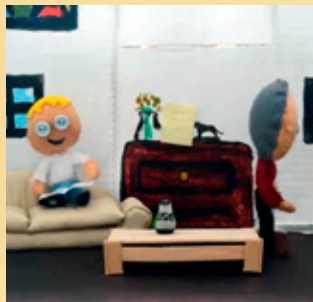


EVALUATIE LICHT  
PEDAGOGISCHE  
HULPVERLENING 12+

# Lichte hulp gewaardeerd

M. Boendermaker  
R. Mennes  
J. Snippe  
B. Bieleman

**INTRAVALE**  
Onderzoek en Advies





# LICHTE HULP GEWAARDEERD

Evaluatie Licht Pedagogische Hulpverlening 12+

Oktober 2016

**INRAVAL**  
Groningen-Rotterdam

## COLOFON

© St. INTRAVAL

Postadres  
Postbus 1781  
9701 BT Groningen  
E-mail [info@intraval.nl](mailto:info@intraval.nl)

[www.intraval.nl](http://www.intraval.nl)

Kantoor Groningen:  
St. Jansstraat 2C  
Telefoon 050 - 313 40 52  
Fax 050 - 312 75 26

Kantoor Rotterdam:  
Goudsesingel 68  
Telefoon 010 - 425 92 12  
Fax 010 - 476 83 76

Oktober 2016

*Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever*

Tekst: M. Boendermaker, R. Mennes, J. Snippe, B. Bieleman  
Opmaak: M. Haaijer  
Omslag: E. Cusiel  
Afbeeldingen omslag: A. Breukelman, C. Leijen (Noorderpoort)  
Drukker: Copy-Copy Groningen  
Opdrachtgever: Gefinancierd door ZonMw

ISBN: 978 90 8874 229 3

# VOORWOORD

Met financiering van ZonMw en in samenwerking met de MJD heeft onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL de aanpak Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ geëvalueerd. Deze interventie is bedoeld voor zowel ouders als hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar met opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen. De aanpak kenmerkt zich door laagdrempelige, niet-geïndiceerde zorg en een preventieve insteek op het snijvlak van advies en informatie en hulpverlening, waarin het versterken van de eigen kracht van ouders en kinderen een belangrijke rol speelt. Het onderzoek levert informatie op over de resultaten van de interventie. Daarnaast geeft het onderzoek inzicht in de werkzame factoren, waarmee het tevens relevante informatie biedt voor vergelijkbare (opvoed)interventies

Namens INTRAVAL zijn de interviews met de jongeren en de ouders uitgevoerd door Marjolein Boendermaker, Martin Haaijer, Annelies Kruize, Ralph Mennes en Maurits Sijstra, terwijl de dossierstudie is uitgevoerd door Marjolein Boendermaker en Ralph Mennes. De analyse en rapportage is uitgevoerd door Marjolein Boendermaker, Ralph Mennes en Jacco Snippe. Het totale project is uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van Bert Bieleman. Namens de MJD zijn Barbara Dekker en Thea van den Berg vanaf het begin bij de uitvoering van het project betrokken geweest.

Graag willen wij de leden van de begeleidingscommissie bestaande uit prof. dr. T. van Yperen van het Nederlands Jeugdinstituut en de Rijksuniversiteit Groningen (voorzitter), wethouder H.K. Bouman van de gemeente Eemsmond en directeur I. Weernink van De Badde, Compaen en Welstad bedanken voor hun betrokken en positief-kritische begeleiding van het onderzoek. Verder bedanken we drs. A. Aaldering en drs. A. Schnieders die namens de MJD en de

gemeente Groningen als stuurgroepleden bij het project betrokken zijn geweest.

Tevens bedanken wij de hulpverleners van de MJD – Esther Alkema, Hilde Mellema en Maja Riemersma – voor hun enthousiaste medewerking aan het onderzoek. Ten slotte gaat onze dank uit naar de gezinnen die hebben meegewerkt aan de verschillende interviews. Zonder hun uitgebreide en openhartige bijdrage was deze evaluatie niet mogelijk geweest.

Namens INTRAVAL,

Bert Bieleman  
Marjolein Boendermaker

Groningen-Rotterdam  
Oktober 2016



# INHOUDSOPGAVE

	Pagina
<b>Hoofdstuk 1 Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1 Doelstelling onderzoek	2
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen	3
1.3 Leeswijzer	4
<b>Hoofdstuk 2 Onderzoeksopzet</b>	<b>7</b>
2.1 Reconstrueren interventietheorie	8
2.2 Ontwikkelen meetinstrument	9
2.3 Uitvoeren resultaatsmeting	16
2.4 Interviews professionals	20
2.5 Analyse en rapportage	20
<b>Hoofdstuk 3 Interventietheorie</b>	<b>27</b>
3.1 Ontstaansgeschiedenis	27
3.2 Doelgroep en probleembeschrijving	29
3.3 Probleemanalyse	32
3.4 Beoogde uitkomsten	35
3.5 Werkwijze	36
3.6 Theoretische onderbouwing	40
3.7 Werkzame bestanddelen	43
3.8 Randvoorwaarden	49
3.9 Schematisch overzicht interventietheorie	50
<b>Hoofdstuk 4 Beschrijving onderzoeksgroep</b>	<b>53</b>
4.1 Beschrijving gezinnen	53
4.2 Kenmerken jongeren	58
4.3 Kenmerken ouders	62

	Pagina
<b>Hoofdstuk 5 Resultaten jongeren</b>	<b>65</b>
5.1 Zelfvertrouwen	66
5.2 Sociaal-emotionele problemen	70
5.3 Communicatie en interactie	77
5.4 Sociale contacten	79
5.5 Resultaten op individueel niveau	83
5.6 Tevredenheid jongeren	87
5.7 Resumé	89
<b>Hoofdstuk 6 Resultaten ouders</b>	<b>93</b>
6.1 Zelfvertrouwen	94
6.2 Opvoedvaardigheden	98
6.3 Communicatie en interactie	100
6.4 Sociale contacten	102
6.5 Resultaten op individueel niveau	103
6.6 Tevredenheid ouders	107
6.7 Resumé	109
<b>Hoofdstuk 7 Hulp aan gezinnen</b>	<b>113</b>
7.1 Gestelde doelen	113
7.2 Duur en intensiteit hulpverlening	115
7.3 Inhoud hulpverlening	121
7.4 Gerealiseerde doelen	124
7.5 Resumé	128
<b>Hoofdstuk 8 Samenvatting en conclusies</b>	<b>131</b>
8.1 Mate van doelrealisatie	132
8.2 Relevantie contextfactoren	135
8.3 Werkzame factoren	139
8.4 Slotconclusie	141
8.5 Aanbevelingen	142
<b>Geraadpleegde literatuur</b>	<b>145</b>



# 1. INLEIDING

Mede door invoering van de Wet op de Jeugdzorg en de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten, groeit de vraag naar opvoed- en opgroeiondersteuning binnen het preventief jeugdbeleid. Hiervoor biedt de MJD uit Groningen sinds 2009 Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ (LPH12+).<sup>1</sup> Deze interventie is bedoeld voor zowel ouders als hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar met opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen. De aanpak kenmerkt zich door laagdrempelige, niet-geïndiceerde zorg en een preventieve insteek op het snijvlak van advies en informatie en hulpverlening, waarin het versterken van de eigen kracht van ouders en kinderen een belangrijke rol speelt. LPH12+ is nadrukkelijk gericht op het bevorderen van de sterke kanten van jongeren en hun ouders en het activeren/versterken van het netwerk rond het gezin.

Gezien de toenemende vraag naar opvoedingsondersteuning wil de MJD in samenspraak met de gemeente Groningen de aanpak continueren binnen de setting van de wijkteams in Groningen. Hiervoor is het van belang te kunnen beschikken over betrouwbare informatie over de werkzaamheid van de interventie. Met financiering van ZonMw heeft onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL een evaluatie uitgevoerd van de aanpak LPH12+.

In dit hoofdstuk beschrijven we de doelstelling van het onderzoek en gaan we in op de probleemstelling en onderzoeksvragen. We sluiten het hoofdstuk af met een leeswijzer.

---

<sup>1</sup> Gedurende de looptijd van het onderzoek is het aanbod LPH12+ ondergebracht bij de wijkteams in Groningen. De medewerkers van de MJD die LPH12+ uitvoeren zijn werkzaam in deze teams.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie, bestaande uit prof. dr. T. van Yperen van het Nederlands Jeugdinstituut en de Rijksuniversiteit Groningen (voorzitter), wethouder H.K. Bouman van de gemeente Eemshoek en mw. I. Weernink, directeur van De Badde, Compaen en Welstad. Zij zijn deskundig op het gebied van jeugdzorg, maar zijn niet verbonden aan de gemeente Groningen of de MJD. Op die manier is er sprake van een onafhankelijke commissie, waarin de diverse disciplines (onderzoek, beleid en uitvoering) rondom jeugdzorg vertegenwoordigd zijn. De leden hebben kritisch de voortgang van het onderzoek gevolgd en hebben belangrijke producten (instrumenten, voortgangsnotities en conceptrapporten) gelezen en becommentarieerd.

## **1.1 Doelstelling onderzoek**

Doel van het onderzoek is drieledig: het bieden van inzicht in de resultaten en mogelijke verbeteringen van de methodiek LPH12+; het bieden van informatie voor vergelijkbare (opvoed)interventies; en het leveren van een bijdrage aan de kennisontwikkeling over het versterken van eigen kracht van cliënten/burgers.

### **Verbetering van de methodiek**

Het onderzoek dient informatie te geven over de resultaten die met de aanpak LPH12+ behaald worden en de wijze waarop de verschillende onderdelen van de interventie bijdragen aan het behalen van deze resultaten. Hiermee worden de sterke en minder sterke onderdelen van de aanpak en/of de uitvoering van de aanpak in kaart gebracht. Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen verbeteringen worden gedaan in de methodiek, waardoor de hulp aan jongeren en hun ouders met opvoedproblemen in het voorliggende veld wordt verbeterd en er uiteindelijk minder frequent een beroep hoeft te worden gedaan op zwaardere vormen van hulpverlening.

## **Overdraagbaarheid**

Daarnaast dient het onderzoek waardevolle informatie te bieden voor vergelijkbare (opvoed)interventies. Het onderzoek moet inzicht geven in de factoren die van invloed zijn op de overdraagbaarheid en brede implementatie van de methodiek: voor wie werkt het en onder welke omstandigheden? Daarmee zijn de resultaten van het onderzoek zeer bruikbaar voor (ontwikkelaars van) vergelijkbare interventies.

## **Kennisontwikkeling over eigen kracht**

Ook dient het onderzoek een bijdrage te leveren aan de kennisontwikkeling over het versterken van de eigen kracht van ouders en jongeren. Gezien de huidige ontwikkeling in de hulpverlening en het welzijnswerk - waarin steeds meer een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van burgers - is het van groot belang kennis te vergaren en te delen over de werkzaamheid van methodieken waarin het versterken van eigen kracht centraal staat.

## **1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen**

Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ bevindt zich op het terrein dat voorliggend is aan de geïndiceerde jeugdzorg en is bedoeld voor opvoedingsproblemen die met alleen informatie en advies niet zijn op te lossen, maar die te licht zijn voor het aanbod van de geïndiceerde jeugdzorg. Door het aanbieden van deze vorm van opvoedingsondersteuning kan escalatie van problemen voorkomen worden, zodat er geen onnodig beroep gedaan hoeft te worden op zwaardere vorm van zorg.

Het is van belang te kunnen beschikken over betrouwbare informatie over de werkzaamheid van de interventie. Op basis van deze informatiebehoefte is de probleemstelling van het onderzoek als volgt geformuleerd:

In welke mate draagt LPH12+ bij aan het versterken van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders, welke werkzame mechanismen spelen hierbij een rol en in hoeverre is de methodiek overdraagbaar en elders te implementeren?

Deze probleemstelling valt uiteen in de volgende onderzoeksvragen:

- Heeft deelname aan LPH12+ bijgedragen aan:
  - het vergroten van het zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van de jongeren en/of de ouders?
  - het vergroten van de opvoedingscompetenties van ouders?
  - het verbeteren van de interactie en communicatie tussen jongeren en hun ouders?
  - het verminderen, oplossen dan wel voorkomen van problemen met betrekking tot de sociaal emotionele ontwikkeling van de jongeren?
  - het activeren en versterken van de sociale steunsystemen rond de jongeren en/of hun ouders?
- Welke factoren beïnvloeden de werkzaamheid van de methodiek, uitgesplitst naar a. de verschillende onderdelen en b. kenmerken van ouders/verzorgers en of kinderen/ jongeren, kenmerken van de hulpverlener en de alliantie tussen beide?
- Welke factoren zijn van invloed op de overdraagbaarheid en brede implementatie van de methodiek?
- Welke aanpassingen zouden eventueel moeten plaatsvinden in de methodiek om de werkzaamheid van de methodiek verder te verhogen?
- Wat leren de resultaten van het onderzoek in algemene zin over werkzame factoren bij het versterken van eigen kracht van jeugdigen en ouders?

### **1.3 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 lichten we de onderzoeksopzet toe. Het derde hoofdstuk omvat de interventietheorie. De interventietheorie vormt het

theoretisch raamwerk voor het interpreteren van de resultaten die uit analyses naar voren komen. In hoofdstuk 4 geven we een beschrijving van de onderzoeksgroep, waarbij wordt ingegaan op gezinssamenstelling, wijze van aanmelding en problematiek. In hoofdstuk 5 en hoofdstuk 6 behandelen we de resultaten van respectievelijk jongeren en ouders op de uitkomstmaten, terwijl in hoofdstuk 7 de resultaten op gezinsniveau worden besproken op basis van een combinatie tussen de gegevens uit de metingen bij ouders en jongeren en de dossierstudie. In het zevende en laatste hoofdstuk formuleren we aan de hand van de onderzoeksvragen de conclusies.



## 2. ONDERZOEKSOPZET

Voor de evaluatie van LPH12+ hebben we gebruik gemaakt van de methode van Realistic Evaluation van Pawson en Tilley (1997). Voor deze methode is gekozen omdat het uitvoeren van een quasi-experimenteel onderzoek met herhaalde metingen bij een experimentele groep en een controlegroep voor de evaluatie van LPH12+ niet haalbaar was, aangezien er geen goede controlegroep samengesteld zou kunnen worden. Realistic Evaluation biedt een goed en gedegen alternatief. Bij de methode Realistic Evaluation wordt gebruik gemaakt van een interventietheorie. De theoretische grondslagen van LPH12+ worden daarbij geëxpliciteerd, zodat getoetst kan worden welke elementen van de interventie op welke wijze verbonden zijn met de uitkomsten ervan (Pawson 2002, 2006).

Kenmerkend voor een professionele praktijk is dat de aanpak wordt toegespitst op specifieke cliënten of omstandigheden. Van belang is daarom na te gaan: wat werkt voor wie in welke omstandigheden (Sol e.a. 2011). Binnen Realistic Evaluation dient een interventie daarom altijd te worden gecontextualiseerd en gereconstrueerd als CMO-ketens: configuraties van Context-Mechanism-Outcome. De context en het mechanisme zorgen gezamenlijk voor een bepaalde uitkomst, dus: Context + Mechanism = Outcome.

Voor het uitvoeren van de evaluatie volgens de methode Realistic Evaluation zijn verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd. Deze activiteiten kunnen worden opgesplitst in vijf onderdelen:

1. het reconstrueren van de interventietheorie;
2. het ontwikkelen van een meetinstrument;
3. het uitvoeren van de resultaatmeting;
4. het houden van interviews met de betrokken professionals en leidinggevende;
5. de analyse en rapportage.

In matrix 2.1 is weergegeven op welke wijze de onderzoeksvragen en onderzoeksactiviteiten zich tot elkaar verhouden. In de hierna volgende paragrafen worden de onderzoeksactiviteiten nader toegelicht.

Matrix 2.1 Onderzoeksvragen en onderzoeksactiviteiten

Onderzoeksvragen	Reconstructie interventietheorie	Ontwikkelen meetinstrument	Resultaatmeting	Interviews betrockenen	Analyse en rapportage
Mate van doelbereik		X	X		X
Beïnvloedende factoren	X		X	X	X
Overdraagbaarheid en generaliseerbaarheid	X			X	X
Aanpassingen en verbeterpunten	X		X	X	X
Werkzame factoren	X		X	X	X

## 2.1 Reconstrueren interventietheorie

Door het reconstrueren van de interventietheorie hebben we inzichtelijk gemaakt op welke wijze wordt verondersteld dat de interventie werkt: wat zijn de beoogde uitkomsten van LPH12+ en op welke manier zal deelname aan het traject moeten leiden tot deze uitkomst (Leeuw 2003; Snippe e.a. 2005; Neve e.a. 2007, Bieleman e.a. 2008, Bieleman e.a. 2012; Van Ooijen, Bieleman en Korf 2014; Boendermaker e.a. 2015). Kenmerkend voor Realistic Evaluation is dat de gereconstrueerde interventietheorie tot stand komt in een dialoog tussen onderzoekers en professionals. Bij deze ‘division of expertise’ reiken wetenschappelijke onderzoekers de categorieën aan waarbinnen de praktijkkennis van de professionals kan worden gesystematiseerd en getoetst (Pawson en Tilley 1997; Sol e.a. 2011).

Bij het reconstrueren van de interventietheorie van LPH12+ hebben we om te beginnen de beschikbare documenten over LPH12+ en onderliggende literatuur bestudeerd. De hiermee verkregen informatie is aangevuld op basis van interviews met de opstellers van de methodiek. Dit zijn medewerkers van de MJD en GGD die betrokken zijn geweest bij het ontwikkelen en beschrijven van de methodiek. In de interviews is nagegaan welke aannames zijn gemaakt bij het opstellen van de methodiek. Van deze aannames is de consistentie nagegaan: wat is de probleemperceptie, welke doelen worden nagestreefd, welke middelen/instrumenten worden ingezet en welke resultaten worden hiervan verwacht.

Naast het bestuderen van de documenten van LPH12+ en het uitvoeren van interviews met opstellers hebben we een literatuurstudie uitgevoerd, waarmee relevante informatie is verzameld over bestaande onderzoeken naar vergelijkbare interventies en/of onderdelen daarvan. Daarbij is nagegaan wat op basis van literatuur werkzame factoren zijn van dergelijke opvoedingsinterventies. Welke criteria zijn kenmerkend voor effectiviteit? En in hoeverre komen deze criteria terug in de methodiek van LPH12+. Op basis van de literatuurstudie zijn voor de evaluatie belangrijke vragen beantwoord, zoals waarom de interventie LPH12+ werkzaam zou kunnen zijn, voor wie en onder welke voorwaarden.

De gereconstrueerde interventietheorie biedt een theoretisch raamwerk voor het interpreteren van de gemeten resultaten. Hoe sterker het beschreven verband tussen de aanpak en de beoogde doelstellingen, des te aannemelijker is het dat de gemeten resultaten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan de interventie (Bieleman en Boendermaker 2010).

## **2.2 Ontwikkelen meetinstrument**

Om vast te stellen in hoeverre bij de gezinnen progressie is geboekt op de doelstellingen van LPH12+ hebben we gebruik gemaakt van een

semi-gestructureerde vragenlijst, met enkele gevalideerde schalen. Door de vragenlijst op drie momenten af te nemen, kan de progressie op de uitkomstmaten worden vastgesteld. Het gaat daarbij om de volgende uitkomstmaten, overeenkomstig de doelstellingen van LPH12+:

- het vergroten van het zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van ouder(s) en/of jeugdige;
- het vergroten van de opvoedingscompetenties van de ouder(s);
- het verbeteren van de interactie en communicatie tussen ouder en jeugdige;
- het verminderen, oplossen dan wel voorkomen van problemen met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige;
- het herstellen van positieve sociale contacten/netwerken door ouder(s) en/of jeugdige;
- het motiveren van ouder(s) en jeugdige voor het aanvaarden van zwaardere vormen van hulpverlening, indien dit gezien de ernst van de problematiek nodig wordt geacht;
- het voorkómen dat problemen in de gezinssituatie escaleren en de ouders en kinderen onnodig in zwaardere vormen van hulpverlening terecht komen.

### **Focusgroepen**

In februari 2014 – voorafgaand aan het opstellen van de vragenlijst – hebben we focusgroepen gehouden met ouders en met jongeren die in de periode voor de start van de dataverzameling van het onderzoek hebben deelgenomen aan LPH12+. In deze bijeenkomsten is groepsgewijs besproken wat de ervaringen zijn van de ouders en de jongeren met de methodiek: hoe hebben zij het traject ervaren, wat zijn sterke punten, wat zou beter kunnen, voor wie is de aanpak geschikt en voor wie niet? Deze focusgroepen zijn gebruikt als input voor het opstellen van de vragenlijst die bij ouders en jongeren is afgenomen voor de resultaatmeting.

Voor het samenstellen van de focusgroep heeft de MJD een lijst gemaakt van ouders en jongeren die in het jaar voorafgaande aan het

onderzoek hebben deelgenomen aan LPH12+ waarvan zij inschatten dat deze ouders in staat zijn overstijgend naar de aanpak te kijken en hun ideeën hierover bovendien in groepsverband willen bespreken. De door de MJD geselecteerde ouders en jongeren hebben van de MJD een brief ontvangen waarin hen gevraagd wordt deel te nemen aan de focusgroep. Wanneer de ouders en/of de jongere hierop positief reageerden, zijn hun contactgegevens aan de onderzoekers verstrekt.

Aan de focusgroep voor ouders hebben zeven personen deelgenomen. Het animo van jongeren voor deelname aan de focusgroep was wat lager. Verschillende jongeren gaven aan het niet prettig te vinden om in een groep hun ervaringen te delen. Zij wilden liever een één op één gesprek met een onderzoeker. Uiteindelijk zijn drie jongeren aanwezig geweest bij de focusgroep en hebben de onderzoekers daarnaast enkele jongeren persoonlijk gesproken.

### **Samenstelling vragenlijst<sup>1</sup>**

Voor het samenstellen van de vragenlijst voor ouders en jongeren voor de evaluatie van LPH12+ hebben we zo veel mogelijk gebruik gemaakt van (onderdelen van) bestaande, gevalideerde schalen c.q. vragenlijsten. Matrix 2.2 toont per uitkomstmaat welke schalen c.q. vragenlijsten zijn gebruikt om deze te meten. Daarbij wordt tevens per (sub)schaal de Cronbachs' alpha vermeld op basis van de gegevens uit de voormeting van de onderzoeksgroep. De Cronbachs' alpha is een betrouwbaarheidscoëfficiënt waarmee op basis van onderlinge correlaties kan worden vastgesteld in hoeverre meerdere afzonderlijke items hetzelfde concept meten en samen één schaal mogen vormen. Over het algemeen wordt een schaal met een alpha van 0,70 of hoger als betrouwbaar gezien. Onder matrix 2.2 worden de verschillende schalen nader toegelicht.

---

<sup>1</sup> Een volledige versie van de vragenlijst is op te vragen bij de onderzoekers.

## Matrix 2.2 Uitkomstmaten en gebruikte schalen

Uitkomstmaten	Gebruikte schalen	Cronbachs' alpha <sup>1</sup>
Vergroten zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht jeugdigen	EMPO - jongeren CBSA - gevoel voor eigenwaarde CBSA - sociale acceptatie CBSA - schoolvaardigheden	0,83 0,86 0,54 0,77
Vergroten zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht ouders	EMPO - ouders	0,82
Vergroten opvoedcompetenties van ouders	VGFO - opvoeding VGFO - steun partner OBVL - problemen met opvoeding	0,83 0,80 0,82
Verminderen, oplossen dan wel voorkomen van problemen met betrekken tot sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige	SDQ-J SDQ-O	0,68 0,71
Verbeteren van interactie en communicatie tussen ouder en jeugdige - vragenlijst jeugdigen	KLAD - interactie thuis	0,59
Verbeteren van interactie en communicatie tussen ouder en jeugdige - vragenlijst ouders	OBVL - opvoeder-kind-relatie	0,86
Herstellen van positieve sociale contacten/netwerken door jeugdige	UCL - sociale steun zoeken KLAD - sociale contacten	0,79 0,45
Herstellen van positieve sociale contacten/netwerken door ouders	VGFO - sociale contacten	0,71

<sup>1</sup> Cronbachs' alpha op basis van de voormeting in de onderzoeksgroep.

### *Vragenlijst Empowerment (EMPO)*

De Vragenlijst Empowerment is een door Praktikon ontwikkelde vragenlijst voor het meten van de empowerment van ouders en jongeren. De vragenlijst van ouders bestaat uit drie onderdelen (interactioneel, intrapersoonlijk en gedragscontrole). De vragenlijst voor jongeren bestaat uit twee onderdelen (interactioneel en intrapersoonlijk).

De betrouwbaarheid van het instrument is in 2015 onderzocht. Daarbij is het aantal items bij de vragenlijst voor ouders teruggebracht van 27 naar 12 items, bij jongeren van en 16 naar 14 items. De validiteit van de ouder-vragenlijst bleek voldoende tot goed (Damen e.a., ingediend voor publicatie). De uitkomsten van het onderzoek naar de validiteit

van de vragenlijst van jongeren zijn nog niet beschikbaar. Wel hebben we de normscores ontvangen (Praktikon 2016).

### *Competentiebelevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)*

De CBSA is een vragenlijst voor het in kaart brengen van de competenties van jongeren van 12 tot 18. De vragenlijst bestaat uit zeven subschalen die elk uit vijf items bestaan. Voor de evaluatie van LPH12+ zijn hiervan drie schalen gebruikt, namelijk gevoel van eigenwaarde, sociale acceptatie en schoolvaardigheden.

De COTAN (Commissie Testaangelegenheden Nederland) (Evers e.a. 2007) heeft de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van CBSA beoordeeld als voldoende. Naar de criteriumvaliditeit is onvoldoende onderzoek gedaan om deze te kunnen beoordelen. Binnen onze onderzoeksgroep bleek de correlatie tussen de vijf items van de schaal sociale acceptatie erg laag (Cronbachs' alpha van 0,25). Twee items uit de schaal bleken niet te correleren met de andere items. Zonder deze items is de Chronbachs' alpha van deze schaal 0,54. Besloten is daarom om deze twee items niet mee te nemen in de analyse.

### *Vragenlijst gezinsfunctioneren volgens Ouders (GVFO)*

De GVFO is een door Praktikon ontwikkelde vragenlijst voor het meten van gezinsfunctioneren. De vragenlijst maakt onderdeel uit van de Vragenlijst Gezin en Opvoeding (VG&O). De lijst omvat 28 items die vijf aspecten van de opvoeding meten. Voor de evaluatie van LPH12+ zijn hiervan drie aspecten opgenomen in de vragenlijst voor ouders, namelijk opvoeding, partnerrelatie en sociale contacten. De betrouwbaarheid van de GVFO wordt beoordeeld als goed, de validiteit van de verschillende schalen als acceptabel tot goed (Veerman e.a. 2012).

### *Opvoedingsbelastingsvragenlijst (OBVL)*

Ook de OBVL is een onderdeel van de Vragenlijst Gezin en Opvoeding van Praktikon. De lijst omvat 34 vragen die vijf aspecten van de opvoedingsbelasting meten. In de vragenlijst voor ouders voor

de evaluatie van LPH12+ zijn hiervan twee aspecten opgenomen, namelijk problemen in de opvoeder-kind-relatie en problemen met opvoeden. Zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de OBVL worden als goed beoordeeld (Vermulst e.a. 2012).

### *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

De SDQ is een screeningslijst voor het meten van psychische problematiek en vaardigheden bij kinderen van 3 tot en met 16 jaar. De screeningslijst kent verschillende versies, namelijk voor jeugdigen, voor ouders en voor leerkrachten. Voor de evaluatie van LPH12+ zijn de lijsten voor jeugdigen en ouders gebruikt.

De vragenlijst bestaat uit vijf schalen (elk met vijf items), namelijk emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. Daarnaast zijn enkele vragen opgenomen over de impact van de problematiek op het dagelijks leven. Al deze items en vragen zijn in de vragenlijst voor de evaluatie van LPH12+ opgenomen, zowel in de versie voor ouders als in de versie voor jongeren.

De COTAN (Evers e.a. 2007) heeft de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van het instrument beoordeeld als voldoende. Naar de criteriumvaliditeit is onvoldoende onderzoek gedaan om deze te kunnen beoordelen.

### *Klachtenlijst voor Adolescenten (KLAD)*

De KLAD is een screeningslijst voor adolescenten van 12 tot 18 jaar en is bedoeld voor het in kaart brengen van gedragsmoeilijkheden. De vragenlijst kent drie versies, namelijk een versie voor adolescenten, een versie voor ouders en een versie voor leerkrachten of begeleiders. De vragenlijst omvat 60 items verdeeld over negen items. Voor de evaluatie van LPH12+ worden hiervan vier schalen gebruikt, namelijk weigergedrag, sociale relaties thuis, sociale relaties elders en sociale steun.

De COTAN (Evers e.a. 2000) heeft de betrouwbaarheid en begripsvaliditeit van het instrument beoordeeld als voldoende. Naar de criteriumvaliditeit is onvoldoende onderzoek gedaan om deze te kunnen beoordelen.

### *Utrechtse Copinglijst voor Adolescenten (UCLA)*

De UCLA meet hoe jongeren omgaan met problemen en gebeurtenissen. De lijst bestaat uit zeven schalen en telt in totaal 47 items. Voor de evaluatie van LPH12+ wordt hiervan één schaal gebruikt, namelijk sociale steun zoeken.

De betrouwbaarheid en validiteit van de UCLA wordt door COTAN als onvoldoende beoordeeld. Uit onderzoek van Bijstra, Jackson en Bosma (1994) blijkt dat de vragenlijst op enkele punten voor verbetering vatbaar is, maar in het algemeen als een goed meetinstrument kan worden beschouwd.

Van de vragenlijsten hebben we twee versies gemaakt, één bedoeld voor de jeugdige en één bedoeld voor de ouder(s). Hoewel deze versies grotendeels overeenkomen, is in de vragenlijst voor de jongeren expliciet aandacht voor de (sub)doelen die betrekking hebben op de (vaardigheden van de) jongeren (bijvoorbeeld zelfvertrouwen van jongeren), terwijl de vragenlijst van de ouders gericht is op de (sub)doelen ten aanzien van de ouders (bijvoorbeeld opvoedcompetenties). Ook is de vragenlijst voor jongeren afgestemd op het niveau van 12-jarigen. De vragenlijst van de voormeting, de nameting en de vervolgmeting bevatten grotendeels dezelfde items.

### **Testen vragenlijst**

De vragenlijst is voor gebruik getest, waarbij is samengewerkt met jongeren van het jongerenparticipatieproject Jimmy's en de ouders die hebben deelgenomen aan de focusgroep. Jimmy's is een laagdrempelige informatiewinkel die voor het grootste deel wordt gerund door jongeren zelf. Zij richten zich op het geven van voorlichting, het organiseren van mogelijkheden voor ontmoeting tussen jongeren en het voorkomen van schooluitval. De jongeren bij

Jimmy's vormen een goede afspiegeling van de doelgroep van de jeugdigen van LPH12+ en zijn mede daardoor goed in staat de vragenlijst voor de jeugdigen te beoordelen op begrijpelijk taalgebruik, complexiteit (van bijvoorbeeld antwoordcategorieën) en duur.

## **2.3 Uitvoeren resultaatsmeting**

Voor het meten van de resultaten van LPH12+ hebben we de hierboven beschreven vragenlijst afgenomen bij jongeren en hun ouders die zijn ingestroomd bij LPH12+ in de periode april 2014 tot en met juli 2016. In totaal zijn in die periode 25 gezinnen ingestroomd in het traject waarvan 24 hebben deelgenomen aan het onderzoek. Van deze 24 gezinnen zijn tevens de dossiers bestudeerd. In deze paragraaf gaan we om te beginnen in op de wijze waarop de vragenlijsten zijn afgenomen en wordt een responsoverzicht gegeven. Vervolgens bespreken we de uitvoering van de dossierstudie.

### **Afname vragenlijsten**

De vragenlijst is face-to-face bij de jeugdige en de ouders afgenomen door ervaren onderzoekers. Het contact tussen de onderzoekers en de gezinnen is gelegd via de professionals van LPH12+. Zij hebben het onderzoek al in het eerste gesprek dat zij hebben met het gezin geïntroduceerd. Daarbij is een brief overhandigd waarin het onderzoek en de privacyvoorwaarden worden toegelicht. Als de jeugdige en de ouders bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek, zijn de contactgegevens van ouders door de professional van LPH12+ aan de onderzoekers doorgegeven. Vervolgens hebben de onderzoekers rechtstreeks contact opgenomen met het gezin om een afspraak te maken voor datum en tijdstip waarop de vragenlijst kan worden afgenomen.

De eerste meting (voormeting) heeft plaatsgevonden in de eerste fase van de hulpverlening (intake en screening), kort na het eerste of tweede huisbezoek en voordat de werkfase van start gaat. Door de

eerste meting zo vroeg mogelijk te plannen, kan met deze meting de situatie van het gezin vóór aanvang van de hulpverlening worden vastgesteld. De tweede meting (nameting) is gepland direct na afronding van de hulpverlening. De professional van LPH12+ lichtte de onderzoeker in zodra bekend was wanneer de hulpverlening zou worden afgerond. Evenals bij de eerste meting heeft de onderzoeker vervolgens contact opgenomen met het gezin om een afspraak te maken voor het afnemen van de tweede vragenlijst.

De derde meting (vervolgmeting) heeft plaatsgevonden een half jaar na afronding van het traject. De onderzoekers hebben voor deze meting rechtstreeks contact opgenomen met de gezinnen, zonder dat dit eerst door de professional van LPH12+ in het gezin is aangekondigd. De onderzoekers hebben al bij de tweede meting met de jeugdige en de ouders aangekondigd dat zij een half jaar later opnieuw contact zullen opnemen voor een meting en hiervoor toestemming gevraagd.

Aanvankelijk was beoogd om bij ouders gezamenlijk één vragenlijst af te nemen. In de praktijk bleek echter dat ouders niet altijd hetzelfde dachten over de antwoorden op de items van de verschillende schaalvragen. Dit leidde tot discussie over de beantwoording, hetgeen de afname van de vragenlijst bemoeilijkte. In een vroeg stadium van het onderzoek is daarom besloten om de schaalvragen door ouders afzonderlijk te laten invullen, terwijl de semigestructureerde en open vragen aan ouders gezamenlijk zijn gesteld. De jeugdige was niet bij dit gesprek aanwezig. Daarnaast is een vragenlijst afgenomen bij de jeugdige, waarbij de ouders op hun beurt niet aanwezig waren. Hiermee is voorkomen dat de antwoorden van ouders dan wel van de jeugdige zijn beïnvloed door de aanwezigheid van de andere partij.

Wanneer ouders gescheiden zijn, maar de beide ouders wél bij het traject LPH12+ betrokken zijn, is bij iedere ouder afzonderlijk een vragenlijst afgenomen. Als van de beide ouders slechts één ouder bij het traject is betrokken, is alleen bij deze ouder een vragenlijst afgenomen.

## Respons

Vooraf was beoogd om 30 gezinnen in het onderzoek op te nemen. Gaandeweg het onderzoek bleek echter dat de instroom bij LPH12+ door taakverschuivingen in het kader van de transities lager was dan was beoogd. De doorlooptijd van het onderzoek is om die reden na overleg met ZonMw met enkele maanden verlengd.

Uiteindelijk zijn 25 gezinnen ingestroomd in het traject LPH12+ (tabel 2.1). De bereidheid tot deelname bij de gezinnen is groot: bij slechts één gezin wilden zowel de ouders als de jongere niet meedoen aan het onderzoek. De overige 24 gezinnen hebben we kunnen meenemen in het onderzoek omdat zowel de ouders als de jongeren of – in een enkel geval – alleen de ouders bereid waren deel te nemen aan het onderzoek. Bij de 24 deelnemende gezinnen is in totaal bij 33 ouders en bij 23 jongeren de voormeting afgenomen. Voor drie van deze jongeren geldt dat zij tot hetzelfde gezin behoren.

