met LVB 6,6 en voor GMCP met een kind met LVB 6,9. In de hulpverleningsfase is dit hoger voor beide subgroepen (respectievelijk 17,4 en 23,4). In de eindfase ligt het gemiddeld aantal bezoeken het laagst (respectievelijk 3,9 en 3,5).

Ten tweede is de gemiddelde duur van de bezoeken in de startfase voor GMCP zonder een kind met LVB 80 minuten en voor GMCP met een kind met LVB 93 minuten. In de hulpverleningsfase is dit lager (respectievelijk 76 en 87 minuten). In de eindfase ligt de gemiddelde duur het laagst (respectievelijk 70 en 71 minuten).

Ten derde heeft de hulpverlener in de startfase over 71% van de GMCP zonder een kind met LVB en over 59% van de GMCP met een kind met LVB intervisie gehad. In de hulpverleningsfase er is vaker intervisie geweest (respectievelijk 75% en 78%). In de eindfase is er het minst vaak een intervisie geweest (respectievelijk 47% en 39%).

Ten vierde heeft de hulpverlener in de startfase over 78% van de GMCP zonder een kind met LVB en GMCP met een kind met LVB een supervisie gehad. In de

hulpverleningsfase is er vaker supervisie geweest (respectievelijk 87% en 84%). In de eindfase is er het minst vaak een supervisie geweest (respectievelijk 68% en 52%).

Ten vijfde heeft de hulpverlener in de startfase over 42% van de GMCP zonder een kind met LVB en 34% van de GMCP met een kind met LVB een consultatie gehad. In de hulpverleningsfase heeft de hulpverlener over meer gezinnen een consultatie gehad (respectievelijk 55% en 59%). In de eindfase was dit over 49% van de GMCP zonder een kind met LVB en 35% van de GMCP met een kind met LVB.

Ten slotte is er in de startfase geregistreerd dat er bij 50% van de GMCP zonder een kind met LVB een collega 24 uur bereikbaar was en bij 41,3% was er niemand bereikbaar. Bij GMCP met een kind met LVB is er minder vaak geregistreerd dat er een collega van de hulpverlener 24 uur bereikbaar was (25%). Bij deze gezinnen was er vaker niemand 24 uur bereikbaar (60,7%). De hulpverlener was bij 2,3% van de GMCP zonder een kind met LVB en 3,6% van de GMCP met een kind met LVB 24 uur bereikbaar. Iets vergelijkbaars is gevonden voor de hulpverlenings- en eindfase.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in hoeverre de inhoudelijke en structurele elementen van de verschillende fasen voor interventies gericht op GMCP zonder een kind met LVB en GMCP met een kind met LVB van elkaar verschillen. Hierbij werden ook de vormen waarin de elementen zijn toegepast en de ontvangers van de elementen meegenomen. Uit de resultaten is er gebleken dat er voor een paar inhoudelijke en structurele elementen verschillen zijn tussen GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB. Dit is in lijn met de hypothese.

Wat betreft de inhoudelijke elementen, is er uit dit onderzoek gebleken dat bepaalde inhoudelijke elementen omtrent het activeren van het sociaal en professioneel netwerk vaker worden toegepast in GMCP met een kind met LVB in vergelijking met GMCP zonder een kind met LVB. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek van Van Asselt-Goverts et al. (2018). Uit dat onderzoek is namelijk gebleken dat de focus op het sociale netwerk extra belangrijk is voor GMCP met een kind met LVB om de interventie te doen slagen, aangezien kinderen met een LVB langdurig behoefte hebben aan ondersteuning (Moonen en Verstegen, 2006). Echter is het om deze reden opvallend dat elementen omtrent het sociaal netwerk activeren van alle categorieën het minst vaak geregistreerd zijn in de hulpverlenings- en eindfase. Er werd verwacht dat elementen uit deze categorie vaker geregistreerd zouden worden. De resultaten impliceren dat er minder focus van hulpverleners

is op het activeren van het sociale netwerk in vergelijking met elementen uit andere categorieën.

