



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 18 september 2020

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: van Rooijen (28 mei 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak.....	9
2. Uitvoering.....	14
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	26
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	27
5. Samenvatting Werkzame elementen	33
6. Aangehaalde literatuur	34

Samenvatting

IAG is gericht op gezinnen met minimaal één kind tussen 0 en 18 jaar die meervoudige en complexe problemen hebben en moeilijk toegankelijk zijn voor hulpverleners. Het hoofddoel van IAG is dat de kinderen thuis in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Dit wordt behaald door de gedragsproblemen van kinderen te verminderen, de opvoedvaardigheden van de ouders te vergroten en het sociaal netwerk meer te betrekken bij het gezin. De behandeling duurt gemiddeld vijf tot zeven maanden, waarin de hulpverlener het gezin twee keer per week thuis opzoekt.

Doelgroep

De doelgroep van IAG zijn gezinnen met minimaal één kind tussen 0 en 18 jaar (als er sprake is van een verstandelijke beperking kan het gaan om jeugdigen tot 23 jaar). De gezinnen kampen met meervoudige en complexe problemen op verschillende terreinen en zijn vaak weerbarstig en moeilijk toegankelijk voor hulpverleners. De hulp richt zich zowel op de kinderen in het gezin, de ouders als op het betrokken sociaal netwerk.

Doel

Het hoofddoel van IAG is dat de kinderen in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Deze thuissituatie voorziet in de minimale basiszorg, waarbij zowel wordt voorzien in basisbehoeften van het kind als veiligheid, lichamelijke verzorging en voeding als in de belangrijkste emotionele behoeften. Ouders weten hun sociale netwerk (en waar nodig hun professionele netwerk) hierbij te betrekken.

Dit hoofddoel is uitgewerkt in drie subdoelen:

- de gedragsproblemen van het kind/de kinderen zijn verminderd;
- de ouders ervaren minder opvoedingsbelasting en hun opvoedingsvaardigheden zijn vergroot;
- het gezin heeft een sociaal netwerk – en waar nodig tevens een professioneel netwerk – en maakt daar gebruik van.

Aanpak

In de startfase van IAG (4-6 weken) staat het opbouwen van een werkrelatie, het analyseren van de krachten en problemen in het gezin en het opstellen van doelen centraal. In de veranderingsfase (10 tot 14 weken) wordt aan de doelen gewerkt en in de afbouw- en afscheidsfase (6 tot 8 weken) aan het vasthouden van het geleerde. De gezinsbehandelaar maakt gebruik van verschillende technieken, middelen en instrumenten zoals oplossingsgerichte gespreksvoering, psycho-educatie, leren van vaardigheden aan gezinsleden, gezinstherapeutische technieken en het vergroten en benutten van het sociaal netwerk.

Materiaal

De methodiek van IAG is beschreven in de 'Methodiekhandleiding IAG' (Van Rooijen, 2019).

Onderbouwing

IAG is gestoeld op het oplossingsgericht werken, de sociale leertheorie en het systeemgericht werken. Vanwege de meervoudige en complexe problematiek van de doelgroep en hun eerdere teleurstellende ervaringen met hulpverlening, is een juiste basishouding van de gezinsbehandelaar van groot belang. De gezinsbehandelaar heeft een open, niet-veroordelende, positieve houding, besteedt veel aandacht aan het opbouwen van een werkrelatie en het aansluiten bij de wensen, ervaringen en belevingen van de gezinsleden. De hulp is gericht op het versterken van de krachten en

mogelijkheden van de gezinsleden en hun netwerk, is intensief en vindt plaats in de eigen omgeving van het gezin. De gezinsbehandelaar hanteert een multimodale aanpak, werkt met de gezinsleden aan nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag, is gericht op het verbeteren van de communicatie en de onderlinge relaties in het gezin en op het versterken van de sociale steun rond het gezin. IAG wordt uitgevoerd door goed opgeleide en ondersteunde gezinsbehandelaars.

Onderzoek

Uit verschillende studies blijkt dat IAG positieve effecten heeft op het verminderen van emotionele- en gedragsproblemen bij de jeugdigen en op het verminderen van de opvoedingsbelasting en het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Veerman & De Meyer (2019) hebben gedurende meerdere jaren gegevens verzameld over de effecten van IAG (van 2009-2019). Daartoe analyseerden zij voor- en nametingen van de CBCL en de OBVL. Zij rapporteren een middelgroot effect (ES 0,55) van IAG op de emotionele- en gedragsproblemen van de kinderen en een klein effect (ES 0,48) op de opvoedbelasting van ouders. Een studie van Damen, Veerman, Vermulst, Van Pagée, Nieuwhoff & Scholte (2019) laat – middels een quasi-experimenteel design - zien dat bij IAG empowerment van ouders significant verbetert (in totaal en op de drie subschalen), terwijl dit bij residentiële zorg en pleegzorg nauwelijks het geval is (alleen een klein effect op één van de drie subschalen); en bovendien dat deze verbetering binnen IAG bijdraagt aan vermindering van gedragsproblemen van kinderen. Damen, Veerman, Vermulst, Westerijk & Scholte (under revision) vonden in een veranderingsonderzoek met voor- en nametingen positieve effecten van IAG voor ouderlijke empowerment en gedragsproblemen bij kinderen.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van IAG zijn gezinnen met minimaal één kind tussen 0 en 18 jaar. Als bij het kind sprake is van een verstandelijke beperking kan het gaan om jeugdigen tot 23 jaar. In de praktijk zijn de kinderen in het gezin meestal tussen de 6 en 14 jaar. De gezinnen kampen met meervoudige en complexe problemen¹ en zijn vaak weerbarstig en moeilijk toegankelijk voor hulpverleners. De hulp richt zich zowel op de kinderen in het gezin, de ouders als op het betrokken sociaal netwerk.

Intermediaire doelgroep

Er is geen intermediaire doelgroep, de hulp richt zich rechtstreeks op de gezinsleden van de betreffende gezinnen.

Selectie van doelgroepen

Gezinnen kunnen naar IAG verwezen worden door jeugdconsulenten/wijkcoaches vanuit de gemeente, wijkteams, huisartsen, kinderartsen, maatschappelijk werk, GGZ instellingen, instellingen voor jeugdhulp, instellingen voor gehandicaptenzorg en jeugd- en gezinsbeschermers.

IAG hanteert de volgende instroomcriteria:

- Er is minstens één thuiswonend of terug te plaatsen kind tussen de 0 en 18 jaar. Indien er sprake is van een verstandelijke beperking kan het gaan om jeugdigen tot 23 jaar;
- De ouders ervaren een bovengemiddelde opvoedingsbelasting en hebben benedengemiddelde opvoedingsvaardigheden (een T-score hoger dan 63 op de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL; Vermulst, Kroes, De Meyer, Nguyen & Veerman, 2012), of een T-score lager dan 37 op de Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders (VGFO; Veerman, Janssen, Kroes, De Meyer, Nguyen & Vermulst, 2012), of een vergelijkbare score op eenzelfde soort instrument);
- Eén of meer kinderen in het gezin kampt met ernstige internaliserende en/of externaliserende problematiek (blijkend uit een gedragsvragenlijst: het kind scoort op minimaal twee subschalen van de Child Behaviour Checklist (CBCL; onderdeel van de zogenoemde ASEBA-vragenlijsten, zie www.aseba.nl) in het (sub)klinische gebied of heeft een vergelijkbare score op eenzelfde soort instrument);
- Er zijn problemen met het netwerk (het ontbreken van een sociaal netwerk, het hebben van een weinig ondersteunend sociaal netwerk of het ervaren van conflicten binnen het netwerk);

¹ De term 'gezinnen met meervoudige en complexe problemen' verwijst naar gezinnen met meerdere problemen tegelijkertijd op verschillende terreinen: internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen bij de jeugdige(n) in het gezin, ontoereikende opvoedingsvaardigheden bij de ouders, problemen in het sociaal netwerk rond het gezin en problemen in de omstandigheden van het gezin (Daamen et al., 2016). Deze problemen zijn langdurig aanwezig, beïnvloeden elkaar over en weer en worden van de ene generatie op de volgende overgedragen. Daarnaast komt de hulpverlening moeizaam op gang omdat gezinsleden meerdere teleurstellende ervaringen met hulpverleners hebben gehad, waardoor zij hulpverlening zijn gaan mijden of zich afwerend opstellen. In de literatuur worden deze gezinnen ook 'multiprobleemgezinnen' genoemd.

- Aanvullend op de problemen in de opvoeding en de problemen van de jeugdige(n) heeft het gezin problemen op minimaal één van de volgende terreinen:
 - eigen problemen ouders (psychische/psychiatrische problematiek);
 - problemen rond echtscheiding, het samengaan van gezinnen en relatieproblemen (waaronder huiselijk geweld);
 - problemen in de omstandigheden van het gezin (werkloosheid ouder, financiële problemen, wonen in een achterstandswijk);
- De gezinnen zijn onvoldoende bereid of in staat om naar een instelling toe te komen voor hulp of kunnen onvoldoende profiteren van hulp die buiten hun eigen omgeving op individueel niveau wordt aangeboden, omdat ze niet voldoende in staat bleken aangeleerde vaardigheden toe te passen in de eigen omgeving.
- De ouders beschikken over het vermogen tot zelfreflectie en zijn in staat om het binnen IAG geleerde in de praktijk toe te passen (en/of zijn bereid om passende hulp te aanvaarden om hen hierbij te ondersteunen, bijvoorbeeld wanneer sprake is van een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek).

Een licht verstandelijke beperking bij ouder(s) of kind is geen contra-indicatie voor de inzet van IAG. De veronderstelde werkzame elementen zijn hetzelfde voor deze doelgroep, maar hebben in de aanbieding soms wat meer uitleg en visualisatie nodig. In de methodiekhandleiding worden praktische handvatten gegeven voor de inzet van IAG bij gezinnen waarin ouders of kinderen een licht verstandelijke beperking hebben. Zo kan het in deze gezinnen nodig zijn om de tweede fase van IAG te verlengen en om het aantal doelen beperkt te houden. Ook samenwerking met hulp die al in het gezin aanwezig is, is hierbij van belang. Daarnaast verwijst de methodiekhandleiding naar verschillende praktische hulpmiddelen die kunnen helpen bij de communicatie, het geven van psycho-educatie en de inzet van interventies bij ouders en/of kinderen met een lvb.

Een acute crisissituatie in het gezin, zoals acute onveiligheid of directe fysieke bedreiging van een gezinslid, is een contra-indicatie voor de inzet van IAG. Vaak zal dan eerst Ambulante Spoedhulp ingezet worden (en daarna mogelijk IAG). Ontstaat de onderlinge dreiging tijdens een IAG traject, dan zal de al betrokken hulpverlener dit oppakken samen met het gezin.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep was niet betrokken bij de ontwikkeling van IAG. Wel wordt de feedback van cliënten op verschillende manieren meegenomen in de doorontwikkeling van IAG. Er worden outcome-indicatoren verzameld, die besproken worden met de ouders en gebruikt worden als input voor voortdurende verbetering van de interventie. Deze outcome-indicatoren worden (via de Lerende Databank Jeugd) ook gebruikt als input voor onderzoek.

Meer concreet worden gestandaardiseerde vragenlijsten ingezet om:

- in de startfase meer zicht te krijgen op de krachten en problemen van het gezin;
- tussentijds of aan het einde van de hulp te testen of het probleemgedrag is afgenomen en/of draagkracht en competenties zijn toegenomen;
- bij een follow-up te bepalen of de resultaten behouden blijven;
- in de werkbegeleiding een focus voor de behandeling te kiezen en de voortgang te monitoren;
- op team- en organisatieniveau (na aggregatie van de resultaten) de werkzaamheid van IAG te blijven volgen en de uitvoering ervan zo nodig te verbeteren en tevens om verantwoording af te leggen naar de gemeente. Daarbij

wordt ook informatie verzameld over de doelrealisatie, cliënttevredenheid en beëindiging hulp ('is de hulpvraag beantwoord?' 'kan het gezin verder zonder hulp (of is aansluitend andere hulp nodig?').

Daarnaast meten gezinsbehandelaars in hun dagelijks werk regelmatig of de gesprekken en bezoeken nog aan de verwachtingen van de gezinsleden voldoen (bijvoorbeeld met de Outcome Rating Scale (ORS) en de Session Rating Scale (SRS)). De gezinsbehandelaar IAG krijgt op deze manier heel rechtstreeks feedback van de gezinsleden, vaak geeft dit voldoende aanknopingspunten voor aanpassingen in de hulp. Ook het reflectiemodel stimuleert gezinsbehandelaars om – ook in de gezinnen – feedback te vragen op hun handelen.

Tot slot zijn er 25 zorgaanbieders en 4 hogescholen (de 'participantengroep IAG') betrokken bij de doorontwikkeling van IAG. De ontwikkelactiviteiten worden grotendeels uitgevoerd door IAG-medewerkers van de deelnemende organisaties en docenten van hogescholen. Hiermee wordt gewaarborgd dat belangrijke inzichten uit de praktijk binnen IAG een plek krijgen.