Ook bij de nameting is de respons hoog. Van de 24 gezinnen die hebben deelgenomen aan de voormeting waren van 23 gezinnen de ouders en (in de meeste gevallen) de jongeren bereid tevens deel te nemen aan een nameting. Het gaat om 22 jongeren en 30 ouders. Aan de vervolgmeting (een half jaar na de nameting) hebben 20 gezinnen deelgenomen, waarbij 17 jongeren en 24 ouders zijn gesproken.

Tabel 2.1 Responsoverzicht

	Gezinnen	Jongeren	Ouders
Totale instroom	25	27	34
Deelname voormeting	24	23	33 (32 lijsten) <sup>2</sup>
Non-respons voormeting	1	4	1
Deelname nameting	23	22	30
Non-respons nameting	2	5	4
Deelname vervolgmeting	20	17	24
Non-respons vervolgmeting	5	10	10

<sup>2</sup> Er zijn in de voormeting 33 ouders gesproken. Twee ouders hebben de vragenlijst helemaal gezamenlijk ingevuld. Het gaat dus om 32 vragenlijsten.

## **Dossiers**

Naast de informatie uit de vragenlijsten bij ouders en jeugdigen, hebben we tevens gebruik gemaakt van registratiegegevens c.q. dossiergegevens. Per gezin wordt een digitaal dossier bijgehouden in Regas, het registratiesysteem van de MJD. Dit digitale dossier omvat naast basale achtergrondinformatie over de jeugdige en de ouders tevens een intakeformulier, een hulpverleningsplan en een evaluatieverslag. Daarnaast wordt het aantal contactmomenten met ouders en de jeugdige in Regas vastgelegd.

In het intakeformulier wordt de hulpvraag bij aanvang van het traject beschreven. Daarnaast wordt op dit formulier aandacht besteed aan de sterke kanten van het gezinssysteem en is ruimte voor het vastleggen van voor het traject relevante achtergrondinformatie. In het hulpverleningsplan, dat in de eerste twee huisbezoeken wordt opgesteld, wordt een beeld gegeven van de opvoedingssituatie en verzwarende en verlichtende aspecten die hierbij van belang zijn. Daarnaast worden de doelen, werkpunten en in te zetten instrumenten beschreven. In het evaluatieverslag, dat tijdens het laatste huisbezoek wordt ingevuld, wordt een beschrijving gegeven van de behaalde resultaten per gestelde doelstelling en worden indien van toepassing afspraken voor een vervolgtraject vastgelegd.

Voor het bestuderen van de dossiers zijn twee onderzoekers een aantal dagdelen bij de MJD aanwezig geweest om ter plekke de registraties en (digitale) dossiers in te zien en de informatie per gezin te verwerken in een daarvoor ontwikkeld analyseschema. Daar waar de informatie in de dossiers niet compleet was, zijn aanvullende vragen gesteld aan de hulpverleners om alsnog over de benodigde informatie te kunnen beschikken.

## **2.4 Interviews professionals**

Om nader inzicht te krijgen in de uitvoering in de praktijk, de mechanismen die bijdragen aan de resultaten bij de gezinnen en de (contextuele) factoren die daarbij een rol spelen hebben we op twee momenten interviews gehouden met de professionals van LPH12+, de betrokken gedragswetenschapper en de leidinggevende, namelijk in december 2014 en voorjaar 2016. In deze interviews is nagegaan of de interventie wordt uitgevoerd zoals beoogd, welke knelpunten hierbij worden ervaren, welke aanpassingen in de praktijk zijn gedaan (en waarom) en welke randvoorwaarden van belang zijn voor het kunnen uitvoeren van de methodiek en voor het behalen van de beoogde resultaten. Ook is nagegaan hoe wordt gecontroleerd of de professionals zich houden aan de juiste procedures. Uit diverse onderzoeken blijkt namelijk dat het bewaken van de kwaliteiten van de uitvoering van het programma van groot belang is voor de werkzaamheid van interventies (Hermanns e.a. 2005).

## **2.5 Analyse en rapportage**

De uitgevoerde onderzoeksactiviteiten leveren een grote hoeveelheid onderzoeksgegevens op, die door ons zijn geanalyseerd en verwerkt tot dit eindrapport. Hieronder gaan we in op de analysemethoden die daarbij zijn gebruikt.

### **Gespreksverslagen**

Voor verschillende onderdelen van het onderzoek hebben we interviews gehouden met diverse betrokken partijen. Van deze interviews, die zijn afgenomen door ervaren onderzoekers, zijn geluidsopnamen gemaakt die door onderzoeksassistenten zijn uitgewerkt. De onderzoeker die het interview heeft afgenomen, heeft deze uitwerking bewerkt tot een thematisch verslag, dat is gebruikt als input voor het rapport. Ook van de focusgroepen met ouders en

jongeren is een verslag gemaakt door de onderzoeker die als notulist bij de focusgroepen aanwezig was.

### **Analysemethoden resultaatmeting**

De vragenlijsten bij de jeugdigen en hun ouders zijn na afname ingevoerd in het statistiekprogramma SPSS. Voor het analyseren van de verzamelde gegevens uit de vragenlijst hebben we diverse bewerkingen uitgevoerd en statische technieken toegepast, die hieronder worden toegelicht.

#### *Scores van ouders binnen één gezin*

Voor verschillende gezinnen geldt dat beide ouders hebben deelgenomen aan het onderzoek en de vragenlijsten daarvoor (ten dele) afzonderlijk hebben ingevuld. Om te voorkomen dat de ontwikkelingen in deze gezinnen in de analyses zwaarder meetellen dan de ontwikkelingen in de gezinnen waarvan één ouder de vragenlijst heeft ingevuld, zijn de totaalscores per uitkomstmaat van ouders uit één gezin samengevoegd tot één gemiddelde totaalscore per uitkomstmaat. Gezien de hoge correlatie tussen de scores van ouders binnen één gezin leidt deze samenvoeging niet tot een verlies van informatie.

Een uitzondering hierop wordt gevormd door twee gezinnen waarin de ouders die hebben deelgenomen aan de vragenlijst gescheiden zijn. Deze ouders hebben zeer uiteenlopende scores op de vragenlijsten, waardoor het niet mogelijk is de scores van deze ouders te middelen zonder daarmee informatie te verliezen. In deze gevallen is gekozen om in de analyses alleen de vragenlijst op te nemen van de ouder die het meest intensief bij de opvoeding en het hulpverleningstraject betrokken is. In beide gevallen is dat de moeder.

#### *Scores van jongeren binnen één gezin*

Voor één gezin geldt dat drie jongeren uit het gezin hebben deelgenomen aan het hulpverleningstraject en aan het onderzoek. Om dit gezin in de analyses evenveel gewicht toe te kennen als de gezinnen waarin één jongere heeft deelgenomen is een wegingsfactor

toegepast, waarbij de drie jongeren elk een weging van 0,33 hebben gekregen.

### *Resultaten onderzoeksgroep*

Om te beginnen is nagegaan in hoeverre de jeugdigen en ouders in de onderzoeksgroep een verbetering laten zien op de uitkomstmaten van de interventie. Door middel van een paired-sample-t-test zijn de scores op de uitkomstmaten van de verschillende metingen met elkaar vergeleken. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen resultaten op korte termijn (vergelijking voor- en nameting) en resultaten op de lange termijn (vergelijking voor- en vervolgmeting).

Per analyse is ook de effectgrootte berekend. Dit is een statistische maat die aangeeft hoe sterk het effect van de interventie is op een populatie in vergelijking met een andere populatie. Daarbij geldt dat een effectgrootte van kleiner dan 0,2 klein is, een effectgrootte van rond de 0,5 als middelgroot kan worden gezien en dat een effectgrootte van groter dan 0,8 als groot wordt beschouwd.

#### - Doorverwijzing zwaardere hulp

Een deel van de gezinnen in de onderzoeksgroep is gezien de ernst van de problematiek door de hulpverlener van LPH12+ doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. De problematische situatie in deze gezinnen kan een drukkend effect hebben op de gemeten verbetering op de uitkomstmaten bij de overige gezinnen. Om te controleren voor dit effect hebben we een extra analyse uitgevoerd op de uitkomstmaten, waarbij de gezinnen die zijn doorverwezen naar zwaardere hulp buiten beschouwing zijn gelaten. Daar waar dit tot andere resultaten leidde is dat in de tekst vermeld.

#### - Verschillen onderzoeksgroep nameting en vervolgmeting

Zoals is te zien in het responsoverzicht (tabel 1.1) is er sprake van lichte uitval in de onderzoeksgroep tussen de nameting en de vervolgmeting. De mogelijkheid bestaat dat dit een selectieve uitval betreft: de gezinnen die niet meer konden of wilden meedoen aan de vervolgmeting zijn mogelijk juist die gezinnen waarmee het niet goed

gaat. Om te controleren voor de invloed van deze selectieve uitval hebben we de analyses voor de resultaten op korte termijn tevens uitgevoerd op de groep respondenten die ook heeft deelgenomen aan de vervolgmeting. Dit heeft niet geleid tot andere resultaten op korte termijn.

#### - Referentiebestand

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) beschikt over een referentiebestand met de scores van een groot aantal jongeren en ouders op een aantal veel gehanteerde schalen. In samenwerking met prof. Van Yperen zijn we nagegaan of dit bestand bruikbaar zou kunnen zijn voor het verkrijgen van referentiemateriaal voor enkele van de schaalvragen uit onze vragenlijst, waarbij de schaalvragen afkomstig van de SDQ vergelijkbaar bleken met het referentiebestand. Uit het referentiebestand zijn cases geselecteerd die op basis van enkele relevante variabelen (geslacht, leeftijd en de totaalscore op de SDQ in de 0-meting) zijn gematcht met de respondenten uit de onderzoeksgroep. Hierbij is gebruikt gemaakt van de methode Propensity Score Matching (PSM). Bij deze methode wordt voor elke casus een score berekend – de zogenoemde propensity score – die op basis van de matchingsvariabelen de waarschijnlijkheid weergeeft waarmee een casus tot de onderzoeksgroep of de vergelijkingsgroep behoort. Via een geautomatiseerde methode wordt voor elke casus uit de onderzoeksgroep een casus uit het vergelijkingsbestand gehaald met een zo klein mogelijk verschil in propensity score (Geurts e.a. 2010). De geselecteerde casussen uit het referentiebestand zijn vervolgens in de analyses van de SDQ meegenomen als controlegroep.

#### - Identificeren van beïnvloedende variabelen

Om na te gaan welke factoren van invloed zijn op de ontwikkelingen op de uitkomstmaten zijn per uitkomstmaat multivariate regressieanalyses uitgevoerd, waarbij onderscheid is gemaakt tussen verschillende categorieën onafhankelijke variabelen: kenmerken van de jongeren (leeftijd, geslacht); kenmerken van het gezin (aantal probleemgebieden bij aanvang, score op de voormeting; aantal

betrokken opvoeders) en kenmerken van het hulpverleningstraject (duur en aantal hulpverleningsuren).

Voorafgaand aan elke afzonderlijke regressieanalyse zijn door middel van een bivariate analyse correlaties berekend tussen de variabelen en de uitkomstmaat. Alleen variabelen die op basis van deze analyse bleken te correleren met de uitkomstmaat zijn in het regressiemodel opgenomen. Vervolgens zijn deze variabelen stapsgewijs toegevoegd aan het regressiemodel, waarin de leeftijd en het geslacht van de jeugdige in alle gevallen zijn meegenomen als controlevariabelen.

### *Resultaten op individueel niveau*

Naast het analyseren van de resultaten van de groep jongeren en ouders als geheel is tevens per respondent nagegaan op welke uitkomstmaten hij/zij in de voormeting problematisch scoorde en in hoeverre hierin in de nameting en vervolgmeting verandering is opgetreden. Daarbij is gebruik gemaakt van de zogenoemde normatieve deviatiescore (NDS). Een normatieve deviatiescore geeft aan hoeveel standaarddeviaties de score van een individu afligt van de norm en is daarmee een maat voor de ernst van de problematiek. Bij het interpreteren van de normatieve deviatiescore worden vijf categorieën gehanteerd: geen problemen (NDS < 1,00); matige problemen (NDS van 1,00 tot en met 1,29); aanzienlijke problemen (NDS van 1,29 tot en met 1,64); ernstige problemen (NDS van 1,65 tot en met 1,96); en zeer ernstige problemen (NDS > 1,96) (Veerman 2008).

Om de normatieve deviatiescore per uitkomstmaat te berekenen is daar waar mogelijk uitgegaan van de normscores en standaarddeviaties behorende bij de gehanteerde schalen c.q. instrumenten. Deze normscores en standaarddeviaties worden over het algemeen vermeld in de handleiding van het instrument en zijn bepaald op basis van de scores bij een representatieve groep respondenten uit de algemene bevolking (Veerman 2008). Bij het meten van sommige uitkomstmaten is gebruik gemaakt van een combinatie van schalen. In dergelijk gevallen hebben we de normscores van deze instrumenten gecombineerd tot één normscore voor de uitkomstmaat. Als

standaarddeviatie hanteren we in deze gevallen de standaarddeviatie van onze onderzoeksgroep op de voormeting.

### *Vergelijking vooraf opgestelde succesmaten*

Op basis van de NDS van de individuele respondenten is tevens berekend welk percentage van de jongeren en ouders die bij aanvang van de hulp problematisch scoorden op een uitkomstmaat hierin een verbetering laat zien. Deze percentages zijn vergeleken met vooraf door de MJD opgestelde succesmaten (tabel 2.2). Deze succesmaten zijn in het beginstadium van het onderzoek opgesteld door de medewerkers van de MJD. Ze laten zien welk percentage van de ouders en jongeren volgens de MJD een verbetering moet laten zien op de uitkomstmaten om te kunnen spreken van een succes voor de groep als geheel.

**Tabel 2.2** Indicatoren en succesmaten doelrealisatie

Indicator	Succesmaat bij uitstroom	Succesmaat een half jaar na uitstroom
Het zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van ouder(s) en/of jeugdige is vergroot.	80%	70%
De opvoedingscompetenties van ouder(s) zijn vergroot.	80%	70%
De interactie en communicatie tussen ouder(s) en jeugdige is verbeterd.	90%	80%
Problemen met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige zijn verminderd, opgelost of voorkomen.	65%	55%
De positieve sociale contacten/netwerken door ouder(s) en/of jeugdige zijn hersteld.	70%	75% <sup>3</sup>

Naast succesmaten voor doelrealisatie heeft de MJD tevens succesmaten geformuleerd voor de mate van tevredenheid van ouders

<sup>3</sup> De verwachting is dat het herstellen van de sociale contacten en netwerken een proces is dat weliswaar in gang wordt tijdens het traject LPH12+, maar zich daarna nog verder ontwikkeld. Om die reden is in de vervolgmeting gekozen voor een hogere succesmaat dan in de uitstroommeting.

en jeugdige die de MJD nastreeft en de mate van het afronden van het traject zonder uitval. Deze zijn weergegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Indicatoren en succesmaten tevredenheid en uitval

Indicator	Succesmaat bij uitstroom
Ouders zijn tevreden over het effect van LPH12+.	80%
Jongeren zijn tevreden over het effect van LPH12+.	80%
Ouders en jongeren beëindigen het traject op reguliere wijze.	90%

### *Dossiergegevens*

De informatie uit de dossiers is gebruikt om inzicht te geven in de duur, intensiteit en inhoud van de trajecten. Bovendien is op basis van de dossiers geanalyseerd op welke terreinen doelen zijn gesteld, welke acties zijn uitgevoerd c.q. instrumenten zijn ingezet en in hoeverre de gestelde doelen volgens de hulpverlener zijn behaald. Deze gegevens over doelbereik zijn vervolgens vergeleken met de gegevens uit de metingen onder ouders en jongeren.

### **3. INTERVENTIETHEORIE**

In dit hoofdstuk bespreken we de interventietheorie die ten grondslag ligt aan de Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ (LPH12+). Door het reconstrueren van de interventietheorie wordt inzichtelijk gemaakt wat de beoogde uitkomst is van de interventie en op welke wijze deelname aan LPH12+ zou moeten leiden tot deze uitkomst. Het vormt daarmee een raamwerk voor het interpreteren van de resultaten van de evaluatie van LPH12+: hoe sterker het beschreven verband tussen de aanpak en de beoogde uitkomst, des te aannemelijker is het dat de gemeten resultaten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan de interventie (Bieleman en Boendermaker 2010).

In dit hoofdstuk behandelen we allereerst de ontstaansgeschiedenis van LPH12+. Vervolgens beschrijven we voor welke doelgroep de interventie bedoeld is (paragraaf 2.2) en wordt een korte analyse gegeven van de problematiek van de doelgroep (paragraaf 2.3). In paragraaf 2.4 gaan we in op de beoogde uitkomsten en in paragraaf 2.5 komt de werkwijze van LPH12+ aan bod, waarbij de uitgangspunten en gehanteerde methoden en instrumenten worden toegelicht. In de daarop volgende paragrafen komen de theoretische onderbouwing en de werkzame bestanddelen van de werkwijze aan de orde. In de laatste paragraaf besteden we aandacht aan de randvoorwaarden voor de uitvoering van de interventie. De notitie wordt afgesloten met een schematisch overzicht van de interventietheorie.

#### **3.1 Ontstaansgeschiedenis**

Door de invoering van de Wet op de Jeugdzorg in 2005 is de toegang tot jeugdhulpverlening veranderd. Er wordt vanaf dat moment onderscheid gemaakt tussen preventieve jeugdgezondheidszorg

enerzijds, uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de gemeente, en geïndiceerde jeugdzorg anderzijds. Om in aanmerking te komen voor jeugdzorg hebben ouders en jongeren een indicatie van Bureau Jeugdzorg nodig. Voor niet-geïndiceerde zorg kunnen ouders en jongeren beroep doen op het preventief jeugdbeleid van de gemeente.<sup>1</sup>

Deze stelselwijziging heeft onder meer gevolgen gehad voor de wijze waarop ambulante opvoedondersteuning in Groningen is georganiseerd. Om tegemoet te komen aan de ontstane behoefte aan opvoed- en opgroeiondersteuning zónder dat hiervoor een indicatie beschikbaar is, is in het voorliggende veld een aanbod ontwikkeld voor Licht Pedagogische Hulpverlening (LPH). Deze vorm van hulpverlening bevindt zich op het grensvlak van reguliere preventieve jeugdgezondheidszorg van de gemeente enerzijds en de geïndiceerde jeugdzorg anderzijds. Het gaat om een aanbod voor opvoedingsproblemen die met informatie en advies alleen niet zijn op te lossen, maar die te licht zijn voor het aanbod van geïndiceerde jeugdzorg. De LPH voor ouders en hun kinderen tot 12 jaar (LPH12-) is ondergebracht bij de GGD in Groningen, de LPH voor ouders en kinderen vanaf 12 jaar (LPH12+) bij de MJD.<sup>2</sup>

### *Professionalisering*

In de periode 2005 tot 2011 hebben de GGD en de MJD de LPH elk op hun eigen wijze ingevuld en doorontwikkeld. In 2011 hebben de GGD en MJD gezamenlijk aanspraak gemaakt op innovatiegelden van de provincie Groningen om de LPH te professionaliseren. Onderdeel van deze professionalisering was het ontwikkelen van een meer planmatige en uniforme werkwijze, het uitwerken, onderbouwen en op schrift stellen van de methodiek, het volgen van een intensieve

---

<sup>1</sup> Met de transitie van de jeugdzorg is de toegang tot jeugdhulpverlening opnieuw veranderd. Vanaf dat moment valt ook de geïndiceerde jeugdzorg onder rechtstreekse verantwoordelijkheid van de gemeente.

<sup>2</sup> Gedurende de looptijd van het onderzoek is het aanbod LPH12+ ondergebracht bij de wijkteams in Groningen. De medewerkers van de MJD die LPH12+ uitvoeren zijn werkzaam in deze teams.

training Kort Ambulant door alle hulpverleners van LPH en het ontwikkelen van gestandaardiseerde instrumenten voor registratie en verslaglegging.

De voorliggende evaluatie van LPH richt zich op de uitvoering en resultaten van LPH12+ door de MJD. De resultaten en hieruit voortvloeiende aanbevelingen en verbeterpunten zullen ten dele ook bruikbaar zijn voor LPH12-.

## **3.2 Doelgroep en probleembeschrijving**

LPH12+ richt zich op het voorkomen, oplossen dan wel verminderen van opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen. De doelgroep wordt gevormd door ouders en hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar uit de stad Groningen die opvoedingsproblemen en psychosociale problemen ervaren.

### **Opvoedingsproblemen**

Door Kousemaker en Timmers-Huigens (1985) is een indeling gemaakt van vier niveaus van opvoedingsproblemen, uiteenlopende van een gewone opvoedingssituatie naar een situatie van opvoedingsnood, afhankelijk van de ernst van de hulpvragen. Deze indeling is weergegeven in matrix 3.1. Wanneer er sprake is van een gewone opvoedingssituatie met gebruikelijke opvoedingsvragen kan worden volstaan met reguliere informatievoorziening en advies vanuit de preventieve jeugdgezondheidszorg. In gevallen waarin er sprake is van opvoedingsnood met hardnekkig en complexe opvoedingsproblemen, is hulp vanuit geïndiceerde jeugdzorg geboden.

De hulpverlening van LPH12+ is gericht op de twee tussenliggende niveaus, namelijk opvoedingsspanning en opvoedingscrisis. Bij opvoedingsspanning levert het opvoedingshandelen van ouders (bij herhaling) niet het gewenste resultaat op. Ouders gaan daardoor twijfelen of ze het wel goed doen. Hoewel de vragen van ouders op dit

niveau specifiek en dringender zijn dan de informatiebehoefte bij een gewone opvoedingssituatie, leidt dit nog niet tot disfunctioneren of problematische verhoudingen (Timmers-Huigens 2004). In het geval van opvoedingscrisis wordt de totale opvoedingsrelatie tussen ouders en jeugdige gekleurd door gevoelens van onmacht, ineffectiviteit in het opvoeden. Er is sprake van een verslechterde relatie tussen ouders en jeugdige en/of negatieve gevoelens naar het kind.

**Matrix 3.1 Niveaus van opvoedingsproblematiek (gebaseerd op Kousemaker en Timmers-Huigens, 1985)**

Werkterrein preventieve jeugdgezondheidszorg	Werkterrein LPH12+		Werkterrein geïndiceerde jeugdzorg
	Opvoedings- spanning	Opvoedings- crisis	
Opvoedingsvragen	Opvoedings- vragen zijn niet soepel oplosbaar, beginnende problemen.	Opvoedings- problemen worden acuut/ Escaleren.	Opvoedings- problemen zijn hardnekkig en complex.
Opvoedingsvragen zijn naar tevredenheid op te lossen.	Ouders twijfelen (soms) aan eigen competentie.	Gevoel van competentie is (tijdelijk) weg.	Ouders voelen zich incompetent en machteloos.
Ouders voelen zich competent.	Behoeft aan vrijblijvend advies en steun.	Behoeft aan (directieve) steun.	Behoeft aan intensieve hulp of steun.
Behoeft aan informatie en uitwisselen van ervaringen.	Ondersteuning eigen netwerk schiet soms te kort.	Steun eigen netwerk onvoldoende.	Steun eigen netwerk ontbreekt.
Steun eigen netwerk voldoet.			

### **Enkelvoudige psychosociale problemen**

Naast hulp bij opvoedingsproblemen is LPH12+ gericht op het voorkomen, oplossen dan wel verminderen van enkelvoudige psychosociale problemen van de jeugdige. Met enkelvoudige psychosociale problemen worden problemen bedoeld op het terrein van (gezins)relaties, identiteit, school en vrije tijd die niet in combinatie voorkomen met ernstige sociale, psychische, psychiatrische en/of lichamelijke problemen (Bergen e.a. 2005).

## **Problematiek in de praktijk**

Op basis van de instroom in de periode 2011 tot en met begin 2014 kan een beeld worden geschetst van de problematiek van de gezinnen die deelnemen aan LPH12+. Van de 86 gezinnen die zijn ingestroomd in deze periode kampt het grootste deel (70 gezinnen, 81%) met een hulpvraag op het gebied van opvoeding. Bij een kleiner deel van de gezinnen (8 gezinnen, 9%) is er sprake van een hulpvraag op een ander terrein, namelijk sociale relaties (bijvoorbeeld scheidingsproblematiek), opleiding (verzuim), gezondheid of financiën. Bij eveneens acht gezinnen (9%) spelen zowel opvoedproblemen als problemen op één van de andere leefgebieden.

### *Type opvoedproblemen*

Het grootste deel van de opvoedproblemen hebben betrekking op gedragsproblemen van de jeugdige (20%) of (gezags)verhoudingen binnen het gezin (18%). Andere veel voorkomende opvoedproblemen zijn emotionele problemen van de jeugdige (15%), de relatie tussen ouder en jeugdige (14%), gezinsconflicten (11%) of onvoldoende opvoedvaardigheden van ouders (9%). Bij een klein deel van de gezinnen met opvoedproblemen zijn de opvoedproblemen gerelateerd aan een beperking van de jeugdige (8%) of psychiatrische problemen van ouders (3%).

## **Aanmeldingscriteria**

De bovengenoemde beschrijving van de doelgroep is vertaald in de volgende concrete aanmeldingscriteria:

- De ouders en/of jeugdige(n) in het gezin ervaren opvoedingsproblemen (opvoedingsspanning of opvoedingscrisis) en/of psychosociale problemen van de jeugdige.
- De jeugdige(n) in het gezin is/zijn in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar.
- Er bestaat perspectief op verbetering van de opvoedingsrelatie binnen maximaal tien huisbezoeken.
- De ouder(s) en de jeugdige zijn in staat een samenwerkingsrelatie aan te gaan met de LPH-medewerker.
- De ouder(s) en de jeugdige zijn gemotiveerd om hulp te ontvangen.

Wanneer er bij ouder(s) of bij de jeugdige sprake is van overheersende psychiatrische problematiek komt het gezin niet in aanmerking voor LPH12+.

### **3.3 Probleemanalyse**

In deze paragraaf gaan we nader in op (de onderlinge samenhang van) de problemen in de gezinnen waarop LPH12+ zich richt. Ook besteden we aandacht aan de beïnvloedbare factoren waarop de hulpverlening van LPH12+ kan ingrijpen om deze problemen te verminderen.

#### **Samenhang opvoedingsproblemen en psychosociale problemen**

Zoals beschreven in de vorige paragraaf richt LPH12+ zich op opvoedingsproblemen en psychosociale problemen. De theorieën die ten grondslag liggen aan LPH12+ maken inzichtelijk dat deze beide type problemen onderling samenhangen en elkaar wederzijds beïnvloeden. Het gaat om de sociale leertheorie, ecologische modellen en het orthopedagogisch perspectief.

#### *Sociale leertheorie*

De sociale leertheorie gaat ervan uit dat gedrag ontstaat in directe en indirecte interactie van het kind met de omgeving (Dehart e.a. 2000). Kinderen imiteren gedrag van mensen in hun omgeving, vooral als zij zien dat dit gedrag positieve gevolgen heeft. In een opvoedingssituatie heeft een ouder verschillende keuzes wanneer een kind iets weigert. De ouder kan in deze situatie toegeven, kordaat disciplineren, negeren, dreigen (met straf) of fysiek straffen. Wanneer een ouder kiest voor toegeven, leert het kind dat opstandig gedrag wat oplevert, waardoor dit gedrag wordt bekrachtigd (Patterson 1982).

### *Ecologische modellen*

Ecologische modellen gaan uit van de aanwezigheid van meerdere oorzaken voor een probleem (multiscausaliteit). Risicofactoren voor het ontstaan van problemen kunnen gelegen zijn in kenmerken van kinderen, van ouders en van de context waarin het opvoeden en opgroeien plaatsvindt. Problemen ontstaan vooral wanneer er meerdere risicofactoren tegelijk aanwezig zijn (cumulatieve-risicomodel) (Hermanns 2009).

### *Orthopedagogisch perspectief*

Binnen het orthopedagogisch perspectief kunnen gedragsproblemen van het kind ontstaan wanneer er een discrepantie bestaat tussen de noden/vraag van het kind en het aanbod van de ouder (Kok 1984; Ghesquière en Hellincks 1988).

### **Balansmodel**

Binnen de methodiek van LPH12+ worden de opvoedingsproblemen benaderd vanuit het Balansmodel (Bakker e.a. 1997). Dit model bevat een overzicht van het samenspel van beschermende factoren en risicofactoren voor de ontwikkeling van een kind. Met dit model kan de gezinssituatie en de eventueel benodigde opvoedsteun of –hulp vrij precies worden bepaald ([www.nji.nl](http://www.nji.nl)). Het model onderscheidt drie niveaus van factoren: het microniveau (ouder-, kind- en interne gezinsfactoren); het mesoniveau (sociale, buurt- en externe gezinsfactoren); en het macroniveau (maatschappelijke en culturele factoren).

### *Beïnvloedbare factoren door LPH12+*

LPH12+ richt zich met name op de kind-, ouder- en gezinsfactoren die een rol spelen bij de opvoedingsproblemen (microniveau). Wanneer omgevingsfactoren (tevens) een grote rol spelen bij de problemen, wordt hiervoor aanvullende hulpverlening ingezet, zoals algemeen maatschappelijk werk. In de methodiekbeschrijving van LPH12+ wordt een overzicht gegeven van de beschermende factoren en risicofactoren waarop de hulpverlening zich richt, waarbij onderscheid

wordt gemaakt tussen kindfactoren enerzijds en ouder- en gezinsfactoren anderzijds (matrix 3.2). Op het niveau van het kind worden twee factoren onderscheiden: communicatie met ouders en leeftijdsgenoten en sociaal-emotionele competenties. Op het niveau van ouders en gezin gaat het om vier factoren: opvoedingsstijl- en vaardigheden; communicatie tussen gezinsleden; sociaal netwerk; en kennis van ontwikkelingstaken.

Matrix 3.2 Beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren LPH12+

	Kindfactoren	Ouder- en gezinsfactoren
Beïnvloedbare factoren	Communicatie met ouders en leeftijdsgenoten	Opvoedingsstijl- en vaardigheden
	Sociaal-emotionele competenties, waaronder: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sociale en emotionele vaardigheden</li> <li>- zelfbeeld</li> <li>- gedragsproblemen</li> <li>- leerproblemen</li> <li>- vaardigheden passend bij ontwikkelingstaak</li> <li>- omgaan met beperking als gevolg van psychiatrische aandoening</li> </ul>	Communicatie tussen gezinsleden
		Sociaal netwerk
		Kennis van ontwikkelingstaken
Niet-beïnvloedbare factoren	Aangeboren lichamelijke handicap of afwijking	Psychiatrische aandoening
	Psychiatrische aandoening	Intellectueel niveau van functioneren
	Intellectueel niveau van functioneren	

De matrix toont, naast de beïnvloedbare factoren, ook de niet-beïnvloedbare factoren. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het intellectueel niveau van ouders en jeugdige. Hoewel deze factoren niet veranderbaar zijn, is het wel van belang om rekening te houden met deze factoren en de hulpverlening hierop af te stemmen.

### **3.4 Beoogde uitkomsten**

Het doel van LPH12+ is het verminderen, oplossen dan wel voorkomen van opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen ervaren door de ouders en/of de jeugdige, om daarmee te verhinderen dat problemen in de gezinssituatie escaleren en ouders en jeugdigen onnodig in zwaardere vormen van hulpverlening terecht komen.

#### **Subdoelen**

Om dit doel te bereiken wordt gewerkt aan het versterken van het eigen probleemoplossend vermogen van de ouder(s) en/of de jeugdige, het zo goed mogelijk benutten van sociale steunsystemen en het vergroten van de opvoedkundige competenties van ouders. Door de opvoedkundige competenties van ouders te vergroten worden ouders in staat gesteld de verantwoordelijkheid over de opvoeding te (her)nemen en de opvoeding zodanig uit te voeren dat de ontwikkelingskansen van hun kind optimaal benut worden.

De subdoelen van LPH12+ kunnen als volgt worden geformuleerd:

- Het vergroten van zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van ouder(s) en/of jeugdige.
- Het vergroten van opvoedingscompetenties van de ouder(s).
- Het verbeteren van de interactie en communicatie tussen ouder(s) en jeugdige.
- Het verminderen, oplossen dan wel voorkomen van problemen met betrekking tot de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige.
- Het herstellen van positieve sociale contacten/netwerken door ouder(s) en/of jeugdige.
- Het motiveren van ouder(s) en jeugdige voor het aanvaarden van zwaardere vormen van hulpverlening, indien dit gezien de ernst van de problematiek nodig wordt geacht.

De eerste vijf subdoelen zijn voorwaardelijk voor het behalen van het einddoel, terwijl het laatste subdoel alleen aan de orde is wanneer

tijdens het hulverleningsproces blijkt dat de problematiek van het gezin te ernstig is voor de interventie LPH12+ en het gezin intensievere vormen van hulp nodig heeft.

### **3.5 Werkwijze**

In deze paragraaf gaan we in op de werkwijze van LPH12+. De tekst in deze paragraaf is grotendeels ontleend aan de methodiekbeschrijving van de aanpak. In de paragrafen 6 en 7 komen achtereenvolgens de theoretische onderbouwing en de werkzame bestanddelen van de aanpak aan de orde.

#### **Kort Ambulant**

Het kader van de werkwijze van LPH12+ wordt gevormd door de methode Kort Ambulant. Kort Ambulant wordt gekenmerkt door vrij toegankelijke, planmatige, kortdurende en ambulante hulpverlening die gericht is op competentievergroting van kinderen, jongeren en hun ouders waarbij sprake is van enkelvoudige psychosociale problemen die de ontwikkeling van de kinderen/jongeren ongunstig beïnvloeden (Spanjaard en Vugt 2005). Kort Ambulant richt zich op het verminderen van opvoedingsproblemen, maar ook op het oplossen van conflicten tussen ouders en jeugdige en het oplossen van problemen van jeugdige op school, in de omgang met leeftijdsgenoten en de vrije tijd.

#### **Tijdsduur en fasering**

Binnen de methode Kort Ambulant worden verschillende fasen in het hulverleningsproces onderscheiden, namelijk intake en screening, opstellen hulverleningsplan, werkfase en evaluatie. De fasering van LPH12+ is gebaseerd op deze fasen. In totaal zijn tien huisbezoeken/gesprekken beschikbaar voor de uitvoering van het gehele traject. Gemiddeld genomen vindt er tweewekelijks gedurende anderhalf tot twee uur een hulverleningscontact plaats.

### *Intake en screening*

Gezinnen worden aangemeld bij LPH12+ door een verwijzende instantie, waaronder schoolmaatschappelijk werk, huisartsen of BJZ. Bij aanvang van het traject wordt door de medewerker van LPH12+ samen met de ouders en jeugdige een startformulier ingevuld. Deze wordt naar de verwijzende instantie gemaild.

### *Opstellen hulpverleningsplan*

Op basis van de informatie in het aanmeldformulier en de hulpvraag van het gezin stelt de hulpverleners vervolgens samen met het gezin een hulpverleningsplan op, waarin de doelstellingen van het traject worden geformuleerd. Het hulpverleningsplan is over het algemeen na twee huisbezoeken voltooid.

### *Werkfase*

In de werkfase wordt gewerkt aan de doelen uit het hulpverleningsplan. Hierbij maken de hulpverleners van LPH12+ gebruik van verschillende interventies en instrumenten, afhankelijk van de problematiek en hulpvraag van het gezin, waaronder TripleP, inzichtgevende gesprekken, screeningslijsten, genogrammen en competentiemodellen. Door een keuze te maken uit verschillende interventies en instrumenten, afgestemd op de specifieke hulpvraag en problematiek van het gezin, wordt beoogd methodisch handelen te combineren met het leveren van maatwerk.