Verder is er in dit onderzoek naar voren gekomen dat elementen omtrent het leren van opvoedingsvaardigheden in de eindfase minder vaak worden toegepast in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. Deze elementen zijn gericht op ouders. Dit is een onverwachte bevinding, want er is in eerder onderzoek van De Wit et al., (2011) aangetoond dat ouders van kinderen met een LVB niet over de passende opvoedingsvaardigheden beschikken. Daardoor werd er verwacht dat hulpverleners deze ouders meer zouden helpen met het leren van opvoedingsvaardigheden. Daarnaast heeft onderzoek van Orobio de Castro en collega's (2008) aangetoond dat wanneer de behandeling gericht is op ouders, de gedragsproblemen bij kinderen met een LVB kunnen afnemen. Een verklaring voor deze bevinding zou kunnen zijn dat er bij GMCP met een kind met LVB in de eerste fasen meer nadruk is op het leren van opvoedingsvaardigheden dan in de eindfase.

Daarnaast is het opvallend dat elementen omtrent planning en evaluatie bij GMCP met een kind met LVB veel blijft voorkomen in alle fasen van de hulpverlening. Dit is volgens verwachting, want uit onderzoek van De Wit en collega's (2011) is er gebleken dat het voor deze gezinnen belangrijk is om als hulpverlener te helpen bij het voorstructureren en vereenvoudigen. Hieronder valt ook hulp bij het plannen en evalueren.

Wat betreft de vormen waarop de inhoudelijke elementen worden overgebracht, is er geen verschil gevonden tussen GMCP met en zonder een kind met LVB. 'Psycho-educatie' is de vaakst geregistreerde vorm bij beide subgroepen. Dit is deels volgens verwachting, omdat het voor ouders en andere belangrijke personen in de omgeving van de jongere met een LVB belangrijk is dat zij geïnformeerd worden over de mogelijkheden en moeilijkheden van het kind (De Wit et al., 2011). De bevinding is deels ook niet volgens verwachting, want er werd verwacht dat er bij GMCP met een kind met LVB meer 'voordoen' en 'oefenen' zou worden geregistreerd dan bij GMCP zonder een kind met LVB. Uit eerder onderzoek van Kleinert et al., (2009) is er namelijk geconstateerd dat het voor gezinnen waarin iemand een LVB heeft extra belangrijk is om informatie concreet te maken door gebruik te maken van voorbeelden. Ook leren kinderen makkelijker door veel te oefenen (De Wit et al., 2011).

Wat betreft de ontvangers van de inhoudelijke elementen, is er binnen dit onderzoek geen verschil gevonden tussen GMCP met en zonder een kind met LVB. De ouder is het vaakst geregistreerd als ontvanger. Dit is in lijn met voorgaand onderzoek van Tausendfreund et al. (2015) waarin er aangetoond werd dat er in interventies voor GMCP meer aandacht wordt gegeven aan ouders dan aan kinderen. Ook is het volgens onderzoek van Orobio de

Castro en collega's (2008) beter om de interventie vooral op ouders te richten, om de gedragsproblemen van het kind met een LVB te laten afnemen. Het is wel opmerkelijk dat er zo weinig verschil is gevonden wat betreft alle geregistreerde ontvangers, aangezien het voor GMCP met een kind met LVB extra belangrijk is om het sociale netwerk bij de interventie te betrekken (Van Asselt-Goverts et al., 2018). Deze jongeren hebben namelijk vaak langdurig zorg nodig (Moonen en Verstegen, 2006). Daardoor werd er verwacht dat de inhoudelijke elementen zich voor GMCP met een kind met LVB meer op broers/zussen en de omgeving zouden richten dan bij GMCP zonder een kind met LVB.

Wat betreft de structurele kenmerken is er uit dit onderzoek gebleken dat de frequentie van de bezoeken in de hulpverleningsfase en de gemiddelde duur van de bezoeken in de start- en hulpverleningsfase voor GMCP met een kind met LVB hoger was dan bij GMCP zonder een kind met LVB. Dit kan verklaard worden doordat kinderen met een LVB meer moeite hebben met het verwerken van informatie, waardoor de informatie/interventie vaker uitgelegd/voorgedaan moet worden (Kleinert et al., 2009). Daardoor moeten hulpverleners vaker langskomen en duurt het langer om de interventie uit te leggen aan deze gezinnen.