Enkele concrete voorbeelden van hoe deze gegevens bijdragen aan de doorontwikkeling van de methodiek:

- De werkgroep "Inhoudelijke doorontwikkeling IAG" heeft op een rij gezet waar uitvoerders in de uitvoering van IAG tegenaan lopen. Dit was mede gebaseerd op input die uitvoerders van hun cliënten kregen. Daaruit bleek bijvoorbeeld dat er in de handleiding nog onvoldoende aandacht was voor cultuursensitief werken en voor het analyseren van de krachten (naast de problemen) binnen gezinnen. Ook was er vraag naar meer informatie over veelvoorkomende problemen binnen gezinnen als trauma en hechtingsproblematiek. In de vernieuwde methodiekhandleiding zijn deze thema's verder uitgewerkt.
- Visscher, Jansen, Scholte, Van Yperen, Evenboer & Reijneveld (2020) hielden – in het kader van onderzoek naar werkzame elementen van interventies voor gezinnen met zware opvoedproblemen en meervoudige problemen – interviews met ouders en jongeren over hun ervaringen met gezinshulp (waaronder IAG). Deze bevestigen in grote lijnen de kernpunten van IAG en onderdelen die in de vernieuwde handleiding meer aandacht krijgen (zoals ondersteuning in het opbouwen en benutten van het sociale netwerk). Daarnaast geven de resultaten aanleiding tot verdere doorontwikkeling in de komende jaren (door de participantengroep IAG), waaronder meer aandacht voor praktisch oefenen met het kind en voor hulp na afloop van de interventie.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van IAG is dat de kinderen in het gezin thuis kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Deze thuissituatie voorziet in de minimale basiszorg, wat betekent dat ouders – aansluitend bij de definitie van 'goed genoeg ouderschap' - in staat zijn om te voorzien in de basisbehoeften veiligheid, lichamelijke verzorging en voeding en in drie emotionele behoeften:

1. Liefde, zorg en verbintenis;
2. Controle en het consistent stellen van grenzen;
3. Het stimuleren van de ontwikkeling.

Ouders weten hun sociale netwerk (en waar nodig hun professionele netwerk) hierbij te betrekken.

Subdoelen

Dit hoofddoel is uitgewerkt in de volgende subdoelen:

- de gedragsproblemen van het kind/de kinderen zijn verminderd;
- de ouders ervaren minder opvoedingsbelasting en hun opvoedingsvaardigheden zijn vergroot;
- het gezin heeft een sociaal netwerk – en waar nodig tevens een professioneel netwerk² - en maakt daar gebruik van.

Bij de doelgroep is sprake van veelal ernstige problemen op meerdere levensterreinen. Deze problemen beïnvloeden elkaar over en weer en versterken elkaar waardoor het stressniveau in het gezin alsmaar verder oploopt. En dit maakt weer dat de ouders steeds minder goed met de problemen, de opvoeding en het gedrag van de kinderen kunnen omgaan. Vroeg of laat lijkt een uithuisplaatsing van een of meer van de kinderen in deze gezinnen onvermijdelijk. Om te zorgen dat kinderen thuis kunnen blijven wonen is het van belang dat ouders minder opvoedingsbelasting ervaren en hun opvoedings- en communicatievaardigheden worden vergroot, de gedragsproblemen van de kinderen zijn verminderd (en daarmee ook gemakkelijker te hanteren) en het gezin meer gebruik gaat maken van de beschikbare steun om hen heen. De gezinsbehandelaar IAG werkt met de gezinsleden aan deze subdoelen om ervoor te zorgen dat de kinderen (opnieuw) thuis kunnen blijven wonen en het gezin bij elkaar blijft.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Nadat een gezin is aangemeld bij IAG en voldoet aan de eerder beschreven indicatiecriteria, bestaat de hulp uit de volgende drie fasen.

Fase 1: Startfase (4 tot 6 weken). In deze fase is de gezinsbehandelaar IAG twee keer per week 1,5-2 uur in het gezin. De focus ligt in deze fase op het opbouwen van een werkrelatie, een gezamenlijke analyse van de problemen en krachten in het gezin en het gezamenlijk formuleren van de doelen voor de hulp van IAG. In deze fase wordt ook gestart met het aanpakken van de problemen die prioriteit hebben. Vaak zijn dit problemen in de omstandigheden van het gezin (zoals het doen van een grote huisschoonmaak of aanmelding bij schuldhulpverlening). De gezinsbehandelaar verzoekt de gezinsleden gestandaardiseerde vragenlijsten in te vullen die het gedrag van de jeugdige (veelal de CBCL) en de opvoedingsbelasting van de ouders in kaart brengen (bijvoorbeeld de OBVL). De resultaten worden met de gezinsleden besproken.

Fase 2: Veranderingsfase (10 tot 14 weken). In deze fase werken de gezinsleden met de gezinsbehandelaar IAG aan de gestelde doelen in twee bezoeken per week van 1,5-2 uur. Hiertoe heeft de gezinsbehandelaar verschillende technieken en middelen beschikbaar (zie onder 'Inhoud van de interventie') die worden ingezet passend bij de

² Tijdens IAG speelt afstemming met andere bij het gezin betrokken hulpverleners een belangrijke rol. Na de afsluiting van IAG zal voor sommige gezinnen een warme overdracht naar de wijkcoach of huisarts voldoende zijn. Voor andere gezinnen (denk aan ouders met een licht verstandelijke beperking, ouders met chronische psychiatrische problematiek en gezinnen waarin langdurige, zware problemen spelen) zal dit professionele netwerk een grotere rol blijven spelen.

aanwezige krachten in het gezin, de wensen van de gezinsleden, de analyse van de situatie, de problematiek in het gezin en de gestelde doelen.

Fase 3: Afbouw en afscheid (6 tot 8 weken). De gezinsbehandelaar IAG werkt met de gezinsleden in deze fase toe naar een afronding van de hulp en bouwt de bezoeken af naar 1 tot 1,5 uur per week. De focus ligt in deze fase op het zich eigen maken en volhouden van het geleerde door de gezinsleden. De gezinsbehandelaar neemt steeds meer afstand en stuurt bij waar nodig. Hij blikkt vooruit met de gezinsleden en maakt met hen afspraken hoe om te gaan met moeilijke situaties in de toekomst (en betreft daarbij ook de wijkcoach/huisarts en het sociale netwerk van het gezin). In deze fase worden de eerdere gestandaardiseerde vragenlijsten opnieuw ingevuld. De resultaten worden met de gezinsleden besproken en vergeleken met de eerdere meting.

Na afronding van de hulp kan het gezin nog maximaal vijf keer een beroep doen op hun gezinsbehandelaar met de zogenoemde 'knipkaart'. Het gezin kan vragen stellen over de doelen en het geleerde tijdens de hulp van IAG. In ieder geval legt de gezinsbehandelaar een bezoek af bij het gezin zes maanden na afsluiting van de hulp, dan vullen de gezinsleden de gestandaardiseerde vragenlijsten opnieuw in. Hij bespreekt dan met de gezinsleden hoe het gaat, of het lukt de bereikte resultaten vast te houden en of er eventueel nog andere hulp nodig is.

Via de herhaalde afname van de gestandaardiseerde vragenlijsten wordt de hulpverlening gemonitord. Daarnaast wordt er bij elke overgang naar een volgende fase in de hulpverlening met het gezin besproken hoe zij de hulpverlening tot dan toe ervaren. Daarbij wordt ook gekeken naar de voortgang van het werken aan de doelen en de planning van de hulpverlening. Ook meet de gezinsbehandelaar regelmatig of de gesprekken en bezoeken die hij in het gezin aflegt nog aan de verwachtingen van de gezinsleden voldoen (bijvoorbeeld via instrumenten als de ORS (*Outcome Rating Scale*) en de SRS (*Session Rating Scale*)).

Inhoud van de interventie

De basis van IAG bestaat uit twee elementen. Ten eerste is de gezinsbehandelaar IAG in de eerste fase van de hulp, maar zeker ook daarna, gericht op het opbouwen en onderhouden van een goede werkrelatie met de gezinsleden. Dit betekent dat de gezinsbehandelaar aansluit bij de motivatie voor verandering van de gezinsleden, gericht is op de toekomst en de krachten van de gezinsleden en gelooft dat zij een wens tot verandering hebben. Een positieve en respectvolle basishouding van de gezinsbehandelaar is een belangrijke voorwaarde hiervoor. Daarnaast is hij activerend en open, sluit aan bij de behoeften van de gezinsleden, is transparant, vasthoudend en hanteert de houding van meerzijdige partijdigheid.

Ten tweede heeft de gezinsbehandelaar in alle fasen van de hulp voortdurend aandacht voor de veiligheid van de kinderen in het gezin en de andere gezinsleden. Een veilige opvoedingsomgeving is een belangrijke voorwaarde voor de gezonde ontwikkeling van een kind. De gezinsbehandelaar is voortdurend alert op signalen van veiligheid en onveiligheid in het gezin, brengt de veiligheid in het gezin in kaart, analyseert en beoordeelt de situatie, maakt onveiligheid bespreekbaar en stelt met de gezinsleden een veiligheidsplan op.

Gezinsbehandelaars schakelen daarbij tussen engageren (jeugdigen, ouders en andere betrokkenen motiveren tot actieve medewerking) en positioneren (de veiligheid van de jeugdige centraal stellen en van daaruit concreet grenzen stellen).

Voor het bewerkstelligen van verandering in het gezin en het bereiken van de gestelde doelen maakt de gezinsbehandelaar IAG gebruik van een aanpak die bestaat uit

verschillende instrumenten, technieken en middelen. In de methodiekhandleiding (Van Rooijen, 2019) zijn deze ingedeeld onder vijf noemers: 1) oplossingsgerichte gespreksvoering, 2) geven van psycho-educatie, 3) leren van vaardigheden aan gezinsleden, 4) gezinstherapeutische technieken en 5) vergroten en benutten van het sociaal netwerk. De handleiding geeft een overzicht van de middelen, technieken en tools die de gezinsbehandelaar kan inzetten. De methodiek van IAG bevat daarmee geen kant-en-klaar protocol waarin vaststaat wat de gezinsbehandelaar wanneer en waarom doet. Binnen IAG maakt de gezinsbehandelaar gedurende de hulpverlening telkens opnieuw de afweging welke middelen, technieken en tools wanneer en waarom passend zijn gezien de analyse van de krachten en de problemen, de gestelde doelen en de wensen van de gezinsleden. De handleiding biedt handvatten voor het maken van deze keuzes en de precieze toepassing van de gekozen hulpmiddelen.

Binnen IAG is het gesprek een van de belangrijkste middelen om verandering in gezinnen te bewerkstelligen. De gezinsbehandelaar maakt in deze gesprekken gebruik van *oplossingsgerichte gesprekstechnieken* als doorvragen, complimenten geven, copingvragen stellen (Hoe is het u gelukt om de situatie niet nog erger te laten worden?), vragen naar uitzonderingen (Wanneer was het probleem er niet? Wat was er toen anders?) en schaalvragen (Welk cijfer geeft u de huidige situatie op een schaal van 0 tot 10? Wat zit er al in dat cijfer? Wat is er nodig om een stapje verder te komen?). Oplossingsgerichte technieken gebruikt de gezinsbehandelaar IAG vanuit zijn positieve, open en respectvolle houding op verschillende momenten in het hulpverleningsproces. Zo gebruikt hij de technieken bij het in kaart brengen van de gezinssituatie, bij het evalueren van de voortgang (Welk cijfer geeft u de huidige situatie op een schaal van 0 tot 10? Wat was dat cijfer bij aanvang? Hoe is het u gelukt op ... te komen?), bij het nabespreken van een oefening (bijvoorbeeld bij het oefenen van vaardigheden) en bij het geven van psycho-educatie (Wat weet u al over een licht verstandelijke beperking?).

Een tweede onderdeel van de hulp van IAG is het geven van *psycho-educatie*. Veelal speelt er bij de kinderen in de gezinnen ontwikkelings- en gedragsproblematiek, is er sprake van een psychische stoornis en/of van een licht verstandelijke beperking. De ouders zijn vaak onbekend met wat de problematiek, stoornis of beperking van hun kind inhoudt of wat passend gedrag is bij een bepaalde leeftijd of problematiek. Daardoor is het voor hen moeilijk aan te sluiten bij de behoeften van hun kind. De gezinsbehandelaar IAG geeft middels psycho-educatie informatie aan de ouders en de kinderen over de betreffende problematiek en sluit daarbij aan bij het niveau en taalgebruik van de gezinsleden.

Om te bepalen op welke thema's psycho-educatie nodig is, wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de krachten- en problemenanalyse uit de startfase, de bestaande kennis van de gezinnen en de behoefte die gezinnen zelf hebben. In de werkbegeleiding of in het multidisciplinair overleg wordt vervolgens bekeken welke psycho-educatie het meest urgent of het meest nuttig is.

Dat vraagt van de gezinsbehandelaar dat hij niet alleen voorlichting geeft, maar ook een open, vragende houding heeft. Hij laat de gezinsleden zelf zoveel mogelijk vertellen over wat ze al van een bepaald onderwerp weten (en wat ze willen weten), geeft complimenten en stelt eventueel een schaalvraag, bijvoorbeeld om voorafgaand aan het gesprek hun kennis over het onderwerp te peilen. In de psycho-educatie maakt de gezinsbehandelaar gebruik van ondersteunend en visueel materiaal (plaatjes, video's, boeken, websites), relateert zijn uitleg aan concrete situaties of gedrag van het kind van deze ouders en haalt het besprokene gedurende de hulp telkens terug. Psycho-educatie is binnen IAG daarmee geen eenmalige voorlichting. De handleiding bevat hulpmiddelen en informatiebronnen bij het geven van psycho-educatie over de normale ontwikkeling van kinderen, verschillende problemen en stoornissen en een licht verstandelijke beperking. In de methodiekhandleiding wordt bovendien aandacht besteed aan het

'behapbaar' maken van deze psycho-educatie: concretiseren, visualiseren en opdelen in stappen. Hiermee wordt de informatie toegankelijk voor alle ouders (en kinderen) die door hoge draaglast, persoonlijke problematiek of hun sociaal-culturele situatie (andere vocabulaire, andere leerstijl) moeite hebben met de standaarduitleg.