#### *- Triple P*

Triple P (Positief Pedagogisch Programma) is een programma voor opvoedondersteuning aan ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Het programma is gericht op het voorkomen of verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. De aanpak richt zich met name op de ouders. Aan de hand van vragenlijsten wordt inzicht verkregen in de opvoedingssituatie, waarna door middel van voordoen en oefenen in de thuissituatie geprobeerd wordt de opvoedingsvaardigheden van ouders te vergroten. Binnen het programma Triple P worden vier niveaus onderscheiden, waarvan het derde en vierde niveau gebruikt

kunnen worden bij LPH12+. Niveau 4 is bedoeld voor ouders met beginnende opvoedproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind, terwijl niveau 3 specifiek gericht is op het verminderen of oplossen van opvoedingsvragen- en problemen die ouders ervaren bij de opvoeding van hun puber.

#### - Inzichtgevende gesprekken

In ieder traject wordt gebruik gemaakt van inzichtgevende (gezins)gesprekken en de daarbij behorende observaties. Het doel van deze gesprekstechniek is het bewust maken van de problematiek die er speelt, inzicht verschaffen in gedrags- en gezinspatronen, inzicht verschaffen in fasenproblematiek, het stimuleren van gedragsverandering en het geven van psycho-educatie.

#### - Overige instrumenten

De medewerkers van LPH12+ hebben daarnaast de mogelijkheid diverse instrumenten in te zetten, bedoeld om de problematiek van het gezin in kaart te brengen, patronen zichtbaar te maken en of oplossingen te zoeken binnen de mogelijkheden of het netwerk van het gezin. Het gaat daarbij onder meer om genogrammen, netwerkbijeenkomsten, screeningslijsten en rollenspellen.

Naast deze ‘gereedschapskist’ aan interventies en instrumenten behoort het werken volgens een oplossingsgerichte methodiek tot de basishouding van de medewerkers van LPH12+. Binnen deze methodiek wordt de nadruk gelegd op de krachten van de cliënten en de oplossingen van de cliënt zelf. Daarnaast worden binnen deze methode transparant werken, erkenning van culturele achtergronden en een respectvolle omgang met cliënten als kernconcepten beschouwd (Berg en Szabo 2005).

#### *Evaluatie*

Aan het einde van het traject wordt een evaluatieverslag gemaakt met een kort overzicht van de behaalde resultaten en het eventuele vervoltraject. Dit evaluatieverslag is bedoeld voor de ouders(s), de jongere en voor de verwijzende instantie.

## **Uitgangspunten LPH12+**

In de methodiekbeschrijving van LPH12+ worden de uitgangspunten van de werkwijze beschreven; outreachend; netwerkgericht; competentiegericht; cliënt- en vraaggericht; en empowerment.

### *Outreachend*

Binnen LPH 12+ houdt outreachend werken in dat de hulpverlener het gezin/de jongere thuis opzoekt. Ook worden afspraken gemaakt op plekken waar de jongere zich dagelijks bevindt, zoals op school, in de wijk, thuis of bij activiteiten. Er wordt aangesloten bij de leefwereld van zowel het gezin als de jongere en intensief geïnvesteerd in het opbouwen van een vertrouwensband met het gezin en de jongere.

### *Netwerkgericht*

De hulpverlening richt zich actief op het sociale netwerk rondom het gezin/de jongere door het netwerk te inventariseren en te activeren voor die vragen waar het gezin zelf niet uitkomt. Indien wenselijk kan gebruik worden gemaakt van een netwerkbijeenkomst om na te gaan welke steun het gezin nodig heeft en welke personen uit het netwerk hierin een rol kunnen vervullen.

### *Competentiegericht*

Binnen de werkwijze van LPH12+ speelt competentievergroting een grote rol. Competentievergroting impliceert dat het gezin en de jongere vaardigheden leren die nodig zijn om in de samenleving adequaat te kunnen functioneren. Hierbij wordt rekening gehouden met het ontwikkelingsniveau van de jongere.

### *Cliënt- en vraaggericht*

De vraag van de jongere en het gezin staat centraal in de hulpverlening. In dialoog wordt geprobeerd met elkaar tot verheldering, afstemming en consensus te komen over de aanpak van de problematiek. De jongere en het gezin vormen een actieve deelnemer in het proces van hulpverlening. De werkwijze van LPH12+ wordt expliciet met de jongere en de ouders besproken.

### *Empowerment*

Empowerment is gericht op het versterken van het eigen probleemoplossend vermogen van de jongere en de ouders. Het gezin wordt gestimuleerd om zelf een oplossing te vinden voor de problemen, waardoor het gevoel van controle en het zelfvertrouwen van de jongere en de ouders worden vergroot.

## **3.6 Theoretische onderbouwing**

In deze paragraaf bespreken we de theoretische onderbouwing van de werkwijze van LPH12+. Daarbij besteden we om beginnen aandacht aan de theoretische uitgangspunten van Kort Ambulant. Vervolgens komt de theoretische onderbouwing van Triple P aan de orde.

### **Kort Ambulant**

Zoals gezegd vormt de methode Kort Ambulant het kader voor de werkwijze van LPH12+. Deze methode maakt gebruik van verschillende theoretische modellen: het competentiemodel; de ontwikkelingspsychologie; en de leertheorie.

### *Competentiemodel*

Met behulp van het competentiemodel wordt nagegaan welke taken een individu moet vervullen en over welke vaardigheden hij beschikt. Men spreekt van competentie als een individu over voldoende vaardigheden beschikt om de taken waar hij in het dagelijks leven mee geconfronteerd wordt op adequate wijze te vervullen. Als de taken te zwaar zijn of wanneer een persoon over onvoldoende vaardigheden beschikt om zijn taken te vervullen, wordt het evenwicht verstoord en functioneert een persoon niet op competente wijze (Spanjaard en Vught 2005).

Binnen het competentiemodel worden factoren onderscheiden die bovengenoemde balans gunstig kunnen beïnvloeden (protectieve factoren) en factoren die het evenwicht ongunstig kunnen beïnvloeden (stressoren en psychopathologie). De hulpverlening van Kort

Ambulant is gericht op het vergroten van competenties door het aanleren van vaardigheden, het verlichten of juist verrijken van taken, het verlichten of reduceren van stress, het activeren of vergroten van protectieve factoren en/of het verminderen van (de invloed van) psychopathologie (Spanjaard en Vught 2005).

Bij het competentiemodel ligt de nadruk op empowerment, hetgeen inhoudt dat wordt aangesloten bij de eigen kracht in een individu zelf en/of zijn directe omgeving om op die manier het zelfvertrouwen en het geloof in eigen kunnen van iemand te vergroten (Spanjaard en Vught 2005).

### *Ontwikkelingspsychologie*

Zoals hierboven beschreven staat in het competentiemodel de balans tussen taken en vaardigheden centraal. Bij het formuleren van taken die van belang zijn, wordt aangesloten bij de ontwikkelingspsychologie. In de levensloop kunnen verschillende ontwikkelingstaken en -vaardigheden onderscheiden worden die kenmerkend zijn voor de levensfase waarin de persoon verkeert. Het vervullen van de ontwikkelingstaken is een noodzakelijke voorwaarde voor een goed verloop van de ontwikkeling. Wanneer problemen ontstaan tijdens het vervullen van bepaalde ontwikkelingstaken kunnen hierdoor gedragsproblemen bij kinderen ontstaan (Spanjaard en Vught 2005). Voorbeelden van ontwikkelingstaken voor jongeren tussen 12 en 21 jaar zijn het vormgeven aan veranderende relaties binnen het gezin, participeren in onderwijs of werk en het invullen van vrije tijd (De Wit e.a. 1995; Slot en Spanjaard 1996).

### *Leertheorie*

Een manier om de competentie van iemand te vergroten is het aanleren van vaardigheden. Van belang is daarbij om inzicht te hebben in de wijze waarop mensen gedrag leren. Spanjaard en Vught (2005) beschrijven verschillende leerprincipes die binnen de werkwijze van Kort Ambulant gebruikt worden: de operante leertheorie; de sociale leertheorie; en het self-managementmodel.

- Operante leertheorie

De operante leertheorie gaat ervan uit dat gedrag wordt geleerd onder invloed van omgevingsfactoren. Gedrag dat regelmatig beloond wordt, zal versterkt worden, terwijl gedrag dat wordt gevolgd door een onaangename consequentie wordt afgezwakt.

- Sociale leertheorie

In de sociale leertheorie wordt ervan uitgegaan dat gedrag geleerd wordt op basis van modellen uit de omgeving van de persoon. Zo nemen kinderen en jongeren gedrag over van hun ouders of andere belangrijke personen uit hun omgeving.

- Self-managementmodel

Het self-managementmodel gaat uit van de invloed van een persoon zelf op zijn gedrag. Door positieve of negatieve gedachten kan een persoon zijn eigen gedrag versterken of afzwakken.

## **Triple P**

De theoretische onderbouwing van Triple P sluit voor een deel aan bij de hierboven beschreven theoretische uitgangspunten van Kort Ambulant. Ook bij Triple P wordt gebruikt gemaakt van de principes van de sociale leertheorie en de ontwikkelingspsychologie (De Graaf e.a. 2009). Daarnaast worden theorieën over gedragsverandering, de sociale informatie theorie en de theorieën over ontwikkelingspsychopathologie en zelfregulatie toegepast.

### *Theorieën over gedragsverandering*

Uit onderzoek naar gedragstherapie voor kinderen en/of ouders blijkt onder meer dat gedragsproblemen verminderen als kinderen opgroeien in een positieve en stimulerende omgeving (De Vries 2008; De Graaf e.a. 2009). Bij de binnen LPH12+ toegepaste Triple P-interventies (niveau 3 en 4) worden ouders getraind in het toepassen van uiteenlopende opvoedingsstrategieën en leren zij gericht te werken aan gedragsverandering bij zichzelf en hun kind (De Vries 2008).

### *Sociale informatie-theorie*

De sociale informatie-theorie benadrukt de rol van gedachten (verwachtingen, attributies, geloof) die ouders hebben en de invloed daarvan op hun besluitvaardigheid, zelfbekwaamheid en concreet gedrag (Bandura 1977). Ouders worden aangemoedigd om ondermijnend en dysfunctioneel denken bij henzelf en hun kinderen om te zetten in 'helpende gedachten' en een positieve aanpak van het opvoeden (De Vries 2008).

### *Ontwikkelingspsychopathologie*

De theorie van ontwikkelingspsychopathologie is gebaseerd op kennis over risico- en beschermende factoren voor de ontwikkeling van psychopathologie bij kinderen en adolescenten. Ouders worden getraind in het toepassen van specifieke opvoedstrategieën en het adequaat kunnen omgaan met probleemgedrag (De Vries 2008; De Graaf 2009).

### *Zelfregulatie*

Zelfregulatie vormt een leidend principe binnen het programma Triple P. Het gaat daarbij om zelfredzaamheid, persoonlijke effectiviteit, zelf leiding kunnen geven en zelfsturing en problemen oplossen (De Vries 2008).

## **3.7 Werkzame bestanddelen**

LPH12+ bevat diverse elementen waarvan bekend is dat zij bijdragen aan de werkzaamheid van opvoedinterventies. In deze paragraaf besteden we aandacht aan deze elementen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame factoren.

### **Algemeen werkzame factoren**

Bij algemeen werkzame factoren gaat het om elementen van interventies die ongeacht de doelgroep en het specifieke type

interventie bevorderend zijn voor de effectiviteit (Van Yperen 2010). LPH12+ geeft invulling aan diverse van deze elementen.

### *Gestandaardiseerde en onderbouwde werkwijze*

Ten eerste kent de werkwijze van LPH12+, zeker sinds de professionalisering in 2011, een gestandaardiseerde en uitvoerig beschreven werkwijze. De aanpak heeft een heldere doelstelling, planning en fasering. Dit draagt bij aan de effectiviteit van de interventie (Van Yperen e.a. 2010). Ook zijn interventies effectiever wanneer zij een goed doordachte theoretische onderbouwing hebben. Kort Ambulant kent een gedegen theoretische onderbouwing (zie paragraaf 2.6). Ook de interventie Triple P, die door de hulpverleners van LPH12+ ingezet kan worden, is goed onderbouwd en gebaseerd op algemeen aanvaarde theoretische inzichten.

### *Afstemming op motivatie van de cliënt*

Voor de werkzaamheid van een interventie is het daarnaast van belang dat de interventie goed aansluit bij de motivatie van de cliënt (Van Yperen 2010; Ince 2013). Bij LPH12+ geldt dat bereidheid van ouders en jongeren om deel te nemen aan de interventie een voorwaarde is voor het goed kunnen uitvoeren ervan. Gemotiveerd zijn voor hulp vormt dan ook een selectie criterium voor deelname aan LPH12+.

### *Professionaliteit hulpverlener*

De werkzaamheid van een interventie is bovendien afhankelijk van de professionaliteit van de hulpverlener die de interventie uitvoert (Yperen e.a. 2010). De hulpverleners die LPH12+ uitvoeren zijn HBO-opgeleid en hebben bovendien een aanvullende training ontvangen voor het toepassen van de methodiek Kort Ambulant. Ook zijn ze getraind in de toepassing van Triple P (niveau 3 en 4). In hun werkzaamheden worden de medewerkers begeleid door een coach en een gedragswetenschapper (zie ook paragraaf 2.8).

### *Goede afstemming tussen de aanpak en de hulpvraag*

Ook een goede afstemming tussen de aanpak en de hulpvraag vormt een belangrijke algemeen werkzame factor (Van Yperen 2010; Ince

2013). Bij de werkwijze van LPH12+ wordt de problematiek van het gezin inzichtelijk gemaakt aan de hand van het balansmodel (zie paragraaf 2.3). De hulpverlener heeft, binnen het kader van Kort Ambulant, vervolgens keuze uit diverse interventies en instrumenten om het aanbod af te stemmen op dit probleem (zie paragraaf 2.5).

### *Gebruik maken van evidence-based methoden*

De effectiviteit van een interventie is aannemelijker naarmate binnen deze interventie gebruik wordt gemaakt van evidence-based methoden. Evidence-based wil zeggen dat de methode ondersteund wordt door wetenschappelijk onderzoek of, in het geval dat onderzoek niet beschikbaar is, door collectieve ideeën over wat werkt (Van Yperen e.a. 2010).

Voor de werkzaamheid van de binnen LPH12+ gehanteerde methode Kort Ambulant bestaat geen wetenschappelijk bewijs. Wel is de methode gebaseerd op een breed gedragen theoretisch concept, namelijk het competentiemodel.

Naar de methode Triple P zijn verschillende onderzoeken gedaan, met name in het buitenland. Uit overzichtsstudies blijkt dat Triple P volgens ouders leidt tot een afname van gedragsproblemen bij kinderen en een toename van gevoel van competentie bij ouders, zowel direct na afloop van de interventie als in de follow-upperiode (De Graaf 2008a; De Graaf 2008b; Nowak en Heinrichs 2008). Naast resultaten bij specifieke doelgroepen en risicogroepen zijn er ook positieve resultaten gevonden bij lichtere gedragsproblematiek (De Vries 2008). Uit een Nederlandse studie naar de effecten van Standaard Triple P voor tieners van 12 tot 16 jaar bleek de emotionele en gedragsproblemen van kinderen te verminderen en de opvoedingsstijl van ouders te verbeteren (Goossens e.a. 2010).

Naast bovengenoemde algemeen werkzame factoren dragen ook de uitvoering van de interventies zoals beoogd en een goede kwaliteit van de relatie cliënt-hulpverlener bij aan het succes van een interventie. Of ook deze elementen terugkomen in de uitvoering van LPH12+ zal gaandeweg de evaluatie duidelijk moeten worden.

## **Specifiek werkzame factoren**

In aanvulling op de algemeen werkzame factoren worden in de literatuur diverse elementen onderscheiden die van belang zijn bij de preventie en aanpak van opvoed- en opgroei problemen en - meer specifiek - opvoed- en opgroei programma's waarbij gebruik wordt gemaakt van huisbezoeken (zogenoemde *home-visiting*-programma's). Aangezien er bij een aanzienlijk deel van de jongeren die deelnemen aan LPH12+ sprake is van gedragsproblemen en/of emotionele problemen gaan we ook in op werkzame factoren bij dit type problematiek. Tevens komt aan de orde welke elementen werkzaam zijn bij het herstellen van de relatie tussen ouders en jeugdige.

### *Gericht op empowerment*

Uit diverse overzichtsstudies (Nation e.a. 2003; Hermanns e.a. 2005 in: Ince 2013) blijkt dat opvoed- en opgroei programma's effectiever zijn naarmate ze meer gericht zijn op empowerment. Zoals in paragraaf 4 is beschreven vormt empowerment een belangrijk uitgangspunt van LPH12+. De methodiek Kort Ambulant is nadrukkelijk gericht op het aansluiten bij de eigen kracht in een individu zelf en/of zijn directe omgeving om op die manier het zelfvertrouwen en het geloof in eigen kunnen van iemand te vergroten.

### *Beschikbaar in de leefsituatie van ouders en kinderen*

Daarnaast draagt de beschikbaarheid van de interventie in de eigen leefsituatie van ouders en jongeren bij aan de werkzaamheid van opvoedinterventies (Nation e.a. 2003; Hermanns e.a. 2005 in: Ince 2013). Ook dat element komt terug in de aanpak van LPH12+. Er wordt outreachend gewerkt, waarbij de hulpverlener de ouders en jongeren opzoekt in hun eigen leefomgeving, bijvoorbeeld thuis of op school.

### *Combineren van verschillende methoden*

In de werkfase van LPH12+ kunnen verschillende methoden en instrumenten worden ingezet, afgestemd op de vraag van het gezin. Ook dat blijkt op basis van de literatuur bij te dragen aan de

werkzaamheid van de interventie ((Nation e.a. 2003; Hermanns e.a. 2005 in: Ince 2013).

### *Gericht op het activeren van sociale netwerken rond ouders en jongeren*

Opvoedinterventies blijken daarnaast effectiever naarmate zij meer aandacht besteden aan het activeren van het sociale netwerk rond ouders en jeugdigen (Nation e.a. 2003; Hermanns e.a. 2005 in: Ince 2013). Netwerkgericht werken vormt één van de uitgangspunten van LPH12+.

Over de methoden en technieken die een hulpverlener kan inzetten om het gezin in contact te brengen met hun netwerk is nog weinig bekend. Vaak blijft het betrekken van het netwerk in de praktijk beperkt tot het in kaart brengen ervan. Wel laat onderzoek zien dat interventies waarbij ouders ervaringen kunnen uitwisselen positieve invloed hebben op de mate waarin ouders sociale steun ervaren (Bartelink 2012). Ouders die deelnemen aan een dergelijke interventie voelen zich bovendien competent en lijken betere opvoedingsvaardigheden te hebben. In de huidige werkwijze van LPH12+ wordt geen invulling gegeven aan deze vorm van contact tussen ouders uit de doelgroep.

### *Werkzame factoren van home-visiting-programma's*

Naast deze werkzame bestanddelen van opvoedinterventies wordt in overzichtsstudies van effectieve *home-visiting*-programma's genoemd dat het realiseren van (blijvende) betrokkenheid van ouders en het gericht zijn op het aanleren van specifieke vaardigheden lijken bij te dragen aan effectiviteit (Barrett 2010; Watson e.a. 2005; Watson en Tully 2008 in: Ince 2013). Ook het afleggen van minimaal zes huisbezoeken met een frequentie van minimaal eens per maand maar bij voorkeur wekelijks vormen succesvolle elementen. Aan al deze elementen wordt in de werkwijze van LPH12+ invulling gegeven.

### *Werkzame factoren bij gedrags- en emotionele problemen*

Voor een deel van de doelgroep van LPH12+ geldt dat de jongeren kampen met gedragsproblemen en emotionele problemen. Uit onderzoek blijkt dat interventies die zijn gebaseerd op gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie het meest effectief zijn om gedragsproblemen en emotionele problemen bij jongeren aan te pakken (Foolen e.a. 2013; Van Rooijen en Ince 2013; Elling 2008). De basis van gedragstherapie wordt gevormd door de sociale leertheorie, waarbij positief gedrag beloond wordt met positieve feedback en negatief gedrag wordt genegeerd. Cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op de aanname dat het gevoel en gedrag van mensen wordt bepaald door wat ze denken en andersom. De therapie is gericht op het opsporen en corrigeren van denkfouten en het aanleren van vaardigheden, waaronder het herkennen en aanpassen van denkfouten en het aanleren van sociale en probleemoplossende vaardigheden (Foolen en Ince 2013; Foolen e.a. 2013).

De medewerkers van LPH12+ zijn niet specifiek geschoold in het bieden van cognitieve gedragstherapie. Wel hebben ze meerdere trainingen gevolgd in het Oplossingsgericht werken. Ook binnen deze werkwijze is aandacht voor het vasthouden van succesvolle gedragspatronen en het corrigeren van denkfouten.

### *Werkzame factoren bij het verbeteren van de relatie tussen ouder en kind*

Naast gedragsproblemen vormen problemen in de gezinsverhoudingen en/of de relatie tussen ouders en kind een veel voorkomend probleem in de gezinnen die deelnemen aan LPH12+. Het bieden van een training aan ouders kan een bijdrage leveren aan het verbeteren van deze relatie. De oudertraining is erop gericht de ouders kennis en inzicht te geven over de ontwikkeling van hun kind, de ontwikkeling van probleemgedrag en hun eigen rol en functie binnen dit geheel (Foolen en Daamen 2013). Een voorbeeld van een dergelijke oudertraining is Triple P. Onderdelen van Triple P worden door de medewerkers van LPH12+ gebruikt in de begeleiding van ouders.

### **3.8 Randvoorwaarden**

Op basis van de methodiekbeschrijving en de gesprekken met opstellers kunnen enkele randvoorwaarden worden onderscheiden waaraan moet worden voldaan om de uitvoering goed te laten verlopen. Ten eerste is het van belang dat verwijzers de weg naar LPH12+ weten te vinden en goed kunnen inschatten voor wie de interventie geschikt zou kunnen zijn, om daarmee voldoende geschikte instroom te realiseren. Goed contact tussen de hulpverleners van LPH12+ en potentiële verwijzers is daarvoor van belang.

Daarnaast is het van belang dat de hulpverleners van LPH12+ beschikken over voldoende kennis en vaardigheden voor het uitvoeren van de hulpverlening. Zoals eerder aangegeven hebben de hulpverleners, naast een HBO-opleiding, ook een training gevolgd voor het uitvoeren van Kort Ambulant en Triple P (niveau 3 en 4). De medewerkers ontvangen, naast intervisie en casuïstiekbespreking binnen het team, tevens werkbegeleiding van een coach en ondersteuning van een gedragswetenschapper. Door betrokkenen wordt opgemerkt dat medewerkers moeten beschikken over de juiste vaardigheden om laagdrempelig en doelgericht te kunnen werken en aansluiting te vinden bij de leefwereld en belevingswereld van de cliënten.

Om het traject succesvol te kunnen doorlopen dienen zowel de ouders als de jeugdige ten minste enigszins gemotiveerd te zijn voor deelname aan het traject. Mede gezien de relatief korte duur van het traject is het niet haalbaar om de eerste paar gesprekken te moeten gebruiken om de gezinsleden te motiveren voor deelname.

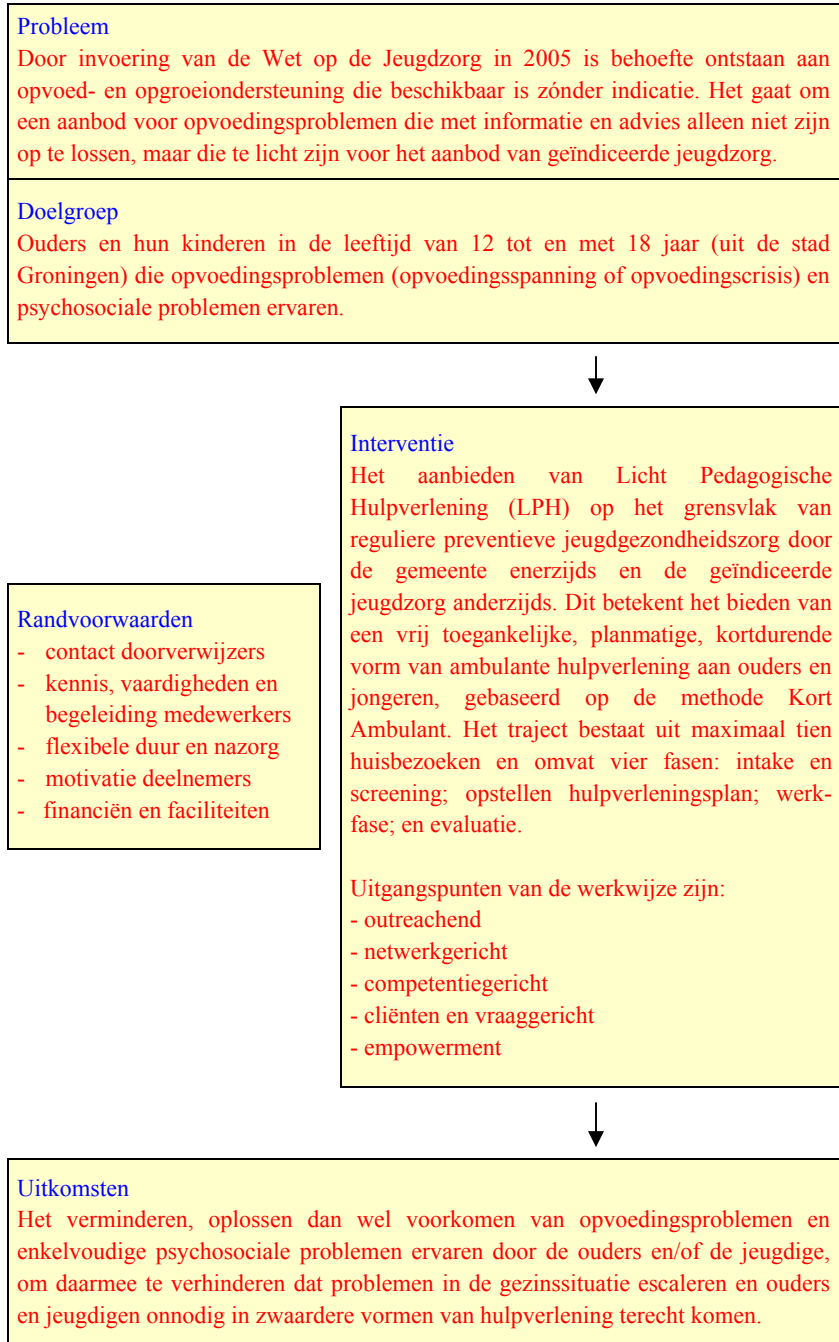
Hoewel het streven is om het traject binnen tien gesprekken af te ronden, kan het voorkomen dat een traject met één of enkele gesprekken wordt verlengd. Voor goede uitvoering van het traject is het van belang hierin in enige mate flexibel te kunnen zijn. Ook de mogelijkheid van het kunnen bieden van enige vorm van nazorg is daarbij van belang, bijvoorbeeld door cliënten enkele weken na afronding nog een keer te bellen om te horen hoe het gaat.

Tot slot vormen voldoende financiële middelen en faciliteiten (kantoorruimte, computer, telefoon) voorwaarden voor een goede uitvoering van LH12+.

### **3.9 Schematisch overzicht interventietheorie**

In figuur 3.1 wordt de interventietheorie schematisch weergegeven. De onderdelen die centraal staan, zijn: probleem; doelgroep; interventie; randvoorwaarden; en uitkomsten.

Figuur 3.1 Schematisch overzicht interventietheorie LPH12+





## 4. BESCHRIJVING ONDERZOEKSGROEP

In dit hoofdstuk beschrijven we de gezinnen die zijn opgenomen in ons onderzoek naar Licht Pedagogische Hulpverlening 12+. Zoals in hoofdstuk 1 aan de orde is gekomen zijn in totaal in de periode april 2014 tot en met oktober 2015 25 gezinnen gestart met LPH12+ (tabel 4.1). Bij 24 van deze gezinnen hebben we een instroommeting kunnen afnemen bij zowel de ouders<sup>1</sup> als de jongeren of – in een enkel geval – alleen bij de ouders. Bij één gezin weigerden zowel de ouders als de jongeren deelname aan het onderzoek.

Tabel 4.1 Respons voormeting

	Gezinnen	Jongeren	Ouders
Totale instroom	25	27	34
Deelname onderzoek	24	23	33
Non-respons	1	4	1

Hieronder beschrijven we de onderzoeksgroep op basis van gegevens uit de voormeting. Daarbij gaan we allereerst in op de kenmerken van de gezinnen als geheel. Vervolgens komen de kenmerken van de jongeren en ouders afzonderlijk aan de orde.

### 4.1 Beschrijving gezinnen

Hieronder bespreken we de kenmerken van de 24 gezinnen die deelnemen aan het onderzoek. Achtereenvolgens gaan we in op de opvoedsituatie in het gezin, het aantal thuiswonende kinderen, het aantal bij de hulpverlening betrokken gezinsleden, de wijze van aanmelding en de problematiek.

---

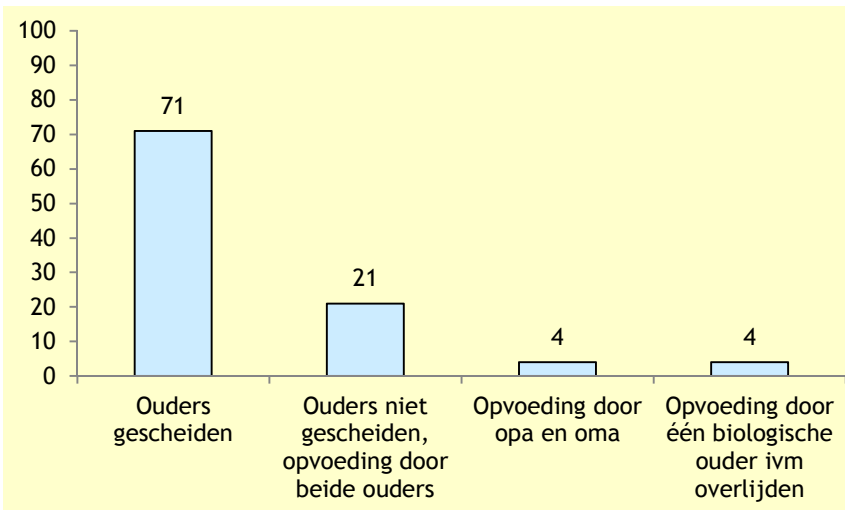
<sup>1</sup> Overall waar gesproken wordt over ouder(s) worden ook verzorger(s) bedoeld.

## Opvoedsituatie

Figuur 4.1 toont de opvoedsituatie van de 24 gezinnen in het onderzoek. Bij bijna drie kwart van de gezinnen (17 gezinnen, 71%) zijn de ouders gescheiden. Bij bijna de helft van de gezinnen (11 gezinnen, 45%) worden de kinderen in dat geval opgevoed door alleen hun biologische moeder (9 gezinnen, 38%) of alleen hun biologisch vader (2 gezinnen, 8%). Bij een vijfde van de gezinnen is naast een biologische vader of moeder een stiefvader of stiefmoeder bij de opvoeding betrokken (5 gezinnen, 21%). In één gezin (4%) is er sprake van co-ouderschap door de gescheiden ouders.

Bij circa een vijfde van de gezinnen (5 gezinnen, 21%) zijn de ouders nog samen en worden de jongeren door beide biologische ouders opgevoed. Voor één gezin (4%) geldt dat de jongere bij zijn opa en oma woont. Daarnaast is er een gezin waarbij één van de ouders is overleden en waar de andere ouder als enige opvoeder aanwezig is.

Figuur 4.1 Opvoedsituatie, in % (N=24)

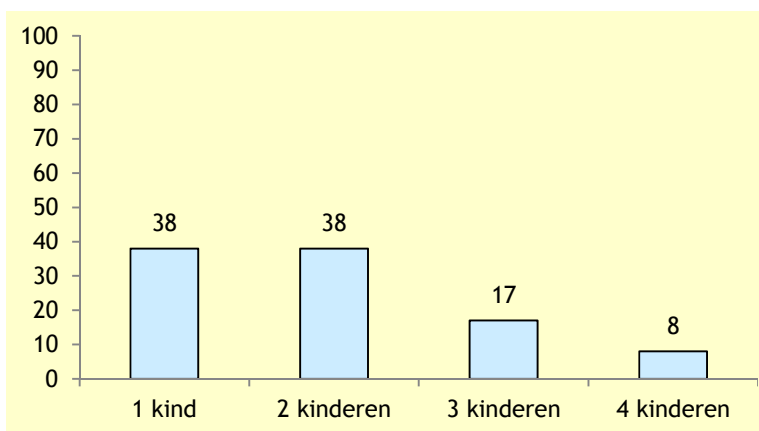


## Thuiswonende kinderen

Het aantal thuiswonende kinderen per gezin varieert van één tot vier kinderen (figuur 4.2). In circa twee vijfde van de gezinnen (9

gezinnen, 38%) is de jongere die deelneemt aan LPH12+ het enige thuiswonende kind. In eveneens twee vijfde van de gezinnen wonen twee kinderen thuis, waarvan één is aangemeld voor LPH12+. Een zesde van de gezinnen (4 gezinnen, 17%) telt drie thuiswonende kinderen, terwijl er in circa één op de tien gezinnen (2 gezinnen, 8%) vier kinderen thuis wonen. Ook hier geldt over het algemeen dat één van de kinderen uit het gezin is aangemeld voor LPH12+. De enige uitzondering hierop vormt één van de gezinnen met vier kinderen: uit dit gezin zijn drie van de vier kinderen tegelijkertijd aangemeld voor LPH12+.

**Figuur 4.2** Aantal thuiswonende kinderen per gezin, in % (N=24) <sup>1</sup>



<sup>1</sup>Door afronding tellen de percentages niet op tot 100 procent.

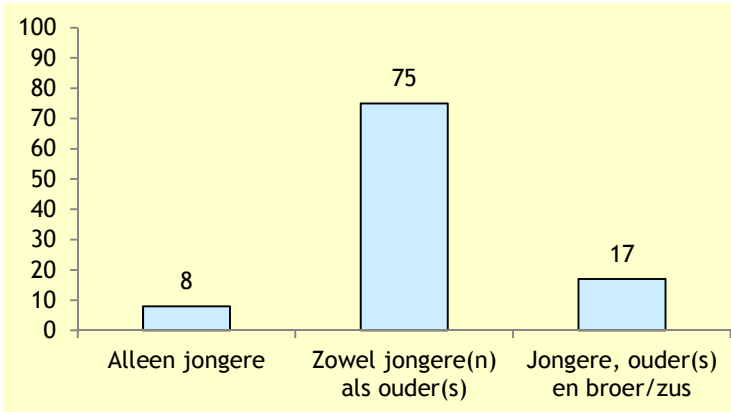
### **Gezinsleden betrokken bij hulpverlening**

Bij drie kwart van de gezinnen (18 gezinnen, 75%) is de hulpverlening gericht op zowel de jongere als zijn<sup>2</sup> ouder(s) (figuur 4.3). In een zesde van de gezinnen (4 gezinnen, 17%) is ook een broer of zus bij het traject betrokken, terwijl bij twee gezinnen (8%) de hulp alleen gericht is op de jongere.

---

<sup>2</sup> Overall waar gesproken wordt over hij/hem/zijn kan ook zij/haar worden gelezen.