Daarnaast is er gebleken dat er in de meeste fasen minder vaak intervisie, supervisie en consultatie is geweest over GMCP met een kind met LVB dan over GMCP zonder een kind met LVB. Ook is er gevonden dat er bij GMCP met een kind met LVB vaker dan bij GMCP zonder een kind met LVB geen enkele hulpverlener 24 uur bereikbaar was. Van tevoren werd er verwacht dat er geen verschil zou zijn tussen beide subgroepen wat betreft 24-uurs bereikbaarheid van de hulpverlener, intervisie, supervisie en consultatie. Het is onduidelijk wat hiervoor verklaringen zouden kunnen zijn.

Sterktes en limitaties

Dit onderzoek beschikt over een aantal sterke punten. Ten eerste is er veel data verzameld over verschillende hulpverleningstrajecten en interventies. Daardoor kan er een sterkere uitspraak worden gedaan over de inhoud en structuur van interventies voor GMCP met en zonder een kind met LVB. Ten tweede is er gebruikgemaakt van een taxonomie-instrument (TIFMP). Deze is ontwikkeld op basis van bestaande taxonomieën, handleidingen van verschillende interventie en diverse experts. Bovendien is de betrouwbaarheid van dit instrument hoog (Visscher et al., 2018). Een derde punt is dat er in deze studie is gekeken naar de inhoud en structuur van interventies voor GMCP met een kind met LVB. Dit is tot nu toe in weinig studies onderzocht, waardoor dit onderzoek relevant is. Het is namelijk van

belang dit te onderzoeken om te bepalen of de bestaande interventies voldoende werkzame elementen bevatten voor deze specifieke doelgroep.

Naast sterke punten, beschikt dit onderzoek ook over een aantal limitaties. Een eerste limitatie is de oververtegenwoordiging van de interventies IAG en MST in de dataset, waardoor er over de andere interventies minder informatie is verzameld wat betreft het toepassen van elementen. Een tweede limitatie is dat de variabele ‘verstandelijke beperking’ is gemeten door aan de hulpverlener te vragen of diegene een vermoeden van een verstandelijke beperking bij een van de gezinsleden had. Dit kan een vertekend beeld geven, omdat een vermoeden niet altijd juist hoeft te zijn. Een derde limitatie is dat er wellicht is voorgekomen dat bepaalde elementen verkeerd geïnterpreteerd zijn door de hulpverlener, ondanks dat de hulpverleners goede uitleg hebben gekregen over het invullen van het TIFMP. Dit kan dan een vertekend beeld geven door over- of onderrapportage.

Implicaties

De bevindingen in dit onderzoek hebben verschillende implicaties voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek. Ten eerste is er uit dit onderzoek gebleken dat het sociale netwerk weinig geactiveerd wordt binnen de interventie. De hulpverleners zouden meer aandacht moeten hebben voor het betrekken van het sociale netwerk bij interventies, vooral bij de interventies gericht op GMCP met een kind met LVB. Door het sociale netwerk meer bij de interventie te betrekken, zou de interventie effectiever worden (Van Asselt-Goverts et al., 2018). Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op waarom sociale netwerken weinig worden betrokken bij interventies en hoe het sociale netwerk meer betrokken kan worden bij interventies.

Ten tweede is er uit dit onderzoek gebleken dat elementen uit de categorie ‘leren van opvoedingsvaardigheden’ in de eindfase minder vaak bij GMCP met een kind met LVB zijn toegepast dan bij GMCP zonder een kind met LVB. Het is belangrijk dat hulpverleners ook in de eindfase bezig blijven met het leren van opvoedingsvaardigheden in GMCP met een kind met LVB, omdat er is gebleken dat ouders van deze kinderen niet over de juiste opvoedingsvaardigheden beschikken (De Wit et al., 2011). Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen waarom elementen omtrent het leren van opvoedingsvaardigheden minder bij GMCP met een kind met LVB worden toegepast dan bij GMCP zonder een kind met LVB.

Ten derde is er gebleken dat er niet veel verschil is tussen GMCP met en zonder een kind met LVB wat betreft de geregistreerde vormen. Er werd verwacht dat ‘voordoen’ en ‘oefenen’ vaker zou worden geregistreerd bij GMCP met een kind met LVB.

Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of veelvuldig gebruik van ‘voordoen’ en ‘oefenen’

de hulp voor GMCP met een kind met LVB effectiever maakt. Als dit zo blijkt te zijn, zouden hulpverleners de inhoudelijke elementen vaker door middel van deze vormen moeten overbrengen.

Ten slotte is er uit dit onderzoek gebleken dat er bij GMCP met een kind met LVB vaker is geregistreerd dat er geen enkele hulpverlener de hele dag bereikbaar is in vergelijking met GMCP zonder een kind met LVB. Het is belangrijk dat er ook voor deze gezinnen de hele dag een hulpverlener bereikbaar is waar ze terecht kunnen met eventuele vragen. Ieder gezin heeft namelijk recht op hulp, waarbij er geen onderscheid zou moeten zijn tussen subgroepen, zoals tussen GMCP met een zonder een kind met LVB. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen waarom er voor GMCP met een kind met LVB minder vaak een hulpverlener beschikbaar is dan voor GMCP zonder een kind met LVB.

Conclusie

Deze studie liet zien dat de inhoud en structuur van interventies voor GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB van elkaar verschillen. De resultaten benadrukken ten eerste dat bepaalde inhoudelijke elementen omtrent het activeren van het sociaal en professioneel netwerk vaker worden toegepast in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. Ten tweede worden elementen omtrent het leren van opvoedingsvaardigheden minder vaak toegepast in de eindfase in GMCP met een kind met LVB dan in GMCP zonder een kind met LVB. Ten derde is de frequentie van de bezoeken en de gemiddelde duur van de bezoeken in een aantal fasen hoger voor GMCP met een kind met LVB hoger dan voor GMCP zonder een kind met LVB. Ten slotte is er in de meeste fasen minder vaak intervisie, supervisie en consultatie geweest over GMCP met een kind met LVB in vergelijking met GMCP zonder een kind met LVB. Ook is er gebleken dat er voor GMCP met een kind met LVB vaker dan voor GMCP zonder een kind met LVB, geen enkele hulpverlener 24 uur bereikbaar was.

Referentielijst

- Blanckstein, 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 Intellectual Disabilities and Antisocial or Delinquent Behaviour and Their Parents. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(3), 575-590. <https://doi.org/10.1111/jar.12551>
- 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>
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-1962-6>
- De Wit, M., Moonen, X. M. H., & Douma, J. C. H. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Emerson, E., Einfeld, S., & Stancliffe, R. J. (2011). Predictors of the Persistence of Conduct Difficulties in Children with Cognitive Delay. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1184–1194. <https://doi.org/10.1111/j.14697610.2011.02413.x>
- Evenboer, E., Jansen, D. D., & Reijneveld, S. M. (2019). *Mixed-methods onderzoek naar de inhoud van de ondersteuning aan gezinnen met meervoudige problematiek*. Universitair Medisch Centrum Groningen.
- 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.chidyouth.2018.03.024>
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1016/j.chidyouth.2020.104856>
[https://wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/fileadmin/user_upload/Afbeeldingen/Onderwerpen/LVB-jongeren/Rapport - Gedragsinterventies LVB jongeren.pdf](https://wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/fileadmin/user_upload/Afbeeldingen/Onderwerpen/LVB-jongeren/Rapport_-_Gedragsinterventies_LVB_jongeren.pdf)
- Kleinert, H. L., Browder, M. D., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research*, 79, 301-326. <https://doi.org/10.3102%2F0034654308326160>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline for selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155-163.

- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., Cammack, N., Strieder, F.H., Chorpita, B.F., & Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244–256. <https://doi.org/10.1037/h0099811>
- Leenarts, L. E. W., van Wijngaarden, S., & van der Giessen, L. (2017). *Gedragsinterventies voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Een inventarisatie van het huidige aanbod binnen de jeugdstrafrechtketen*. Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Liddle, H.A., Dakof, G.A., Rowe, C.L., Henderson, C., Greenbaum, P., Wang, W., & Alberga, L. (2018). Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.011>
- Llewellyn, G., & Hindmarsh, G. (2015). Parents with intellectual disability in a population context. *Current Developmental Disorders Reports*, 2, 119–126. <https://doi.org/10.1007/s40474-015-0042-x>
- Maćešić-Petrović, D., Kovačević, J., & Đurić-Zdravković, A. (2014). Intellectual disabilities and intervention strategies: International approach. *International Journal of Developmental Disabilities*, 60(4), 235–242. <https://doi.org.proxyub.rug.nl/10.1179/2047387713Y.0000000030>
- Matos, A. R., & Sousa, I. M. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80. <https://doi.org/10.1080/0265053042000180590>
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek & Praktijk*, 4(1), 23-28.
- Orobio de Castro, B., Embregts, P., Nieuwenhuijzen, M. van, & Stolker, J.J. (2008). Samen op zoek naar effectieve behandeling van gedragsproblemen bij cliënten met een licht verstandelijke beperking: Het Consortium Effectieve Behandeling Gedragsproblemen LVG. *Onderzoek en Praktijk*, 6(1), 6-12. <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/73119/73119.pdf>
- Pannebakker N.M., Kocken P.L., Theunissen M.H., Van Mourik K., Crone M.R., Numans M.E., Reijneveld S.A. (2018). Services use by children and parents in multiproblem families. *Children and Youth Services Review*, 84, 222-228. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.12.003>

- Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M. & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468-481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services*, 37(1), 4–22. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2015.1052133>
- Tausendfreund, T., Metselaar, J., Conradie, J., De Groot, M. H., Schipaanboord, N., Knot-Dickscheit, J., Grietens, H., Knorth, E. J. (2015). Self-reported care activities in a home-based intervention programme for families with multiple problems. *Journal of Children's Services*, 10(1), 29–44. <https://doi.org/10.1108/JCS-07-2014-0034>
- Tuenter, T., Hooijsma, M. en Donker, A. (2020) *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen in 2017. Een analyse met behulp van CBS microdata*. Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 30 mei 2022, van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-06/Gezinnen%20met%20meervoudige%20en%20complexe%20problemen%20in%202017.pdf>
- Van Asselt-Goverts, A. E., Embregts, P. J. C. M., & Hendriks, A. H. C. (2018). Evaluation of a Social Network Intervention for People with Mild to Borderline Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(2), e229-e243. <https://doi.org/10.1111/jar.12318>
- Veerman, J.W. & de Meyer, R.E. (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Nijmegen: Praktikon.
- Visscher, L., Evenboer, K. E., Jansen, D. E. M. C., Scholte, R. H. J., Knot-Dickscheit, J., Veerman, J. W., Reijneveld, S. A., & van Yperen, T. A. (2018). Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.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.
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., van Yperen, T. A., Scholte, R. H. J., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E., & Jansen, D. E. M. C. (2021). Toward tailored

care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family Process*, 00, 1-20. <https://doi.org/10.1111/famp.12745>

Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings* (Vol. 9). Routledge.

Zoon, M. (2015). 'Wat werkt bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Bijlage 1

Geregistreeerde inhoudelijke elementen met de bijbehorende categorieën en de resultaten van de Chi-Square test per subgroep

Inhoudelijke elementen	Startfase		Hulpverleningsfase		Eindfase		Resultaten van de Chi-Square test		
	Toegepaste elementen bij GMCP zonder een kind met LVB (N = 180)	Toegepaste elementen bij GMCP met een kind met LVB (N = 59)	Toegepaste elementen bij GMCP zonder een kind met LVB (N = 302)	Toegepaste elementen bij GMCP met een kind met LVB (N = 107)	Toegepaste elementen bij GMCP zonder een kind met LVB (N = 155)	Toegepaste elementen bij GMCP met een kind met LVB (N = 54)	Startfase	Hulpverlenings- fase	Eindfase
(A) Inventariseren en ordenen van informatie	97.8%	98.3%	98.0%	98.1%	74.8%	74.1%	0.806	0.940	0.911
Bespreken hulpvraag	96.7%	98.3%	92.1%	96.3%	54.8%	68.5%	0.517	0.139	0.079
Competenties	82.2%	74.6%	75.8%	74.8%	21.3%	29.6%	0.200	0.826	0.213
Netwerk	73.3%	74.6%	65.9%	69.2%	18.7%	24.1%	0.851	0.538	0.397
Veiligheid	76.1%	74.6%	68.2%	64.5%	21.9%	22.2%	0.811	0.480	0.965
Gezinssysteem	90%	93.2%	79.8%	83.2%	27.7%	27.8%	0.458	0.447	0.996
Vrijtijdsbesteding	72.2%	71.2%	60.3%	66.4%	18.1%	18.5%	0.878	0.265	0.941
Functioneren op school	83.3%	76.3%	78.8%	77.6%	31.6%	24.1%	0.224	0.789	0.296
Dagelijkse routine	76.7%	78%	72.8%	74.8%	20.6%	20.4%	0.837	0.700	0.966