Het *aanleren van vaardigheden* is een belangrijk onderdeel van de hulp van IAG. Door vaardigheden te leren, werken de gezinsleden aan het oplossen of verminderen van hun problemen, veranderen ze hun gedrag en vergroten ze hun draagkracht. De gezinsbehandelaar maakt gebruik van drie manieren om gezinsleden vaardigheden te leren: directe instructie en suggesties aan de gezinsleden, model staan en het gedrag voordoen en een gedragsoefening uitvoeren waarbij hij zelf de vaardigheid voordoet en het gezinslid daarna vraagt te oefenen met dezelfde vaardigheid. De handleiding bevat middelen om verschillende vaardigheden aan gezinsleden te leren. Zo staan er technieken in om gezinsleden te leren om te gaan met hun gedachten en emoties (bijvoorbeeld met behulp van een thermometer of stoplicht) en om ouders opvoedingsvaardigheden te leren (zoals toezicht houden, het geven van complimenten en het oplossen van onderlinge conflicten). Ook bevat de handleiding middelen om jeugdigen sociale vaardigheden te leren, zoals om hulp vragen, nee zeggen en je mening geven.

Ten vierde maakt de gezinsbehandelaar IAG gebruik van *gezinstherapeutische technieken* om het gezinssysteem en de onderlinge relaties in kaart te brengen en de onderlinge communicatie te verbeteren. Binnen IAG gaat de gezinsbehandelaar ervan uit dat een gezin een systeem is waarbinnen de verschillende leden elkaar beïnvloeden: een interventie gericht op een van de gezinsleden heeft gevolgen voor alle andere. De gezinsbehandelaar maakt gebruik van een genogram en tekeningen om het systeem en de onderlinge relaties in kaart te brengen en om inzicht te geven in de familiegeschiedenis. De handleiding bevat daarnaast verschillende technieken om de communicatie in het gezin te verbeteren, zoals een gezinsoverleg, circulair vragen stellen en feedback geven op de communicatie in het gezin.

Tot slot werkt de gezinsbehandelaar IAG met de gezinsleden aan het *vergroten en benutten van hun sociale netwerk*. Het uitgangspunt hierbij is dat een sociaal netwerk steunend is en een bijdrage kan leveren aan het verlichten van de last die het gezin ervaart en het vergroten van de competenties van de gezinsleden. Ook is een sociaal netwerk een belangrijke beschermende factor. Het doel is dat het gezin verder kan met de mensen in hun netwerk als de hulp van IAG stopt. De gezinsbehandelaar bespreekt met de gezinsleden het belang en de mogelijkheden van de mensen om hen heen, maakt met hen een analyse van het netwerk, maakt een plan om dit netwerk te vergroten of beter te benutten, leert hen hoe steun te vragen en volgt en evalueert regelmatig met de gezinsleden de voortgang. Daarnaast stimuleert de gezinsbehandelaar de gezinsleden gebruik te maken van de sociale voorzieningen in hun omgeving, bijvoorbeeld door met hen in kaart te brengen wat er zoal te doen is (in het buurthuis of welke verenigingen er zijn). Hierbij is de gezinsbehandelaar stimulerend, doet indien nodig de benodigde (sociale) vaardigheden voor, stimuleert en ondersteunt de gezinsleden contacten te leggen, is beschikbaar hen ter plekke te ondersteunen en bij eventuele conflicten te bemiddelen en nodigt de gezinsleden uit de voortgang regelmatig te evalueren, de plannen bij te stellen en het onderhouden van het eigen sociale netwerk op zich te nemen.

Cultuursensitief werken

De gezinsbehandelaar IAG krijgt te maken met gezinnen met verschillende achtergronden. Aansluiten bij het niveau, de aanwezige kennis, de culturele achtergrond en het taalgebruik van ouders is essentieel. In de methodiekhandleiding worden verschillende handvatten gegeven voor cultuursensitief werken. Zo is het belangrijk dat de gezinsbehandelaar zich verdiept in de verschillende culturen van de gezinnen waarin hij komt. Dit geeft meer kennis over verschillen in gebruiken, normen en waarden. De gezinsbehandelaar realiseert zich daarbij wel dat 'cultuur' geen vaststaand gegeven is: ieder mens heeft zijn eigen manier van omgaan met de cultuur en de gebruiken van de cultuur. Het is daarom van belang dat de gezinsbehandelaar informeert naar de gebruiken en huisregels van het gezin en deze ook respecteert en naleeft. Als gast in het huis van een ander stelt de gezinsbehandelaar zich afwachtend op, de gezinsleden hebben de regie. De gezinsbehandelaar sluit ook aan bij het taalgebruik binnen het gezin. Hij vermijdt vakjargon en moeilijke termen en praat in begrijpelijke Nederlandse taal wanneer hij uitleg geeft over een probleem, stoornis of beperking. Hij houdt daarbij rekening met het feit dat een te directe aanpak of het expliciet benoemen in sommige culturen niet geschikt is (omdat het de eer van de familie schaadt). Hij heeft oog voor het feit dat in sommige culturen psychische klachten een andere lading hebben dan lichamelijke klachten (en dat psychische klachten zich ook lichamelijk kunnen uiten), voor de rol die de grootfamilie kan spelen en voor thema's als discriminatie en de invloed van traumatiserende ervaringen (zeker in vluchtelinggezinnen). In de methodiekhandleiding wordt verwezen naar verschillende praktische middelen die kunnen helpen bij het vormgeven van interculturele communicatie en hulp.

Professionele samenwerking

In alle fases van IAG speelt samenwerking met derden een belangrijke rol. Zo wordt in het startgesprek – waarbij betrokken hulpverleners aanwezig zijn - geïnventariseerd welke hulpverlening er in het gezin is geweest en welke hulp er nog steeds is. Daarbij wordt besproken wat wel en niet gewerkt heeft. Vaak wordt bij de aanmelding al helder of de verwijzer van het gezin regiehouder is. Als dit het geval is, dan blijft de regiehouder betrokken na aanmelding en sluit de gezinsbehandelaar IAG daarbij aan. Is er nog geen regiehouder, dan kan de gezinsbehandelaar de regie nemen (met toestemming van het gezin). Bij het opstellen en de uitvoering van het hulpverleningsplan in de veranderingsfase zoekt de gezinsbehandelaar altijd afstemming met andere hulpverleners en instanties die betrokken zijn bij het gezin. Voor deelproblemen die niet met IAG aangepakt kunnen worden, schakelt de gezinsbehandelaar specialistische hulp in. Soms is deze hulp al aanwezig in het gezin (en zal de gezinsbehandelaar daarbij aansluiten), soms zal de gezinsbehandelaar deze samen met de gezinsleden zoeken. In de afbouw- en afscheidsfase wordt aandacht besteed aan de vraag 'wie kun je inschakelen mocht je in de toekomst behoefte hebben aan ondersteuning'? Zowel het formele (professionele) als het informele netwerk spelen daarbij een rol. Een warme overdracht naar de wijkcoach (of huisarts) is bijvoorbeeld van belang. Mogelijk wordt er verwezen naar laagdrempelige eerstelijns hulp of wordt deze al opgestart.

2. Uitvoering

Materialen

De methodiek van IAG is beschreven in de 'Methodiekhandleiding IAG' (Van Rooijen, 2019). De IAG-methodiekhandleiding wordt gebruikt binnen de post-hbo-opleidingen. Deelnemende jeugdhulporganisaties aan IAG-platform Nederland kunnen deze downloaden via een beveiligde pagina binnen www.iag-nederland.nl.

Daarnaast gebruiken instellingen ook andere materialen ten behoeve van de uitvoering, zoals vragenlijsten en reflectiesystemen (zoals in de methodiekhandleiding beschreven).

Locatie en type organisatie

0 Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
0 Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
x Gespecialiseerde hulp

IAG wordt over het algemeen uitgevoerd door aanbieders van Jeugd & Opvoedhulp, aanbieders van jeugd-GGZ en aanbieders van de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen. IAG wordt uitgevoerd bij gezinnen thuis.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

IAG wordt uitgevoerd door gezinsbehandelaars die na hun initiële hbo-opleiding de post-hbo-opleiding IAG volgen. In deze opleiding, waaraan ze gedurende tien maanden deelnemen naast hun werk als gezinsbehandelaar, krijgen ze de verschillende onderdelen van de methodiek en de benodigde competenties aangereikt. De post-hbo-opleiding IAG wordt onder andere aangeboden door de Hogeschool Utrecht, NHL Stenden Hogeschool in Leeuwarden, de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Saxion Hogeschool. Deze vier hogescholen nemen deel aan de participatiegroep IAG.

Gezinsbehandelaars IAG dienen over de volgende basiscompetenties te beschikken om IAG uit te voeren, of deze te ontwikkelen: communicatieve vaardigheden, samenwerkingsgericht zijn in en om het gezin, autonoom en solitair kunnen werken, lef en doorzettingsvermogen hebben, initiatiefrijk en ondernemend zijn, (sub)cultuursensitief kunnen handelen, doel- en resultaatgericht zijn en reflectief vermogen bezitten (Van Rooijen, 2019).

Kwaliteitsbewaking

De participatiegroep IAG - bestaande uit 25 zorgaanbieders en 4 hogescholen - werkt, in aansturing door een stuurgroep in werkgroepen met deskundigen vanuit praktijk, onderzoek, management en scholing, gezamenlijk aan voortdurende kwaliteitsverbetering van IAG. Zo is met behulp van deze werkgroepen de IAG basishouding verder geconcretiseerd, is meer zicht verkregen op de programmagetrouwe uitvoering en effecten van IAG en is de methodiekhandleiding geactualiseerd.

De participatiegroep IAG organiseert daarnaast jaarlijkse kennisbijeenkomsten en ook regionaal worden er kennis- en intervisiekringen georganiseerd. Deze hebben tot doel de gezinsbehandelaars en hun organisaties enthousiast bij de modelgetrouwheid te houden en de doorontwikkeling voortkomend uit de evidencebased praktijkuitvoering op te pakken, uit te dragen en te scholen.

Onderzoek naar de programmagetrouwe uitvoering van IAG (Jongkind & Braun, 2018) wijst uit dat de uitvoering van IAG in de praktijk deels methodiekgetrouw gebeurt, maar dat er op bepaalde punten verbetering mogelijk is. Zo wordt de fasering van IAG niet altijd methodiekgetrouw toegepast, maken niet alle gezinsbehandelaars gebruik van vragenlijsten en blijft het aantal bezoeken in de veranderfase soms achter.

Naar aanleiding van de uitkomsten van deze studie is in de vernieuwde versie van de handleiding nog concreter beschreven wat de randvoorwaarden voor de uitvoering van IAG zijn, met daarbij meer aandacht voor de rol van werkbegeleiding en het inzetten van vragenlijsten. Zo wordt in de handleiding verwezen naar de 'IAG-vragenlijst' (Jongkind & Braun, 2018) die is ontwikkeld door de werkgroep 'Programmagetrouwe uitvoering IAG.' Het invullen van deze vragenlijst geeft teams inzicht in wat er al goed gaat in de uitvoering en wat er nog te verbeteren valt. Daarmee is het een handig hulpmiddel voor het vergroten van de eenduidigheid in de werkwijze. Ook een hulpmiddel als het door NHL Stenden Hogeschool ontwikkelde reflectiemodel (zoals eveneens beschreven in de handleiding IAG) kan – bijvoorbeeld binnen intervisie - gebruikt worden door gezinsbehandelaars om onderling te vergelijken in hoeverre zij IAG uitvoeren zoals bedoeld. Ook is in de vernieuwde handleiding meer aandacht voor het belang van het inzetten van vragenlijsten als de CBCL, SDQ en de OBVL. Daarbij wordt uitgebreider ingegaan op de verschillende manieren waarop vragenlijsten binnen IAG gebruikt kunnen worden en worden tips gegeven voor de praktische toepassing van vragenlijsten.

Daarnaast is binnen IAG een nieuwe werkgroep ('Scholing en programmagetrouwe uitvoering') bezig om goede voorbeelden en hulpmiddelen te verzamelen die gezinsbehandelaars ondersteunen in programmagetrouw werken (tevens is er de intentie om een landelijke website te ontwikkelen om deze materialen te kunnen verspreiden). Daarbij worden ook de kernelementen van IAG meegenomen die worden vastgesteld in lopend onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Groningen naar de werkzame elementen van interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen. De 4 hogescholen gaan daarbij specifiek aan de slag met het verder uitwerken van (eenduidigheid in) de basisopleiding IAG.

Randvoorwaarden

De organisatie die IAG in haar aanbod heeft, dient de volgende randvoorwaarden te realiseren opdat de gezinsbehandelaar IAG kan uitvoeren zoals bedoeld en beschreven in de methodiekhandleiding:

- Een passende caseload van 6 tot 8 uur per gezin, bij een volledige werkweek betekent dit een caseload van 5 gezinnen;
- Afspraken over werken buiten kantooruren en de bereikbaarheid voor de gezinnen. Van belang is dat de gezinsbehandelaar kan aansluiten bij de agenda van het gezin en aanwezig kan zijn op cruciale momenten (bijvoorbeeld bij het opstaan of als de kinderen naar bed gaan);
- Afspraken over wat te doen bij crises en wie daar van op de hoogte gesteld moet worden;
- Twee wekelijks begeleide intervisie/casuïstiek waarbij gericht gereflecteerd wordt op het methodisch en professioneel handelen;
- Individuele werkbegeleiding met een minimale frequentie van eens per vier weken (de methodiekhandleiding biedt handvatten voor individuele werkbegeleiding en casuïstiekbesprekingen in teams);
- Beschikbaar stellen van mobiele telefoon en laptop;
- Bieden van een vergoeding voor reiskosten;

- Waarborgen van de veiligheid van de gezinsbehandelaar, bijvoorbeeld door het hanteren van een gedragscode met regels over de omgang met sociale media en het afschermen van het eigen telefoonnummer;
- Het bieden van een stimulerende omgeving voor de gezinsbehandelaars waar eigen verantwoordelijkheid als eerste waarde leeft (en niet 'afrekenen').