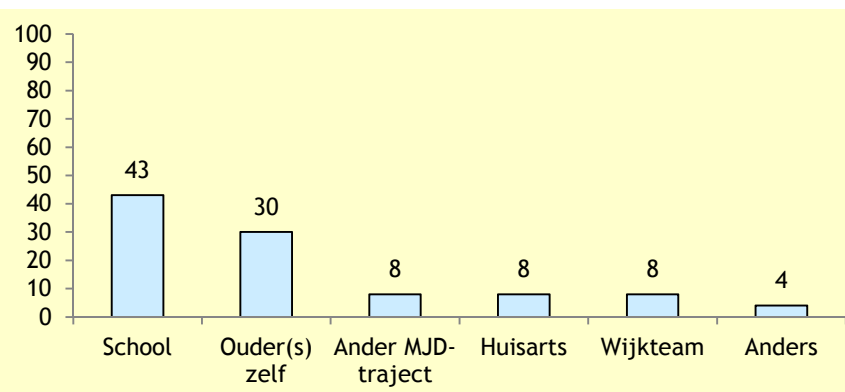
Figuur 4.3 Op wie is de hulpverlening gericht, in % (N=24)



### Wijze van aanmelding

Ruim twee vijfde van de gezinnen (10 gezinnen, 43%) is via school aangemeld voor LPH12+, bijvoorbeeld via een mentor, een schoolpsycholoog of schoolmaatschappelijk werk (figuur 4.4). Daarnaast geldt voor bijna een derde van de gezinnen (7 gezinnen, 30%) dat de ouders uit eigen beweging contact hebben gezocht met de MJD voor hulp. Twee gezinnen (8%) zijn aangemeld voor LPH12+ via een ander traject bij de MJD. Eveneens twee gezinnen zijn via de huisarts aangemeld. Ook zijn twee gezinnen via het wijkteam aangemeld bij LPH12+.

Figuur 4.4 Aanmeldende instantie, in % (N=24)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet op tot 100 procent.

## **Problematiek bij aanvang van de hulp**

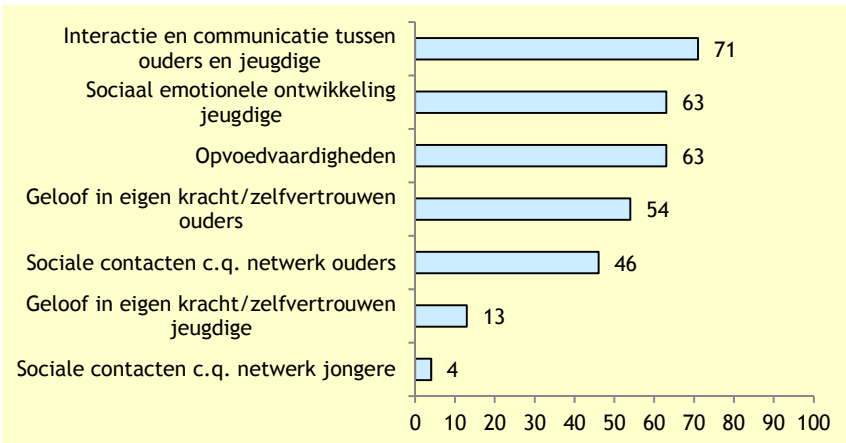
Op basis van de gegevens van de voormeting is de beginsituatie vastgesteld van de gezinnen op de verschillende leefgebieden die binnen LPH12+ aan bod (kunnen) komen. Het gaat daarbij om het zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van ouders en jeugdige, opvoedvaardigheden van ouders, de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige, interactie en communicatie tussen ouders en jeugdige en het netwerk c.q. de sociale contacten van ouders en jeugdige. Figuur 4.5 toont per leefgebied hoeveel van de 24 gezinnen in de voormeting problemen rapporteren op dit gebied.<sup>3</sup>

In een ruime meerderheid van de gezinnen (17 gezinnen, 71%) scoren één of meerdere gezinsleden bij aanvang van de hulp problemen op het gebied van de interactie en communicatie tussen ouders en jeugdige. Bij circa twee derde van de gezinnen (15 gezinnen, 63%) worden op basis van de score op de voormeting problemen vastgesteld in de opvoedvaardigheden van ouders. Bij een even groot aantal gezinnen (15 gezinnen, 63%) spelen bij aanvang problemen op het terrein van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige, terwijl bij ruim de helft van de gezinnen (13 gezinnen, 54%) het zelfvertrouwen van ouders een probleem vormt. In iets minder dan de helft van de gezinnen (11 gezinnen, 46%) kampen ouders met problemen in sociale contacten c.q. het netwerk rond ouders. Problemen in het zelfvertrouwen van jongeren en sociale contacten van jongeren speelt bij respectievelijk drie gezinnen (13%) en één gezin (4%) een rol.

---

<sup>3</sup> Om vast te stellen of er sprake is van problematiek is gebruik gemaakt van de normatieve deviatiescore (NDS, zie hoofdstuk 1). Daarbij zijn alle gezinnen meegeteld waarvan ten minste één van de respondenten in de voormeting problemen rapporteert op dit terrein (NDS > 1,00), ongeacht de ernst van de problematiek.

**Figuur 4.5 Problematiek van de gezinnen bij aanvang van de hulp (N=24)**



De problematiek van de gezinnen in de onderzoeksgroep komt daarmee in redelijke mate overeen met de problematiek van de instroom in de periode voorafgaande aan het onderzoek (2011-2014), zoals is beschreven in hoofdstuk 2. In deze periode kampte het grootste deel van de gezinnen met opvoedproblematiek, waaronder gedragsproblemen of emotionele problemen van de jeugdige, problemen in de (gezags)verhoudingen in het gezin of problemen in de relatie tussen ouders en jeugdigen.

## **4.2 Kenmerken jongeren**

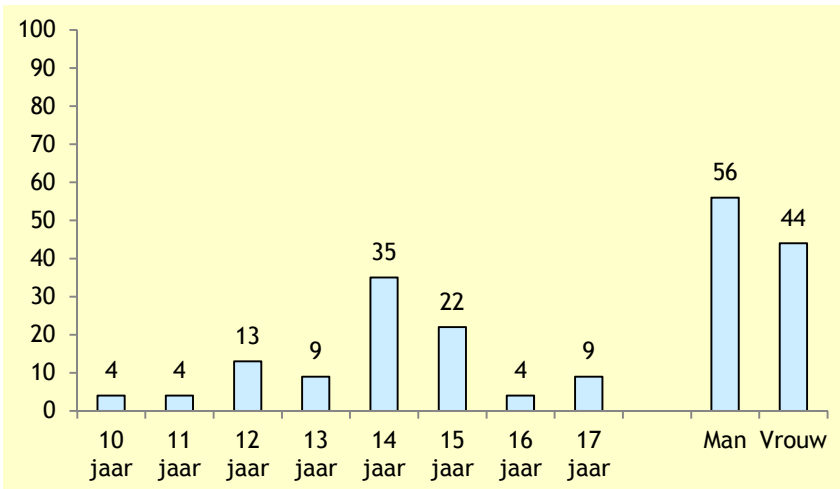
In deze paragraaf beschrijven we de kenmerken van de 23 jongeren die deelnemen aan de evaluatie van LPH12+. Naast de verdeling naar leeftijd en geslacht geven we ook een globale beschrijving van de problematiek van de jongeren en de verwachtingen van de jongeren over LPH12+.

### **Leeftijd en geslacht**

Ruim de helft van de jongeren die deelnemen aan LPH12+ is op het moment van instroom 14 of 15 jaar; respectievelijk 8 (35%) en 5 jongeren (22%) (figuur 4.6). De oudste deelnemers zijn 17 jaar (2 jongeren, 9%). Gemiddeld zijn de jongeren 13 jaar. Hoewel het traject

LPH12+ bedoeld is voor jongeren van 12 tot 18 jaar, zijn twee jongeren op het moment dat ze starten met het traject jonger dan 12 jaar.

**Figuur 4.6 Leefstijf en geslacht jongeren, in % (N=23)**



Door de medewerkers van de MJD wordt opgemerkt dat jongeren jonger dan 12 jaar alleen dan kunnen instromen als hun problematiek past binnen LPH12+, bijvoorbeeld wanneer er duidelijk sprake is van faseproblematiek. Het aantal jongens ligt met 13 jongens (56%) iets hoger dan het aantal meisjes.

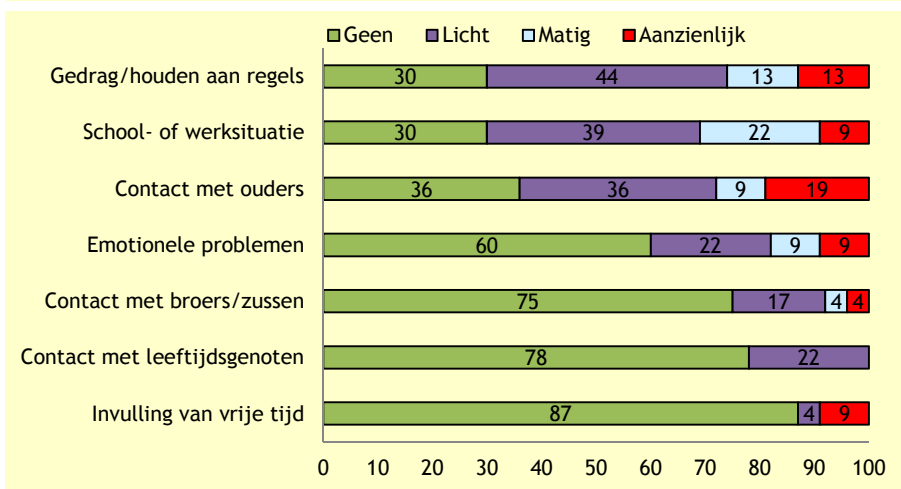
### **Problematiek bij aanvang van de hulpverlening**

Hieronder gaan we in op de problematiek van de jongeren. Daarbij maken we gebruik van de door de jongeren zelf gerapporteerde problematiek per leefgebied, waarbij de jongeren per leefgebied rechtstreeks is gevraagd of zij op dit leefgebied problemen ervaren en zo ja, in welke mate.

Figuur 4.7 toont een overzicht van de leefgebieden waarop de jongeren naar eigen zeggen problemen ervaren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen geen, lichte, matige of aanzienlijke problemen. Problemen met gedrag/houden aan regels, problemen in de

schoolsituatie en problemen in de relatie met ouders worden door jongeren het meest genoemd. Voor elk van deze drie leefgebieden geldt dat circa twee derde van de jongeren (15 tot 16 jongeren, 64% tot 70%) hierop lichte, matige of aanzienlijke problemen ervaart.

Figuur 4.7 Problemen naar leefgebied, in % (N=23)



Twee vijfde van de jongeren ervaart emotionele problemen (40%, 9 jongeren), terwijl een kwart problemen ervaart in het contact met broers of zussen (25%, 6 jongeren). Problemen die het minst worden genoemd zijn problemen in het contact met leeftijdsgenoten en problemen in het invullen van vrije tijd. Een vijfde van de jongeren (22%, 5 jongeren) ervaart problemen in het contact met leeftijdsgenoten, waarbij het in alle gevallen om lichte problemen gaat. Ruim een tiende van de jongeren (13%) geeft aan problemen te ondervinden bij het invullen van hun vrije tijd.

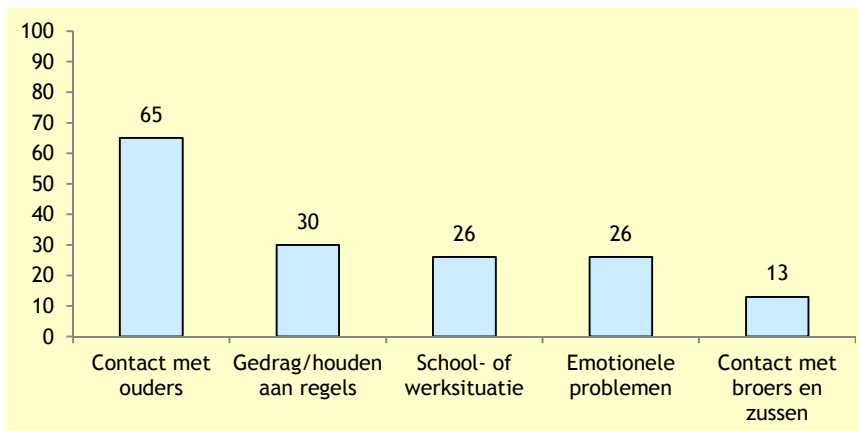
Uit nadere analyses blijkt dat voor alle terreinen geldt dat het percentage meisjes dat problemen ervaart hoger is dan het percentage jongens. Dit geldt het meeste voor het contact met ouders en voor de schoolsituatie.

## Verwachtingen LPH12+

Drie kwart van de jongeren (17 jongeren, 74%) geeft aan blij te zijn met de aanmelding voor LPH12+, terwijl een zesde van de jongeren (4 jongeren, 17%) opmerkt dat een aanmelding voor hen niet had gehoeven. Eén op de tien jongeren (2 jongeren, 9%) is neutraal over de aanmelding.

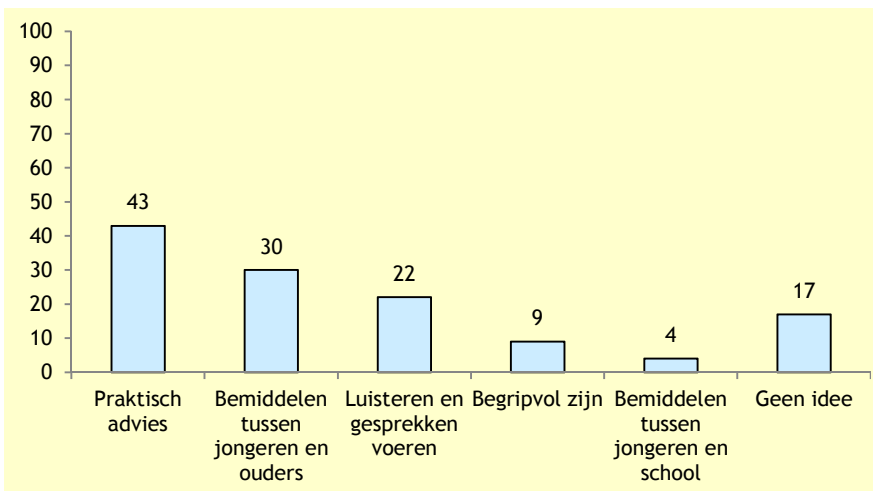
De terreinen waarop jongeren de meeste hulp verwachten komen overeen met de eerder beschreven terreinen waarop zij zelf problemen ervaren, namelijk hulp in het contact met ouders, hulp bij het verbeteren van hun gedrag en hulp bij het verbeteren van de schoolsituatie (figuur 4.8). Circa drie kwart van de jongeren (15 jongeren, 65%) verwacht dat de hulpverlener van LPH12+ zal helpen om het contact tussen hen en hun ouder(s) te verbeteren. Daarnaast verwacht iets minder dan een derde van de jongeren (7 jongeren, 30%) hulp bij het verbeteren van hun gedrag. Circa een kwart van de jongeren (6 jongeren, 26%) denkt dat de hulpverlener hulp zal bieden om de schoolsituatie te verbeteren en eveneens een kwart verwacht hulp te krijgen bij hun emotionele problemen. Circa één op de acht jongeren (3 jongeren, 13%) verwachten dat de hulpverlener hen zal ondersteunen in het contact met broers of zussen.

Figuur 4.8 Leefgebieden waar jongeren hulp bij verwachten door hulpverlener van LPH12+, in % (N=23) (meerdere antwoorden mogelijk)



Wanneer we de jongeren vragen naar hun verwachtingen over de wijze waarop de hulp zal worden geboden, geeft ruim twee vijfde van de jongeren (10 jongeren, 43%) aan te verwachten dat de hulpverlener hen zal helpen door het geven van praktisch advies (figuur 4.9). Een vijfde van de jongeren verwacht dat de hulpverlener goed zal luisteren en gesprekken zal voeren met hen en andere gezinsleden (5 jongeren, 22%). Circa een derde van de jongeren (7 jongeren, 30%) verwacht dat de hulpverlener als bemiddelaar zal optreden tussen de jongere en de ouders, terwijl één jongere (4%) verwacht dat de hulpverlener zal bemiddelen tussen hem en docenten op school. Twee jongeren (9%) geven expliciet aan dat ze verwachten dat de hulpverlener begripvol zal zijn. Circa een zesde van de jongeren (4 jongeren, 17%) geeft aan geen idee te hebben wat ze van de hulpverlening kunnen verwachten.

**Figuur 4.9** Verwachting wijze hulpverlening, in % (N=23) (meerdere antwoorden mogelijk)

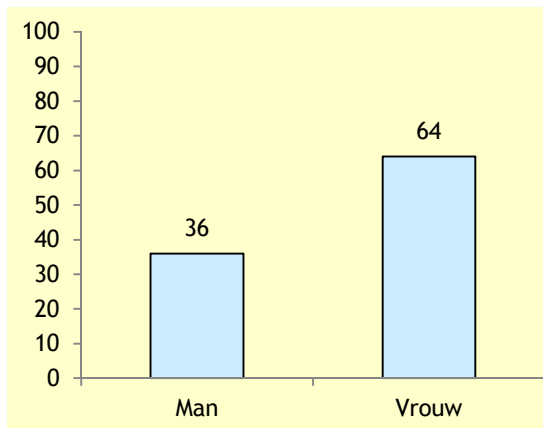


### 4.3 Kenmerken ouders

In deze paragraaf gaan we in op de kenmerken van de ouders die deelnemen aan de evaluatie van LPH12+ en de verwachtingen van de ouders over LPH12+. Bij twee derde van de 24 gezinnen (16

gezinnen, 67%) is de vragenlijst ingevuld door één ouder; vaak de enige ouder die bij de opvoeding betrokken is. Bij zeven gezinnen hebben twee ouders of een ouder en een stiefouder deelgenomen aan de vragenlijst, terwijl bij één gezin twee ouders én een stiefouder zijn gesproken. In totaal zijn daarmee 33 ouders gesproken voor de voormeting van het onderzoek. Het aandeel vrouwen is met 64% (21 respondenten) hoger dan het aandeel mannen (36%, 12 respondenten) (figuur 4.10).

**Figuur 4.10** Verdeling ouders naar geslacht, in % (N=33)



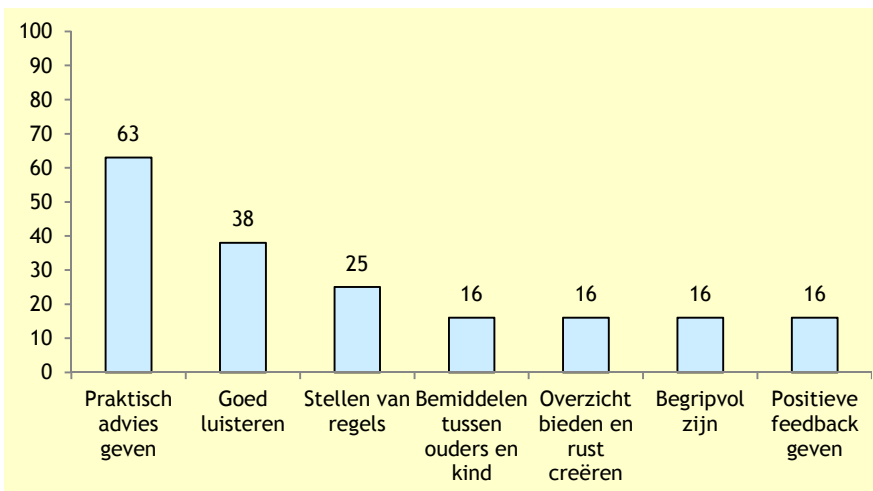
### **Verwachtingen LPH12+**

Circa negen van de tien ouders (28 ouders, 88%) geven aan blij te zijn met de aanmelding bij LPH12+. Als toelichting geven ze aan dat ze het prettig vinden dat er iemand is waarmee hun zoon of dochter kan praten en/of dat ze zelf behoefte hebben aan hulp. Eén ouder (3%) vindt de aanmelding onnodig en werkt alleen mee omdat zijn ex-partner daar waarde aan hecht, terwijl twee ouders (6%) aangeven dat ze niet blij zijn met het traject, maar dat het nou eenmaal noodzakelijk is. Door één ouder wordt opgemerkt dat hij sceptisch is over de aanmelding, maar dat ze van alles proberen om te zien wat helpt.

Ook de ouders is gevraagd naar hun verwachtingen over de manier waarop de hulpverlener hen zal kunnen helpen (figuur 4.11). Bijna

twee derde van de ouders (20 ouders, 63%) verwacht dat de hulpverlener zal helpen door het geven van praktisch advies. Daarnaast geeft circa twee vijfde van de ouders (12 ouders, 38%) aan dat ze verwachten dat de hulpverlener goed zal luisteren. Een kwart van de ouders (8 ouders, 25%) verwacht dat de hulpverlener regels zal stellen. Het bemiddelen tussen ouders en kind, het creëren van rust en overzicht, begripvol zijn en positieve feedback geven wordt door een zesde van de ouders genoemd (5 ouders, 16%). Door één of twee ouders wordt aangegeven dat ze verwachten dat de hulpverlener zal helpen door het oefenen van vaardigheden of door het bemiddelen tussen de jongere en leerkrachten, tussen de jongere en zijn broers of zussen of tussen ouders onderling.

**Figuur 4.11** Verwachting wijze hulpverlening, in % (N=32) (meerdere antwoorden mogelijk)



## 5. RESULTATEN JONGEREN

In dit hoofdstuk behandelen we de bij de jongeren behaalde resultaten. Aan de jongeren hebben we op drie verschillende meetmomenten een vragenlijst voorgelegd bestaande uit (onderdelen van) andere gevalideerde vragenlijsten. De vragenlijst bevat vragen over het zelfvertrouwen van de jongere, de mate waarin hij of zij sociaal-emotionele problemen ervaart, de communicatie en interactie tussen de jongere en zijn of haar ouders en de sociale contacten van de jongere. Door de resultaten van de voormeting afzonderlijk te vergelijken met die van de nameting en de vervolgmeting gaan we na of de problemen van de jongeren op de korte en/of de lange termijn zijn verbeterd.

In dit hoofdstuk bespreken we allereerst de resultaten voor alle jongeren tezamen voor de verschillende probleemgebieden (paragrafen 5.1 tot en met 5.4) om vervolgens in paragraaf 5.5 de individuele scores van de jongeren bij de voormeting te vergelijken met die van de na- en de vervolgmeting. In paragraaf 5.6 gaan we in op hoe tevreden de jongeren zijn over de hulpverlening die zij hebben ontvangen. We sluiten het hoofdstuk af met een resumé.

Zoals in hoofdstuk 1 is opgemerkt geldt voor drie jongeren uit de onderzoeksgroep dat zij afkomstig zijn uit één gezin. Deze jongeren hebben alle drie deelgenomen aan de voormeting en de nameting. Om te voorkomen dat de resultaten in dit gezin onevenredig zwaar worden meegewogen in de analyses is een wegingsfactor toegepast, waarbij deze drie jongeren elk een weging van 0,33 hebben gekregen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Wanneer zij op een schaal in de voormeting bijvoorbeeld een score hebben van respectievelijke 4,0, 5,0 en 7,0 tellen ze tezamen als één persoon met score 5,3, waarbij de afzonderlijke scores allemaal als één derde meetellen. De variantie tussen de scores van de jongens blijft daarbij behouden.

## 5.1 Zelfvertrouwen

In deze eerste paragraaf behandelen we de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen’ zoals gerapporteerd door de jongeren zelf. Deze uitkomstmaat loopt van 1 (weinig zelfvertrouwen) tot en met 5 (veel zelfvertrouwen) en bestaat uit de volgende subschalen: eigenwaarde, schoolvaardigheden, sociale acceptie, empowerment intrapersoonlijk en empowerment interactioneel. Van zowel de uitkomstmaat als de subschalen presenteren we de resultaten op korte en lange termijn en maken we vergelijkingen met de normscores.<sup>2</sup>

### Uitkomstmaat op korte termijn

Op korte termijn is het zelfvertrouwen van de jongeren die aan de voor- en de nameting hebben deelgenomen nauwelijks veranderd (tabel 5.1). De resultaten laten zien dat de gemiddelde score op de uitkomstmaat tussen de voormeting (3,57) en de nameting (3,66) nagenoeg gelijk is gebleven.

Zowel voor de voor- als de nameting geldt dat de scores (ongeveer) even hoog zijn als de scores van 3,63 van de normgroep. Dat wil zeggen dat de jongeren in onze studie qua mate van zelfvertrouwen niet afwijken van jongeren die niet in een hulpverleningstraject zijn opgenomen.

Tabel 5.1 Vergelijking uitkomstmaat zelfvertrouwen van jongeren op korte termijn (N=19)

Meting	N	Gemiddelde		sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	19	3,57	3,63	0,61	-0,66	0,52	-0,15
1	19	3,66					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

<sup>2</sup> Zie hoofdstuk 1 voor een uitleg over normscores en de berekening daarvan.

## Uitkomstmaat op lange termijn

Ook op lange termijn nemen we bij de jongeren geen significante verandering waar in de score op de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen’. De 16 jongeren – waarvan een voor- en een vervolgmeting beschikbaar is – scoren bij de voormeting gemiddeld 3,54 op de uitkomstmaat, terwijl het gemiddelde bij de vervolgmeting 3,73 is (tabel 5.2). Daarmee ligt het gemiddelde bij de vervolgmeting hoger dan de normscore van 3,63, terwijl die in bij de voormeting lager is. Het verschil tussen beide metingen is echter niet significant.

Tabel 5.2 Vergelijking uitkomstmaat zelfvertrouwen van jongeren op lange termijn (n=16)

Meting	n	Gemiddelde		sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	16	3,54	3,63	0,38	-1,99	0,07	-0,50
2	16	3,73					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

Het verschil tussen de score op de voormeting en de vervolgmeting is wel significant ( $p = 0,05$ ) wanneer we de zes gezinnen die vanwege de ernst van de problematiek zijn doorverwezen buiten beschouwing laten. Dit betekent dat het zelfvertrouwen van de jongeren die niet zijn doorverwezen naar zwaardere hulp significant is toegenomen tussen de voor- en vervolgmeting.

## Subschalen op korte termijn

De scores van de jongeren op de afzonderlijke subschalen waaruit de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen’ is opgebouwd, laten eveneens geen significante veranderingen zien op de korte termijn.

Voor alle subschalen – met uitzondering van schoolvaardigheden en sociale acceptatie - geldt dat de gemiddelde scores bij de voor- en nameting onder de normscores liggen. Op de subschaal ‘gevoel van eigenwaarde’ scoren de jongeren in onze studie in de voormeting gemiddeld 3,57 en in de nameting gemiddeld 3,77 (tabel 5.3). In beide gevallen is deze score lager dan de normscore van 3,83. Voor de

schalen ‘empowerment intrapersoonlijk’ (normscore: 3,74) en ‘empowerment interactieel’ (normscore: 3,78) geldt hetzelfde: zowel de score op de voor- als de score op de nameting is lager dan de normscore die bij de desbetreffende subschaal hoort. Dit betekent dat de jongeren uit de onderzoeksgroep hun gevoel van eigenwaarde en hun empowerment lager beoordelen dan jongeren uit een normgroep. Voor de subschalen ‘schoolvaardigheden’ en ‘sociale acceptatie’ nemen we een ander patroon waar. Op de subschaal ‘schoolvaardigheden’ ligt de gemiddelde score bij de voormeting (3,18) onder de normscore (3,24) en bij de nameting (3,36) boven de normscore. Op de subschaal ‘sociale acceptatie’ ligt de gemiddelde score op zowel de voor- (4,07) als de nameting (4,00) hoger dan de normscore van 3,70, waarbij een hogere score duidt op een sterker gevoel van sociale acceptatie. Voor beide subschalen geldt dat het verschil tussen beide metingen niet significant is.

Tabel 5.3 Vergelijking subschalen zelfvertrouwen van jongeren op korte termijn (N=19)

Subschaal	Me- ting	N	Gemiddelde Jong- eren	Norm- score	sd	t	p	Effect- grootte
Gevoel van eigenwaarde	0	19	3,57	3,83	0,98	-0,90	0,38	-0,20
	1	19	3,77					
Schoolvaardig heden	0	19	3,18	3,24	0,96	-0,83	0,42	-0,19
	1	19	3,36					
Sociale acceptatie	0	19	4,07	3,70	0,72	0,43	0,68	0,10
	1	19	4,00					
Empowerment; intra persoonlijk	0	19	3,27	3,74	0,51	-1,39	0,18	-0,31
	1	19	3,43					
Empowerment; interactieel	0	19	3,67	3,78	0,57	0,71	0,48	0,16
	1	19	3,58					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significante verschillen.

### Subschalen op lange termijn

Op de lange termijn is een significante verandering opgetreden in de gemiddelde score op de subschaal ‘gevoel van eigenwaarde’. Die is gestegen van 3,50 in de voormeting naar 3,92 in de vervolgmeting (tabel 5.4). Daarmee scoren de jongeren in de vervolgmeting hoger

dan de normscore van 3,83, terwijl zij in de voormeting lager scoorden. Dit betekent dat het gevoel van eigenwaarde van de jongeren is gestegen tussen het moment van de start van de hulpverlening en een half jaar na afronding van de hulp.

Ook op lange termijn zijn de gemiddelde scores van de jongeren op de subschaal ‘sociale acceptatie’ hoger dan normscore van 3,70. Tijdens de voormeting is de gemiddelde score 4,14 terwijl deze in de vervolgmeting 4,25 is. Het verschil is niet significant.

De gemiddelde scores op de overige subschalen - schoolvaardigheden, empowerment intrapersoonlijk, en empowerment interactioneel - zijn ook op de lange termijn niet significant gewijzigd.

**Tabel 5.4 Vergelijking subschalen zelfvertrouwen van jongeren op lange termijn (n=16)**

Subschaal	Me- ting	n	Gemiddelde Jong- eren	Norm- score	sd	t	p	Effect- grootte
Gevoel van eigenwaarde	0	16	3,50	3,83	0,68	-2,45	0,03*	-0,62
	2	16	3,92					
School vaardigheden	0	16	3,05	3,24	0,83	-0,65	0,53	-0,16
	2	16	3,18					
Sociale acceptatie	0	16	4,14	3,70	0,66	-0,67	0,51	-0,17
	2	16	4,25					
Empowerment; intrapersoonlijk	0	16	3,27	3,74	0,57	-1,13	0,28	-0,28
	2	16	3,43					
Empowerment; interactioneel	0	16	3,76	3,78	0,74	0,03	0,97	0,01
	2	16	3,75					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

## Beïnvloedende factoren

In een aanvullende analyse is nagegaan welke factoren van invloed kunnen zijn op de ontwikkelingen in het zelfvertrouwen van jongeren. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen kenmerken van de jongeren (leeftijd, geslacht, zelfvertrouwen van de jongere bij aanvang van de problematiek), kenmerken van het gezin (aantal probleemgebieden bij aanvang, aantal betrokken opvoeders) en kenmerken van het hulpverleningstraject (duur van het traject en aantal

hulpverleningsuren). Voor de variabelen leeftijd en geslacht geldt dat zij daarnaast als controlevariabele in de regressieanalyse zijn opgenomen.

### *Korte termijn*

Op korte termijn blijkt het zelfvertrouwen van jongeren bij aanvang van de hulp een voorspeller van de mate van ontwikkeling in het zelfvertrouwen gedurende het traject (matrix 5.1). Hoe lager het zelfvertrouwen van de jongeren bij aanvang van de hulp, des te groter het verschil is in de score op de voormeting en de vervolgmeting. Dat is niet verwonderlijk aangezien er weinig te verbeteren valt wanneer er bij aanvang niet of nauwelijks problemen zijn (zie onder meer Geurts e.a. 2010). De  $R^2$  van het model is 0,33, hetgeen betekent dat de mate van zelfvertrouwen in combinatie met leeftijd en geslacht 33% van de verbetering in zelfvertrouwen verklaart.

Matrix 5.1 Beïnvloedende factoren voor verbetering in zelfvertrouwen op korte termijn

Model 1 $R^2 = 0,33$		
	B	p
leeftijd	0,11	0,64
geslacht	0,19	0,47
zelfvertrouwen voormeting	-0,62	0,03

### *Lange termijn*

De kenmerken van de jongeren, van het gezin en het hulpverleningstraject blijken niet samen te hangen met verbetering in het zelfvertrouwen op lange termijn.

## **5.2 Sociaal-emotionele problemen**

Hieronder behandelen we de uitkomstmaat ‘sociaal-emotionele problemen’ van jongeren zoals gerapporteerd door de jongeren zelf,

maar ook hun ouders. Deze uitkomstmaat bestaat uit vijf subschalen: emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag.

Tezamen leveren zij een score op van tussen de 0 en de 40. Hoe hoger de score, des te groter de sociaal-emotionele problemen van een jongere. Bij de jongeren is een score van ten hoogste 14 ‘gemiddeld’, een score van 15 tot en met 17 ‘iets verhoogd’, een score van 18 of 19 ‘verhoogd’ en een score van 20 of hoger ‘sterk verhoogd’. Voor het oordeel van ouders over de sociaal-emotionele problemen van de jongere is een score tot 13 ‘gemiddeld’, een score van 14 tot en met 16 ‘iets verhoogd’, een score van 17 tot en met 19 ‘verhoogd’ en een score van 20 of hoger ‘sterk verhoogd’. Van zowel de uitkomstmaat als de subschalen behandelen we de resultaten op korte en lange termijn en maken we een vergelijking tussen de scores die de jongeren zelf en de scores die de ouders rapporteren.

### **Uitkomstmaat op korte termijn**

Tabel 5.5 laat zien dat er op korte termijn nauwelijks verschillen zijn opgetreden in de gemiddelde scores die jongeren zelf rapporteren. Bij de voormeting is de gemiddelde score van de jongeren 13,58, hetgeen nauwelijks afwijkt van de score van 13,08 die zij in de nameting geven. Het gaat in beide gevallen om een score van lager dan 14, hetgeen wil zeggen dat jongeren op beide metingen ‘gemiddeld’ scoren qua sociaal-emotionele problemen.

De scores van de ouders zijn op korte termijn wel significant veranderd. De gemiddelde door ouders gerapporteerde score is met 12,77 in de nameting significant gedaald ten opzichte van de voormeting toen deze nog 14,97 was. De score van de ouders is dus gedaald van een ‘iets verhoogde’ score naar een ‘gemiddelde score’. Ouders oordelen daarmee in de nameting positiever over de sociaal-emotionele ontwikkeling van hun zoon of dochter dan in de voormeting.

Tabel 5.5 Vergelijking uitkomstmaat sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (N=19) en door hun ouders op korte termijn (N=23)

Gerapporteerd door	Meting	N	Gem.	sd	t	p	Effectgrootte
Jongeren	0	19	13,58	3,67	0,59	0,56	0,14
	1	19	13,08				
Ouders	0	23	14,97	3,25	3,26	0,00*	0,68
	1	23	12,77				

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

### *Vergelijking controlegroep*

Het is mogelijk om voor de uitkomstmaat ‘sociaal-emotionele problemen’ op korte termijn een vergelijking te maken met een referentiebestand waarin deze schaal is opgenomen.<sup>3</sup> De respondenten uit dit bestand vormen in deze analyse de controlegroep. Uit tabel 5.6 blijkt dat de jongeren in onze studie qua gemiddelde scores op deze uitkomstmaat niet significant verschillen van de jongeren uit deze controlegroep. Dit geldt voor zowel de voor- als de nameting.

Tabel 5.6 Vergelijking LPH12+ en controlegroep op uitkomstmaat sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf en door de ouders op korte termijn (N=19-23)

Gerapporteerd door	Meting	Behandeling	N	Gem.	sd	t	p	Effectgrootte
Jongeren	0	LPH12+	21	13,47	4,54	0,67	0,5	0,13
		Controlegroep	23	12,86	4,83			
	1	LPH12+	19	13,08	5,28	1,97	0,5	0,6
		Controlegroep	23	10,17	4,31			
Ouders	0	LPH12+	21	15,31	5,54	0,36	0,72	0,17
		Controlegroep	23	14,65	6,60			
	1	LPH12+	21	13,77	6,07	0,73	0,47	0,22
		Controlegroep	23	12,35	6,79			

Independent samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significante verschillen.