Individuele problemen	75.6%	88.1%	76.5%	80.4%	25.2%	16.7%	0.041*	0.408	0.201
Werken met observatie- en (registratie)opdrachten	45.6%	33.9%	68.5%	74.8%	32.9%	29.6%	0.116	0.227	0.657
Afnemen van vragenlijsten	66.1%	66.1%	44%	55.1%	18.7%	16.7%	0.999	0.048*	0.737
Nabespreken van vragenlijsten	41.1%	33.9%	39.7%	46.7%	15.5%	18.5%	0.325	0.207	0.603
Probleemformulering	75%	84.7%	86.4%	86%	32.9%	29.6%	0.120	0.909	0.657
(B) Planning en evaluatie	87.8%	96.6%	97.7%	98.1%	84.5%	90.7%	0.050	0.786	0.254
Opstellen van een hulpverleningsplan	70.6%	88.1%	69.5%	84.1%	18.1%	27.8%	0.007*	0.003*	0.128
Opstellen van werkpunten of (gedrags)afspraken	77.2%	84.7%	88.7%	94.4%	38.1%	33.3%	0.218	0.091	0.535
Evaluëren van werkpunten of (gedrags)afspraken	55.6%	45.8%	91.4%	92.5%	71%	77.8%	0.191	0.715	0.333
Evaluëren van het hulpverleningsplan	33.9%	23.7%	76.5%	81.3%	67.1%	77.8%	0.144	0.303	0.141
(C) Werken aan verandering	91.1%	83.1%	98.7%	98.1%	84.5%	79.6%	0.084	0.687	0.408

Werken aan het herkennen van aanleidingen voor probleemgedrag en ondersteuning bij het wegnemen van deze aanleidingen	76.1%	72.9%	94%	97.2%	44.5%	48.1%	0.618	0.204	0.644
Werken aan gedachten	48.9%	47.5%	75.2%	78.5%	37.4%	38.9%	0.849	0.487	0.848
Werken aan emoties	54.4%	50.8%	78.8%	85%	36.8%	35.2%	0.631	0.162	0.834
Werken aan gewenst gedrag	69.4%	61%	90.7%	92.5%	58.7%	57.4%	0.231	0.573	0.867
Werken aan ongewenst gedrag	50.6%	44.1%	73.8%	71%	39.4%	33.3%	0.387	0.573	0.432
Werken aan communicatie en interactie	78.9%	69.5%	91.7%	90.7%	64.5%	57.4%	0.139	0.734	0.352
Werken aan de gezagsverhoudingen	60%	50.8%	81.1%	76.6%	45.8%	27.8%	0.217	0.319	0.020*
Werken aan de dagelijkse routine	42.2%	47.5%	63.2%	72%	30.3%	22.2%	0.481	0.103	0.255
Werken aan de veiligheid	45.6%	49.2%	62.3%	65.4%	26.5%	20.4%	0.631	0.559	0.373

Werken aan generalisatie	26.1%	32.2%	66.2%	62.6%	52.3%	48.1%	0.364	0.501	0.603
(D) Leren van opvoedingsvaardigheden	82.8%	78.0%	97.7%	98.1%	80.6%	66.7%	0.408	0.786	0.035*
Leren hanteren van beloningen en positieve consequenties	56.1%	50.8%	82.1%	83.2%	44.5%	37%	0.481	0.805	0.338
Leren hanteren van milde straffen en negatieve consequenties	43.3%	40.7%	71.2%	67.3%	38.1%	25.9%	0.720	0.448	0.107
Leren toezicht houden op het kind	35.6%	33.9%	54.6%	57.9%	32.9%	18.5%	0.817	0.554	0.045*
Leren betrokkenheid te tonen	42.8%	35.6%	65.6%	71%	38.7%	33.3%	0.330	0.302	0.482
Leren conflicten te hanteren	50%	49.2%	78.1%	76.6%	46.5%	33.3%	0.910	0.747	0.094
Leren regels te stellen	57.2%	52.5%	79.1%	79.4%	40%	25.9%	0.530	0.948	0.064
Leren responsief te zijn	37.8%	47.5%	64.9%	74.8%	34.2%	25.9%	0.188	0.061	0.262
Leren uitvoeren van sociale vaardigheden	27.2%	27.1%	46.7%	45.8%	16.1%	20.4%	0.988	0.873	0.477
Leren samenwerken tussen ouders	48.3%	47.5%	70.9%	72.9%	43.9%	37%	0.907	0.689	0.381