Implementatie

Op verschillende manieren en vanuit verschillende organisaties wordt bijgedragen aan de implementatie van IAG. De hogescholen dragen er zorg voor dat de IAG'ers voldoen aan de vereiste opleidingseisen voor het uitvoeren van IAG in de praktijk. De instellingen die IAG aanbieden zijn zelf verantwoordelijk voor goede borging van IAG in overleg met de gemeente. Instellingen die zich hebben aangesloten bij de participatiegroep IAG, kunnen hierin van elkaar leren. Vanuit samenwerking werken zij aan voortdurende kwaliteitsverbetering van IAG.

Kosten

De kosten van een traject IAG per gezin bedragen anno 2019 ongeveer 11.250 euro (daarbij is uitgegaan van 8 uur per gezin per week). Dit bedrag bestaat voor 62% uit salariskosten van de gezinsbehandelaar (bij een uurtarief van 56 euro komt dit neer op 6975 euro), 12% ondersteuning (1350 euro) en 26% overhead (2925 euro). Dit is een globale inschatting. Het precieze bedrag hangt samen met de salariskosten (die weer afhankelijk zijn van de te hanteren CAO) en van de ondersteuning die wordt ingezet.

De kosten van de post-hbo-opleiding IAG liggen tussen de 3400-3800 euro. Per jaar zijn de kosten van deskundigheidsbevordering 100 euro per persoon. Tevens zijn alle gezinsbehandelaars SKJ geregistreerd (kosten SKJ registratie zijn 65 euro per persoon per jaar).

3. Onderbouwing

Probleem

IAG richt zich op gezinnen die kampen met meerdere problemen tegelijkertijd op verschillende terreinen: internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen bij de jeugdige(n) in het gezin, ontoereikende opvoedingsvaardigheden bij de ouders, problemen in het sociaal netwerk rond het gezin en problemen in de omstandigheden van het gezin (zoals financiële problemen, huwelijksproblemen, psychiatrische problemen bij de ouders, of een te kleine of slecht onderhouden woning). Deze problemen zijn langdurig aanwezig, beïnvloeden elkaar over en weer en worden van de ene generatie op de volgende overgedragen. Dit zorgt ervoor dat de gezinnen moeilijk regie en grip op hun eigen situatie kunnen houden. Het stressniveau in het gezin loopt op, de draagkracht van het gezin wordt onevenredig belast en er ontstaat een negatieve spiraal waarin de problemen steeds ernstiger worden (Simons-Karels & Verduijn, 2013). Oorzaak en gevolg zijn in deze dynamiek niet altijd goed te onderscheiden (Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Schulze, Knorth & Grietens, 2016). Daarnaast komt hulpverlening in deze gezinnen moeizaam op gang. De gezinsleden hebben veelal meerdere teleurstellende ervaringen met hulpverleners achter de rug waardoor ze hulpverlening zijn gaan mijden of zich afwerend opstellen. Dit maakt hen vaak moeilijk toegankelijk en weerbarstig voor volgende hulpverleners. In de literatuur worden deze gezinnen aangeduid als multiprobleemgezinnen³ (Van der Steege & Zoon, 2017).

Er waren in 2016 naar schatting 25.896 gezinnen die als multiprobleemgezin kunnen worden aangemerkt. Deze maken deel uit van 35.365 gezinnen die met meervoudige problemen te maken hebben. Deze schattingen zijn gemaakt op basis van microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (Kann-Weedage, Zoon, Addink, Van Boven, Berger & De Wilde, 2017). In het verleden is vaker geprobeerd om het aantal multiprobleemgezinnen vast te stellen. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) komt in 2012 uit op een totaal van 70.000 (de Klerk, Prins, Verhaak & Van den Berg, 2012). Dat komt doordat de RVZ een veel ruimere definitie gebruikt en niet alleen feitelijke problemen maar ook risico's meerekent bij het maken van de schatting (www.nji.nl/multiprobleemgezinnen). Een relatief groot deel van de multiprobleemgezinnen heeft een niet-westerse migratieachtergrond (De Klerk et al., 2012).

Kinderen die opgroeien in multiprobleemgezinnen worden sterk beperkt in hun kansen in het leven. Zo hebben zij een grotere kans op schooluitval en chronische werkloosheid, hoog zorggebruik en deviant gedrag (Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018; Tausendfreund et al, 2016). Met name het aantal risicofactoren bepaalt daarbij de kans dat er problemen optreden. Meer concreet: de kans op de aanwezigheid van een probleem is substantieel (meer dan 30 procent) groter wanneer er sprake is van een cumulatie van *tenminste vier risicofactoren* bij of in de directe omgeving van het kind (Van der Steege & Zoon, 2017). Deze relatie tussen het aantal risicofactoren en

³ Er is in de literatuur de nodige discussie over de benaming 'multiprobleemgezinnen' en de kritiek op deze term groeit. Hij is stigmatiserend en past niet bij de huidige tijdgeest binnen de jeugdhulp en jeugdbescherming waarin de nadruk meer komt te liggen op kracht, op wat al goed gaat en wat het gezin *wel* kan (in plaats van op dat wat misgaat en wat het gezin *niet* kan) (van der Steege & Zoon, 2017; Verhallen, 2013). Verschillende auteurs pleiten daarom voor een andere benaming, zoals 'gezinnen met meervoudige of complexe problemen'. Omdat er vooralsnog geen alternatief beschikbaar is dat een basis heeft in empirisch onderzoek, spreken we voorlopig nog van multiprobleemgezinnen.

ongunstige ontwikkelingsuitkomsten voor kinderen is onder andere aangetoond voor psychische problemen, gedragsproblemen, intelligentieontwikkeling en delinquentie (Van den Broek, Kleijnen & Bot, 2012).

Als de problemen niet aangepakt worden en alleen maar verergeren is een uithuisplaatsing van een of meer van de kinderen in het gezin op termijn haast onvermijdelijk. Ook is er een kans dat de ouders hun 'wangedrag' (zoals verwaarlozing en mishandeling) doorgeven aan hun kinderen, zeker als er allerlei andere problemen in het gezin spelen (zoals veel stress, slechte sociaaleconomische omstandigheden, geen sociale steun en alleenstaand ouderschap; Baas, 2001).

Oorzaken

Er is nog maar weinig bekend over specifieke factoren voor het ontstaan en voortbestaan van multiprobleemgezinnen. Wel weten we dat er binnen multiprobleemgezinnen sprake is van een groot aantal onderling verweven en langdurige risicofactoren die van de ene generatie op de volgende worden overgedragen en daarmee een negatieve invloed hebben op de ontwikkeling van de kinderen in het gezin (Nji, 2019; Van der Steege & Zoon, 2017).

Bodden & Dekovic (2016) onderscheiden een brede range aan problemen op 7 domeinen:

1. Kindfactoren: psychische of psychosociale problemen inclusief ontwikkelingsproblemen, gedragsproblemen, psychosomatische problemen en verslavingen; cognitieve problemen en verstandelijke handicaps; slachtoffer of getuige zijn van mishandeling, misbruik, verwaarlozing of huiselijk geweld.
2. Ouderfactoren: psychische of psychosociale problemen inclusief psychosomatische problemen, gedragsproblemen (agressie en crimineel gedrag) en verslaving; cognitieve problemen en verstandelijke handicaps; slachtoffer, getuige of dader van mishandeling, misbruik, verwaarlozing of huiselijk geweld.
3. Opvoedingsfactoren: onvoldoende of inconsistente opvoedingsstrategieën; pedagogische onmacht; weinig responsiviteit; veel harde discipline; afwijzing; gebrek aan gedragscontrole; veel psychologische controle; onveilige hechting.
4. Gezinsfunctioneren: relatieproblemen; conflicten; communicatieproblemen; weinig cohesie; veel externe locus of controle; geen organisatie.
5. Contextuele factoren: meerdere negatieve levensgebeurtenissen; financiële problemen; lage sociaaleconomische status.
6. Sociaal netwerk: verstoord of gebrek aan sociaal netwerk; conflicten met buurtbewoners en vrienden.
7. Hulpverlening: lange (teleurstellende) geschiedenis van hulpverlening (o.a. uithuisplaatsing) met als gevolg een diepgaand wantrouwen richting hulpverleners en een gebrekkige motivatie (gezinsleden zijn 'hulpverlenersmoe' en weerbarstig voor hulp geworden (Ghesquière, 1993).

Onderzoek laat zien dat een relatief groot deel van de multiprobleemgezinnen een niet-westerse migratieachtergrond heeft (De Klerk et al., 2012). Ook binnen IAG zijn gezinnen met een migratieachtergrond en vluchtelingengezinnen een belangrijke doelgroep, waarbij aanvullend enkele specifieke problemen kunnen spelen. Een belangrijk thema in veel gezinnen die IAG krijgen is religie en discriminatie: hoe religieus op te voeden in een seculiere samenleving en hoe om te gaan met stigmatisering en uitsluiting (en het helpen van kinderen daarbij).

Gezinnen kunnen te maken hebben met de negatieve invloed van schokkende ervaringen in het thuisland en kunnen moeite hebben met de inburgering in een onbekend land met een onbekende taal en cultuur en een onzekere toekomst. Specifiek binnen de opvoeding kunnen factoren spelen zoals de waarde die gehecht wordt aan 'het behouden van de eer van (leden van de) familie of de groep' boven eerlijkheid en de rol die de grootfamilie (ook op afstand) kan spelen (Distelbrink, Pels & Winkelman, 2017). Zoals in paragraaf 1.3 besproken, is de gezinsbehandelaar zich bewust van het feit dat deze thema's kunnen spelen en verdiept hij zich in de achtergrond van de gezinnen.

Aan te pakken factoren

IAG richt zich in haar subdoelen op het aanpakken van risicofactoren bij het kind, risicofactoren in de opvoeding en het gezin en risicofactoren met betrekking tot het sociale netwerk.

1. De gedragsproblemen van het kind/de kinderen zijn verminderd.

De gezinsbehandelaar IAG geeft psycho-educatie aan de ouders en de kinderen over de ontwikkeling van kinderen en welk gedrag bij een bepaalde leeftijd hoort/verwacht mag worden. De psycho-educatie kan ook gaan over specifieke problematiek van een of meer kinderen of een licht verstandelijke beperking. Inzicht hierin vergroot vaak het begrip van de ouders voor hun kind (of tussen kinderen onderling, of soms het begrip van het kind voor de problematiek van een ouder) en dat vergemakkelijkt het omgaan met het bijbehorende gedrag. Ook richt de gezinsbehandeling IAG zich op het verminderen van de gedragsproblematiek door het aanleren van vaardigheden voor het beïnvloeden van gedachten en gevoelens en het aanleren van sociale vaardigheden bij de kinderen.

2. De ouders ervaren minder opvoedingsbelasting en hun opvoedingsvaardigheden zijn vergroot

IAG is gericht op het versterken van de opvoedingssituatie in het gezin door het verminderen van de opvoedingsbelasting en het aanleren van opvoedingsvaardigheden bij de ouders. Psycho-educatie is hierbij een middel: inzicht in de problematiek van de ander verhoogt het begrip en werkt stressverlagend. Daarnaast werkt de gezinsbehandelaar IAG met de ouders aan het vergroten van hun opvoedingsvaardigheden, vergroot hij de aanwezige krachten en vaardigheden en zet hij technieken in om de onderlinge relaties en de communicatie in het gezin te verbeteren. Als er sprake is van onveiligheid voor de kinderen werkt de gezinsbehandelaar met de gezinsleden en het netwerk aan het opstellen van een veiligheidsplan.

3. Het gezin heeft een sociaal netwerk – en waar nodig tevens een professioneel netwerk - en maakt daar gebruik van

Ten derde is IAG gericht op het versterken van het sociale netwerk rond het gezin. Een steunend sociaal netwerk kan een bijdrage leveren aan het ontlasten van de gezinsleden en het bieden van praktische en emotionele steun. Een steunend sociaal netwerk is een belangrijke beschermende factor voor gezinnen (Van der Steege & Zoon, 2017). De gezinsbehandelaar IAG richt zich op het activeren en uitbreiden van het sociaal netwerk rond het gezin, het stimuleren van de gezinsleden om gebruik te maken van de beschikbare voorzieningen in hun omgeving en het vergroten en benutten van hun netwerk. Ervaring binnen de jeugdbescherming laat zien dat er nogal eens meer mogelijkheden zijn dan aanvankelijk gedacht in het versterken van het sociale netwerk rond multiprobleemgezinnen (Van Montfoort, 2012).

Tijdens IAG wordt het professionele netwerk versterkt door in alle fases af te stemmen met andere betrokken hulpverleners. Voor sommige gezinnen is na afsluiting van IAG een warme overdracht naar de wijkcoach of huisarts voldoende. Voor andere gezinnen (denk aan ouders met een licht verstandelijke beperking, ouders met chronische psychiatrische problematiek of gezinnen waarin langdurige, zware problematiek speelt) zal dit professionele netwerk een grotere rol blijven spelen.