<sup>3</sup> Zie hoofdstuk 1 voor een toelichting op het referentiebestand.

## Uitkomstmaat op lange termijn

De 16 jongeren die aan de voor- en vervolgmeting hebben deelgenomen scoren op de voormeting gemiddeld 14,38, terwijl zij bij de vervolgmeting gemiddeld 12,44 scoren (tabel 5.7). Het verschil tussen beide metingen is niet significant.

Voor de door ouders gerapporteerde score vinden we net als op de korte termijn een significant verschil tussen de voor- en vervolgmeting. De gemiddelde score van ouders daalt op lange termijn van 15,05 - een 'licht verhoogde' score - in de voormeting naar 12,21 - een 'gemiddelde' score - in de vervolgmeting. Ze oordelen daarmee in de vervolgmeting positiever over de sociaal-emotionele ontwikkeling van hun zoon of dochter dan in de voormeting.

Tabel 5.7 Vergelijking uitkomstmaat sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (n=16) en door hun ouders (n=19) op lange termijn

Gerapporteerd door	Meting	n	Gem.	sd	t	p	Effectgrootte
Jongeren	0	16	14,38	4,73	1,64	0,12	0,41
	2	16	12,44				
Ouders	0	19	15,05	4,52	4,19	0,01*	0,63
	2	19	12,21				

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

## Subschalen op korte termijn

De vijf subschalen die zijn gebruikt om de uitkomstmaat te vormen zijn ook afzonderlijk geanalyseerd. In tabel 5.8 geven we de resultaten op korte termijn weer.

Over het algemeen geldt dat ouders een hogere score, en dus meer sociaal-emotionele problemen bij de jongeren, rapporteren dan de jongeren zelf. Op de subschaal 'prosociaal gedrag' - de enige schaal waarbij een hogere score staat voor minder problematiek - scoren zij juist lager. De problemen die ouders bij de jongeren signaleren komen

dus niet per sé overeen met de problemen die jongeren zelf ervaren. De subschaal ‘hyperactiviteit’ vormt een uitzondering op het bovenstaande. Hierop rapporteren jongeren hogere scores dan hun ouders, hetgeen een indicatie is dat ouders een probleem dat jongeren ervaren niet signaleren.

Verder zijn op korte termijn twee significante veranderingen opgetreden in de subschalen. Bij de nameting rapporteren ouders een lagere score op de subschaal ‘emotionele problemen’ dan in de voormeting. In de voormeting scoren zij nog gemiddeld 4,24, terwijl deze in de nameting is gedaald naar 3,20. Dit betekent dat de sociaal-emotionele problemen van de jongeren volgens ouders gedurende het hulpverleningstraject zijn afgenomen. Hetzelfde geldt voor de door ouders gerapporteerde score op gedragsproblemen: deze score daalt van gemiddeld 3,52 in de voormeting naar 2,91 in de nameting, wat duidt op een afname van gedragsproblemen. Volgens de ouders zijn de jongeren dus op twee van de vijf subschalen vooruit gegaan, terwijl er op basis van de antwoorden van de jongeren op geen enkele subschaal vooruitgang is geboekt. Er blijkt dus een verschil te zijn tussen de beleving van de ouders en de ervaringen van de jongeren.

**Tabel 5.8** Vergelijking subschalen sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (N=19) en door hun ouders (N=23) op korte termijn

Subschaal	Gerapporteerd door	Meting	N	Gem.	sd	t	p	Effect-grootte
Emotionele symptomen	Jongeren	0 1	19 19	3,11 3,24	1,54	-0,40	0,70	-0,08
	Ouders	0 1	23 23	4,24 3,20	1,92	2,59	0,02*	0,54
Gedragsproblemen	Jongeren	0 1	19 19	3,46 3,21	1,29	0,83	0,42	0,19
	Ouders	0 1	23 23	3,52 2,91	1,16	2,53	0,02*	0,53
Hyperactiviteit	Jongeren	0 1	19 19	5,93 5,33	1,97	1,33	0,20	0,30
	Ouders	0 1	23 23	5,19 4,67	1,36	1,85	0,08	0,38

Tabel 5.8 Vergelijking subschalen sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (N=19) en door hun ouders (N=23) op korte termijn (vervolg)

Problemen met leeftijds-genoten	Jongeren	0 1	19 19	1,09 1,29	1,16	-0,77	0,45	-0,17
	Ouders	0 1	23 23	2,01 1,98	1,19	0,12	0,90	0,03
Prosociaal gedrag	Jongeren	0 1	19 19	7,84 7,42	1,77	1,04	0,32	0,24
	Ouders	0 1	23 23	6,94 7,27	1,55	-0,99	0,33	-0,21

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

### Subschalen op lange termijn

De resultaten op lange termijn, die in tabel 5.9 zijn weergegeven, zijn vergelijkbaar met die op korte termijn. Hier geldt dat de gemiddelde door ouders gerapporteerde scores op de subschalen emotionele symptomen en hyperactiviteit significant zijn gedaald in de vervolgmeting ten opzichte van de voormeting. Voor emotionele symptomen betreft het een daling van 4,46 naar 3,03, terwijl het voor hyperactiviteit om een daling van 5,16 naar 4,39 gaat. Ouders rapporteren in de vervolgmeting dus minder emotionele problemen en minder hyperactiviteit bij de jongeren dan in de voormeting. Voor de jongeren is voor geen enkele subschaal een significante verandering gevonden.

Tabel 5.9 Vergelijking subschalen sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (n=16) en door hun ouders (n=19) op lange termijn

Subschaal	Gerapporteerd door	Meting	n	Gem.	sd	t	p	Effect-grootte
Emotionele symptomen	Jongeren	0 2	16 16	3,38 2,38	2,00	2,00	0,06	0,50
	Ouders	0 2	19 19	4,46 3,03	2,19	2,86	0,01*	0,65
Gedrags-problemen	Jongeren	0 2	16 16	3,81 3,69	1,96	0,26	0,80	0,06
	Ouders	0 2	19 19	3,63 2,84	1,94	1,77	0,09	0,41

Tabel 5.9 Vergelijking subschalen sociaal-emotionele problemen van jongeren gerapporteerd door jongeren zelf (n=16) en door hun ouders (n=19) op lange termijn (vervolg)

Hyper-activiteit	Jongeren	0 2	16 16	6,00 5,38	2,39	1,05	0,31	0,26
	Ouders	0 2	19 19	5,16 4,39	1,22	2,73	0,01*	0,63
Problemen met leeftijds-genoten	Jongeren	0 2	16 16	1,19 1,00	1,76	0,43	0,68	0,11
	Ouders	0 2	19 19	1,80 1,95	0,91	-0,69	0,50	-0,16
Prosociaal gedrag	Jongeren	0 2	16 16	7,81 7,06	1,77	1,70	0,11	0,42
	Ouders	0 2	19 19	7,29 7,55	2,13	-0,54	0,60	-0,12

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

### Beïnvloedende factoren

Uit een aanvullende analyse naar beïnvloedende factoren blijkt geen van de kenmerken van de jongeren, van het gezin en van het hulpverleningstraject samen te hangen met de verbetering van de sociaal-emotionele ontwikkeling op korte en langer termijn, zoals gerapporteerd door de jongeren. Ook de veranderingen die ouders op korte termijn rapporteren op deze uitkomstmaat blijken niet samen te hangen met kenmerken van de jongeren, het gezin of het traject.

De ontwikkelingen die ouders op lange termijn rapporteren lijken in eerste instantie wel samen te hangen met één van de potentieel beïnvloedende factoren, namelijk met de score van ouders over de sociaal-emotionele problemen van de jongere bij aanvang. Daarbij geldt hoe hoger de score van ouders over de sociaal-emotionele problemen van de jongeren op de voormeting, des te groter de gerapporteerde verbetering. Wanneer wordt gecontroleerd voor het interactie effect met leeftijd en geslacht vervalt echter de significantie van deze correlatie (matrix 5.2).

Matrix 5.2 Beïnvloedende factoren voor verbetering in sociaal emotionele ontwikkeling jongeren volgens ouders op lange termijn

Model 1 R <sup>2</sup> = 0,30		
	B	p
leeftijd	-0,11	0,65
geslacht	0,14	0,59
zelfvertrouwen voormeting	-0,46	0,07

### 5.3 Communicatie en interactie

In deze paragraaf behandelen we de uitkomstmaat ‘communicatie en interactie’. Het gaat om de door jongeren gerapporteerde scores. De score op de uitkomstmaat loopt van 1 tot en met 5, waarbij geldt dat een hogere score staat voor een betere communicatie en interactie tussen de jongere en zijn of haar ouders/verzorgers. Deze uitkomstmaat bestaat niet uit subschalen.

#### Korte termijn

In de voormeting is de gemiddelde score van de jongeren op de uitkomstmaat communicatie en interactie 3,34, terwijl deze score in de nameting uitkomt op 3,59 (tabel 5.10). Het verschil tussen deze metingen is niet significant. In beide metingen zijn de gemiddelde scores hoger dan de normscore van 3,16, hetgeen betekent dat de jongeren uit de onderzoeksgroep gemiddeld genomen positiever oordelen over de communicatie en interactie met hun ouders dan jongeren uit een normgroep.

Tabel 5.10 Vergelijking uitkomstmaat communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders op korte termijn (N=19)

Meting	n	Gemiddelde		Sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	19	3,34	3,16	0,55	-	0,07	-0,45
1	19	3,59			1,94		

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significante verschillen.

## Lange termijn

Op lange termijn blijkt er sprake van een significante verbetering in de communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders volgens het oordeel van de jongeren. Op lange termijn is de gemiddelde score op deze uitkomstmaat significant gestegen van 3,34 in de voormeting naar 3,69 in de vervolgmeting (tabel 5.11). Ook hier geldt dat de scores op beide metingen boven die van de normgroep (3,16) liggen.

Tabel 5.11 Vergelijking uitkomstmaat communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders op lange termijn (n=16)

Meting	n	Gemiddelde		Sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	16	3,34	3,16	0,56	-2,50	0,03*	-0,63
2	16	3,69					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil ( $p < 0,05$ ).

## Beïnvloedende factoren

Op korte termijn worden geen beïnvloedende factoren gevonden, maar op lange termijn blijken verschillende factoren van invloed op de ontwikkeling van de communicatie en interactie tussen ouders en jongeren, namelijk leeftijd, het aantal opvoeders in het gezin en de score op de voormeting (matrix 5.3).

Voor leeftijd geldt dat hoe ouder de jongere, des te groter het verschil is in de score op de communicatie en interactie tussen de voor- en de vervolgmeting.

Het verschil in de communicatie en interactie tussen de voor- en vervolgmeting is daarnaast groter in gezinnen met twee opvoeders ten opzichte van gezinnen met één opvoeder. Mogelijk speelt daarbij een rol dat er in gezinnen met meerdere opvoeders meer mogelijkheden zijn voor het rapporteren van een verbetering (het contact met vader óf moeder kan verbeterd zijn) dan in een gezin met één opvoeder.

Ook de score op interactie en communicatie tussen jongeren en hun ouders bij de start van de hulp blijkt een rol te spelen bij de mate van

verbetering hiervan. Daarbij geldt hoe groter de problemen op deze uitkomstmaat bij aanvang, des te groter is de gemeten vooruitgang op lange termijn.

Het model waarin deze factoren worden samengenomen (model 4;  $R^2 = 0,70$ ) verklaart een aanzienlijk deel van de variantie in verbetering in interactie en communicatie. Daarbij blijft de voorspellende waarde van de afzonderlijke variabelen overeind, hetgeen betekent dat zij elk een uniek deel van het verschil in de scores op lange termijn verklaren.

**Matrix 5.3** Beïnvloedende factoren voor verbetering in communicatie en interactie op lange termijn

Model 1 $R^2 = 0,30$			Model 2 $R^2 = 0,60$		
	$\beta$	p		$\beta$	p
leeftijd	0,56	0,05	leeftijd	0,52	0,02
geslacht	0,04	0,88	geslacht	-0,19	0,39
			aantal betrokken opvoeders	-0,60	0,01

Model 3 $R^2 = 0,50$			Model 4 $R^2 = 0,70$		
	$\beta$	p		$\beta$	p
leeftijd	0,44	0,08	leeftijd	0,44	0,04
geslacht	0,30	0,26	geslacht	0,03	0,89
communicatie en interactie voormeting	-0,56	0,05	aantal betrokken opvoeders	-0,50	0,02
			communicatie en interactie voormeting	-0,40	0,09

## 5.4 Sociale contacten

In deze paragraaf behandelen we de uitkomstmaat ‘sociale contacten’ voor de jongeren. De score op uitkomstmaat loopt van 1 (weinig sociale contacten) tot en met 5 (veel sociale contacten). Deze

uitkomstmaat bestaat uit twee subschalen: ‘sociale steun zoeken’ en ‘sociale contacten’. We behandelen de resultaten van de uitkomstmaat en de subschalen zowel op korte als op lange termijn en vergelijken de scores met de normscores.

### Uitkomstmaat op korte termijn

De jongeren scoren in de voormeting met gemiddeld 3,02 nagenoeg hetzelfde als in de nameting waar de gemiddelde score 2,95 bedraagt (tabel 5.12). De jongeren scoren daarmee wat betreft hun sociale contacten en netwerk in beide metingen hoger dan de normscore van 2,77. Dit duidt op een positief oordeel van de jongeren over hun sociale contacten en netwerk, zowel voorafgaand als na afloop van de hulpverlening.

Tabel 5.12 Vergelijking uitkomstmaat sociale contacten jongeren op korte termijn (N=19)

Meting	N	Gemiddelde		sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	19	3,02	2,77	0,60	0,49	0,63	0,12
1	19	2,95	2,77	0,60	0,49	0,63	0,12

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

### Uitkomstmaat op lange termijn

Op lange termijn vinden we ongeveer dezelfde resultaten. Ook hier geldt dat er weinig verandering is opgetreden in de gemiddelde score, die met 3,06 in de voormeting en 3,13 in de vervolgmeting wel wederom hoger dan de normscore van 2,77 ligt (tabel 5.13).

Tabel 5.13 Vergelijking uitkomstmaat sociale contacten jongeren op lange termijn (n=16)

Meting	n	Gemiddelde		sd	t	p	Effectgrootte
		Jongeren	Normscore				
0	16	3,06	2,77	0,67	-	0,72	-0,10
2	16	3,13	2,77	0,67	0,37	0,72	-0,10

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

## Subschalen op korte termijn

Net als voor de gehele uitkomstmaat is op het niveau van de subschalen weinig verandering op korte termijn gevonden in de gemiddelde scores. Wel scoren de twee subschalen verschillend ten opzichte van de desbetreffende normscores. Op de subschaal ‘sociale steun zoeken’ scoren de jongeren gemiddeld 2,21 in de voormeting en 2,10 in de nameting (tabel 5.14). Dat is in beide gevallen lager dan de normscore van 2,51, hetgeen betekent dat de jongeren uit de onderzoeksgroep minder geneigd lijken te zijn sociale steun te zoeken wanneer zij problemen ervaren dan jongeren uit een normgroep. Daarentegen scoren zij op de subschaal ‘sociale contacten’ in beide metingen met respectievelijk 3,82 en 3,80 hoger dan de normscore van 3,02. De jongeren oordelen daarmee positief over hun sociale contacten in vergelijking met een normgroep.

Tabel 5.14 Vergelijking subschalen sociale contacten jongeren op korte termijn (N=19)

Subschaal	Meting	N	Gemiddelde		sd	t	p	Effect-grootte
			Jongeren	Norm-score				
Sociale steun zoeken	0	19	2,21	2,51	0,83	0,58	0,57	0,13
	1	19	2,10					
Sociale contacten	0	19	3,82	3,02	0,73	0,15	0,88	0,03
	1	19	3,80					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significante verschillen.

## Subschalen op lange termijn

Ook op het niveau van de subschalen geldt dat we op lange termijn vrijwel dezelfde resultaten vinden als op korte termijn. De gemiddelde scores van de jongeren op beide subschalen zijn niet of nauwelijks veranderd in de nameting vergeleken met de voormeting. De scores wijken wel af van de bijbehorende normscores. De gemiddelde score voor de subschaal ‘sociale steun zoeken’ bedraagt bij de voormeting 2,22 en in de vervolgmeting 2,25 (tabel 5.15). Dit is lager dan de normscore van de 2,51. Voor de schaal ‘sociale contacten’ geldt dat

dit met een gemiddelde score van 3,91 in de voormeting en van 4,00 in de vervolgmeting hoger is dan de normscore van 3,02.

**Tabel 5.15** Vergelijking subschalen sociale contacten jongeren op lange termijn (n=16)

Subschaal	Meting	n	Gemiddelde		sd	t	p	Effect-grootte
			Jongeren	Norm-score				
Sociale steun zoeken	0	16	2,22	2,51	0,80	-0,14	0,89	-0,04
	2	16	2,25					
Sociale contacten	0	16	3,91	3,02	0,75	-0,50	0,62	-0,12
	2	16	4,00					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significante verschillen.

### Beïnvloedende variabelen

Ook bij de uitkomstmaat sociale contacten hebben we de factoren die van invloed kunnen zijn op de vooruitgang op deze uitkomstmaat geanalyseerd. Zowel op korte termijn als op lange termijn blijkt de score op sociale contacten in de voormeting een voorspellende waarde te hebben voor verbetering op deze uitkomstmaat (matrix 5.4 en matrix 5.5). Op lange termijn vervalt echter de significantie van deze samenhang wanneer wordt gecontroleerd voor leeftijd en geslacht.

**Matrix 5.4** Beïnvloedende factoren voor verbetering in sociale contacten op korte termijn

Model 1 $R^2 = 0,29$		
	B	p
Leeftijd	-0,09	0,67
Geslacht	0,33	0,19
Sociale contacten voormeting	0,21	0,03

Matrix 5.5 Beïnvloedende factoren voor verbetering in sociale contacten op lange termijn

Model 1 $R^2 = 0,34$		
	B	p
Leeftijd	0,18	0,55
Geslacht	0,33	0,26
Sociale contacten voormeting	-0,58	0,61

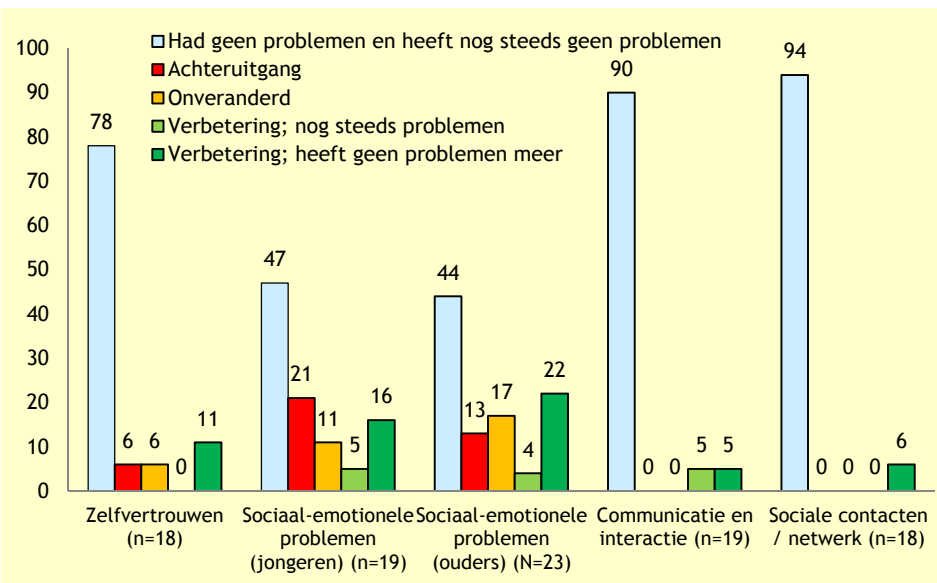
## 5.5 Resultaten op individueel niveau

In deze paragraaf behandelen we de bij jongeren behaalde resultaten op individueel niveau voor de uitkomstmaten. Bij de voor-, na- en vervolgmeting zijn per uitkomstmaat voor alle jongeren individuele scores berekend op basis van hoeveel zij afwijken van de normscore. Deze zogenoemde normatieve deviatiescores lopen van 1 (geen problemen) tot en met 5 (zeer ernstige problemen). We zijn voor zowel de korte als de lange termijn nagegaan wat voor veranderingen er zijn opgetreden in de normatieve deviatiescores.

### Korte termijn

In figuur 5.1 zijn de resultaten op korte termijn weergegeven. Voor alle uitkomstmaten geldt dat de groep jongeren die bij aanvang geen problemen heeft en dat nu bij de nameting nog steeds niet heeft het grootste is. Dit geldt met name voor de uitkomstmaten ‘communicatie en interactie’ (90%) en ‘sociale contacten/netwerk’ (94%).

**Figuur 5.1** Ontwikkeling in individuele scores van jongeren per uitkomstmaat op korte termijn, in % (N=18-23)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100 procent.

Voor de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen’ geldt dat 78% van de jongeren bij de voormeting geen problemen heeft en dat dit bij de nameting nog steeds het geval is. Van het andere deel van de jongeren is 6% achteruit gegaan, 6% onveranderd en 11% is zodanig verbeterd dat zij geen problemen meer hebben bij de nameting.

De meeste veranderingen zijn opgetreden in de door jongeren en door ouders gerapporteerde scores op de uitkomstmaat ‘sociaal-emotionele problemen’. Van de jongeren zelf rapporteert 47% zowel bij de voor- als de nameting geen problemen. Van de overige jongeren blijkt 21% achteruit te zijn gegaan en eveneens 21% te zijn verbeterd. Van de laatstgenoemde groep is 16% probleemloos geworden. Verder is de score van 11% van de jongeren onveranderd.

Het percentage jongeren dat volgens ouders geen sociaal-emotionele problemen heeft bij zowel voor- als nameting is 44% en is daarmee lager dan het door jongeren gerapporteerde percentage. Het aantal

jongeren dat op basis van de antwoorden van ouders is verbeterd ligt echter hoger, namelijk 26%. Hiervan is het merendeel (22%) bij de nameting vrij van problemen. Voor 17% van de jongeren geldt dat zij achteruitgegaan zijn, terwijl de situatie van 13% van de jongeren op basis van het oordeel van ouders op korte termijn onveranderd is.

### *Succesmaten*

Nagegaan is of het percentage jongeren dat bij aanvang van LPH12+ problemen ervaart op een terrein, maar op korte termijn progressie laat zien hoger is dan de vooraf geformuleerde succesmaat (zie hoofdstuk 1).

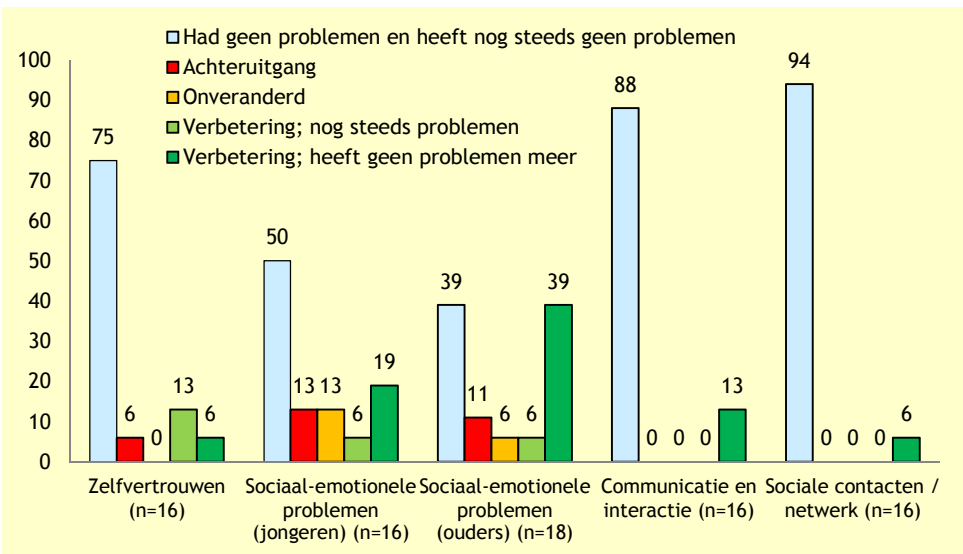
Op sociaal-emotionele problemen zijn vier van de acht jongeren (50%) die bij de voormeting problematisch scoorden verbeterd bij de nameting. Dit betekent dat de vooraf opgestelde succesmaat voor de korte termijn van 65% niet is behaald. Op basis van de antwoorden van ouders scoorden twaalf jongeren op de voormeting problematisch, waarvan zes jongeren (50%) in de nameting zijn verbeterd, waarmee ook hier de succesmaat van 65% op korte termijn niet is behaald.

Op het terrein van zelfvertrouwen, de communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders en de sociale contacten van jongeren geldt dat er te weinig jongeren bij aanvang van de hulp problemen ervaren op dit terrein om uitspraken te kunnen doen over het al dan niet behalen van de succesmaat.

### **Lange termijn**

Op de lange termijn vinden we soortgelijke resultaten als op de korte termijn. Ook hier geldt dat de groep jongeren zonder problemen op zowel de voor- als vervolgmeting voor de uitkomstmaten 'communicatie en interactie' (88%) en 'sociale contacten / netwerk' (94%) het grootste is (figuur 5.2). De overige jongeren zijn op deze uitkomstmaat zodanig verbeterd dat zij probleemloos zijn geworden. Het gaat om respectievelijk 13% en 6% van de jongeren.

**Figuur 5.2** Ontwikkeling in individuele scores van jongeren per uitkomstmaat op lange termijn, in % (n=16-18)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100 procent.

Net als op de korte termijn is 75% van de jongeren probleemloos gebleven op de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen’. Zij hebben bij voormeting geen problemen en hebben die nog steeds niet bij de vervolgmeting. Van de overige jongeren is 19% verbeterd, waarvan 6% bij de vervolgmeting vrij is van problemen op dit gebied. Van de jongeren is 6% achteruitgegaan.

De meeste veranderingen zijn ook op de lange termijn zichtbaar op het gebied van de sociaal-emotionele problemen van jongeren. Op basis van de antwoorden van jongeren zelf blijkt dat 50% bij de voormeting geen problemen had en dat zij bij de vervolgmeting nog steeds geen problemen hebben. Van de jongeren is 25% vooruitgegaan, waarvan 19% de stap naar probleemloos hebben gemaakt. Zes van de jongeren scoorden problematisch op sociaal-emotionele problemen volgens hun eigen antwoorden.

De ouders rapporteren wederom een iets lager percentage dan de jongeren wat betreft de jongeren die bij zowel voor- als

vervolgmeting probleemloos waren, namelijk 39%. Het merendeel van de overige jongeren (45%) is volgens de ouders vooruitgegaan, waarvan 39% zodanig dat zij nu zonder problemen zijn. Verder gaat 11% van de jongeren achteruit en is van 6% van de jongeren de situatie onveranderd.

### *Succesmaten*

Ook voor de vooruitgang die op langere termijn door jongeren is bereikt zijn we nagegaan of de succesmaat is behaald.

Van de acht jongeren die zeiden problemen te hebben op sociaal-emotioneel gebied zijn er vier (50%) verbeterd. De ouders zien bij acht van de tien jongeren (80%) die problemen op dit gebied hadden een verbetering bij de vervolgmeting. De succesmaat van 55% is daarmee volgens het oordeel van jongeren niet behaald, volgens het oordeel van ouders wel.

Gezien het lage aantal jongeren dat bij aanvang van de hulp problemen ervaart op het terrein van zelfvertrouwen, communicatie en interactie en sociale contacten kunnen geen uitspraken worden gedaan over het behalen van de succesmaten op deze terreinen.

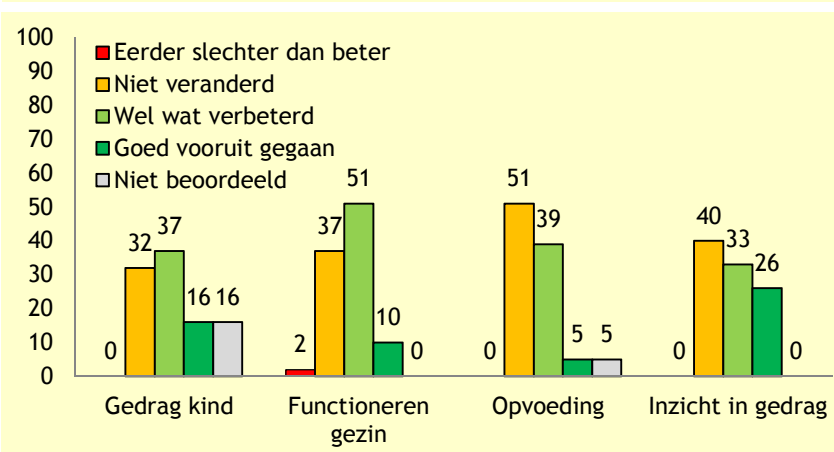
## **5.6 Tevredenheid jongeren**

Tijdens de nameting, direct na afloop van de hulpverlening van LPH12+, hebben we de jongeren een aantal vragen voorgelegd over hoe tevreden zij zijn over de hulpverlening van LPH12+. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van het instrument BESTE: een gevalideerde schaal waarmee tevredenheid over een behandeling kan worden gemeten. De BESTE bestaat uit drie onderdelen: tevredenheid over het effect (gemeten door vier vragen); tevredenheid over de duur van de hulpverlening; en of jongeren de hulpverlening zouden aanraden aan anderen.

## Tevredenheid over effect

De BESTE meet de tevredenheid van jongeren door middel van vier vragen over verschillende aspecten die mogelijk zijn verbeterd als gevolg van de hulpverlening. De resultaten zijn weergegeven in figuur 5.3.

**Figuur 5.3** Mening van jongeren over het effect van LPH12+ voor het gedrag van het kind, het functioneren van het gezin, de opvoeding en het inzicht in het eigen gedrag, in % (N=19)<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100 procent.

Voor de aspecten ‘gedrag van het kind’, ‘functioneren van het gezin’ en ‘inzicht in eigen gedrag’ geldt dat meer dan de helft van de jongeren vindt dat deze zijn verbeterd. Het gaat om respectievelijk 53%, 61% en 59% van de jongeren. Voor deze aspecten geldt dat de groep jongeren die vindt dat dit ‘wel wat verbeterd is’ (respectievelijk 37%, 51% en 33%) groter is dan de groep die zegt dat deze aspecten goed vooruit zijn gegaan (respectievelijk 16%, 10% en 26%).

Voor het aspect ‘opvoeding’ geldt dat het grootste gedeelte van de jongeren vindt dat er hierin niets is veranderd. Het gaat om meer dan de helft (51%) van de jongeren. De jongeren die vinden dat het wel wat is verbeterd (39%) of goed vooruit is gegaan (5%) zijn in de minderheid.

### *Totaalscore en succesmaat*

Op basis van de antwoorden op de vier vragen kan een totaalscore worden berekend van 0 tot en met 16. Bij een totaalscore van 12 of hoger kunnen we ervan uitgaan dat de jongere tevreden is over hulpverlening. Op basis hiervan moeten we concluderen dat de succesmaat van 80%, zoals opgesteld door de MJD, niet is behaald: 42% van de jongeren heeft een score van 12 of hoger. Van de overige 58% van de jongeren scoort 12% een 8, 18% een 9, 17% een 10 en 11% een 11.

### **Duur van de hulpverlening**

Van de jongeren is 65% van mening dat de duur van de hulpverlening precies lang genoeg is. Eén jongere (7%) is van mening dat LPH12+ te kort heeft geduurd. Het percentage jongeren dat de hulpverlening te lang vindt duurt ligt op 12%, terwijl 16% geen heeft mening over de duur van de hulpverlening.

### **Aanraden aan anderen**

De meerderheid van de jongeren zegt LPH12+ (waarschijnlijk) te zullen aanraden aan anderen: 40% zou het ‘waarschijnlijk’ aanraden, terwijl 32% dit ‘beslist’ zou doen. Er zijn twee jongeren die het beslist niet aan anderen zouden aanraden.

## **5.7 Resumé**

In dit hoofdstuk hebben we de resultaten van de jongeren uit de onderzoeksgroep behandeld. Daarbij zijn we ingegaan op de ontwikkelingen op korte en lange termijn op de vier uitkomstmaten van LPH12+ die gericht zijn op jongeren. Het gaat om zelfvertrouwen, sociaal-emotionele problemen, communicatie en interactie tussen de jongeren en zijn ouders en de sociale contacten van de jongere.

## Situatie bij aanvang van de hulp

Het blijkt dat de jongeren uit de onderzoeksgroep bij aanvang van de hulp gemiddeld genomen weinig problemen ervaren op deze vier terreinen. Ze scoren op de voormeting vergelijkbaar en op sommige terreinen zelfs positiever dan de normscores. Daar waar ook ouders een oordeel geven over de situatie van de jongere - namelijk op het terrein van de sociaal-emotionele problemen - beoordelen ouders het gedrag van hun kind bij aanvang van de hulp iets problematischer dan de norm.

## Ontwikkelingen

Op korte termijn (vergelijking voor- en nameting) treedt alleen een vermindering op van de sociaal-emotionele problemen van de jongeren, zoals beoordeeld door ouders (tabel 5.16). Op de overige terreinen worden bij de jongeren geen significante veranderingen waargenomen, zowel geen verbetering als geen verslechtering van de situatie.

Tabel 5.16 Ontwikkelingen jongeren op korte en lange termijn

Uitkomstmaat	Korte termijn	Lange termijn
Zelfvertrouwen jongere	onveranderd	onveranderd
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel jongere	onveranderd	onveranderd
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel ouders	verbeterd	verbeterd
Communicatie en interactie	onveranderd	verbeterd
Sociale contacten	onveranderd	onveranderd

Ook op lange termijn (vergelijking voor- en vervolgmeting) rapporteren ouders een afname van de sociaal-emotionele problemen van de jongeren. Daarnaast is de communicatie tussen ouders en jongeren op lange termijn verbeterd. Het zelfvertrouwen en sociale contacten van jongeren zijn niet of nauwelijks veranderd.

Een deel van de gezinnen is door de hulpverleners van LPH12+ doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. Wanneer de jongeren

uit deze gezinnen buiten beschouwing worden gelaten blijkt dat het zelfvertrouwen van de jongeren uit de gezinnen die niet zijn doorverwezen op lange termijn is toegenomen.

### Beïnvloedende factoren

Uit nadere analyses blijkt dat er enkele factoren kunnen worden onderscheiden die van invloed zijn op de ontwikkelingen van jongeren op de vier terreinen (tabel 5.17). Voor alle uitkomstmaten geldt dat er sprake is van een samenhang tussen de ontwikkelingen op deze uitkomstmaat en de situatie op deze uitkomstmaat bij aanvang van de hulpverlening: hoe lager de score op deze uitkomstmaat bij aanvang, des te groter de verbetering op korte en/of op lange termijn. Zoals aangegeven is dat niet verwonderlijk aangezien er weinig te verbeteren valt wanneer er bij aanvang niet of nauwelijks problemen zijn.

Tabel 5.17 Beïnvloedende factoren op korte en lange termijn

Uitkomstmaat	Korte termijn	Lange termijn
Zelfvertrouwen jongere	Score voormeting	Geen
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel jongere	Geen <sup>1</sup>	Geen
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel ouders	Geen	Score voormeting <sup>2</sup>
Communicatie en interactie	Geen	Score voormeting Aantal betrokken opvoeders
Sociale contacten	Score voormeting	Score voormeting <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Geen beïnvloedende factor vastgesteld.