(E) Ondersteuning bij taken	61.1%	61.0%	81.1%	87.9%	49.7%	50.0%	0.990	0.113	0.967
Zelfzorg	22.8%	27.1%	34.8%	51.4%	13.5%	25.9%	0.497	0.002*	0.036*
Administratie en financieel beheer	15%	23.7%	27.5%	34.6%	7,7%	14.8%	0.123	0.166	0.128
Contact met school en/of instanties	52.8%	54.2%	75.5%	85%	44.5%	44.4%	0.845	0.040*	0.993
Huishouding	12.8%	23.7%	22.5%	28%	7.1%	9.3%	0.044*	0.250	0.607
(F) Sociaal netwerk activeren	62.8%	66.1%	73.5%	85.0%	47.1%	48.1%	0.645	0.016*	0.894
Mobiliseren en uitbreiden van sociale steun	35.6%	39%	51%	64.5%	31%	29.6%	0.635	0.016*	0.854
Onderhouden van het sociaal netwerk	28.3%	40.7%	49%	60.7%	25.2%	37%	0.076	0.037*	0.095
Vrijtijdsbesteding stimuleren	48.9%	50.8%	63.9%	72.9%	30.3%	37%	0.794	0.091	0.363
(G) Professioneel netwerk activeren	67.8%	79.7%	84.8%	93.5%	74.8%	68.5%	0.082	0.021*	0.366
Afstemmen met andere betrokken hulpverleners en/of organisaties	63.3%	78%	82.1%	91.6%	72.9%	61.1%	0.038*	0.020	0.104

Eindverantwoordelijk zijn voor de samenwerking met andere betrokken instanties en/of hulpverleners	32.2%	33.9%	46.4%	56.1%	29.7%	25.9%	0.812	0.084	0.600
Verwijzen naar diensten of hulpverlenende instanties	23.9%	23.7%	45.7%	59.8%	32.3%	38.9%	0.980	0.012*	0.376
Time out (respite care)	10.6%	10.2%	16.9%	15.9%	5.8%	7.4%	0.933	0.811	0.675
(H) Onderhouden van de samenwerking	94.4%	96.6%	98.0%	97.2%	86.5%	87.0%	0.509	0.621	0.913
Bespreken van de verwachtingen	84.4%	88.1%	87.7%	93.5%	48.4%	57.4%	0.486	0.101	0.254
Bespreken van de weerstand	45.6%	39%	61.6%	57.9%	30.3%	33.3%	0.377	0.507	0.681
Werken aan de motivatie	59.4%	50.8%	70.9%	66.4%	38.7%	27.8%	0.247	0.384	0.149
Bieden van emotionele steun	83.3%	83.1%	91.7%	90.7%	59.4%	51.9%	0.960	0.734	0.337
Werken aan de kwaliteit van de relatie	77.2%	88.1%	85.8%	87.9%	44.5%	48.1%	0.069	0.589	0.644
Evalueren van de relatie	52.8%	55.9%	74.2%	76.6%	61.9%	70.4%	0.673	0.614	0.266

Noot. De percentages geven aan in hoeveel % van de GMCP het element minstens één keer is geregistreerd in de betreffende fase van de interventie. De Chi-Square heeft getoetst of het betreffende element significant verschilt tussen GMCP met een kind met LVB en GMCP zonder een kind met LVB, in die fase. De resultaten van de Chi-Square toets zijn weergegeven in *p*-waardes.

* Significante Chi-waarden voor $p < 0.05$