Problemen in de omstandigheden (zoals financiële problemen of problemen met de organisatie van het dagelijks leven) kunnen gezinnen soms belemmeren om aan bovengenoemde doelen te werken. De gezinsbehandelaar IAG pakt deze problemen of een aantal ervan dan samen met de gezinsleden aan. Gekeken wordt wat prioriteit heeft en wat nodig is om te zorgen dat de gezinsleden ruimte krijgen om aan de slag te gaan met het verbeteren van de opvoedingssituatie.

Verantwoording

De gezinsbehandelaar IAG hanteert in de hulp aan de gezinnen de volgende drie uitgangspunten:

- 1) Verandering in gezinnen is altijd mogelijk;
- 2) Iedereen is in staat nieuw gedrag te leren en
- 3) Problemen van kinderen staan nooit op zichzelf, hun gedrag heeft een relatie met de context waarin ze opgroeien.

Deze uitgangspunten staan telkens centraal in het handelen van de gezinsbehandelaar en komen terug in de werkzame elementen van IAG.

Positieve, open en respectvolle basishouding, opbouwen goede werkrelatie en aansluiten bij gezinsleden

Uit allerlei literatuur blijkt dat hulp effectiever is als gezinnen een actieve bijdrage hebben aan het besluitvormingsproces en als er een positieve en constructieve werkrelatie (alliantie) is tussen de hulpvrager en de hulpverlener (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2017; De Greef, Pijnenburg, Van Hattum, McLeod & Scholte, 2017; Visscher et al., 2020). In deze alliantie speelt de persoonlijke band tussen de cliënt en zijn hulpverlener een rol (ook wel de 'persoonlijke alliantie' genoemd), maar daarnaast is ook de 'taakalliantie' van belang, oftewel de overeenstemming die zij bereiken over de doelen en over de werkwijze waarmee deze doelen gerealiseerd kunnen worden. Bij gezinsbehandelaars IAG is er bovendien sprake van een meervoudige alliantie: zij werken samen met meerdere gezinsleden (en personen uit het netwerk), die verschillende behoeften en verwachtingen hebben (Van Hattum, 2018). Het opbouwen van een goede werkrelatie vergt extra aandacht bij multiprobleemgezinnen. Zij hebben meerdere teleurstellende ervaringen achter de rug en staan over het algemeen wantrouwend tegenover instanties en hulpverleners. De gezinsbehandelaar IAG is zich hiervan bewust en zorgt dat de beschreven basishouding telkens terugkomt in zijn gedrag (Van der Steege & Zoon, 2017). Engageren speelt hierbij een centrale rol: de gezinsbehandelaar is respectvol, betrouwbaar, komt zijn afspraken na, richt zich op wat al goed gaat, activeert en stimuleert de gezinsleden, geeft hen vertrouwen, sluit aan bij hun motivatie, wensen, behoeften, niveau en tempo, treedt hen niet-beoordelend tegemoet, geeft ruimte voor eigen initiatieven en is transparant in denken en handelen (hij doet wat hij zegt en zegt wat hij doet). IAG sluit daarmee in haar aanpak aan bij recente literatuur die laat zien dat het samen beslissen over doel en aanpak van de hulpverlening een middel is om betere allianties te realiseren, wat weer tot betere resultaten leidt (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2017; Van Hattum, 2018; De Greef, Van Hattum, Granger, McLeod, Pijnenburg & Scholte, 2018). Ook is de

gezinsbehandelaar IAG meerzijdig partijdig door alle gezinsleden te ondersteunen zonder voor een van hen partij te kiezen (Weerman, 2006). De gezinsbehandelaar monitort de alliantie: gaat telkens opnieuw het gesprek aan met de gezinsleden, luistert naar hen (Is er nog overeenstemming over de doelen en werkwijze? Voldoet de hulp nog aan de verwachtingen? Is de 'klik' er nog?), stemt zijn inzet flexibel af en houdt in de gaten of de middelen daadwerkelijk leiden tot veranderingen in het gezin. Is er sprake van een onveilige situatie in het gezin, dan staat de veiligheid van het gezinslid in kwestie voorop en is het nodig dat de gezinsbehandelaar hierin vasthoudend is (positionering). De gezinsbehandelaar IAG blijft als positionering nodig is respectvol en positief, open en transparant over zijn of haar rol en erop gespist samen te werken aan de veiligheid. Hij blijft ook proberen in de oplossingen en doelen rond het veiligheidsprobleem aan te sluiten bij het gezin en gaat door hen te stimuleren zelf oplossingen te bedenken.

Grondige analyse van krachten en problemen in het gezin

Binnen IAG vormt een grondige analyse van de krachten en problemen in het gezin - aan de hand van gevalideerde instrumenten - een belangrijk onderdeel van de startfase. Door middel van deze analyse onderzoekt de gezinsbehandelaar meer diepgaand wat er in het gezin speelt (Bartelink, Meuwissen & Eijgenraam, 2017). Onderzoek wijst uit dat een grondige analyse van de situatie een belangrijke werkzame factor is bij het voorkomen van uithuisplaatsing (Lee et al., 2014).

Gericht op het versterken van krachten en mogelijkheden van de gezinsleden

Van belang bij multiprobleemgezinnen is dat de gezinsbehandelaar zich positief en 'empowerend' opstelt (Van der Steege & Zoon, 2017; Damen, Veerman, Vermulst, Van Pagée, Nieuwhoff & Scholte, 2018; Visscher et al., 2020). Individuele empowerment bestaat uit drie componenten (Zimmerman, 2000): 1. de intrapersonlijke component: een gevoel van persoonlijke controle, competentie en zelfwaardering; 2. de interactionele component: een kritisch bewustzijn om in en met de eigen omgeving belangrijke zaken te identificeren en aan te pakken en de bereidheid om ongewenste situaties te veranderen, naar oplossingen te zoeken en hulpbronnen in te schakelen; 3. de gedragsmatige component: gedrag dat direct invloed heeft op het bereiken van de gewenste situatie, zoals probleemoplossend gedrag. Uit onderzoek van Damen et al. (2016) blijkt dat deze drie componenten van empowerment samenhangen bij ouders. Een sterker gevoel van persoonlijke controle en competentie bij ouders (intrapersonlijk) gaat gepaard met een grotere bereidheid van ouders om een ongewenste opvoedsituatie te herkennen en aan te pakken en op zoek te gaan naar ondersteuning of andere oplossingen (interactioneel), wat zorgt voor meer grip van ouders op de opvoeding van hun kind (gedrag) (Vanderfaellie et al., 2015; Smulders, Hooghiemstra & Van Nieuwenhuizen, 2018). Bij IAG komt het werken aan empowerment tot uitdrukking door de basishouding van de gezinsbehandelaar en met oplossingsgerichte gespreksvoering als belangrijke basis van de methodiek. Dit betekent dat de gezinsbehandelaar telkens benadrukt wat goed gaat (positieve feedback en complimenten), zoekt naar krachten en is gericht op de toekomst (in plaats van op problemen, oorzaken en het verleden; zie Bannink, 2006). De gezinsbehandelaar gaat naast de gezinsleden staan, zoekt met hen naar wat ze willen en welke competenties en mogelijkheden ze hebben en stelt met hen concrete doelen en resultaten van de hulp vast. Samen zoeken ze vervolgens naar oplossingen die al eerder gewerkt hebben of proberen ze nieuwe oplossingen voor de problemen uit. Het onderzoek naar oplossingsgerichte therapie is nog vrij beperkt maar wel veelbelovend. Zo vindt een meta-analyse over 21 studies naar de effecten van korte oplossingsgerichte therapie bescheiden effecten: via oplossingsgerichte therapie wordt de

cliënt in minder tijd centraal gesteld en diens autonomie vergroot (Stams, Dekovic, Buist & De Vries, 2006). Onderzoeker Alasdair Macdonald houdt een uitgebreide geannoteerde lijst bij van de meest relevante onderzoeksresultaten naar de oplossingsgerichte methode. Zijn samenvatting bevat op dit moment (februari 2019) 10 meta-analyses, zeven systematische reviews en 325 relevante outcome studies (waarvan 143 RCT's) die positieve effecten van oplossingsgerichte aanpakken laten zien. Daarvan laten 92 studies zien dat oplossingsgerichte aanpakken beter werken dan bestaande behandeling (data te vinden via <https://solutionsdoc.co.uk/sfbt-evaluation-list/>). Recent Nederlands onderzoek (Damen et al., 2018; Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk & Scholte, under revision) laat zien dat IAG in staat is om de empowerment van ouders te versterken en geeft aanwijzingen dat meer empowerment van de ouders ook gerelateerd is aan minder gedragsproblemen bij hun kinderen.

De hulp kent een afgebakende tijdsduur, is intensief, gestructureerd en doelgericht en vindt plaats in de eigen leefomgeving van het gezin

Bij multiprobleemgezinnen is intensieve hulp – meerdere keren per week contact tussen hulpverlener en gezin – in de thuissituatie evenals een tegemoetkomende beschikbaarheid, aanwezig zijn van de gezinsbehandelaar op tijden dat de problematiek zich voordoet, werkzaam gebleken (Veerman, De Meyer & Roosma, 2007; Van der Steege, 2007; Van der Steege & Zoon, 2017; Lee et al., 2014). IAG is een doelgerichte interventie met een afgebakende tijdsduur die gericht is op vermindering van de problematiek in de gezinnen en het vergroten van de sociale steun waar het gezin een beroep op kan doen. Doelgericht en planmatig werken leidt tot duidelijkheid en minder stress bij gezinsleden (ze weten immers waaraan gewerkt wordt) en het beperkt de duur van hulp (Slot, Theunissen, Esmeijer & Duivenvoorden, 2002; Stams, Top-van der Eem, Limburg, Van Vugt & Van der Laan, 2010). Meerdere empirische onderzoeken naar de resultaten van vormen van IAG laten een duidelijke daling van de gedragsproblematiek bij de jeugdige(n) zien evenals een daling van de ervaren opvoedstress (Veerman, De Meyer & Roosma, 2007; Veerman, Janssens & Delicat, 2005; Veerman & De Meyer, 2015; Veerman & De Meyer, 2019), al is de problematiek bij afsluiting nog niet geheel verdwenen. Verschillende overzichtsstudies naar soortgelijke interventies (o.a. Dagenais et al., 2004; Al, Stams, Van der Laan, & Asscher, 2012; Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018; Van Assen, Knot-Dickscheit, Post & Grietens, 2019) bevestigen deze resultaten: deze vorm van hulp heeft positieve effecten op het gezinsfunctioneren, de opvoedvaardigheden van de ouders, het functioneren en het gedrag van het kind en het sociale netwerk rond het gezin. De studies vinden wisselende ondersteuning voor de vraag of dergelijke programma's uithuisplaatsing van kinderen kunnen voorkomen.

Multiprobleemgezinnen hebben vaak moeite het geleerde te generaliseren naar de eigen situatie en het geleerde vast te houden (Van der Steege & Zoon, 2017). Doordat de gezinsbehandelaar de hulp van IAG verleent op de plek waar de problemen zich voordoen, hoeven de gezinsleden geen vertaalslag te maken. Ze kunnen vaardigheden en nieuw gedrag direct in de eigen situatie oefenen en toepassen. Dit maakt de hulp ook laagdrempelig (Lee et al., 2014; Visscher et al., 2020). Ook maakt de intensiteit van de hulp dat het geleerde actueel blijft, de gezinsbehandelaar stelt dit immers twee keer per week aan de orde.

Multimodale aanpak

Uit de literatuur is bekend dat als sprake is van problemen op verschillende levensterreinen, een multimodale aanpak nodig is (Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2018; Lee et al., 2014). Dit betekent dat er een onderling samenhangend hulpaanbod moet zijn

dat zich richt op de verschillende betrokkenen en subsystemen (ouders, kinderen, het gezin als geheel, het sociale netwerk en de bredere omgeving). Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is 'wrap around care' waarbij het gezin en een vaste hulpverlener samen een plan maken, dit uitvoeren, het netwerk inschakelen en eventuele aanvullende hulp erbij halen (Schamhart & Colijn, 2012). Onderzoek naar deze aanpak laat kleine effecten zien op de afname van psychische en gedragsproblemen van de jeugdigen in het gezin en op hun algemeen dagelijks functioneren (Suter & Bruns, 2009). Ook de aanpak van IAG is te typeren als een multimodale aanpak. Ten eerste omdat de gezinsbehandelaar zich richt op de verschillende gezinsleden. Zo leert de gezinsbehandelaar de jeugdigen in het gezin om te gaan met hun gedragsproblematiek, oefent hij met de ouders opvoedingsvaardigheden en hoe met de problematiek van hun kinderen om te gaan en activeert hij de gezinsleden hierbij steun te vragen in hun sociale netwerk (bijvoorbeeld door een buurman te vragen eens per week op te trekken met de betreffende jeugdige zodat de alleenstaande moeder ontlast wordt). Daarnaast pakt de gezinsbehandelaar de verschillende problemen tegelijkertijd en in samenhang aan en gaat op verschillende terreinen met de gezinsleden aan de slag. De problemen- en krachtenanalyse, de gestelde doelen en de wensen en behoeften van de gezinsleden bepalen daarbij de volgorde. Het is bijvoorbeeld vaak nodig om eerst een aantal problemen in de omstandigheden aan te pakken (zoals financiële problemen) om bij de ouders voldoende motivatie en ruimte te creëren om de andere problemen aan te pakken (Holwerda, Reijneveld & Janssen, 2014). Voor het aanpakken van problemen op diverse levensterreinen bevat de methodiekhandleiding IAG verschillende middelen en technieken. De gezinsbehandelaar zorgt voor de onderlinge samenhang tussen de ingezette middelen. Zo zorgt hij dat de psycho-educatie over de problematiek van hun kind aansluit bij de te oefenen opvoedingsvaardigheden en dat jeugdigen sociale vaardigheden leren die de gewenste verandering versterken (bijvoorbeeld 'nee horen' als de ouders leren grenzen te stellen).