<sup>2</sup> De significantie van de samenhang tussen de uitkomstmaat en deze variabele vervalft wanneer wordt gecontroleerd voor leeftijd en geslacht van de jeugdige.

De mate van verbetering in de communicatie en interactie tussen ouders en jongeren op lange termijn blijkt daarnaast samen te hangen met het aantal opvoeders in een gezin. In gezinnen met twee opvoeders is de verbetering in communicatie en interactie tussen ouders en jongeren groter dan in gezinnen met één opvoeder.

## **Succesmaten**

Van de vooraf door de MJD opgestelde succesmaten<sup>4</sup> zijn is de succesmaat voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige is op korte termijn niet gehaald. Op lange termijn is deze succesmaat volgens ouders wel behaald, naar het oordeel van de jongeren niet. Op het terrein van zelfvertrouwen, de communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders en de sociale contacten van jongeren geldt dat er te weinig jongeren bij aanvang van de hulp problemen ervaren op dit terrein om uitspraken te kunnen doen over het al dan niet behalen van de succesmaat.

## **Tevredenheid**

42% van de jongeren is tevreden over de hulpverlening. Bijna drie kwart van de jongeren (72%) geeft aan het traject ‘waarschijnlijk wel’ of ‘beslist wel’ te zullen aanraden aan anderen.

---

<sup>4</sup> Deze succesmaten zijn in het beginstadium van het onderzoek opgesteld door de medewerkers van de MJD. Ze laten zien welk percentage van de ouders en jongeren volgens de MJD een verbetering moet laten zien op de uitkomstmaten om te kunnen spreken van een succes voor de groep als geheel.

## 6. RESULTATEN OUDERS

In dit hoofdstuk gaan we in op de resultaten van LPH12+ die volgens de ouders zijn bereikt. We hebben de ouders gevraagd naar de opvoedingsproblemen die zij ervaren en naar de psychosociale problemen en de ernst van deze problematiek bij hun kinderen. Hierbij is zo veel mogelijk gebruik gemaakt van (onderdelen van) bestaande, gevalideerde vragenlijsten. Deze vragenlijsten hebben we op drie momenten bij de ouders afgenomen. We vergelijken de resultaten van de voormeting (0-meting) met die van de nameting (1-meting) om de veranderingen op korte termijn na te gaan. De vergelijking van de voormeting met de vervolgmeting (2-meting) geeft de veranderingen op lange termijn weer.

In dit hoofdstuk bespreken we de uitkomstmaten die betrekking hebben op het zelfvertrouwen van ouders (paragraaf 6.1), hun opvoedvaardigheden (paragraaf 6.2), de communicatie en interactie met hun kinderen (paragraaf 6.3) en hun sociale contacten (paragraaf 6.4). In deze paragrafen behandelen we de scores voor alle ouders tezamen en vergelijken we die met de normscores (zie hoofdstuk 2). Ook gaan we in op factoren die de ontwikkelingen op de uitkomstmaten kunnen beïnvloeden. In paragraaf 6.5 bespreken we vervolgens de individuele scores van de ouders en de veranderingen die zich daarin hebben voorgedaan. In paragraaf 6.6 komt de mate van tevredenheid van ouders over de ontvangen hulpverlening aan de orde. We sluiten het hoofdstuk af met een resumé.

Zoals is aangegeven in hoofdstuk 2 zijn de scores van ouders uit één gezin in de analyses samengevoegd tot één score, met uitzondering van gescheiden ouders: van de twee gezinnen met gescheiden ouders zijn de scores van de meest betrokken ouders in de analyses meegenomen.

## 6.1 Zelfvertrouwen

Met de vragenlijst Empowerment meten we het zelfvertrouwen of het geloof in eigen kunnen van ouders of het vertrouwen dat zij op eigen kracht (opvoedings)taken aankunnen en (opvoedings)problemen het hoofd kunnen bieden. Deze uitkomstmaat bestaat uit de volgende drie subschalen: intrapersoonlijk, interactioneel en gedrag. Van zowel de uitkomstmaat als de subschalen presenteren we de resultaten op korte en lange termijn en maken we een vergelijking met de normscore.

### Uitkomstmaat op korte termijn

Voor de start van LPH12+ scoorden ouders op een schaal van één tot vijf gemiddeld een 3,39 op zelfvertrouwen. Op korte termijn is het zelfvertrouwen van de ouders significant gestegen (tabel 6.1). Het zelfvertrouwen van de ouders ligt ondanks deze stijging in beide metingen ruim onder de normscore (3,83; Damen e.a. 2016).

Tabel 6.1 Vergelijking uitkomstmaat zelfvertrouwen van ouders op korte termijn (N=23)

Meting	N	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	23	3,39	3,83	0,30	-2,41	0,03*	-0,50
1	23	3,54					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

### Uitkomstmaat op lange termijn

Ook in de vervolgmeting is het zelfvertrouwen van ouders met 3,63 significant hoger dan in de voormeting (3,42) (tabel 6.2). Ondanks deze significante verbetering ligt het zelfvertrouwen van de ouders nog steeds onder de normscore van 3,83 (Damen e.a. 2016).

Tabel 6.2 Vergelijking uitkomstmaat zelfvertrouwen van ouders op lange termijn (n=20)

Meting	n	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	20	3,42	3,83	0,43	-2,19	0,04*	-0,49
2	20	3,63					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

### Subschalen op korte termijn

Empowerment bestaat uit drie componenten: een intrapersonlijke; een interactionele; en een gedragscomponent. Deze drie componenten zijn bij ouders gemeten met subschalen.

De *intrapersonlijke of zelfbelevingscomponent* verwijst naar het geloof in eigen vaardigheden en mogelijkheden, maar ook in het vertrouwen en de wil om de persoonlijke situatie te beïnvloeden. Bij de ouders is deze intrapersonlijke component op korte termijn vrijwel ongewijzigd gebleven (tabel 6.3) en ligt onder de normscore (3,80; Damen e.a. 2016).

De *interactionele component* refereert aan het kritisch bewustzijn van een persoon om zaken die belangrijk voor hem zijn op te pakken door gebruik te maken van zijn eigen vaardigheden, maar ook door personen in zijn sociale omgeving te mobiliseren. Ouders scoren op deze component op de voormeting met 3,97 iets lager dan de normscore (4,04; Damen e.a. 2016), terwijl ze op de nameting iets hoger score dan de norm, namelijk 4,13 (tabel 6.3). Deze stijging is niet significant.

De *gedragscomponent* heeft betrekking op gedrag dat bijdraagt aan het behalen van een gewenste situatie, zoals gedrag dat is gericht op het oplossen van problemen. Deze component verwijst tevens naar betrokkenheid bij de gemeenschap door participatie in sociale verbanden. Op korte termijn is de gedragscomponent van ouders significant verbeterd van 2,54 in de voormeting naar 2,79 in de nameting (tabel 6.3). De score ligt in beide metingen onder de normscore (3,53; Damen e.a. 2016).

Tabel 6.3 Vergelijking subschalen van zelfvertrouwen van ouders op korte termijn (N=23)

Subschaal	Meting	N	Gemiddeld		sd	t	p	Effect-grootte
			Ouders	Norm score				
Intra-persoonlijk	0	23	3,29	3,80	0,48	-0,55	0,59	-0,13
	1	23	3,35					
Inter-actioneel	0	23	3,97	4,04	0,46	-1,71	0,10	-0,35
	1	23	4,13					
Gedragscontrole	0	23	2,54	3,53	0,49	-2,41	0,03*	-0,51
	1	23	2,79					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

### Subschalen op lange termijn

Op lange termijn is de intrapersoonlijke component van het zelfvertrouwen van ouders significant toegenomen van 3,34 tot 3,66, maar ligt daarmee nog wel onder de normscore van 3,80 (tabel 6.4). De beide overige componenten van zelfvertrouwen die we hebben gemeten met de subschalen interactioneel en gedragscontrole zijn op lange termijn nauwelijks veranderd. De interactionele component ligt in de vervolgmeting met 4,12 wel boven de normscore van 4,04. Bij de gedragscomponent heeft de verbetering die we korte termijn vaststelden zich op langere termijn niet doorgezet. De score hierop blijft ruim onder de normscore.

Tabel 6.4 Vergelijking subschalen van zelfvertrouwen van ouders op lange termijn (n=20)

Subschaal	Meting	n	Gemiddeld		sd	t	p	Effect-grootte
			Ouders	Norm score				
Intra-persoonlijk	0	20	3,34	3,80	0,58	-2,52	0,02*	-0,55
	2	20	3,66					
Inter-actioneel	0	20	4,02	4,04	0,36	-1,18	0,25	-0,28
	2	20	4,12					
Gedragscontrole	0	20	2,54	3,53	0,86	-1,26	0,22	-0,28
	2	20	2,78					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

## **Beïnvloedende factoren**

Evenals bij de resultaten van jongeren (hoofdstuk 5) hebben we ook bij de resultaten van ouders een regressieanalyse uitgevoerd om zicht te krijgen op de factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkelingen bij ouders. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen kenmerken van de jongeren (leeftijd, geslacht), kenmerken van het gezin (aantal probleemgebieden bij aanvang, aantal betrokken opvoeders) en kenmerken van het hulpverleningstraject (duur van het traject en aantal hulpverleningsuren). Ook hier zijn de variabelen leeftijd en geslacht van de jongere tevens als controlevariabelen in de analyses meegenomen.

### *Korte termijn*

Voor de resultaten op de uitkomstmaat ‘zelfvertrouwen van ouders’ blijken op korte termijn twee factoren van invloed te zijn, namelijk de mate waarin ouders bij aanvang van de hulp kampen met een laag zelfvertrouwen en het aantal hulpverleningsuren. Hoe lager het zelfvertrouwen van ouders in de voormeting, des te groter is de verandering op deze uitkomstmaat tussen de voormeting en de nameting. Voor het aantal hulpverleningsuren geldt dat hoe groter het aantal uren des te groter de verandering in zelfvertrouwen is (matrix 6.1).

Het model waarin deze factoren worden samengenomen (model 3;  $R^2 = 0,56$ ) verklaart een aanzienlijk deel van de variantie in de verbetering van het zelfvertrouwen van ouders op korte termijn. Daarbij blijft de voorspellende waarde van de afzonderlijke variabelen – zelfvertrouwen op de voormeting en aantal hulpverleningsuren – overeind, hetgeen betekent dat zij elk een uniek deel van het verschil in de scores op korte termijn verklaren.

Matrix 6.1 Beïnvloedende factoren voor verbetering in zelfvertrouwen op korte termijn

Model 1 $R^2 = 0,38$			Model 2 $R^2 = 0,29$		
	B	p		B	p
leeftijd	0,00	0,98	leeftijd	-0,28	0,20
geslacht	0,07	0,70	geslacht	-0,16	0,49
zelfvertrouwen voormeting	-0,61	0,01	hulpverlenings-uren	0,55	0,02

Model 3 $R^2 = 0,56$		
	B	p
leeftijd	-0,11	0,58
geslacht	-0,08	0,69
zelfvertrouwen voormeting	-0,55	0,01
hulpverleningsuren	0,56	0,01

### *Lange termijn*

Ook de verbetering in het zelfvertrouwen van ouders op lange termijn blijkt samen te hangen met de score van ouders op zelfvertrouwen in de voormeting (matrix 6.2;  $R^2 = 0,45$ ). Hoe lager de score van ouders in de voormeting, des te groter is de verbetering van ouders op deze uitkomstmaat.

Matrix 6.2 Beïnvloedende factoren voor verbetering in zelfvertrouwen op lange termijn

Model 1 $R^2 = 0,45$		
	B	p
Leeftijd	-0,15	0,46
geslacht	0,11	0,57
zelfvertrouwen voormeting	-0,60	0,01

## 6.2 Opvoedvaardigheden

Met de uitkomstmaat opvoedvaardigheden meten we de (opvoedings)competenties van ouders die zijn gericht op het

functioneren van hun gezin. Voor deze uitkomstmaat hebben we een totaalscore berekend. We zijn nagegaan of de opvoedvaardigheden op korte en lange termijn zijn veranderd. De scores op de subschalen opvoeding en problemen met opvoeding zijn niet apart weergegeven, omdat de toegevoegde waarde van beide schalen afzonderlijk beperkt is (zie hoofdstuk 2).

### Korte termijn

De opvoedvaardigheden van de ouders die deelnemen aan LPH12+ zijn op korte termijn niet gewijzigd (tabel 6.5). Hun opvoedvaardigheden liggen met 2,96 in de voormeting en 2,82 in de nameting gemiddeld genomen onder de normscore van 3,40.

Tabel 6.5 Vergelijking uitkomstmaat opvoedvaardigheden van ouders op korte termijn (N=23)

Meting	N	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	23	2,96	3,40	0,59	1,14	0,27	0,24
1	23	2,82					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

### Lange termijn

Ook op lange termijn zien we weinig verandering in de opvoedvaardigheden van ouders. Met een score van 2,92 in de vervolgmeting blijven ze ruim onder de normscore (3,40) (tabel 6.6).

Tabel 6.6 Vergelijking uitkomstmaat opvoedvaardigheden van ouders op lange termijn (n=19)

Meting	n	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	19	2,86	3,40	0,40	-0,70	0,49	-0,15
2	19	2,92					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

## Beïnvloedende factoren

Op korte termijn worden geen beïnvloedende factoren gevonden, maar op lange termijn blijkt de verbetering in opvoedvaardigheden bij ouders samen te hangen met de opvoedvaardigheden van ouders in de voormeting. Hoe lager ouders scoren in de voormeting, des te groter is de ontwikkeling in opvoedvaardigheden (matrix 6.3:  $R^2 = 0,30$ ).

Matrix 6.3 Beïnvloedende factoren voor verbetering in opvoedvaardigheden op lange termijn

Model 1 $R^2 = 0,30$		
	B	p
leeftijd	-0,04	0,86
geslacht	0,20	0,42
opvoedvaardigheden voormeting	-0,56	0,02

## 6.3 Communicatie en interactie

In de vragenlijst voor ouders zijn ook vragen opgenomen over de opvoeder-kind-relatie. De ouders is gevraagd een waardering te geven over de communicatie en interactie met hun kind(eren). Hieronder beschrijven we de resultaten van de uitkomstmaat op korte en lange termijn. Deze uitkomstmaat kent geen subschalen.

### Korte termijn

De relatie tussen jongeren en hun ouders is naar de mening van de ouders op korte termijn significant verbeterd (tabel 6.7). Bij aanvang van LPH12+ waarden de ouders de communicatie en interactie met hun kind(eren) met gemiddeld een 2,91 op een schaal van één tot vijf. In de nameting waarden zij dit met gemiddeld 3,34. De waardering is lager dan de normscore die 3,62 bedraagt.

Tabel 6.7 Vergelijking uitkomstmaat communicatie en interactie tussen ouders en jongeren op korte termijn (N=23)

Meting	N	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	23	2,91	3,62	0,58	-3,51	0,00*	-0,74
1	23	3,34					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

## Lange termijn

Ook op lange termijn blijft de waardering van de ouders over de communicatie en interactie met hun kind(eren) significant hoger dan bij aanvang van de interventie (tabel 6.8). De waardering blijft met 3,28 min of meer stabiel op het niveau van de nameting en lager dan de normscore (3,62).

Tabel 6.8 Vergelijking uitkomstmaat communicatie en interactie tussen ouders en jongeren op lange termijn (n=19)

Meting	n	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	19	2,89	3,62	0,50	-3,43	0,00*	-0,78
2	19	3,28					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; \*significant verschil.

## Beïnvloedende factoren

Uit nadere analyses blijkt dat er sprake is van samenhang tussen het aantal probleemgebieden bij de start van de hulp en de vooruitgang in de communicatie en interactie tussen ouders en kinderen op korte termijn. Daarbij geldt dat hoe groter het aantal probleemgebieden in de voormeting is, des te meer verbetering ouders rapporteren in de communicatie en interactie binnen het gezin (matrix 6.4;  $R^2 = 0,29$ ). Op lange termijn blijken de potentieel beïnvloedende factoren niet samen te hangen met verbetering in de interactie en communicatie.

Matrix 6.4 Beïnvloedende factoren voor verbetering in interactie en communicatie op korte termijn

Model 1 R <sup>2</sup> = 0,29		
	β	p
leeftijd	-0,04	0,86
geslacht	0,14	0,54
aantal probleemgebieden voormeting	0,58	0,02

## 6.4 Sociale contacten

In de vragenlijst zijn een aantal vragen opgenomen die betrekking hebben op de sociale contacten van ouders. Een sociaal netwerk kan ondersteunend zijn bij de opvoeding. Voor de uitkomstmaat sociale contacten zijn we nagegaan welke resultaten op korte en lange termijn zijn bereikt. Deze uitkomstmaat heeft geen subschalen.

### Korte termijn

Uit de meting onder ouders blijkt dat steun bij de opvoeding van personen uit hun sociale netwerk op korte termijn niet significant is veranderd (tabel 6.9). Gemiddeld waarden ouders hun sociale netwerk bij aanvang van LPH12+ met een 2,98, waarmee ze lager scoren dan de normscore van 3.38. In de nameting is de score 3,99 en daarmee hoger dan de normscore. Het verschil tussen de voor- en nameting is niet significant.

Tabel 6.9 Vergelijking uitkomstmaat sociale steun op korte termijn (N=23)

Meting	N	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	23	2,98	3,38	4,63	-1,04	0,31	-0,22
1	23	3,99					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

## Lange termijn

Ook op lange termijn verandert de waardering van ouders over hun netwerk weinig. Ouders scoren op de vervolgmeting gemiddeld 3,17, wat lager is dan de normscore van 3,38 (tabel 6.10).

Tabel 6.10 Vergelijking uitkomstmaat sociale steun op lange termijn (n=20)

Meting	n	Gemiddeld		sd	t	p	Effectgrootte
		Ouders	Normscore				
0	20	3,06	3,38	0,54	-0,96	0,35	-0,20
2	20	3,17					

Paired samples t-test; tweezijdige toets;  $\alpha = 0,05$ ; geen significant verschil.

## Beïnvloedende factoren

De kenmerken van de jongeren, van het gezin en het hulpverleningstraject blijken niet samen te hangen met verbetering in de sociale contacten van ouders op korte of lange termijn.

## 6.5 Resultaten op individueel niveau

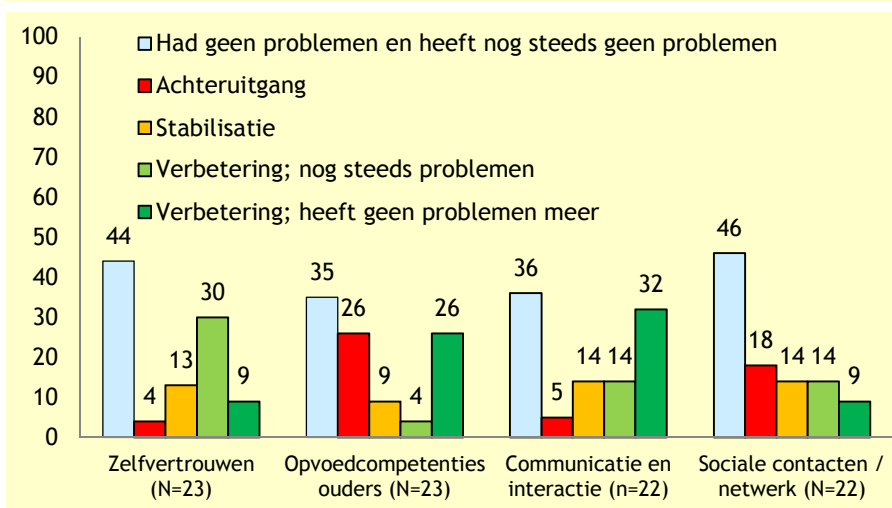
In deze paragraaf gaan we in op de veranderingen die ouders hebben doorgemaakt sinds de start van LPH12+. Bij de voor-, na- en vervolgmeting zijn per uitkomstmaat voor alle ouders individuele scores berekend die lopen van 1 (geen problemen) tot en met 5 (zeer ernstig problemen). Van de vier uitkomstmaten in de voorgaande paragrafen gaan we na welk percentage ouders problemen had op dat gebied en hoe de problematiek zich heeft ontwikkeld op korte en lange termijn.

### Korte termijn

In figuur 6.1 zijn de resultaten voor de uitkomstmaten op korte termijn weergegeven. Voor alle uitkomstmaten geldt dat de categorie ouders die bij aanvang van LPH12+ geen problemen heeft en dat nu bij de nameting nog steeds niet heeft de grootste is. Dit geldt met name voor de uitkomstmaten ‘zelfvertrouwen’ (44%) en ‘sociale contacten’

(46%). Verder is de categorie ouders die een verbetering laten zien relatief groot. Dat geldt vooral voor de uitkomstmaten ‘zelfvertrouwen’ en ‘communicatie en interactie’. Voor de laatstgenoemde uitkomstmaat geldt bovendien dat een relatief groot deel van de ouders (32%) zodanig verbetert dat zij bij de nameting helemaal geen problemen meer hebben op dat gebied.

**Figuur 6.1** Ontwikkeling in individuele scores van ouders per uitkomstmaat op korte termijn, in %<sup>1</sup> (N=22-23)



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

Bij de uitkomstmaat ‘opvoedcompetenties’ geldt dat circa een kwart van de gezinnen (26%, 6 gezinnen) die aanvankelijk problemen hadden op dit gebied na afronding van de hulp hierop geen problemen meer ervaren. Bij eveneens een kwart van de ouders (26%; 6 ouders) zijn de opvoedcompetenties juist achteruitgegaan. Twee van deze gezinnen zijn doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. In de overige gezinnen waar ouders die bij aanvang van de hulp problemen ervaren op het gebied van opvoedvaardigheden zijn deze problemen na afloop van de hulp onveranderd (9%, 2 gezinnen) of verbeterd maar nog niet opgelost (4%, 1 gezin).

Bij de uitkomstmaat ‘sociale contacten’ is er bij circa een kwart (23%, 5 gezinnen) sprake van een verbetering tussen de voormeting en de nameting. Twee van deze gezinnen (9%) ervaren na afloop van de hulp helemaal geen problemen meer op dit terrein. Bij circa een vijfde van de ouders (18%; 4 ouders) is een achteruitgang waargenomen op de uitkomstmaat ‘sociale contacten’.

### *Succesmaten*

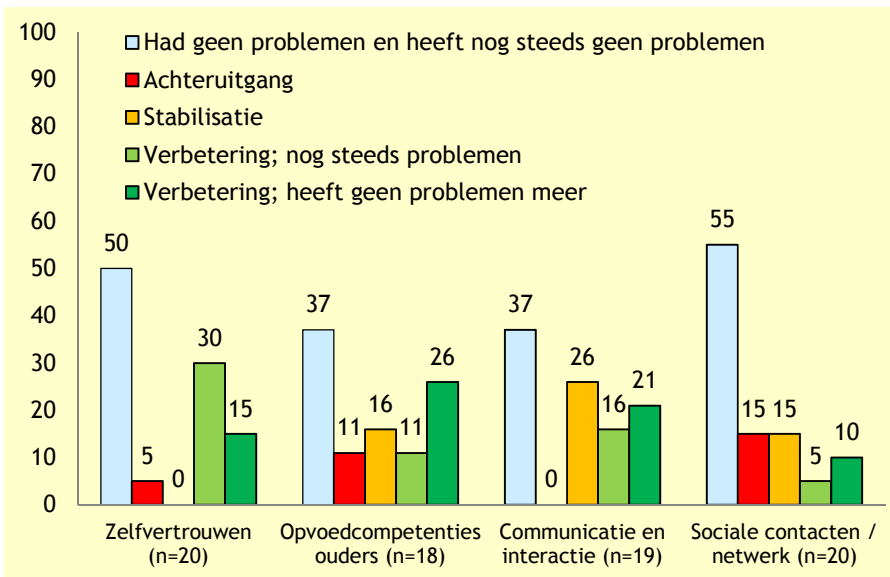
Nagegaan is of het percentage dat bij aanvang van LPH12+ problemen ervaart op een terrein, maar op korte termijn progressie laat zien hoger is dan de vooraf geformuleerde succesmaat (zie hoofdstuk 2).

Voor zelfvertrouwen geldt een succesmaat van 80%. Van de 12 ouders die bij aanvang van de hulp problemen ervaren in hun zelfvertrouwen is bij 75% het zelfvertrouwen op korte termijn toegenomen, iets lager dan de beoogde succesmaat. Voor opvoedcompetenties geldt een succesmaat van eveneens 80%. Deze zijn bij 58% van de ouders die bij aanvang van de hulp problemen op dit terrein rapporteren verbeterd. Op het terrein van de communicatie en interactie tussen ouders en jongeren (succesmaat 90%) laat 71% van de ouders die hierop in de voormeting problemen rapporteren op korte termijn een verbetering zien. Voor sociale contacten (succesmaat 70%) geldt dat voor 50% van de ouders. Geen van de succesmaten is derhalve op korte termijn bereikt.

### **Lange termijn**

Op lange termijn lijkt het beeld enigszins positiever te zijn geworden. Het percentage ouders dat geen problemen had en nog steeds geen problemen heeft ligt hoger dan op korte termijn het geval was en het percentage ouders dat achteruit is gegaan is lager geworden (zie figuur 6.2).

Figuur 6.2 Ontwikkeling in individuele scores van ouders per uitkomstmaat op lange termijn, in %<sup>1</sup> (n=18-20)



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

### *Succesmaten*

Ook voor de vooruitgang die op langere termijn door ouders is bereikt is nagegaan of de succesmaat hiermee is behaald.

Voor zelfvertrouwen (lange termijn succesmaat van 70%) geldt dat 75% van de ouders die daarop bij aanvang problemen ervaren een verbetering laat zien. Voor opvoedcompetenties (succesmaat van eveneens 70%) geldt dat voor 70% van de ouders, voor communicatie en interactie (succesmaat 80%) voor 58% van de ouders en voor sociale contacten (succesmaat 75%) 38% van de ouders. Op lange termijn zijn dus de succesmaten voor het zelfvertrouwen en opvoedcompetenties bereikt.

## **6.6 Tevredenheid ouders**

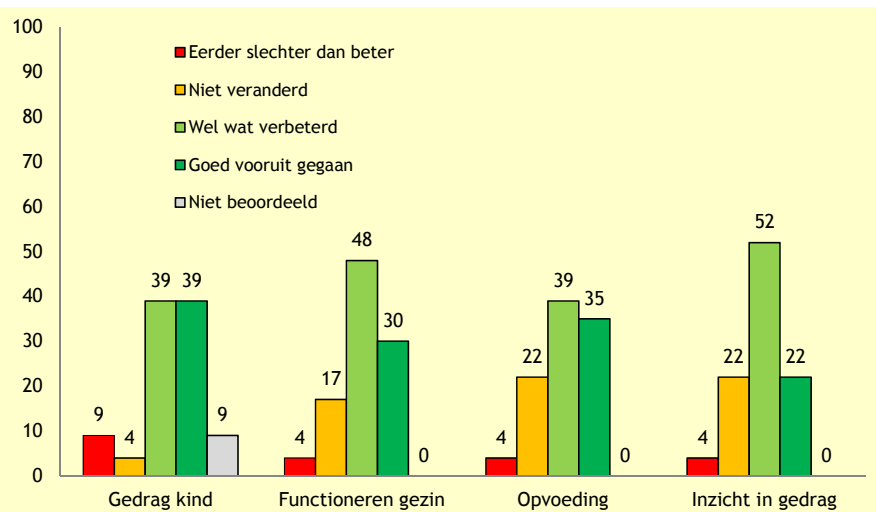
Na afloop van LPH12+ hebben we de ouders gevraagd naar hun ervaringen met en tevredenheid over de hulpverlening. Voor het in kaart brengen van de tevredenheid van ouders over het effect van LPH12+ is gebruik gemaakt van de Beoordelingsschaal voor Tevredenheid en Effect (BESTE). De BESTE is een schaal voor tevredenheid over de behandeling en bestaat uit drie onderdelen: tevredenheid over het effect (vier items); een vraag over de duur van de hulp; en een vraag over het aanraden van de interventie aan anderen.

### **Tevredenheid over effect**

Rond drie kwart van de ouders is van mening dat door de hulpverlening van LPH12+ het gedrag van hun kind is verbeterd, hun gezin beter functioneert, de opvoeding is verbeterd en zij meer inzicht hebben in het gedrag van hun kind (figuur 6.3). Over de grootte van het effect zijn de ouders voorzichtig. Zij zijn vaker van mening dat er wel wat is verbeterd en minder vaak dat de situatie goed vooruit is gegaan. Dat geldt het sterkst voor het inzicht dat zij hebben gekregen in het gedrag van hun kind. De helft van de ouders (52%) vindt dat dit wel wat is verbeterd, terwijl ruim een vijfde (22%) van mening is dat hun inzicht in het gedrag van hun kind goed vooruit is gegaan.

Een kwart of minder van de ouders vindt dat er door de hulpverlening van LPH12+ niets is veranderd of dat het gedrag van hun kind eerder is verslechterd, hun gezin minder goed functioneert, de opvoeding is verslechterd en zij minder inzicht hebben in het gedrag van hun kind.

**Figuur 6.3** Mening ouders over effect van LPH12+ op gedrag kind, functioneren gezin, opvoeding en inzicht in gedrag kind, in %<sup>1</sup> (N=23)



<sup>1</sup> Door afronding tellen de percentages niet altijd op tot 100%.

### *Totaalscore en succesmaat*

De vier vragen van de schaal die de tevredenheid over het effect van LPH12+ meet, hebben we gesommeerd tot een totaalscore. De antwoordcategorieën krijgen een waarde van één tot vier (niet beoordeeld krijgt de waarde nul), waarbij een totaalscore op de vier vragen van 12 of hoger wijst op een succes van de hulpverlening. In totaal scoort 56% van de ouders een 12 of hoger: zij zijn tevreden over het effect van LPH12+.

De tevredenheid van ouders over het effect van de hulpverlening is een van de prestatie-indicatoren van LPH12+. Vooraf is een succesmaat van 80% voor ouders geformuleerd. Dit betekent dat 80% van de ouders tevreden dient te zijn met het behaalde effect. De prestatie-indicator van een tevredenheid is met een totaalscore van 56% van de ouders niet gehaald. Ruim een kwart van de ouders (26%) scoort overigens 11 punten. Zij zitten dicht tegen tevredenheid over het effect van LPH12+ aan. De overige ouders zitten hier met een totaalscore van tien punten (9%) of lager (9%) verder vanaf.

## **Duur**

Op de vraag naar de duur van de hulpverlening geeft ruim de helft van de ouders (52%) aan dat LPH12+ te kort heeft geduurd, terwijl ruim twee vijfde van de ouders (43%) van mening is dat het traject precies lang genoeg is. Geen van de ouders vindt het traject te lang. Eén ouder heeft geen mening over de duur van de hulpverlening.

## **Aanraden**

Ruim drie kwart van de ouders (78%) zegt dat zij LPH12+ beslist aan familie of kennissen zouden aanraden. De overige ouders (22%) zouden dit waarschijnlijk wel doen.

## **6.7 Resumé**

In dit hoofdstuk hebben we de resultaten van de ouders uit de onderzoeksgroep behandeld. Daarbij zijn we ingegaan op de ontwikkelingen op korte en lange termijn op de vier uitkomstmaten van LPH12+ die gericht zijn op ouders. Het gaat om zelfvertrouwen, opvoedcompetenties, communicatie en interactie tussen de jongeren en zijn ouders en de sociale contacten van de ouders.

## **Ontwikkelingen**

Bij aanvang van de hulp scoren de ouders gemiddeld genomen op alle vier de terreinen lager dan de norm. Zowel op korte termijn (vergelijking voor- en nameting) als op lange termijn (vergelijking voor- en vervolgmeting) verbetert het zelfvertrouwen van ouders en verbetert de communicatie en interactie tussen de ouders en hun zoon of dochter (tabel 6.11). Op de andere twee terreinen (opvoedvaardigheden en sociale contacten) worden geen significante veranderingen waargenomen, zowel geen verbetering als geen verslechtering.

Tabel 6.11 Ontwikkelingen ouders op korte en lange termijn

Uitkomstmaat	Korte termijn	Lange termijn
Zelfvertrouwen ouders	verbeterd	verbeterd
Opvoedvaardigheden	onveranderd	onveranderd
Communicatie en interactie	verbeterd	verbeterd
Sociale contacten ouders	onveranderd	onveranderd

### Beïnvloedende factoren

Uit nadere analyses blijkt dat er enkele factoren kunnen worden onderscheiden die van invloed zijn op de ontwikkelingen van ouders op de vier terreinen (tabel 6.12). Zo blijkt dat de ontwikkelingen in zelfvertrouwen op korte en lange termijn en de ontwikkelingen in opvoedvaardigheden op lange termijn samenhangen met de score op deze terreinen op de voormeting. Daarbij geldt dat hoe lager de score op deze uitkomstmaat bij aanvang, des te groter de verbetering op korte en/of op lange termijn. Daarnaast blijkt er sprake te zijn van samenhang tussen het aantal hulpverleningsuren en de verbetering in zelfvertrouwen van ouders op korte termijn: hoe meer uren, hoe groter de ontwikkeling in zelfvertrouwen. De mate van verbetering in de communicatie en interactie tussen ouders en jongeren op korte termijn blijkt samen te hangen met het aantal probleemgebieden in de voormeting: hoe groter aantal probleemgebieden, des te meer verbetering ouders ervaren in de communicatie en interactie.

Tabel 6.12 Beïnvloedende factoren op korte en lange termijn

Uitkomstmaat	Korte termijn	Lange termijn
Zelfvertrouwen ouders	Score voormeting Hulpverleningsuren	Score voormeting
Opvoedvaardigheden	Geen <sup>1</sup>	Score voormeting
Communicatie en interactie	Aantal probleemgebieden voormeting	Geen
Sociale contacten ouders	Geen	Geen

<sup>1</sup> Geen beïnvloedende factor vastgesteld.

## **Succesmaten**

Vooraf zijn door de MJD per uitkomstmaat succesmaten geformuleerd.<sup>1</sup> Op korte termijn is geen enkele succesmaat bereikt. Het gegroeide zelfvertrouwen van de ouders komt het dichtst in de buurt van een succes (75% succesvol tegenover een succesmaat van 80%) en de opvoedvaardigheden het minste (58% tegenover 80%).

Op lange termijn laat eveneens 75% van de ouders een verbetering zien op het zelfvertrouwen, waarmee de succesmaat voor lange termijn (70%) wel is bereikt. Ook de succesmaat voor opvoedvaardigheden (70%) is met 70% op lange termijn bereikt. Bij de beide overige uitkomstmaten (communicatie en interactie en sociale contacten) worden ook op lange termijn de succesmaten niet bereikt.

## **Tevredenheid**

De meerderheid van de ouders (56%) is tevreden over het effect van de hulpverlening. Alle ouders geven aan LPH12+ waarschijnlijk wel of beslist wel aan te raden bij familie of kennissen.

---

<sup>1</sup> Deze succesmaten zijn in het beginstadium van het onderzoek opgesteld door de medewerkers van de MJD. Ze laten zien welk percentage van de ouders en jongeren volgens de MJD een verbetering moet laten zien op de uitkomstmaten om te kunnen spreken van een succes voor de groep als geheel.



## **7. HULP AAN GEZINNEN**

In dit hoofdstuk gaan we in op de hulp die geboden is aan de gezinnen en de resultaten die daarmee zijn behaald. We hebben voor dit hoofdstuk om te beginnen gebruik gemaakt van informatie uit de dossiers van de 24 gezinnen die in het onderzoek zijn opgenomen. Daarnaast hebben we gesprekken gevoerd met de professionals van LPH12+, de betrokken gedragswetenschapper en de leidinggevende, waarin is gesproken over de wijze waarop LPH12+ wordt uitgevoerd. Daar waar de informatie in de dossiers niet compleet was, hebben we in de gesprekken met professionals tevens aanvullende vragen gesteld over deze dossiers om alsnog over de benodigde informatie te kunnen beschikken.

We bespreken in dit hoofdstuk achtereenvolgens de doelen die in de dossier zijn gesteld, de duur en intensiteit van de geboden hulp en de inhoud van de hulpverlening en de mate waarin de gestelde doelen zijn behaald. In paragraaf 7.4 – waar we ingaan op de doelrealisatie – maken we een vergelijking tussen de behaalde doelen op basis van de dossiers en de resultaten uit de metingen bij de ouders en de jongeren. We sluiten het hoofdstuk af met een resumé.

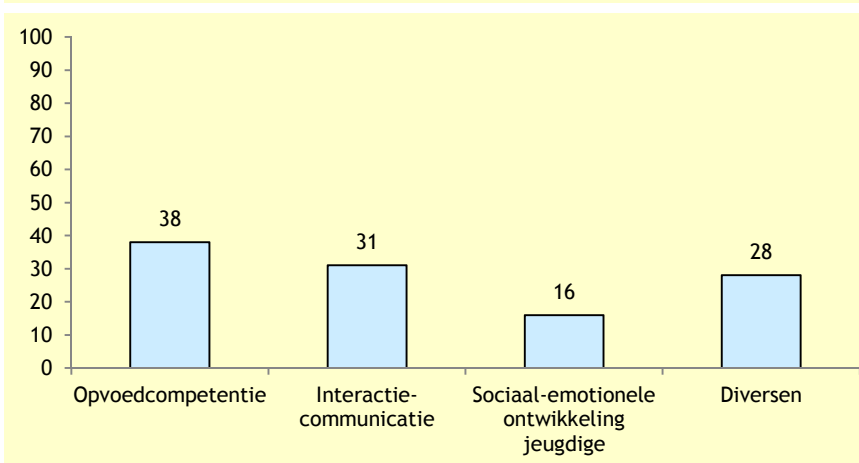
### **7.1 Gestelde doelen**

In de dossierstudie zijn we allereerst nagegaan hoeveel doelen er per gezin gesteld zijn en op welke terreinen. Voor 16 gezinnen geldt dat in het hulpverleningsplan één doelstelling is vastgesteld, terwijl voor acht gezinnen twee doelstellingen zijn geformuleerd. Het totaal aantal gestelde doelen voor de 24 gezinnen komt daarmee op 32.

Figuur 7.1 laat zien hoe de 32 doelen zijn verdeeld over de verschillende probleemgebieden. Aangezien sommige doelen

betrekking hebben op meerdere probleemgebieden tellen de percentages niet op tot 100%. Van de gestelde doelen heeft 38% betrekking op opvoedcompetenties van ouders, terwijl 31% over de interactie en communicatie tussen ouders en jeugdige gaat. Deze terreinen vormen daarmee de twee terreinen waarop de meeste doelen zijn gesteld: tezamen gaat het om ruimt twee derde van de doelen (69%). Het aantal doelen op het gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige bedraagt 16%.

Figuur 7.1 Aantal doelen per (probleem)gebied, in % (N=32)<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Aangezien sommige doelen betrekking hebben op meerdere probleemgebieden tellen de percentages niet op tot 100%.

Daarnaast geldt voor 28% van de 32 doelen dat zij niet tot het terrein van de beoogde uitkomstmaten van LPH12+ behoren (categorie diversen in figuur 7.1). Het gaat om doelstellingen over de schoolsituatie van de jongere, herstel van familiecontact, probleemanalyse bij rouwverwerking, (organiseren van ondersteuning bij) financiën, (minder zorg over) de gezondheidssituatie van de jeugdige en het verbeteren van het contact met broers of zussen. Bij vijf van de acht gezinnen waar doelen zijn gesteld in de categorie 'diversen' zijn tevens doelen gesteld die wél behoren tot het terrein van LPH12+.

## **Niet geformuleerde doelen**

Het vergroten van het geloof in eigen kracht c.q. het zelfvertrouwen van jongeren en ouders en het herstellen van positieve sociale contacten/netwerken van ouders en jeugdigen zijn ook beoogde uitkomsten zijn van LPH12+, maar op deze terreinen zijn geen doelen gesteld. In onze gesprekken met de medewerkers beamen zij dat zij op deze terreinen in de praktijk over het algemeen geen doelen formuleren, maar dat hieraan gedurende het traject wel aandacht wordt besteed. Aan geloof in eigen kracht c.q. zelfvertrouwen wordt volgens hen bovendien indirect gewerkt: verbetering op de andere terreinen heeft een positief effect op het zelfvertrouwen van jeugdigen en ouders.

Ook het (indien nodig) motiveren van ouder(s) en jeugdige voor het aanvaarden van zwaardere vormen van hulpverlening is een doelstelling van LPH12+ waarover in de hulpverleningsplannen geen doelen zijn geformuleerd. Vaak wordt gaandeweg het traject pas duidelijk in hoeverre het inschakelen van zwaardere vormen van hulp wenselijk is. Eén van de betrokken professionals merkt op dat het traject LPH12+ bij deze trajecten een belangrijke rol vervult waar het gaat om het inzichtelijk maken van de problematiek en het vaststellen welke aanvullende hulp ingezet moet worden. Het doel daarbij is dus niet zozeer het motiveren van ouders en jeugdige voor zwaardere vormen van hulp, maar meer het verhelderen van de vraag en het zoeken van een passend aanbod.

## **7.2 Duur en intensiteit hulpverlening**

In deze paragraaf gaan we in op de uitval, de duur van de hulpverleningstrajecten en de intensiteit van de hulp c.q. frequentie van de gesprekken.

## **Uitval**

Geen van de 24 gezinnen in het onderzoek heeft het hulpverleningstraject voortijdig gestaakt. Van uitval is dan ook geen sprake. Wel geldt in sommige gevallen dat de jeugdige niet gemotiveerd was om deel te nemen aan het traject. In dat geval zijn de gesprekken enkel of voornamelijk met de ouders gevoerd. Daarnaast zijn sommige gezinnen gaandeweg het traject doorverwezen naar andere c.q. zwaardere vormen van hulp (zie paragraaf 7.3). Hoewel in deze gevallen de doelen van het hulpverleningstraject binnen LPH12+ vaak niet zijn behaald, wordt dit niet als uitval gerekend aangezien de ouders en jeugdige in dergelijke gevallen wél in beeld blijven bij hulpverleners en blijven werken aan het oplossen van hun problematiek. Volgens de betrokken professionals vormt met name het laagdrempelige en vrijwillige karakter een verklaring voor het feit dat er geen uitval voorkomt: de ouders en (meestal ook) de jongere zijn gemotiveerd voor deelname.

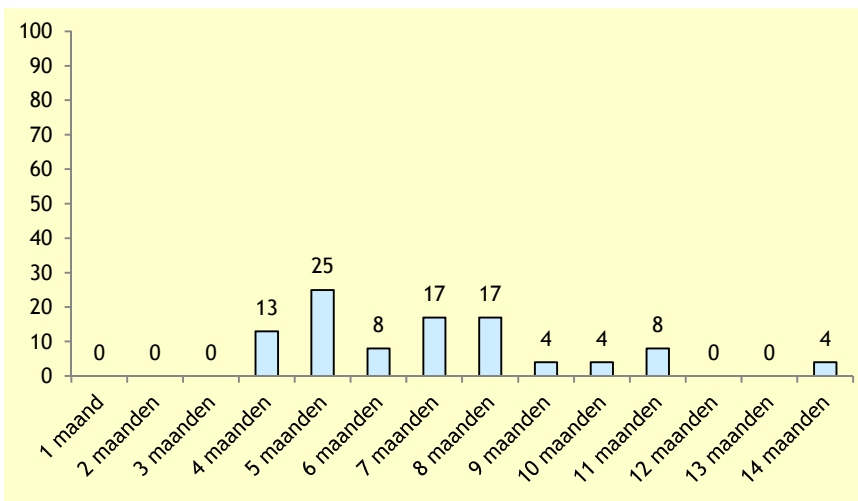
## *Succesmaat*

Voorafgaand aan het onderzoek hebben de medewerkers van de MJD aangegeven dat zij beogen dat 90% van de gezinnen het traject op reguliere wijze beëindigt, waarbij doorverwijzing naar andere hulp ook tot reguliere beëindiging wordt gerekend. Voor alle gezinnen in het onderzoek geldt dat zij niet voortijdig zijn uitgevallen en het traject regulier beëindigd hebben, waarmee deze succesmaat is behaald.

## **Duur**

De duur van de hulpverlening aan de 24 gezinnen in het onderzoek varieert van vier tot 14 maanden (figuur 7.2). Bij circa twee vijfde van de gezinnen (38%) duur het traject vier tot vijf maanden, terwijl het merendeel van de trajecten (62%) zes maanden of meer in beslag nam. Gemiddeld duurde een traject zeven maanden.

Figuur 7.2 Duur van de hulpverlening, in % (N=24)



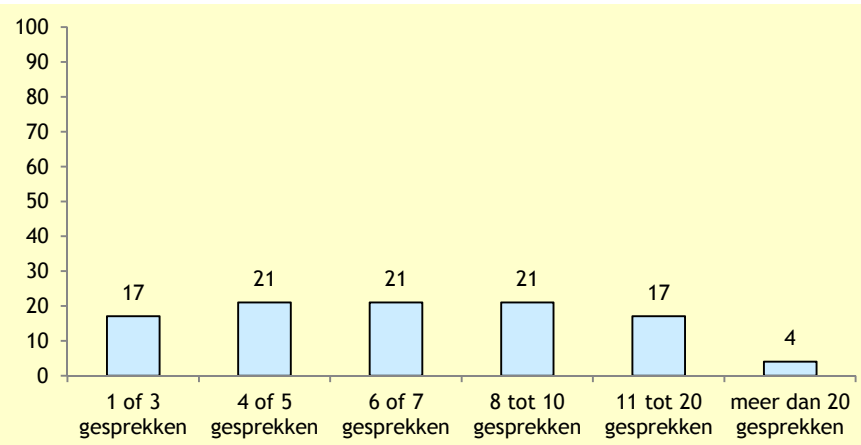
De duur van de trajecten is daarmee in veel gevallen hoger dan de beoogde vijf maanden. Mogelijk wordt dit deels verklaard door het feit dat de berekende duur gebaseerd is op de periode tussen het starten van het traject en het afsluiten van het dossier in het registratiesysteem. Wanneer de hulpverlening is afgerond, wordt een casus niet altijd meteen afgesloten in het systeem, bijvoorbeeld omdat er nog administratieve handelingen moeten worden verricht in het registratiesysteem (Rijskamp e.a. 2011). Hierdoor wijkt de duur van het traject, gebaseerd op de registraties, enigszins af van de daadwerkelijke trajectduur.

Gezien deze beperking van de dossiergegevens zijn we tevens nagegaan wat de termijn is tussen de metingen die de onderzoekers bij de gezinnen hebben afgenomen bij aanvang van de hulp en bij afronding van de hulp. Op basis van deze gegevens blijkt dat ruim een derde (35%) van de trajecten vier tot vijf maanden heeft geduurd, terwijl een kwart (26%) van de trajecten minder dan vier maanden in beslag nam. Het merendeel van de trajecten (61%) is daarmee vijf maanden of korter. Het percentage trajecten dat langer duurt dan vijf maanden is op basis van deze gegevens 39%. De gemiddelde trajectduur komt dan uit op zes maanden.

## Aantal gesprekken

Het aantal face-to-face gesprekken met de jeugdige en/of ouders dat per hulpverleningstraject heeft plaatsgevonden varieert van één tot 21 face-to-face-gesprekken (figuur 7.3). Gemiddeld gaat het om circa acht gesprekken per traject. Het aantal gesprekken ligt daarmee iets lager dan de beoogde tien gesprekken per traject, zoals vermeld in de interventietheorie.

Figuur 7.3 Aantal hulpverleningsgesprekken per traject, in % (N=24)<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Door afronding tellen de percentages niet op tot 100 procent.

Voor bijna twee derde (63%) van de gezinnen geldt dat zij vier tot tien face-to-face-gesprekken hebben gehad met een hulpverlener. Bij één zesde van de gezinnen (17%) hebben drie gesprekken of minder plaatsgevonden, terwijl circa een vijfde van de gezinnen (21%) meer dan tien hulpverleningsgesprekken heeft gehad. In de gevallen dat een traject meer dan tien gesprekken in beslag neemt, komt dat volgens de betrokken professionals vaak doordat het inzichtelijk maken van de problematiek soms al zeker drie gesprekken in beslag neemt. Pas daarna start dan het daadwerkelijke traject.

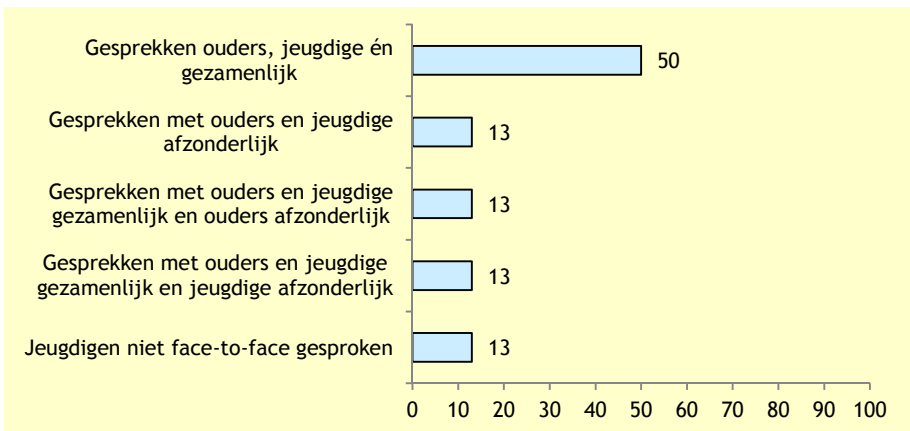
Naast face-to-face-gesprekken staan in de dossiers bij verschillende gezinnen ook telefonische contacten vermeld tussen de hulpverlener en de ouders (54%) en/of tussen de hulpverlener en de jongere (29%).

Het aantal telefonische contacten varieert per traject van één tot zes contacten. Ook wordt in enkele dossiers gesproken over mailcontact tussen de ouders en de hulpverlener of contact met ouders en/of jongere via whatsapp.

### *Samenstelling bij de gesprekken*

In de dossiers is ook vastgelegd met wie de verschillende gesprekken gedurende het traject zijn gevoerd: alleen met de jeugdige, alleen met de ouders of met de jeugdige én de ouders. Bij de helft (50%) van de gezinnen hebben zowel gesprekken plaatsgevonden met ouders en jeugdige afzonderlijk als gesprekken met ouders en jeugdige gezamenlijk (figuur 7.4). In een kwart (26%) van de gezinnen is – naast gezamenlijke gesprekken – alleen met de jeugdige afzonderlijk is gesproken of juist alleen met de ouders. Voor drie gezinnen (13%) geldt dat er helemaal geen gesprekken met de jeugdigen zijn geweest - niet gezamenlijk met ouders en niet individueel. In twee van deze drie gevallen heeft wel telefonisch contact met de jongere plaatsgevonden.

Figuur 7.4 Samenstelling hulpverleningsgesprekken per traject, in % (N=24)<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Door afronding tellen de percentages niet op tot 100 procent.

De meeste gesprekken zijn gevoerd met ouders afzonderlijk, namelijk gemiddeld 2,9 gesprekken per traject. Met de jeugdige afzonderlijk is gemiddeld 2,3 gesprekken gevoerd, terwijl met ouders en jeugdige gezamenlijk gemiddeld 2,7 gesprekken per traject zijn gevoerd.

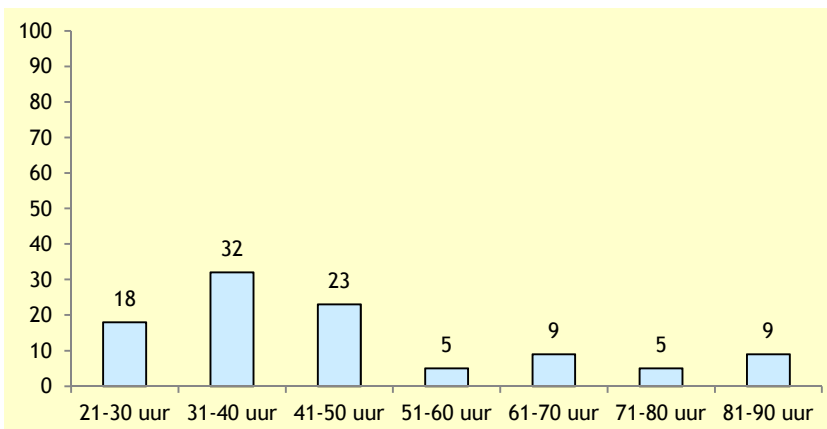
## Frequentie hulpverleningsgesprekken

Door de geregistreerde trajectduur en het aantal hulpverleningsgesprekken met elkaar te combineren kunnen we de gemiddelde frequentie van de gesprekken vaststellen. De helft van de gezinnen (50%) heeft gemiddeld genomen één tot twee hulpverleningsgesprekken per maand gehad, wat aansluit bij de beoogde frequentie van circa één gesprek per twee weken. Bij tien gezinnen (42%) heeft gemiddeld minder dan eens per maand een gesprek plaatsgevonden, terwijl 8% van de gezinnen gemiddeld circa drie gesprekken per maand hadden.

## Intensiteit van de hulp

Van 22 van de 24 hulpverleningstrajecten is bekend hoeveel uren door de hulpverlener aan het traject zijn besteed. Het aantal uren verschilt sterk per traject en varieert van 21 tot 89 uur. Gemiddeld gaat het om circa 46 uur per traject. Bij de helft van de gezinnen (50%) heeft de hulpverlener 21 tot 40 uur aan het traject besteed (figuur 7.5). Circa een kwart van de trajecten (23%) nam 41 tot 50 uur van de hulpverlener in beslag. De overige trajecten (28%) duurden 51 uur of langer, waarvan enkele trajecten (9%) meer dan 81 uur.

Figuur 7.5 Aantal hulpverleningsuren per traject, in % (N=22)<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Door afronding tellen de percentages niet op tot 100 procent.

Wanneer we de gegevens over het aantal uren combineren met de geregistreerde trajectduur blijkt dat de trajecten een gemiddelde intensiteit kennen van circa zeven uur per maand. Het gaat daarbij zowel om contacturen met cliënten als om uren voor contactlegging met andere betrokkenen en cliëntgerelateerde administratie.

### **7.3 Inhoud hulpverlening**

In deze paragraaf geven we een beschrijving van de inhoud van de geboden hulpverlening aan de 24 gezinnen. Daarbij komen achtereenvolgens de ingezette acties en instrumenten, het contact c.q. het overleg met andere partijen en het inschakelen van c.q. doorverwijzen naar aanvullende ondersteuning aan de orde.

#### **Ingezette acties en instrumenten**

Hieronder gaan we in op de acties die zijn uitgevoerd c.q. instrumenten die zijn ingezet om de geformuleerde doelen te bereiken. De acties en instrumenten op het terrein van opvoedvaardigheden, interactie tussen jeugdige en ouders en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige worden daarbij gezamenlijk besproken, aangezien deze acties vaak niet specifiek gericht zijn op één van deze terreinen, maar deze terreinen overstijgen. Vervolgens geven we een beschrijving van de activiteiten die zijn uitgevoerd voor de overige doelen (categorie diversen in figuur 7.1).

Bij het beschrijven van de acties en instrumenten zijn we uitgegaan van de in de dossiers vastgelegde gegevens hierover. Uit gesprekken met de betrokken professionals blijkt dat de in de dossiers vastgelegde acties en instrumenten niet in alle gevallen een goede weergave zijn van de werkelijkheid. Verschillende acties en instrumenten die in de praktijk in de gezinnen worden ingezet worden niet in de dossiers genoteerd. Vaak gaat het om instrumenten of activiteiten die door de hulpverleners als basismateriaal worden gezien, waardoor zij deze niet als specifieke instrumenten of activiteiten ervaren en vastleggen. Een

voorbeeld hiervan is het gebruik maken van inzichtgevende gesprekken: in veel dossiers wordt niet vermeld dat deze gesprekstechniek is toegepast, terwijl dit volgens de betrokken professionals in vrijwel alle gezinnen wordt ingezet.

### *Opvoeding, interactie en sociaal-emotionele ontwikkeling*

In 21 van de 24 trajecten zijn doelen gesteld op het terrein van opvoedvaardigheden, interactie tussen ouders en jeugdige en/of de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige.

#### - Gesprekken

In al deze 21 trajecten hebben gesprekken plaatsgevonden met de ouders en/of de jeugdige. In twee gevallen wordt expliciet opgemerkt dat daarbij gebruik is gemaakt van oplossingsgerichte gespreksvoering. In eveneens twee gevallen is expliciet opgemerkt dat inzichtgevende gesprekstechnieken zijn toegepast. Bij drie gezinnen heeft een zogenoemde ‘gezinsvergadering’ plaatsgevonden, waar afspraken c.q. gezinsregels zijn afgesproken.

#### - Triple P

In de hulpverleningsplannen van negen gezinnen wordt expliciet opgemerkt dat (elementen uit) Triple P wordt toegepast. Bij twee van deze gezinnen is dit in de praktijk niet goed van de grond gekomen; in het ene geval omdat de betrokken ouder hiertoe onvoldoende gemotiveerd was en in het andere geval omdat de hulpverlener er niet aan toe is gekomen aangezien andere onderdelen van de hulpverlening meer aandacht hebben opgeëist. In vier gevallen zijn ouders aangemeld voor een groepstraining van Triple P, waarvan twee ouders de cursus uiteindelijk niet hebben kunnen volgen omdat deze wegens gebrek aan aanmeldingen geen doorgang vond.

#### - Overige instrumenten

Naast Triple P worden in de dossiers enkele andere instrumenten genoemd die zijn ingezet om te werken aan opvoedvaardigheden, interactie tussen ouders en jeugdige en/of de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Het gaat daarbij om psycho-educatie,

elementen uit Signs of Safety, elementen van de KIES-training voor kinderen van gescheiden ouders, het tonen van de DVD Tears en elementen van rationeel-emotieve therapie. Voor elk van deze instrumenten geldt dat ze één keer voorkomen in de dossiers.

### *Acties en instrumenten overige doelstellingen*

Bij acht van de 24 onderzochte trajecten zijn doelen gesteld die geen betrekking hebben op één van de uitkomstmaten van LPH12+. Zoals beschreven in paragraaf 7.1 gaat het om doelen op het terrein van de schoolsituatie van de jongere, herstel van familiecontact, probleemanalyse bij rouwverwerking, (organiseren van ondersteuning bij) financiën, (minder zorg over) de gezondheidssituatie van de jeugdige en het verbeteren van het contact met broers of zussen. In totaal zijn er op deze terreinen negen doelen gesteld.

#### - Gesprekken

Voor het bereiken van deze doelen zijn in de helft van de gevallen (55%) gesprekken gevoerd met de jeugdige en/of de ouders, waarbij twee keer expliciet wordt opgemerkt dat gebruik is gemaakt van inzichtgevende gesprekstechnieken en één keer van oplossingsgerichte gesprekken. Ook is in één van de gezinnen een gezinsbespreking georganiseerd.

#### - Overige instrumenten

Naast (inzichtgevende en oplossingsgerichte) gesprekken wordt in de dossiers aangegeven dat gewerkt is aan deze doelen door gebruik te maken psycho-educatie (twee keer genoemd), psycho-educatie (twee keer genoemd), elementen uit Triple P (één keer genoemd), en Signs of Safety (één keer genoemd).

### **Samenwerking met andere partijen**

In 20 van de 24 trajecten heeft de hulpverlener gedurende het traject contact gehad met andere partijen om te overleggen over (de hulpverlening aan) het gezin. Het gaat daarbij om contact met school c.q. schoolmaatschappelijk werk (zeven trajecten), specialistische zorg (drie trajecten), het wijkteam/CJG (twee trajecten) en

politie/wijkagent (eveneens twee trajecten). Daarnaast is een enkele keer contact geweest met Humanitas, Basiszorg in de Buurt, stichting Leergeld en de begeleider van het traject ‘Met je vingers in je oren’ voor kinderen die getuige zijn geweest van huiselijk geweld.

### **Inschakelen van aanvullende hulpverlening**

Bij de helft van de 24 trajecten heeft de hulpverlener gedurende het traject aanvullende hulpverlening ingeschakeld c.q. ingezet. In zes gevallen gaat het om de inzet van zwaardere, meer intensieve of specialistische hulp, waaronder jeugd-GGZ, Basiszorg in de Buurt, Ambulante Hulpverlening Gezinnen, Ouders voor Altijd (traject voor gescheiden ouders) of verslavingszorg. Vier gezinnen zijn doorverwezen naar een wijkteam voor meer langdurige ondersteuning. Bij één gezin is financiële hulpverlening ingeschakeld, terwijl bij een ander gezin de jeugdige is aangemeld voor een mentorproject.

### **Niet ingezette instrumenten**

In de interventietheorie worden enkele instrumenten genoemd die niet zijn ingezet in de 24 onderzochte trajecten. Het gaat daarbij om rollenspelen, netwerkbijeenkomsten, en screeningslijsten. Navraag bij de professionals leert dat zij deze instrumenten niet hebben ingezet omdat deze niet aansloten bij de problematiek van de gezinnen of omdat ze geen prioriteit hebben gegeven aan deze instrumenten. Het gaat om instrumenten die ze ook bij andere trajecten van LPH12+ (die niet in het onderzoek zijn opgenomen) zelden of nooit inzetten.

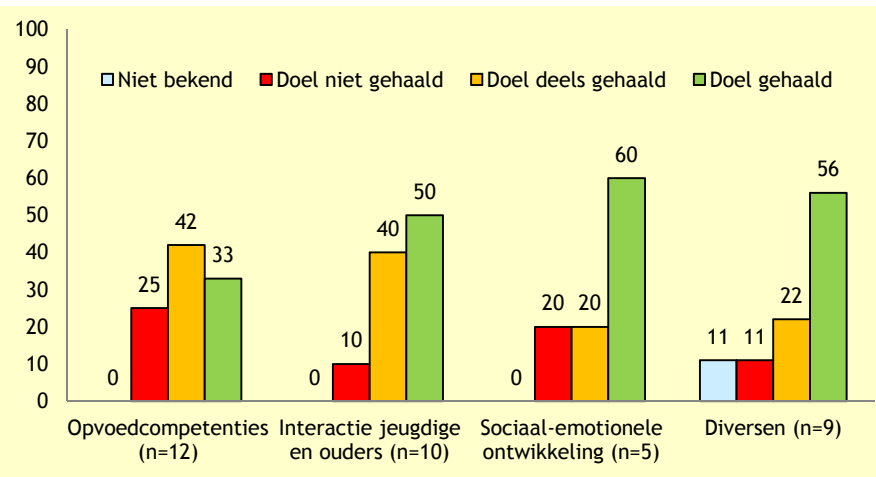
## **7.4 Gerealiseerde doelen**

In deze paragraaf behandelen we de mate waarin de in de dossiers gestelde doelen zijn bereikt. Daarbij gaan we ten eerste na wat in de dossiers wordt vermeld over het bereiken van de doelen. Vervolgens maken we een vergelijking met de verbeteringen die zijn vastgesteld op basis van de metingen bij jeugdigen en ouders, zoals gerapporteerd in hoofdstuk 5 en 6.

## Gerealiseerde doelen op basis van dossiers

Figuur 7.6 laat zien in hoeverre de doelen in de hulpverleningsplannen volgens de dossiers zijn behaald. Zoals in paragraaf 7.1 aan de orde is gekomen zijn in totaal 32 doelen geformuleerd, waarvan twaalf doelen betrekking hebben op opvoedvaardigheden, tien doelen op de interactie en communicatie tussen jeugdige en ouders en vijf doelen op de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Bovendien zijn er negen doelen gesteld die geen betrekking hebben op één van de uitkomstmaten van LPH12+.

Figuur 7.6 Resultaten op basis van de dossiers, in % (n=5-12)



Op basis van de dossiers is van de twaalf gestelde doelen op het terrein van opvoedcompetenties een derde (33%) behaald, terwijl bij de doelstellingen op de overige terreinen de helft tot ruim de helft (50% tot 60%) is behaald. Het aandeel deels behaalde doelen varieert van een vijfde (20%) bij sociaal-emotionele ontwikkelingen tot ruim twee vijfde (42%) bij opvoedcompetenties. Het percentage niet behaalde doelen is met 25% het hoogst bij de doelen op het terrein van opvoedcompetenties. Bij interacties tussen jeugdige en ouders is één op de tien doelen niet behaald (10%).

Van één doel (in de categorie ‘diversen’) wordt in de dossiers niet duidelijk of dit doel bereikt is of niet. Ook navraag bij de betrokken hulpverlener leverde geen eenduidig antwoord op.

### *Relatie tussen niet behaalde doelen en doorverwijzing*

Zoals eerder in dit hoofdstuk aan de orde is gekomen, zijn zes gezinnen door de hulpverlener van LPH12+ doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. Voor al deze gezinnen geldt dat ten minste één van de gestelde doelen niet of slechts deel is behaald. Van de acht gezinnen waarbij de doelstellingen op het terrein van opvoedcompetenties niet of deels behaald zijn, zijn drie gezinnen doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. Voor het terrein interactie en communicatie tussen jeugdige en ouders geldt dat van de vijf gezinnen die de doelstelling op dit terrein niet of deels behaald hebben drie gezinnen zijn doorverwezen naar zwaardere hulp. Ook het gezin waarbij de doelstelling op het terrein van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige niet is gehaald, is doorverwezen naar aanvullende hulp.

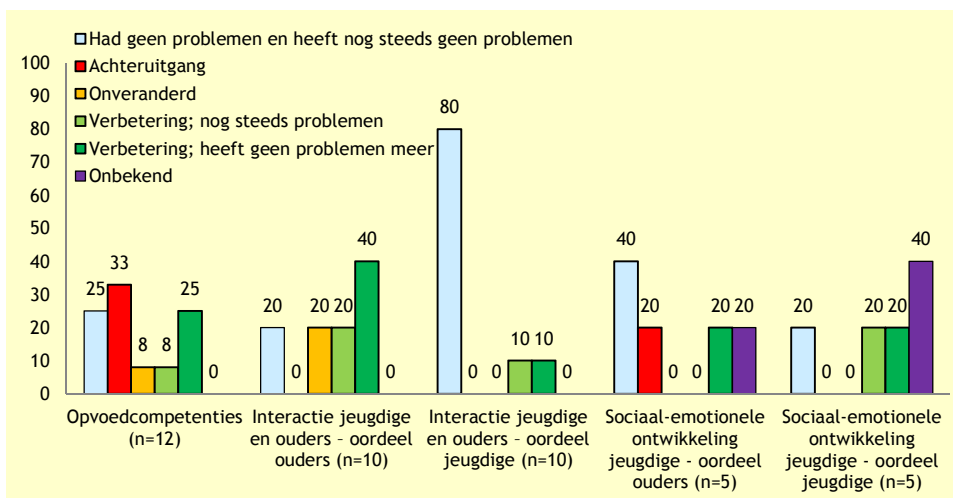
### **Gerealiseerde doelen op basis van metingen bij jongeren en ouders**

Voor de gezinnen waar doelen zijn gesteld op het terrein van opvoedcompetenties, interacties tussen jeugdige en ouders en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige zijn we nagegaan in hoeverre op basis van de informatie uit de metingen al dan niet een verbetering kan worden vastgesteld tussen de problematiek op deze terreinen bij aanvang en na afloop van de hulpverlening (vergelijking voormeting en nameting). Daarbij is – op dezelfde wijze als in hoofdstuk 5 en 6 - onderscheid gemaakt in vijf categorieën, te weten ‘had geen problemen en heeft nog steeds geen problemen’, ‘achteruitgang’, ‘onveranderd’, ‘verbetering; nog steeds problemen’ en ‘verbetering; heeft geen problemen meer’.

In een derde (33%) van de twaalf gezinnen waar doelen zijn gesteld op het terrein van opvoedcompetenties rapporteren ouders hierin in de

nameting een verbetering ten opzicht van de voormeting (figuur 7.7). Eveneens een derde (33%) van de gezinnen laat op basis van de metingen een achteruitgang zien, terwijl bij de overige gezinnen (33%) de opvoedcompetenties van ouders onveranderd zijn. Van de vier gezinnen waar sprake is van een achteruitgang zijn twee gezinnen doorverwezen naar zwaardere vormen van hulp.

**Figuur 7.7 Resultaten op basis van de metingen (vergelijking voor- en nameting), in % (n=5-12)**



In de tien gezinnen waar doelen zijn gesteld op het gebied van de interactie tussen jeugdige en ouders rapporteert het merendeel van de ouders (60%) een verbetering, waarbij in vier van de zes gevallen de problemen in de nameting volledig zijn verholpen. Bij een vijfde (20%) van de gezinnen is de situatie volgens ouders onveranderd. Eén van deze twee gezinnen is doorverwezen naar aanvullende hulp.

Van de jeugdigen uit deze tien gezinnen geeft 80% aan dat zij zowel bij aanvang van de hulp als bij afronding geen problemen ervaren in het contact met hun ouders. Bij de twee jeugdigen die in de voormeting wel problemen rapporteren is deze problematiek in de nameting verminderd (één jongere) of volledig verholpen (één jongere).

Van de vijf gezinnen waar doelen zijn gesteld op het terrein van de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige zijn van vier gezinnen zowel een voor- als nameting van de ouder(s) beschikbaar, terwijl van drie jeugdigen zowel een voor- als nameting beschikbaar is. In twee van deze gezinnen (40%) rapporteren ouders zowel in de voor- als in de nameting geen problemen op dit terrein, terwijl bij één ouder (20%) de gerapporteerde problemen in de voormeting in de nameting zijn verholpen en bij eveneens één ouder (20%) de problemen zijn verslechterd. Het gaat hierbij niet om een gezin dat is doorverwezen naar aanvullende hulp.

Van de jeugdige blijkt één jeugdige zowel in de voormeting als in de nameting geen problemen te ervaren (20%) op het terrein van sociaal-emotionele ontwikkelingen. Evenals bij de doelen op het terrein van de interactie tussen jeugdige en ouders geldt ook hier dat bij de twee jeugdigen die in de voormeting wel problemen rapporteren deze problematiek in de nameting is verminderd (één jongere) of volledig is verholpen (één jongere).

## **7.5 Resumé**

In dit hoofdstuk hebben we de inhoud van de hulp aan de gezinnen uiteengezet aan de hand van de informatie uit de dossiers. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen samengevat.

### **Doelen**

Voor de 24 gezinnen uit de onderzoeksgroep zijn in de dossiers in totaal 32 doelen geformuleerd. Het gaat daarbij om doelen op het terrein van opvoedcompetenties van ouders, interactie en communicatie tussen ouders en jeugdige en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Daarnaast zijn verschillende doelen geformuleerd die niet tot het terrein van de uitkomstmaten van LPH12+ behoren. Voor twee uitkomstmaten die wel tot het terrein van LPH12+ behoren – geloof in eigen kracht c.q. het zelfvertrouwen en

het herstellen van positieve sociale contacten – zijn daarentegen geen doelen geformuleerd.

### **Duur en intensiteit hulpverlening**

De duur van de hulpverlening varieert van vier tot 14 maanden. Gemiddeld neemt een traject circa zeven maanden in beslag. Het hulpverleningstraject bestaat gemiddeld uit acht gesprekken, iets lager dan de beoogde tien gesprekken per traject. Circa één vijfde van de gezinnen heeft meer dan tien hulpverleningsgesprekken gehad. Het aantal hulpverleningsuren per traject (inclusief cliëntgerelateerde administratie en contacten met betrokkenen) varieert van 21 tot 89 uur, met een gemiddelde van 46 uur per traject.