Voor deelproblemen die niet met IAG aangepakt kunnen worden, schakelt de gezinsbehandelaar specialistische hulp in (Holwerda et al., 2014). Soms is er al hulp aanwezig in het gezin (waar de gezinsbehandelaar bij aan kan sluiten), soms zal de gezinsbehandelaar deze samen met de gezinsleden zoeken. In de samenwerking met andere (hulpverlenings)instellingen maakt de gezinsbehandelaar IAG gebruik van elementen waaruit in wetenschappelijke literatuur en praktijkkennis bekend is dat zij bijdragen aan een succesvolle samenwerking, zoals een gezamenlijke probleemanalyse, duidelijke samenwerkingsafspraken, het duidelijk beleggen van de regie en systematische monitoring van de samenwerking (Van Rooijen, Berg & Bartelink, 2018; Verheijden & De Lange, 2016).

Aanleren van vaardigheden en nieuw gedrag

Een belangrijk onderdeel van IAG is het aanleren van nieuw gedrag en vaardigheden aan de gezinsleden, ook dit is een werkzaam gebleken element (Van der Steege & Zoon, 2017; Lee et al., 2014). De sociale leertheorie (Bandura, 1986) gaat ervan uit dat mensen vaardigheden en nieuw gedrag leren door het krijgen van het goede voorbeeld (modeling). De methodiek van IAG is ook gebaseerd op de operante en de cognitieve leertheorie die er respectievelijk vanuit gaan dat mensen vaardigheden en nieuw gedrag leren door reacties uit de omgeving (zoals complimenten) en door ze te helpen zich bewust te worden van de eigen gedachten en gevoelens, zodat ze hun gedrag kunnen aanpassen (Prins, Bosch & Braet, 2011). Het leren van vaardigheden en nieuw gedrag gebeurt op verschillende terreinen: de ouders leren gewenste opvoedingsvaardigheden, jeugdigen leren sociale vaardigheden en ander gedrag, gezinsleden leren vaardigheden voor het beïnvloeden van gedachten en gevoelens, vaardigheden voor een betere

onderlinge communicatie en vaardigheden voor het onderhouden van het sociaal netwerk. De gezinsbehandelaar gebruikt voor het aanleren van deze vaardigheden als belangrijkste leermiddelen model staan en het geven van gedragsinstructies en – oefeningen, zoals rollenspel (zie ook Prins, Bosch & Braet, 2011). Voor het leren herkennen van en omgaan met gevoelens en gedachten door gezinsleden, heeft de gezinsbehandelaar IAG een aantal specifieke technieken paraat zoals een emotiethermometer en het middel 'storende en helpende gedachten'. Hiermee leert hij de gezinsleden bijvoorbeeld gevoelens van opkomende boosheid te herkennen, wat te doen om te voorkomen dat die boosheid uit de hand loopt en hoe storende gedachten om te zetten in helpende. Om de communicatie en de relaties in het gezin te verbeteren organiseert de gezinsbehandelaar onder andere gezinsoverleggen waarin hij zelf model staat en geeft de gezinsleden feedback op hun onderlinge communicatie.

Beïnvloeden van de onderlinge relaties en patronen in het gezin

Naast de leertheorie is bij IAG de systeembenadering, ofwel het analyseren en vervolgens beïnvloeden van de onderlinge relaties en patronen in een gezin, een werkzame factor in de aanpak (Van der Steege & Zoon, 2017). Omdat binnen multiprobleemgezinnen complexe problemen zijn ontstaan bij de verschillende gezinsleden die elkaar beïnvloeden en in stand houden, wordt het gezin bij IAG als een systeem benaderd en wordt niet alleen de focus gelegd op individuele gezinsleden alleen (Weerman, 2006; Lee et al., 2014). Zoals Van Hattum (2018) aangeeft, maakt de invloed van het gezinsfunctioneren op de ontwikkeling van jeugdigen het cruciaal om problematische gezinspatronen aan te pakken en protectieve factoren in het gezin te versterken. De gezinsbehandelaar IAG zet bij het gezin passende middelen in om de onderlinge relaties en communicatie in het gezin te beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld het genogram, tekeningen en het gezinsoverleg.

Versterken sociale steun

Een belangrijke beschermende factor waaraan wordt gewerkt binnen IAG is het benutten en vergroten van het sociale netwerk (Hermanns, 2001; Bartelink & Verheijden, 2015; Visscher et al., 2020). Daarmee wordt het isolement van het gezin doorbroken en raken meer mensen betrokken bij het waarborgen van de veiligheid van het kind in het gezin. Dit betekent dat de gezinsbehandelaar IAG met de gezinsleden een netwerkanalyse maakt, eventueel ondersteunt bij conflicten tussen de gezinsleden en mensen uit het netwerk, gezinsleden stimuleert gebruik te maken van de beschikbare maatschappelijke voorzieningen en gezinsleden de vaardigheden leert om contact te leggen, steun te vragen en hun sociale netwerk te onderhouden. De mensen uit het netwerk blijven beschikbaar voor de gezinsleden na vertrek van de gezinsbehandelaar IAG om het geleerde vast te houden en steun te bieden en zorgen daarmee voor continuïteit (Van Montfoort & Beukering, 2014).

Versterken professionele netwerk

IAG richt zich – naast het sociale netwerk - op het versterken van het professionele netwerk rondom gezinnen door in alle fases af te stemmen met andere betrokken hulpverleners. In de startfase wordt bekeken welke hulp er is geweest en welke hulp er nog is en wat daarbij wel en niet gewerkt heeft. In de veranderingsfase wordt het hulpverleningsplan geformuleerd waarbij de gezinsbehandelaar altijd afstemming zoekt met andere hulpverleners en instanties die mogelijk betrokken zijn bij het gezin. Zoals onder "multimodale aanpak" is benadrukt schakelt de gezinsbehandelaar voor deelproblemen die niet met IAG aangepakt kunnen worden, specialistische hulp in. In de afbouw- en afscheidsfase wordt gekeken hoe zowel het formele als het informele netwerk

een rol kunnen spelen bij ondersteuning in de toekomst. Dit sluit aan bij studies die laten zien dat de problematiek van gezinnen bij afsluiting van IAG vaak wel verminderd, maar nog niet verdwenen is. Daarom is IAG vaak onderdeel van een traject van hulp waarbij na afsluiting een vorm van laagfrequenter hulp en ondersteuning wordt ingezet gericht op het vasthouden van de geboekte resultaten (Evenboer et al., 2018; Tausendfreund et al., 2016; Holwerda et al., 2014; van Assen et al., 2019). Juist omdat in deze gezinnen de problemen vaak van de ene op de andere generatie worden overgedragen, is ondersteuning gedurende langere periodes met meer geïntegreerde diensten veelbelovend (Evenboer et al., 2018; Visscher et al., 2020).

Goed opgeleide en ondersteunde gezinsbehandelaars met passende caseload

Tot slot wordt IAG uitgevoerd door goed opgeleide en ondersteunde gezinsbehandelaars (Van der Steege & Zoon, 2017). De gezinsbehandelaars zijn opgeleid om IAG uit te voeren (ze volgden de tiendaagse post-hbo-opleiding IAG) en ontvangen begeleidende intervisie/casuïstiek en individuele werkbegeleiding. Deze werkbegeleiding is bedoeld om gezinsbehandelaars te ondersteunen bij het modelgetrouw uitvoeren van de methodiek (wat een belangrijke werkzame factor is bij het voorkomen van uithuisplaatsing (Lee et al., 2014), om de geboekte voortgang in gezinnen te monitoren, om mee te denken over vervolgstappen in de hulp en om ervoor te zorgen dat gezinsbehandelaars voldoende afstand bewaren en niet meegaan in de gezinspatronen die vaak het gevolg zijn van jarenlange ervaringen van machteloosheid

Daarnaast wordt een passende caseload gehanteerd van maximaal 5 gezinnen tegelijkertijd bij een volle werkweek. Dit komt overeen met de aanbeveling van Holwerda et al. (2014) van een caseload van vijf tot maximaal 10 gezinnen per professional.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- a) Jongkind & Braun (2018).
- b) In dit onderzoek is gekeken of de kernelementen van IAG in de praktijk worden toegepast. Daartoe werd de methodiek (zoals beschreven in van der Steege, Ligtermoet, Lekkerkerker & van der Vliet, 2013) eerst geanalyseerd door een groep onderzoekers en praktijkwerkers. De gevonden kernelementen concretiseerden zij in een aantal stellingen die zij bespraken met IAG'ers. Op basis daarvan is een vragenlijst opgesteld met de volgende kernelementen: basishouding (8 stellingen), fasering (7 stellingen), randvoorwaarden (5 stellingen), versterken van het netwerk (8 stellingen), oplossingsgericht werken (6 stellingen), systeemgericht werken (7 stellingen) en het aanleren van vaardigheden (5 stellingen). Stellingen konden gescoord worden op een 5-puntsschaal. In september 2017 hebben 192 IAG'ers (waarvan 178 met een Post-hbo diploma IAG) de vragenlijst ingevuld met in gedachten een gezin waar ze IAG hebben toegepast. De analyse van de vragenlijst beperkte zich tot beschrijvende statistiek.
- c) Om te kunnen stellen dat er programmagetrouw uitvoering wordt gegeven aan de IAG, zouden de gemiddelde scores niet onder de 4 (op de 5-puntsschaal) moeten komen. Over het geheel genomen liggen de gemiddelde scores op de stellingen inderdaad rond de 4. Bij het thema **Basishouding** wordt op zes van de zeven stellingen gemiddeld hoger dan 4 gescoord. Wel is er verbetering mogelijk in de verdeling van aandacht over krachten en problemen in het gezin. De nadruk ligt nu op de problemen (68% van de aandacht ligt bij problemen versus 32% bij de krachten). De **Fasering** van IAG gebeurt niet geheel methodiekgetrouw, het gebruiken van vragenlijsten kan beter (3.52 (SD = 1.43) en het aantal bezoeken in de veranderingsfase blijft achter. Op de stellingen uit het thema **Randvoorwaarden** wordt relatief laag gescoord, specifiek op de stelling "Omgerekend naar een fulltime dienstverband is mijn caseload 5 gezinnen." Daarop wordt gemiddeld een 1.93 gescoord (SD = 1.28). Uit de open vraag blijkt dat tweederde van de respondenten meer dan 5 gezinnen begeleidt. De stelling over de individuele werkbegeleiding levert een diversiteit aan antwoorden op. 26 respondenten geven aan dat zij (in overeenstemming met de methodiekhandleiding) eens per twee weken individuele werkbegeleiding krijgen, het merendeel geeft aan deze werkbegeleiding minder vaak te ontvangen. 23 respondenten geven aan nooit individuele werkbegeleiding te ontvangen. Op de stelling "Ik heb eens per twee weken casuïstiekbespreking in teamverband" wordt gemiddeld 3.66 (SD = 1.56) gescoord. Als de stellingen van het thema **Versterken netwerk** samen worden genomen en op constructniveau wordt gekeken, is het gemiddelde 3.95 (SD = .54). Sommige stellingen scoren hoger, zoals "Ik zoek met het gezin naar mensen in hun netwerk die steunend kunnen zijn" (M = 4.27, SD = .68). Sommige stellingen scoren iets lager, zoals "Ik leer het gezin hoe ze hun netwerk kunnen onderhouden" (M = 3.68, SD = .81). Alle hulpverleners passen systematisch de beginselen van **Systeemgericht werken** (op constructniveau is het gemiddelde 4.34, SD = .46) en **Oplossingsgericht werken** (op constructniveau is het gemiddelde 4.22 (SD = .46)) toe. **Leren van vaardigheden** is een thema waarop verschillend wordt gereageerd. Zo zijn er stellingen waar boven de 4 wordt gescoord, zoals bij "Ik heb ouders gedragsinstructies gegeven"

($M = 4.24$, $SD = .72$), maar sommige scores lager dan 4 zoals "Ik heb een techniek gebruikt om uitleg te geven over gevoelens" ($M = 3.68$, $SD = 1.03$). Het gemiddelde van alle stellingen samengenomen, ligt op $M = 3.99$, $SD = .58$. In de open vragen geven de respondenten aan behoefte te hebben aan aanvullende informatie over thema's als gezinsrelaties, persoonlijke ontwikkeling, opvoeding en (methodische) werkvormen.

Bij het interpreteren van de resultaten van de studie van Jongkind & Braun (2018) is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat dit pas een eerste onderzoek is, waarbij de resultaten aangeven dat sommige dingen al goed gaan en andere dingen beter kunnen. Het onderzoek is goed ontvangen in de praktijk en de resultaten worden meegenomen bij de doorontwikkeling van IAG. Zo wordt er momenteel door de werkgroep Scholing en Programmagetrouwe uitvoering hard gewerkt aan een implementatieadvies en aan het opstellen van de kernelementen van IAG (als onderlegger bij de methodiekhandleiding). Door de kernelementen (oftewel de randvoorwaarden waar de minimale uitvoering aan moet voldoen) scherper neer te zetten wordt IAG duidelijker onderscheiden van andere interventies (die nu soms onterecht als IAG worden aangemerkt terwijl zij niet aan de randvoorwaarden voldoen). Dit maakt de onderhandelingspositie met bijvoorbeeld gemeenten sterker. Ook is er de intentie om een landelijke website te ontwikkelen met ondersteunende materialen en hulpmiddelen voor programmagetrouw werken (zoals de vragenlijst programmagetrouw werken, middelen voor intervisie en werkbegeleiding etc.).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

Publicatie

Veerman, J.W. & Meyer, R.E. de (2019). *Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019*. Nijmegen: Praktikon.