Geen van de 24 gezinnen heeft het hulpverleningstraject voortijdig gestaakt. Van uitval is dus geen sprake.

### **Acties en instrumenten**

Voor het werken aan de doelen zijn met name (inzichtgevende en/of oplossingsgerichte) gesprekken gevoerd met ouders en jongeren en zijn elementen van Triple P toegepast. Daarnaast wordt een aantal keren in het dossier vermeld dat gebruik is gemaakt van andere instrumenten, waaronder Signs of Safety, psycho-educatie, KIES-training of rationeel-emotieve therapie. Overigens merken de betrokken professionals op dat niet alle gehanteerde (gespreks)technieken, activiteiten of instrumenten expliciet in het dossier worden vermeld. Sommige acties of instrumenten beschouwen ze als basismateriaal en leggen ze om die reden niet vast, terwijl ze deze wel toepassen.

Bij de helft van de trajecten heeft de hulpverlener gedurende het traject aanvullende hulpverlening ingeschakeld. In zes gevallen gaat het om de inzet van zwaardere, meer intensieve of specialistische hulp.

### **Gerealiseerde doelen**

In de dossiers is vermeld of de vooraf gestelde doelen zijn behaald. Van de doelen op het terrein van opvoedcompetenties is naar het oordeel van de hulpverlener een derde behaald, terwijl op de terreinen interactie tussen jeugdigen en ouders en sociaal-emotionele ontwikkeling respectievelijk 50% en 60% van de doelen is gehaald.

Dit komt ten dele overeen met de beleving van de ouders, zoals deze uit de vragenlijst naar voren komt. Daaruit blijkt dat van de ouders in de gezinnen waar doelen zijn gesteld op het terrein van opvoedcompetenties eveneens een derde van de ouders een verbetering rapporteert. Op het terrein van interactie en communicatie met de jeugdige en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige gaat het om respectievelijk 60% en 20%.

## 8. SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Met financiering van ZonMw en in samenwerking met de MJD heeft onderzoeks- en adviesbureau INTRAVAL de aanpak Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ geëvalueerd. Deze interventie is bedoeld voor zowel ouders als hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar met opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen. De aanpak kenmerkt zich door laagdrempelige, niet-geïndiceerde zorg en een preventieve insteek op het snijvlak van advies en informatie en hulpverlening, waarin het versterken van de eigen kracht van ouders en kinderen een belangrijke rol speelt. Het onderzoek verschaft inzicht in de resultaten van de interventie. Daarnaast geeft het onderzoek inzicht in de werkzame factoren, waarmee het tevens relevante informatie biedt voor vergelijkbare (opvoed)interventies.

Voor het uitvoeren van de evaluatie hebben we gebruik gemaakt van de methode Realistic Evaluation. Hiervoor zijn verschillende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd: het reconstrueren van de interventietheorie; het uitvoeren van de resultaatmeting bij jongeren en hun ouders; het houden van interviews met de betrokken professionals en leidinggevende; en het bestuderen van de dossiers. Aan het onderzoek hebben 24 gezinnen deelgenomen waarbij op drie momenten een vragenlijst is afgenomen: in het begin van het traject (voormeting), na afloop (nameting) en zes maanden daarna (vervolgmeting). Hieronder geven we aan de hand van de onderzoeksvragen de belangrijkste bevindingen weer.

## 8.1 Mate van doelrealisatie

*Heeft deelname aan LPH12+ bijgedragen aan:*

- *het vergroten van het zelfvertrouwen/geloof in eigen kracht van de jongeren en/of de ouders?*
- *het vergroten van de opvoedingscompetenties van ouders?*
- *het verbeteren van de interactie en communicatie tussen jongeren en hun ouders?*
- *het verminderen, oplossen dan wel voorkomen van problemen met betrekking tot de sociaal emotionele ontwikkeling van de jongeren?*
- *het activeren en versterken van de sociale steunsystemen rond de jongeren en/of hun ouders?*

### Ontwikkelingen uitkomstmaten

Hieronder bespreken we de resultaten. Daarbij maken we onderscheid tussen de uitkomstmaten van de jongeren en de ouders. In tabel 8.1 worden de resultaten per uitkomstmaat schematisch weergegeven.

#### *Resultaten jongeren*

- Op korte termijn (vergelijking voor- en nameting) en op lange termijn (vergelijking voor- en vervolgmeting) treedt een vermindering op van de sociaal-emotionele problemen van de jongeren, zoals beoordeeld door ouders. Jongeren zelf rapporteren geen verbetering in hun sociaal-emotionele ontwikkeling op korte en lange termijn.
- Ook op het terrein van communicatie en interactie tussen de jongeren en hun ouders rapporteren de jongeren op korte termijn weinig verandering. Op lange termijn is de communicatie en interactie tussen jongeren en ouders – gerapporteerd door jongeren – wel verbeterd.
- Het zelfvertrouwen en sociale contacten van jongeren zijn op korte en lange termijn niet of nauwelijks veranderd.
- Een deel van de gezinnen is door de hulpverleners van LPH12+ doorverwezen naar zwaardere vormen van zorg. Wanneer we de jongeren uit deze gezinnen buiten beschouwing laten blijkt dat het

zelfvertrouwen van de jongeren uit de gezinnen die niet zijn doorverwezen op lange termijn is toegenomen.

### *Resultaten ouders*

- Zowel op korte termijn (vergelijking voor- en nameting) als op lange termijn (vergelijking voor- en vervolgmeting) verbetert het zelfvertrouwen van ouders en verbetert de communicatie en interactie tussen de ouders en hun zoon of dochter, zoals beoordeeld door de ouders.
- Op de andere twee terreinen (opvoedvaardigheden en sociale contacten van ouders) worden geen significante veranderingen waargenomen.

**Tabel 8.1 Ontwikkelingen uitkomstmaten op korte en lange termijn**

Uitkomstmaat	Korte termijn	Lange termijn
Zelfvertrouwen jongere	Onveranderd	Onveranderd
Zelfvertrouwen ouders	Verbeterd	Verbeterd
Opvoedvaardigheden ouders	Onveranderd	Onveranderd
Communicatie en interactie - oordeel jongere	Onveranderd	Verbeterd
Communicatie en interactie - oordeel ouders	Verbeterd	Verbeterd
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel jongere	Onveranderd	Onveranderd
Sociaal-emotionele problemen jongere - oordeel ouders	Verbeterd	Verbeterd
Sociale contacten jongere	Onveranderd	Onveranderd
Sociale contacten ouders	Onveranderd	Onveranderd

### **Succesmaten**

Vooraf zijn door de MJD per uitkomstmaat succesmaten geformuleerd. Deze succesmaten laten zien welk percentage van de ouders en jongeren die bij aanvang van de hulp problemen ervaren op

het terrein van een bepaalde uitkomstmaat, na afloop van de hulp een verbetering moet laten zien op deze uitkomstmaat om te kunnen spreken van een succes voor de groep als geheel.

- Voor de uitkomstmaten van jongeren geldt dat de succesmaat voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige (succesmaat: 65%) op korte termijn met een score van 50% niet is gehaald. Op lange termijn is deze succesmaat volgens de ouders wel behaald (80%), maar naar het oordeel van de jongeren niet.
- Op het terrein van zelfvertrouwen, de communicatie en interactie tussen jongeren en hun ouders en de sociale contacten van jongeren zijn er te weinig jongeren die bij aanvang van de hulp problemen ervaren op dit terrein om uitspraken te kunnen doen over het al dan niet behalen van de succesmaat.
- Voor de uitkomstmaten van de ouders is op korte termijn geen enkele succesmaat bereikt. Het gegroeide zelfvertrouwen van de ouders komt het dichtst in de buurt van een succes (75% succesvol tegenover een succesmaat van 80%) en de opvoedvaardigheden het minste (58% tegenover 80%).
- Op lange termijn laat eveneens 75% van de ouders een verbetering zien op het zelfvertrouwen, waarmee de succesmaat voor lange termijn (70%) wel is bereikt. Ook de succesmaat voor opvoedvaardigheden (70%) is met 70% op lange termijn wel bereikt. Bij de beide overige uitkomstmaten (communicatie en interactie en sociale contacten) worden ook op lange termijn de succesmaten niet bereikt.

### **Tevredenheid ouders en jongeren over effecten**

- Twee vijfde (42%) van de jongeren is tevreden over de hulpverlening. De vooraf geformuleerde succesmaat van 80% is daarmee niet gehaald.
- Bijna drie kwart van de jongeren (72%) geeft aan het traject ‘waarschijnlijk wel’ of ‘beslist wel’ te zullen aanraden aan anderen.

- De meerderheid van de ouders (56%) is tevreden over het effect van de hulpverlening. Ook hier geldt dat de succesmaat van 80% niet is gehaald.
- Alle ouders geven aan LPH12+ waarschijnlijk wel of beslist wel aan te raden bij familie of kennissen.
- Drie kwart van de ouders geeft aan door toedoen van de hulp meer inzicht te hebben gekregen in het gedrag van hun zoon of dochter.

### **Mate van uitval**

Geen van de 24 gezinnen in het onderzoek heeft het hulpverleningstraject voortijdig gestaakt. Van uitval is dan ook geen sprake. De vooraf geformuleerde succesmaat van 90% reguliere beëindiging van hulp is daarmee behaald.

## **8.2 Relevante contextfactoren**

*Welke factoren beïnvloeden de werkzaamheid van de methodiek, uitgesplitst naar a. de verschillende onderdelen en b. kenmerken van ouders/verzorgers en of kinderen/ jongeren, kenmerken van de hulpverlener en de alliantie tussen beide?*

Het onderzoek heeft informatie gegeven over de factoren die de werkzaamheid van LPH12+ beïnvloeden, uitgesplitst naar kenmerken van de geboden hulp en kenmerken van ouders en jongeren. Het heeft geen inzicht kunnen verschaffen in de invloed van de kenmerken van de hulpverlener en de alliantie tussen de hulpverlener en het gezin.

### **Kenmerken geboden hulp**

Hieronder gaan we in op de kenmerken van de geboden hulp die de werkzaamheid van de methodiek beïnvloeden. Daarbij maken we onderscheid tussen duur en intensiteit, de gestelde doelen en ingezette acties en instrumenten.

### *Duur en intensiteit*

- De duur van de geboden hulpverlening aan de 24 gezinnen in de onderzoeksgroep varieert van vier tot 14 maanden. Het hulpverleningstraject bestaat gemiddeld uit acht gesprekken, iets lager dan de beoogde tien gesprekken per traject.
- De duur (aantal maanden) en intensiteit (aantal hulpverleningsuren) van de hulp hangt niet samen met het aantal probleemgebieden van een gezin bij de start van de hulp. Ook vertonen de duur en intensiteit vrijwel geen samenhang met de verbeteringen die wordt geboekt op de uitkomstmaten. Een uitzondering hierop vormt de mate van zelfvertrouwen van ouders. Daarbij geldt: hoe meer hulpverleningsuren, des te groter de ontwikkeling in het zelfvertrouwen van de ouders.
- Circa een vijfde van de gezinnen heeft meer dan tien hulpverleningsgesprekken gehad. Dit komt volgens de betrokken professionals vaak doordat het inzichtelijk maken van de problematiek soms al zeker drie gesprekken in beslag neemt. Pas daarna start het daadwerkelijke traject.
- Ruim de helft van de ouders geeft aan dat zij de duur van de hulpverlening te kort vinden. De professionals benadrukken dat het van belang is niet te star vast te houden aan tien gesprekken, maar hier in zekere mate flexibel mee te kunnen omgaan.

### *Gestelde doelen*

- Voor de 24 gezinnen in de onderzoeksgroep zijn in de dossiers in totaal 32 doelen gesteld. Het gaat daarbij voornamelijk om doelen op het terrein van opvoedcompetenties van ouders, interactie en communicatie tussen de jeugdige en de ouders en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige. Dit komt overeen met de drie terreinen waarop de gezinnen in de voormeting de meeste problemen ervaren.
- Er zijn in de dossiers geen doelen geformuleerd op het terrein van het geloof in eigen kracht c.q. het zelfvertrouwen en het herstellen van positieve sociale contacten. Voor beide terreinen geldt dat circa de helft van de ouders bij aanvang van de hulp wel

problemen rapporteert op dit terrein. De betrokken hulpverleners beamen dat ze op deze terreinen vaak geen expliciete doelen formuleren, maar dat gedurende de hulpverlening wel aandacht wordt besteed aan deze terreinen.

- Ruim een kwart van de gestelde doelen behoort niet tot het terrein van de uitkomstmaten van LPH12+. Het gaat om doelen op het terrein van de schoolsituatie van jongeren, herstel van familiecontact of rouwverwerking. Dit roept de vraag op of de uitkomstmaten van LPH12+ mogelijk te smal zijn geformuleerd.

### *Ingezette acties en instrumenten*

- Voor het werken aan de doelen zijn met name (inzichtgevende en/of oplossingsgerichte) gesprekken gevoerd met ouders en jongeren en zijn elementen van Triple P toegepast. Daarnaast wordt een aantal keer in het dossier vermeld dat gebruik is gemaakt van andere instrumenten, waaronder Signs of Safety, psycho-educatie, KIES-training of rationeel-emotionele therapie.
- De betrokken professionals merken op dat niet alle gehanteerde (gespreks)technieken, activiteiten of instrumenten expliciet in het dossier worden vermeld: sommige acties of instrumenten beschouwen de hulpverleners als basismateriaal en leggen ze om die reden niet vast, terwijl ze deze wel toepassen. Het is hierdoor niet goed mogelijk om deze specifieke elementen van de aanpak te koppelen aan de gemeten vooruitgang bij jongeren en ouders.
- Bij zes van de 24 gezinnen is – in aanvulling op LPH12+ - zwaardere, meer intensieve of specialistische hulp ingezet. Bij deze zes gezinnen had het traject LPH12+ als voornaamste doel om de hulpvraag te verhelderen en te zoeken naar een passend aanbod voor deze hulpvraag. Het buiten beschouwing laten van deze zes gezinnen in de analyses leidt overigens nauwelijks tot andere resultaten.

### **Kenmerken ouders en jongeren**

- De jongeren uit de onderzoeksgroep ervaren bij aanvang van de hulp gemiddeld genomen weinig problemen op de terreinen van de

uitkomstmaten van LPH12+. Ze scoren op de voormeting vergelijkbaar en op sommige terreinen zelfs positiever dan de normscores.

- De ouders ervaren daarentegen bij aanvang van het hulpverleningstraject gemiddeld genomen op alle terreinen van de hulpverlening problemen. Ook beoordelen ouders de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongeren bij aanvang negatiever dan de norm.
- Het verschil in beleving van de jongeren en de ouders is inherent aan de wijze waarop gezinnen doorgaans worden aangemeld: vaak zijn de ouders degene die zich met een hulpvraag melden bij de huisarts, het schoolmaatschappelijk werk of andere mogelijke aanmelders.
- De mate van problemen die jongeren en ouders ervaren bij de aanvang van de hulp blijkt op veel uitkomstmaten samenhang te vertonen met de vooruitgang die op deze uitkomstmaat wordt geboekt: hoe groter de ervaren problematiek bij aanvang, des te groter de verbetering op deze uitkomstmaat. Dat is niet verwonderlijk aangezien er weinig te verbeteren valt wanneer er bij aanvang niet of nauwelijks problemen zijn.
- Bij bijna drie kwart van de 24 gezinnen in de onderzoeksgroep zijn de ouders gescheiden. In meer dan de helft van de gezinnen worden kinderen opgevoed door één opvoeder.
- Er blijkt bij vrijwel geen enkele uitkomstmaat sprake te zijn van samenhang tussen het aantal opvoeders in een gezin en de ontwikkeling op de uitkomstmaten. De enige uitzondering hierop is de uitkomstmaat interactie en communicatie tussen jongeren en ouders, zoals beoordeeld door de jongeren. In gezinnen met twee opvoeders is de verbetering op deze uitkomstmaat op lange termijn groter dan bij de gezinnen met één opvoeder.

### 8.3 Werkzame factoren

*Wat leren de resultaten van het onderzoek in algemene zin over werkzame factoren bij het versterken van eigen kracht van jeugdigen en ouders?*

*Welke contextfactoren beïnvloeden de werkzaamheid van de methodiek en zijn daarmee van invloed op de overdraagbaarheid en brede implementatie ervan?*

Op basis van de resultaten van het onderzoek kunnen we verschillende werkzame factoren onderscheiden. Deze factoren zijn niet alleen van belang voor LPH12+, maar ook voor vergelijkbare (opvoed)interventies.

- De systeemgerichte benadering, waarin gesprekken worden gevoerd met zowel de jeugdige als de ouders, draagt bij aan het herstel van communicatie en interactie tussen ouders en jongeren. Het luisteren naar de jongeren en hen vragen naar hun wensen en behoeften vormt daarin een essentieel onderdeel. Zowel jongeren als ouders rapporteren een verbetering in het onderlinge contact.
- De outreachende, cliëntgerichte aanpak waarbij wordt aangesloten bij de behoefte en de leefwereld van de jongere en zijn ouders leidt tot een minimale uitval tijdens het traject.
- Het bieden van inzicht in gedrags- en gezinspatronen vormt een belangrijke werkzame factor in het verminderen van de problematiek in de gezinnen. Ouders zijn van mening dat zij door de hulpverlening meer inzicht hebben gekregen in het gedrag van hun zoon of dochter. Ouders zijn na afloop van de hulp positiever over de communicatie en interactie met hun zoon of dochter. Ook rapporteren zij minder problemen in de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jongere, terwijl jongeren zelf hierin geen veranderingen rapporteren. Dit duidt op een beter begrip van ouders van het gedrag van hun zoon of dochter, waardoor zij het gedrag minder problematisch beoordelen.
- De competentiegerichte benadering en het aansluiten bij datgene wat wel goed gaat (empowerment) levert een positieve bijdrage

aan het zelfvertrouwen en geloof in eigen kracht van ouders. Hoewel bij geen van de gezinnen expliciet doelen zijn gesteld op het terrein van zelfvertrouwen is bij ouders zowel op korte als op lange termijn het zelfvertrouwen toegenomen.

- In de gevallen dat aanvullende, meer intensieve of gespecialiseerde hulp nodig is in een gezin, vormt de interventie een goede opstap naar deze hulp. De laagdrempelige en cliëntgerichte benadering biedt ruimte voor vraagverheldering en het zoeken naar een passend aanbod.

### **Contextvariabelen**

De uitkomsten van het onderzoek bieden tevens inzicht in enkele contextvariabelen die de werkzaamheid van de methodiek beïnvloeden en daarmee van belang zijn voor de overdraagbaarheid van de interventie.

- Het aantal opvoeders in een gezin heeft geen invloed op het behaalde resultaat. Dit betekent dat de interventie geschikt is voor zowel alleenstaande ouders als ouders die de opvoeding gezamenlijk doen.
- Om goed te kunnen inspelen op de vraag van het gezin en de ernst van de problematiek is het van belang flexibel te kunnen zijn in de trajectduur en niet te star vast te houden aan tien gesprekken.
- Een belangrijk onderdeel van de werkwijze is de mogelijkheid voor hulpverleners een beroep te kunnen doen op een gedragswetenschapper voor intervisie. Om de kwaliteit van het hulpverleningstraject te kunnen waarborgen – ook in een andere setting - dient een dergelijk intervisiemoment laagdrempelig te worden aangeboden.
- Wanneer de interventie wordt uitgevoerd in een andere context, is het van belang dat de kaders van de interventie gehandhaafd blijven. De doelgroep moet helder zijn afgebakend en ook dient een heldere fasering van het traject te worden gewaarborgd. Medewerkers die de interventie uitvoeren dienen getraind te zijn voor de verschillende instrumenten die in de interventie worden toegepast.

## 8.4 Slotconclusie

*In welke mate draagt LPH12+ bij aan het versterken van de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders, welke werkzame mechanismen spelen hierbij een rol en in hoeverre is de methodiek overdraagbaar en elders te implementeren?*

In deze paragraaf geven we op basis van bovenstaande deelvragen antwoord op de probleemstelling van het onderzoek.

- De interventie LPH12+ leidt over het geheel genomen niet of nauwelijks tot een verbetering van de situatie van de jongeren. Dit hangt samen met het feit dat de jongeren bij aanvang van de hulp nauwelijks problemen ervaren.
- De nadruk in het traject ligt op de problematiek die ouders ervaren. Zij zijn dan ook vaak degenen die het traject initiëren.
- Het hulpverleningstraject draagt bij aan het verbeteren van de communicatie en de interactie in het gezin en de sociaal-emotionele ontwikkeling van de jeugdige, zoals ervaren door ouders. Hierin speelt met name de systeemgerichte benadering en het bieden van inzicht in gedrags- en gezinspatronen een rol.
- Het zelfvertrouwen c.q. geloof in eigen kracht van ouders is na afloop van het traject verbeterd. De competentiegerichte benadering werpt hierbij zijn vruchten af.
- De opvoedvaardigheden van ouders verbeteren niet of nauwelijks door toedoen van het traject. De problemen die ouders op dit terrein ervaren lijkt hardnekkig te zijn en vergen een meer intensieve aanpak, specifiek gericht op het aanleveren van opvoedvaardigheden.
- Er wordt in het traject weinig aandacht besteed aan het versterken van het sociaal netwerk van ouders en jongeren. Op dat terrein wordt dan ook geen verbetering geboekt.
- De door de MJD geformuleerde succesmaten (dat wil zeggen het percentage deelnemers met een probleem bij aanvang dat

- verbetering laat zien op dat probleem) zijn in de meeste gevallen niet gehaald.
- De methodiek is geschikt om elders te implementeren, waarbij de volgende werkzame elementen gewaarborgd dienen te blijven: de systeemgerichte en competentiegerichte benadering; het bieden van inzicht in gedrags- en gezinspatronen; en de laagdrempelige en cliëntgerichte aanpak. Daarnaast dient aan enkele contextuele voorwaarden te worden voldaan: beschikbaarheid van intervisiemogelijkheden; het bewaken van de kaders van de interventie (doelgroep, fasering, werkwijze); en de beschikbaarheid van medewerkers die getraind zijn in de in te zetten instrumenten en technieken.

## 8.5 Aanbevelingen

*Welke aanpassingen zouden eventueel moeten plaatsvinden in de methodiek om de werkzaamheid van de methodiek verder te verhogen?*

Op basis van de onderzoeksresultaten kunnen verschillende aanbevelingen en aandachtspunten voor de toekomst worden geformuleerd.

- Ten eerste is het van belang de werkzame mechanismen van de interventie, zoals benoemd in paragraaf 8.3, te behouden en te borgen, ook wanneer de interventie in een andere setting wordt aangeboden. Tevens verdient het aanbeveling na te gaan in hoeverre deze werkzame mechanismen bij andere vergelijkbare interventies ingezet kunnen worden c.q. nog beter tot hun recht kunnen komen.
- De onderzoeksresultaten laten zien dat op sommige punten een discrepantie bestaat tussen de terreinen waarop bij aanvang van de hulp problemen spelen en de terreinen waarop doelen zijn gesteld. Dit pleit voor een zorgvuldigere vertaling van problemen naar hulpverleningsdoelen. Op die manier kan het hulpaanbod beter

worden afgestemd op de vraag van de jeugdige en de ouders, waarmee het doelbereik kan worden verhoogd.

- In het verlengde daarvan verdient het aanbeveling impliciete doelen te expliciteren. Op verschillende terreinen zijn geen doelen gesteld, terwijl wel aan de problematiek op deze terreinen blijkt te zijn gewerkt. Door het expliciteren van doelen op dit terrein wordt zowel voor de ouders en de jongere als voor de hulpverlener beter inzichtelijk op welke manier het hulpverleningstraject bijdraagt aan het verbeteren van de situatie in het gezin.
- In de hulpverleningsplannen is in veel gevallen niet geëxpliciteerd welke instrumenten of technieken zijn ingezet in de gezinnen. In de gesprekken met hulpverleners blijkt dat het vaak gaat om een combinatie van verschillende instrumenten en technieken of elementen hiervan. Het risico bestaat dat hierdoor een mix ontstaat waarbij van alles wat wordt toegepast zonder dat daarbij een duidelijke keuze wordt gemaakt. Een meer consistente toepassing van instrumenten kan het doelbereik verhogen.
- De trajecten duren gemiddeld langer dan beoogd, terwijl het aantal gesprekken gemiddeld lager is dan de tien beoogde gesprekken. Uit de interventietheorie blijkt echter dat een hogere frequentie van gesprekken bijdraagt bij aan de werkzaamheid van opvoedinterventies. Het verdient daarom aanbeveling om, conform de methodiekbeschrijving, minimaal eens per twee weken een gesprek te hebben met het gezin.
- De netwerkgerichte benadering – die in de methodiekbeschrijving wordt genoemd als één van de uitgangspunten van de methodiek – komt nog onvoldoende uit de verf. De sociale contacten van ouders en jongeren zijn gedurende het traject niet verbeterd. Om ook op dit terrein verbeteringen te kunnen realiseren dient in de hulpverlening meer aandacht te worden besteed aan het activeren en versterken van positieve sociale netwerken.
- Een deel van de doelen die in de hulpverleningsplannen zijn geformuleerd vallen buiten het terrein van de uitkomstmaten van de interventie. Het is van belang daarin een heldere lijn te volgen. Problematiek die niet tot het domein van de interventie behoort

dient óf te worden doorverwezen naar andere vormen van hulpverlening óf dient aan het hulpverleningspakket van de interventie te worden toegevoegd. Indien gekozen wordt voor het uitbreiden van de hulpverlening, bijvoorbeeld door het bieden van hulp bij problemen in de schoolsituatie, dient het handelingsrepertoire van de hulpverleners te worden uitgebreid met passende instrumenten op dat terrein.

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Bakker, I., K. Bakker, A. van Dijke, L. Terpstra (1997)  
O&O in perspectief, NIZW, Utrecht.
- Bandura, A. (1977)  
Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. In:  
Psychological Review, 84 (2), pag. 191-215.
- Barrett, H. (2010)  
The delivery of parent skills training programs. Meta-analytic  
studies and systematic reviews of what works best. Family and  
Parenting Institute, Londen.
- Berg, K.I., P. Szabó (2005).  
Oplossingsgericht coachen. Thema, Zaltbommel.
- Bergen, A. van, G. de Geus, E. van Ameijden (2005)  
Behoeftte aan opvoedondersteuning bij Utrechtse ouders en  
verzorgers. GG&GD, Utrecht.
- Bieleman, B., J. Snippe, M. Boendermaker, M. Hofman (2008)  
Onderzoek Pilotprojecten Campussen. 1. Beschrijving projecten  
en doelgroep. St. INTRAVAl, Groningen-Rotterdam.
- Bieleman, B., M. Boendermaker, A. Kruize, J. Reimer (2013)  
Tussentijdse evaluatie Buurtwelzijn Groningen. St. INTRAVAl,  
Groningen-Rotterdam.
- Bieleman, B., M. Boendermaker, R. Nijkamp, J. Snippe (2012)  
Dwars door verbanden. Evaluatie pilot aanpak  
multiprobleemgezinnen stad Groningen. St. INTRAVAl,  
Groningen-Rotterdam.
- Bieleman, B., M. Boendermaker, J. de Boer, A. Kruize, F. Schaap, J.  
Snippe, J. Bloemendal, M. Hofman (2010)  
Onderzoek Pilotprojecten Campussen. 3. Eindrapport: proces- en  
effectevaluatie. St. INTRAVAl, Groningen-Rotterdam.
- Bijstra, J.O., S. Jackson, H.A. Bosma (1994)  
De Utrechtse Coping Lijst voor Adolescenten. In: Kind en  
Adolescent, 15, p. 98-109.

- Bucx, F. (2011)  
 ‘Slotbeschouwing’. In: Bucx, F. (2011), ‘Het Gezinsrapport’.  
 Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012)  
 Landelijke jeugdmonitor, jaarrapport 2012. Centraal Bureau voor  
 de Statistiek, Den Haag.
- Damen, H., J.W. Veerman, A.A. Vermulst, R. Nieuwhoff, R. de  
 Meyer, H.J. Scholte (ingediend voor publicatie ).  
 Parental Empowerment: Validity and reliability of a Dutch  
 empowerment questionnaire (EMPO). Pactum, Arnhem /  
 Radboud University, Nijmegen.
- Dehart, G.B., L.A. Sroefe, R.C. Cooper (2000)  
 Child development. Its nature and course. McCraw-Hill Higher  
 Education, Dubuque.
- Doorten, I., F. Bucx (2011)  
 Steun voor ouders bij de opvoeding: de rol van sociale  
 netwerken, instanties en de buurt. In : ‘Het Gezinsrapport’.  
 Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder, C.J. Groot (2007)  
 Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling  
 2007/01 (COTAN). Boom test uitgevers, Amsterdam.
- Evers, A., J.C. van Vliet-Mulder, C.J. Groot (2000)  
 Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II.  
 Van Gorcum, Assen.
- Gesquiere, P., W. Hellinckx (1988).  
 De Leuvense methodiek voor pedagogische gezinsbegeleiding.  
 Beknopte voorstelling van een ambulante orthopedagogische  
 hulpverleningsvorm voor opvoedingsproblemen. In:  
 Orthopedagogische Rapporten, 15.
- Goossens, F., I. de Graaf (2010)  
 Groepstraining Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van  
 een pilot study. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Graaf, I. de, P.A.M Speentjens, M.S. de Wolff, H.F.E. Smit (2008a)  
 Effectiveness of the positive parenting program Triple P on  
 behavioural problems in children: meta-analysis of randomized  
 trials. In: Behavior Modification, 32, pag. 714-735.

- Graaf, I. de, P.A.M Speentjens, M.S. de Wolff, H.F.E. Smit (2008b)  
Effectiveness of the positive parenting program Triple P on parenting: meta-analysis of randomized trials. In: Family Relations, 57 (5), pag.553-566.
- Graaf, I. de, S. Onrust, P. Speentjens (2009)  
Factsheet preventie. De effectiviteit van Triple P. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Geurts, E., L. Lekkerkerker, T. van Yperen, J.W. Veerman (2010)  
Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk. Nederlands Jeugdinstituut / Praktikon, Utrecht.
- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers (2005)  
Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventie bij opvoed- en opgroei problemen. Inventgroep, Utrecht.
- Hermanns, J. (2009)  
Het opvoeden verleerd. Oratie 338. Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Ince, D. (2011)  
Wat werkt in opvoedingsondersteuning? Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.
- Ince, D. (2013)  
Wat werkt in opvoedingsondersteuning? Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.
- Kok, J.F.W. (1984)  
Specifiek opvoeden in gezin, school, dagcentrum en internaat: Gedragsproblemen in orthopedagogisch perspectief. Acco, Leuven.
- Kousemaker, N., D. Timmers-Huigens (1985)  
Pedagogische hulpverlening in de eerste lijn. In: Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 24, pag. 557-565.
- Leeuw, F.L. (2003)  
Reconstructing Problem Theories: Methods Available and Problems to be Solved. In: American Journal of Evaluation, 24 (1), p. 5-20.

- Nation, M., J. Crusto, N. Wandersman, M. Kumpfer, F. Seybolt (2003)  
 What works in prevention. Principles of effective prevention programs. In: *American Psychologist*. 58 (6/7), pag. 449-456.
- Neve, R.J.M., M.M.J. van Ooyen-Houben, J. Snippe, B. Bieleman (2007)  
 Samenspannen tegen XTC. Eindevaluatie van de XTC-Nota. WODC, Den Haag / St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.
- Nowak, C., N. Heinrichs (2008)  
 A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. In: *Clinical Child and Family Psychology*, 11 (3), pag. 114-144.
- Ooyen-Houben, M.M.J. van, B. Bieleman, D. Korf (2013)  
 Het Besloten club- en het Ingezetenen criterium voor coffeeshops. Evaluatie van de implementatie en de uitkomsten in de periode mei-november 2012. Tussenrapportage. WODC, Den Haag / St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam / Bonger Instituut voor Criminologie, Amsterdam.
- Patterson, G.R. (1982)  
 Coercive family process. Castalia Publishing Company, Eugene-Oregon.
- Pawson, R., N. Tilley (1997)  
 Realistic Evaluation. Sage, Londen.
- Pawson, R. (2002)  
 Evidence-based policy: in search of a method. In: *Evaluation*; 8 (2), p. 157-181.
- Pawson, R. (2006)  
 Evidence-based policy: a realist perspective. Sage, Londen.
- Slot W., H. Spanjaard (1996)  
 Ontwikkelingstaken voor ouders van jonge kinderen. Het competentiemodel en gezinsgericht hulpverlening. In: *Jeugd en samenleving*, pag. 3-19.
- Snippe, J., B. Bieleman, A. Kruize, H. Naayer (2005)  
 Hektor in Venlo. St. INTRAVAL, Groningen-Rotterdam.

- Spanjaard, H., M. van Vught (2005)  
 Kort Ambulant. Handleiding voor kortdurende ambulante jeugdzorg gericht op competentievergroting. NIZW Jeugd, Utrecht.
- Sol, C.C.A.M., A.C. Glebbeek, A.J.A. Edzes, H. de Bok, I. Busschers, J.S. Engelsman, C.E.R. Nysten (2011)  
 Fit or unfit. Naar expliciete re-integratie theorieën. Academisch Medisch Centrum, Universiteit Utrecht, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.
- Timmers-Huigens, D. (2004)  
 Onmachtige ouders. In: Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg. Elsevier-Gezondheidszorg, Maarssen.
- Veerman, J.W. (2008)  
 Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten. In: T. van Yperen en J.W. Veerman (red.) (2008). Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Eburon, Delft.
- Veerman, J.W., J. Janssen, G. Kroes, R. de Meyer, L. Nguyen, A. Vermulst (2012)  
 Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders (VGFO). Handleiding. Praktikon, Nijmegen.
- Vermulst, A., G. Kroes, R. de Meyer, L. Nguyen, J.W. Veerman (2012)  
 Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding. Praktikon, Nijmegen.
- Vries, W. de (2008)  
 Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving Triple P. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht. Geraadpleegd via [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).
- Watson, J. A., White, S. Taplin, L. Hunstman (2005)  
 Prevention and early intervention. Literature review. NSW Department of Community Services.
- Watson, J., L. Tully (2008)  
 Prevention and early intervention update – trends in recent research. NSW Department of Community Services.

- Wit, J. de, G. van der Veer, N.W. Slot (1995)  
Psychologie van de adolescentie. Intro, Baarn.
- Yperen, T. van (red) (2010)  
55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg.  
Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.
- Yperen, T. van, M. van der Steege, A. Addink, L. Boendermaker  
(2010)  
Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand  
van de discussie. Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.



In samenwerking met de MJD en de gemeente Groningen en met financiering van ZonMw heeft bureau INTRAVAL de aanpak Licht Pedagogische Hulpverlening 12+ (LPH12+) geëvalueerd. Deze interventie is bedoeld voor ouders en hun kinderen in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar met opvoedingsproblemen en enkelvoudige psychosociale problemen. Voor het onderzoek hebben we gesprekken gevoerd met betrokkenen en hebben we de ontwikkelingen gevolgd in 24 gezinnen die hebben deelgenomen aan de interventie.

Op basis van de resultaten kunnen we verschillende werkzame factoren van de aanpak onderscheiden: het werken met een systeemgerichte en competentiegerichte benadering; het bieden van inzicht in gedrags- en gezinspatronen; en een laagdrempelige en cliëntgerichte aanpak. Deze factoren zijn niet alleen van belang voor LPH12+, maar ook voor vergelijkbare (opvoed)interventies.

De uitkomsten bieden tevens inzicht in enkele contextvariabelen die van belang zijn voor de overdraagbaarheid van de interventie: de beschikbaarheid van intervisiemogelijkheden; het bewaken van de kaders van de interventie; en de beschikbaarheid van medewerkers die getraind zijn in de in te zetten instrumenten en technieken.

# Lichte hulp gewaardeerd

ISBN 978 90 8874 229 3