- a) Veerman & De Meyer (2019).
- b) In 2019 hebben Veerman & De Meyer gegevens verzameld over de effectiviteit van IAG over een periode van 10 jaar (van 2009-2019) en deze geanalyseerd, met een focus op vermindering probleemgedrag bij jeugdigen (vanaf 2009) en opvoedingsbelasting van ouders (vanaf 2012). Voor de studie werden alle 25 jeugdhulporganisaties die deelnemen aan het landelijk platform 'IAG Bewezen Beter' aangeschreven. Veertien organisaties van de participantengroep zegden toe mee te willen doen aan het onderzoek. Tien van deze jeugdhulporganisaties

bleken ook lid van de Lerende Databank Jeugd (LDJ). Ook werden elf instellingen van de LDJ die geen lid waren van de participantengroep aangeschreven. Eén organisatie uit deze groep zegde deelneming aan het onderzoek toe, wat het aantal organisaties dat toestemde op 15 bracht. Twee van de 15 organisaties konden de gegevens niet via BergOp aanleveren en vielen daarom af. Eén organisatie uit de participantengroep bleek intussen onderdeel geworden te zijn van de deelnemende LDJ-instelling. Daarmee leverden 12 organisaties uiteindelijk gegevens aan.

Omdat er een analyse werd gedaan op data van de twee meest gebruikte vragenlijsten, te weten de Child Behavior Checklist (CBCL) en de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL) werden instellingen die gebruik maakten van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) uitgesloten. Deze instellingen leverden wel OBVL-gegevens aan. In totaal werden op deze manier CBCL- en/of OBVL-gegevens verkregen van ruim 15000 gezinnen uit 12 jeugdzorgorganisaties, die in de periode 2009 t/m 13 september 2019 een IAG-behandeling hadden beëindigd. De CBCL bleek door verschillende informanten te zijn ingevuld (meestal de moeder, maar ook door de vader of anderen en soms door ook moeder én vader), waaronder ook meerdere informanten op eenzelfde tijdstip. Omwille van de efficiëntie en omdat de OBVL genormeerd is op moeders werd ervoor gekozen om voor de analyses te focussen op lijsten ingevuld door de moeder. Dit leverde een bestand op van 9209 jeugdigen en hun gezinnen, van wie minimaal een voormeting of een nameting op de CBCL (N=7538) óf OBVL (N=7240) beschikbaar was. Hieruit werden per lijst de gezinnen geselecteerd van wie er zowel een voor- én nameting aanwezig was. Dit leverde voor de CBCL een bestand op van 3363 gezinnen (45% van de oorspronkelijke 7538) en voor de OBVL een bestand van 2828 gezinnen (39% van de oorspronkelijke groep van 6637). De onderzoekers maken in de analyses een onderscheid tussen IAG (zoals beschreven in de voorgaande versie van de handleiding IAG uit 2013), IAG Erger Voorkomen (bij beginnend delinquent gedrag), IPG (Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling, bij psychiatrische problematiek in het gezin) en IAG-lvb (een specifieke variant van IAG voor gezinnen waarin ouders een licht verstandelijke beperking hebben).⁴

c) *Probleemgedrag*

Van 3363 jeugdigen was er een voor- en nameting op de CBCL beschikbaar. De grootste groep hiervan volgde de reguliere variant van IAG (n = 2677). Van de groep die de reguliere variant volgde was 57% jongen en 43% meisjes en was de gemiddelde leeftijd 9,2 jaar. De gemiddelde deviatiescore op de CBCL voorafgaand aan de behandeling met de reguliere variant van IAG was 1,75⁵. Na afloop van de behandeling met de reguliere IAG was de gemiddelde deviatiescore 0,87. De verandering tussen aanvang en afsluiting was statistisch significant en wijst op vooruitgang. Voor de reguliere IAG bleek de effectgrootte 0,54. Dit komt neer op een 'middelgroot' effect. De effectgrootte voor de totale groep met de vier

⁴ Omdat de onderzoekers niet precies beschrijven wat de verschillen zijn in doelgroep, inhoudelijke uitvoering en structurele kenmerken van de vier varianten, richten wij ons hier voornamelijk op de 'reguliere variant' van IAG, zoals beschreven in de (vorige versie van de) methodiekhandleiding. In de nieuwe versie van de methodiekhandleiding IAG is o.a meer aandacht voor toepassing binnen de LVB doelgroep en bij psychiatrische problematiek. Aandachtspunt voor de komende jaren is om nader te bekijken hoe de andere varianten zich verhouden tot de reguliere IAG (en in hoeverre specifieke varianten wel/niet nodig zijn).

⁵ De deviatiescore geeft de afwijking van het normgemiddelde aan in eenheden van de standaarddeviatie van het normgemiddelde < 1,0=geen problemen; 1,0-1,3=milde problemen; ≥ 1,4=(zeer) ernstige problemen

IAG varianten was 0,55 (eveneens middelgroot) en bleek over de jaren 2009-2019 heen stabiel. Meer specifiek vonden de onderzoekers via een berekening van de Reliable Change Index dat 27% van de 2677 kinderen die deelnamen aan de reguliere variant van IAG 'hersteld' was, 30% was verbeterd, bij 34% was de situatie onveranderd, bij 7% was de situatie verslechterd en 3% van de kinderen was teruggevallen.

Opvoedingsbelasting

Naast probleemgedrag van de jeugdigen hebben de onderzoekers in deze studie ook gekeken naar de opvoedbelasting van ouders, aan de hand van de OBVL. Van 2828 jeugdigen en hun gezinnen was er een voor- en nameting op de OBVL beschikbaar. De grootste groep hiervan volgde de reguliere variant van IAG (n = 2468, waarvan 58% jongens en 42% meisjes met een gemiddelde leeftijd van 9,0 jaar). De gemiddelde deviatiescore op de OBVL voorafgaand aan de behandeling met de reguliere variant van IAG was 1,71. Na afloop van de behandeling met de reguliere IAG was de gemiddelde deviatiescore 0,9. De verandering tussen aanvang en afsluiting was statistisch significant en wijst op vooruitgang. De effectgrootte van de reguliere IAG bleek 0,48, wat neerkomt op een klein effect. De effectgrootte in de totale groep was middelgroot (0,51), maar over de jaren heen niet stabiel. In 2012 en 2014 was de effectgrootte hoger (resp. 0,69, 0,59) dan in de jaren daarna (0,53-0,41). Er lijkt vanaf 2014 een dalende trend ingezet. Meer specifiek vonden de onderzoekers via een berekening van de Reliable Change Index dat 22% van de ouders die deelnamen aan de reguliere IAG 'hersteld' was, dat er bij 27% sprake was van verbetering, dat de situatie bij 42% onveranderd was, dat er bij 6% sprake was van een verslechtering en dat 3% was teruggevallen.

Samengevat laat het onderzoek naar IAG over de jaren 2009-2019 zien dat probleemgedrag van jeugdigen en opvoedingsbelasting van ouders ieder jaar significant afnemen.

Onderzoek 2

Algemene informatie

- Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
- Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
- Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
- Er is een voormeting. ja
- Er is een nameting. ja
- Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

Deelpublicatie 1

Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., van Pagée, R., Nieuwhoff, R., & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioural problems during youth care. *Child & Family Social Work, 24*, 467-476.

- a) Damen, Veerman, Vermulst, van Pagée, Nieuwhoff & Scholte (2019).
- b) In dit onderzoek – dat werd uitgevoerd bij Pactum Jeugd & Opvoedhulp – werden de effecten van twee verschillende hulpvormen (gezinsgerichte hulp en

kindgerichte hulp) met elkaar vergeleken op ouderlijke empowerment en gedragsproblemen bij de kinderen. De gezinsgerichte hulp bestond uit IAG (zoals beschreven in de vorige versie van de handleiding IAG) en de kindgerichte hulp bestond uit uithuisplaatsingen in residentiële zorg of de pleegzorg. Het onderzoek betreft een quasi-experimenteel design (een groep gezinsbehandelingen binnen Pactum wordt vergeleken met een groep uithuisplaatsingen; zonder random toewijzing, maar wel binnen dezelfde instelling). In de studie werd gebruik gemaakt van data uit de routine outcome monitoring (ROM) van Pactum. Tussen januari 2011 en maart 2017 werden binnen Pactum 1804 gezinnen ondersteund op 10 locaties. Van 1140 van deze gezinnen waren de data beschikbaar. 519 gezinnen werden niet meegenomen in het onderzoek omdat er van hen geen volledig ingevulde vragenlijsten beschikbaar waren. De uiteindelijke steekproef bestond daarmee uit 621 gezinnen (waarvan 434 gezinnen IAG ontvingen en 137 gezinnen residentiële zorg of pleegzorg). Bij 71% van deze gezinnen (n=442) was bij de start sprake van meervoudige problematiek; 66% van de ouders (n = 410) ervoer gedragsproblemen bij hun kind en 49% van de ouders (n = 304) ervoer een gebrek aan ouderlijke empowerment. Beide groepen leken op elkaar (in o.a. de meervoudigheid van de problemen, de ernst van de gedragsproblemen bij het kind en de ouderlijke empowerment aan de start). Bij de voor- en nameting werden 2 vragenlijsten afgenomen: een vragenlijst over ouderlijke empowerment (EMPO) en een vragenlijst over gedragsproblemen bij het kind (SDQ).

- c) Bij gezinnen die IAG hadden ontvangen bleek gemiddeld sprake van significante verbeteringen op alle EMPO subschalen, met effectgroottes variërend van klein (ES 0.21 voor de interactionele component van empowerment) tot middelgroot (ES 0.62 voor de gedragsmatige component van empowerment). Bij gezinnen die een kindgerichte behandeling in de residentiële jeugdzorg of pleegzorg hadden ontvangen werd alleen een kleine, significante verbetering gevonden op de gedragsmatige component (ES 0.36). Zowel bij gezinnen die IAG hadden ontvangen als bij gezinnen waarbij de kindgerichte behandeling was ingezet, was er sprake van significante verbeteringen op alle subschalen van de SDQ. Voor IAG varieerden de effectgroottes van klein (ES 0.19 voor problemen met leeftijdsgenoten) tot middelgroot (ES 0.52 voor totale gedragsproblemen). Voor residentiële zorg en pleegzorg waren alle effectgroottes klein (van ES 0.20 voor problemen met leeftijdsgenoten tot ES 0.46 voor gedragsproblemen). Er werd ook gekeken naar een wederzijds verband tussen ouderlijke empowerment en gedragsproblemen bij het kind: ouderlijke empowerment bleek zowel bij de voormeting als nameting geassocieerd met minder gedragsproblemen bij het kind. Bij gezinnen die IAG kregen bleken ouders (meestal de moeder) na behandeling meer empowered te zijn dan bij gezinnen die een kindgerichte behandeling kregen (dus waarbij kinderen uithuisgeplaatst waren). Tussen beide groepen was er geen significant verschil in de mate waarin de gedragsproblemen tijdens de behandeling waren afgenomen. Wel vonden de auteurs aanwijzingen dat de afname van gedragsproblemen na de behandeling bij de door IAG behandelde gezinnen indirect het gevolg was van de toegenomen empowerment van ouders. Bij residentiële zorg en pleegzorg was dit niet het geval. Relevant voor de huidige aanvraag is dat deze studie middels een quasi-experimenteel design laat zien dat bij IAG empowerment van ouders significant verbetert (in totaal en op de drie subschalen), terwijl dit bij residentiële zorg en pleegzorg nauwelijks het geval is (alleen een klein effect op één van de drie subschalen); en bovendien dat deze

verbetering binnen IAG bijdraagt aan vermindering van gedragsproblemen van kinderen.

Deelpublicatie 2

Damen, H., Veerman, J.W., Vermulst, A.A., Westerdijk, I. & Scholte, R. (under revision). Parental empowerment and child behavioral problems in single and two-parent families during family centered care.

- a) Damen, Veerman, Vermulst, Westerdijk & Scholte (under revision).
- b) In deze vervolgstudie – eveneens uitgevoerd bij Pactum – keken de onderzoekers naar de effecten van IAG op empowerment van ouders en gedragsproblemen bij kinderen en de verschillen tussen eenouder- en tweeoudergezinnen. Er werd daarbij weer gebruik gemaakt van data uit de ROM. Tussen januari 2011 en april 2018 werden 959 gezinnen ondersteund door IAG. Van 373 gezinnen waren geen ROM data beschikbaar, 32 gezinnen met alleenstaande vaders werden uitgesloten omdat hierover geen betrouwbare analyses konden worden gedaan en nog eens 258 gezinnen werden uitgesloten wegens onvolledig ingevulde vragenlijsten. De totale steekproef bestond daarmee uit 296 gezinnen: 140 gezinnen met alleenstaande moeders en 156 gezinnen met moeder en vader. Bij 72% van de gezinnen was sprake van meervoudige problematiek. In een voor- en nameting werd informatie verzameld over ouderlijke empowerment (EMPO) en gedragsproblemen bij het kind (SDQ).
- c) Na afloop van IAG was sprake van significante verbeteringen in empowerment bij de moeder, voor zowel alleenstaande moeders als moeders in tweeoudergezinnen (resp. $ES = .62$ en $ES = .57$). Ook voor de vaders werden significante verbeteringen op empowerment gevonden ($ES = .53$). Ditzelfde gold voor gedragsproblemen bij het kind, voor zowel alleenstaande moeders ($ES = .49$) als voor moeders en vaders uit tweeoudergezinnen (resp. $ES = .49$ en $ES = .45$). Nadere analyses lieten zien dat binnen eenoudergezinnen meer empowerment van moeders aan de start van IAG direct gerelateerd was aan positieve veranderingen in de gedragsproblemen van het kind. Bij tweeoudergezinnen was meer empowerment van de vaders aan de start van IAG direct gerelateerd aan verbeteringen in empowerment van de moeder, terwijl meer empowerment van de moeders aan de start van IAG niet direct gerelateerd was aan verbeteringen in empowerment van de vaders. De studie laat zien dat het van belang is om alleenstaande moeders die laag scoren op empowerment en vaders in tweeoudergezinnen die laag scoren op empowerment, vanaf de start van de behandeling te ondersteunen en dat het belangrijk is vaders in tweeoudergezinnen bij de behandeling te betrekken. Relevant voor de huidige aanvraag is dat in een veranderingsonderzoek met voor- en nametingen zowel bij eenouder- als bij tweeoudergezinnen positieve effecten van IAG werden gevonden voor ouderlijke empowerment en gedragsproblemen bij kinderen. Bij tweeoudergezinnen zagen ook beide ouders deze effecten.

Overige onderzoeken

Het beeld uit de aangedragen onderzoeken wordt ondersteund door onderzoeken naar met IAG vergelijkbare interventies. Zo laat onderzoek naar eerdere versies van IAG al zien dat het programma effectief lijkt in het terugdringen van probleemgedrag en opvoedingsbelasting met overwegend middelgrote effecten die stabiel blijven over de jaren heen en op verschillende locaties optreden (Veerman, Janssens & Delicat, 2005;

Veerman, De Meyer & Roosma, 2007; Veerman & De Meyer, 2015). Belangrijkste verschil tussen de huidige IAG methodiek en de eerdere versies is dat er een verdere professionalisering heeft plaatsgevonden: de werkwijze is verder geprotocolleerd, er is een betere inbedding in de theorie en de competenties van de gezinsbehandelaars zijn verder gespecificeerd (en worden beter ondersteund d.m.v. opleiding, werkbegeleiding en praktische hulpmiddelen). Ook overzichtsstudies naar met IAG vergelijkbare interventies laten een positief beeld zien. Zo geven zowel Evenboer, Reijneveld & Jansen (2018) als Van Assen, Knot-Dickscheit, Post & Grietens (2019) een overzicht van de effecten van interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen in Nederland. Beide publicaties nemen daarbij ook onderzoek naar eerdere versies van IAG mee, evenals onderzoek naar programma's als Families First (specifiek voor gezinnen in een acute crisissituatie) en Gezin Centraal die – net als IAG - onder de noemer 'Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT)' vallen. IPT is specifiek gericht op gezinnen met complexe en meervoudige problemen en biedt intensieve hulp in de thuissituatie, veelal gericht op het versterken van de opvoedvaardigheden van de ouders. Het opbouwen van een goede werkrelatie met het gezin en het aansluiten bij en versterken van de krachten van het gezin staan daarbij centraal. De onderzoekers laten zien dat IPT programma's positieve effecten lijken te hebben op gedragsproblemen van kinderen en/of de opvoedstress van ouders, maar dat effectgroottes variëren van klein tot groot.

Overall conclusie

Uit een groot veranderingsonderzoek over meerdere jaren en meerdere locaties en een quasi-experimentele studie blijkt IAG tot een verbetering van het psychosociaal functioneren van het kind en opvoedbelasting van de ouder te leiden. Dit beeld wordt ondersteund door verschillende andere studies naar met IAG vergelijkbare interventies.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Praktische elementen

- IAG wordt uitgevoerd door goed opgeleide gezinsbehandelaars die worden ondersteund met (individuele en groepsmatige) werkbegeleiding en intervisie/casuïstiekbesprekingen;
- Gezinsbehandelaars hebben een passende caseload;
- Er vindt systematische monitoring van de hulp plaats met behulp van gevalideerde instrumenten

Inhoudelijke elementen

- De gezinsbehandelaar heeft een open, niet-veroordelende en positieve grondhouding, besteedt veel aandacht aan het opbouwen van een werkrelatie en het aansluiten bij de ervaringen, belevingen en wensen van de gezinsleden;
- De gezinsbehandelaar maakt een grondige analyse van de krachten en problemen in het gezin;
- De hulp is gericht op het versterken van de krachten en mogelijkheden van de gezinsleden en hun netwerk;
- De hulp kent een afgebakende tijdsduur, is intensief, gestructureerd en doelgericht en vindt plaats in de eigen leefomgeving van het gezin;
- De gezinsbehandelaar hanteert een multimodale aanpak, richt zich zowel op de kinderen, de ouders en het netwerk en pakt de problemen tegelijkertijd en in samenhang aan;
- De gezinsbehandelaar werkt met de gezinsleden aan nieuwe vaardigheden en nieuw gedrag;
- De gezinsbehandelaar werkt met de gezinsleden aan het verbeteren van de communicatie en de onderlinge relaties in het gezin;
- De gezinsbehandelaar helpt bij het versterken van de sociale steun rond het gezin;
- De gezinsbehandelaar helpt bij het versterken van het professionele netwerk rondom het gezin.

6. Aangehaalde literatuur

- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M, Bek, M.S., Damen, E.M., Asscher, J.J., & Laan, P.H. van der (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472-1479.
- Assen, A. van, Knot-Dickscheit, J., Post, W., & Grietens, H. (2019). Het effect van intensieve pedagogische thuishulp op kinduitkomsten, kindermishandeling en uithuisplaatsing: internationaal onderzoek. In J. Knot-Dickscheit, & E. J. Knorth (Eds.), *Gezinnen met meervoudige en complexe problemen: Theorie en praktijk* (pp. 332-356). Rotterdam: Lemniscaat.
- Baas, N.J. (2001). *Probleemouders, probleemkinderen? Een literatuurstudie van transgenerationele overdracht van problemen die tot kindbeschermingsmaatregelen (kunnen) leiden*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering*. Amsterdam: Pearson.
- Bartelink, C., Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.
- Bartelink, C., & Verheijden, E. (2015). *Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bodden, D. H., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name?. *Family process*, 55(1), 31-47.
- Broek, A. van den, Kleijnen, E. & Bot, S. (2012). Kwetsbare gezinnen in Nederland. In: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns Jeugd- en gezinszorg* (pp. 60-117). Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Daamen, W., Lekkerkerker, L., Verheijden, E., Bokhoven, I, van & Oudhof, M. (2016). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van Jeugd* (tweede druk). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Dagenais, C., Bégin, J., Bouchard, C., & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. *Children and Youth Services Review*, 26, 249-263.
- Damen, H., Veerman, J. W., Vermulst, A. A., van Pagée, R., Nieuwhoff, R., & Scholte, R. H. J. (2019). Parental empowerment and child behavioural problems during youth care. *Child & Family Social Work*, 24, 467-476.
- Damen, H., Veerman, J.W., Vermulst, A.A., Westerdijk, I. & Scholte, R. (under revision).

Parental empowerment and child behavioral problems in single and two-parent families during family centered care.

- Damen, H., Veerman, J.W., Vermulst, A.A., Nieuwhoff, R., Meyer, R.E. de, & Scholte, R.H.J. (2016). Parental empowerment: Construct validity and reliability of a Dutch empowerment questionnaire (EMPO). *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 424-436.
- Distelbrink, M., Pels, T. & Winkelman, C. (2017). *Waardenopvoeding in diversiteit. Het begint met een gesprek*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions?. *Children and Youth Services Review*, 88, 274-285.
- Ghesquière, P. (1993). *Multi-probleemgezinnen. Problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Greef, M. de, Pijnenburg, H. M., Hattum, M. J. C. van, McLeod, B. D., & Scholte, R. H. J. (2017). Parent-professional alliance and outcomes of child, parent, and family treatment: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 26, 961-976.
- Hattum, M. van (2018). *Samenwerken als uitdaging voor effectieve jeugd- en opvoedhulp*. Nijmegen: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.
- Hermanns, J. (2001). *Kijken naar opvoeding. Opstellen over jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Holwerda, A., Reijneveld, S.A. & Janssen, D.E.M.C. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Jongkind, A. & Braun, M. (2018). *De IAG-methodiek in de praktijk. Een onderzoek naar de mate waarin IAG programma getrouw wordt uitgevoerd*. Enschede: Hulp aan Huis & Saxion.
- Kann-Weedage, D., Zoon, M., Addink, A., van Boven, J., Berger, M. & de Wilde, E.J. (2017). *Aantal en kosten van multiprobleemgezinnen in Almelo*. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.
- Klerk, M. de, Prins, M., Verhaak, P., & van den Berg, G. (2012). *'Zorgen voor meervoudige problemen. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies "De bomen en het bos: de patient, zijn vraag en het landschap"'*. Den Haag: RVZ.
- Lee, B. R., Ebesutani, C., Kolivoski, K. M., Becker, K. D., Lindsey, M. A., Brandt, N. E., ... & Barth, R. P. (2014). Program and practice elements for placement prevention: A review of interventions and their effectiveness in promoting home-based care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(3), 244.
- Montfoort, A. van (2012). *Kinderbescherming: de terugkeer van de burger. Mulock Houwer-lezing*. Utrecht/Woerden/Leiden: Nederlands Jeugdinstituut/ VanMontfoort/ Kinderrechtenhuis.

- Montfoort, A. & Beukering, R. (2014). *De werkwijze van SAVE. Jeugdbescherming en de aanpak van huiselijk geweld in Utrecht*. Woerden/Utrecht: VanMontfoort/Bureau Jeugdzorg Utrecht.
- NJi (2019, februari). Dossier multiprobleemgezinnen, 'Risicofactoren.' Geraadpleegd van www.nji.nl/multiprobleemgezinnen.
- Prins, P., Bosch, J. & Braet, C. (2011). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rooijen, K. van (2019). *Methodiekhandleiding IAG*. Landelijk platform IAG 'Elk jaar bewezen beter.'
- Rooijen, K. van, Berg, T., & Bartelink, C. (2018). *Wat werkt bij de aanpak van kindermishandeling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Schamhart, R. & Colijn, J. (2012). *Greep op wraparound care: Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Simons-Karels, A. & Verduijn, K. (2013). Het werkveld en de werkzaamheid van de Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding. In Noordegraaf, M. & Vierwind, G. (red.). *Hulpverlening aan jeugd en gezin. Systeemgericht werken met adolescenten* (pp. 49-66). Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Slot, N.W., Theunissen, A., Esmeijer, F.J. & Duivenvoorden, Y. (2002). *909 Zorgen. Een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Smulders, N., Hooghiemstra, E., & van Nieuwenhuizen, C. (2018). Inzetten op empowerment van ouders in de gedwongen jeugdzorg. *Pedagogiek*, 38(1), 75-96.
- Sams, G.J., Dekovic, M., Buist, K. & Vries, L. de (2006). Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: een meta-analyse. *Gedragstherapie*, 39, 2, 81-94.
- Sams, G.J.J.M., Top-van der Eem, M., Limburg, S., Vugt, E.S. van & Laan, P.H. van der (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij. Onderzoek naar de invloed van de Deltamethode Gezinsvoogdij op het verloop van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Steege, M. van der (2007). Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. Naar een gouden standaard. *Jeugd en Co Kennis*, 4, 23-36.
- Steege, M. van der & Zoon, M. (2017). *Richtlijn Multiprobleemgezinnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.
- Steege, M. van der, Ligtermoet, I., Lekkerkerker, L. & Vliet, E. van der (2013). *Methodiekhandleiding IAG*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Suter, J. & Burns, E. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: A meta-analysis. *Clinical Child Family Psychology Review*, 12, 336-351.

- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics, and care services. *Child & Youth Services, 37*(1), 4-22.
- Vanderfaellie, J., Damen, H., Van Holen, F., Pijnenburg, H., & De Maeyer, S. (2015). Pleegzorg en empowerment: (on)verzoenbaar? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 54*, 488-503.
- Veerman, J.W. & Meyer, R.E. de (2019). Meer zicht op effectiviteit IAG. Analyse van uitkomsten 2009-2019. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J. W., & Meyer, R. E. de (2015). Consistency of outcomes of home-based family treatment in The Netherlands as an indicator of effectiveness. *Children and Youth Services Review, 59*, 113-119.
- Veerman, J.W., Janssen, J., Kroes, G., Meyer, R. de, Nguyen, L. & Vermulst. A. (2012). *Vragenlijst Gezinsfunctioneren volgens Ouders. Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J.W., Meyer, R.E. de & Roosma, A.H. (2007). Effectonderzoek aan huis; opzet en uitkomsten van het onderzoek van de Hulp aan Huisprogramma's in Noord- En Oost-Nederland. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 46*, 155-168.
- Veerman, J.W., Janssens, J. & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek, 25* (2), 176-196.
- Verhallen, T. (2013). *Gezinsinterventies bij Nederlandse en Nederlands Curaçaose 'multi-probleem' gezinnen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Verheijden, E., & Lange, M. de (2016). *Wat werkt bij integrale jeugdhulp?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R. de, Nguyen, L. & Veerman, J.W. (2012). *Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Visscher, L., Jansen, D.E.M.C., Scholte, R.H.J., van Yperen, T.A., Evenboer, K.E., & Reijneveld, S.A. (2020). *Elements of care that matter: A qualitative study on the perspectives of families with multiple problems*. Manuscript in preparation.
- Weerman, A. (2006). *Zes psychologische stromingen en één cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. In *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Springer, Boston, MA.

Websites

- <https://solutionsdoc.co.uk/sfbt-evaluation-list/>
www.nji.nl/multiprobleemgezinnen
www.aseba.nl

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

