



instituut gak



umcg

De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen:

een overzicht

Dr. A. Holwerda
Dr. D.E.M.C. Jansen
Prof. Dr. S.A. Reijneveld

De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: een overzicht



Universitair Medisch Centrum Groningen

Groningen, januari 2014

Colofon

Titel: De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen:
een overzicht

ISBN: 978-90-367-6839-9

Financiering: Dit onderzoek is tot stand gekomen via de subsidieregeling van Instituut Gak

Auteurs: dr A. (Anja) Holwerda
prof. dr S.A. (Menno) Reijneveld
dr D.E.M.C. (Daniëlle) Jansen

Met dank aan: Truus van Ittersum

Uitgave: Universitair Medisch Centrum Groningen
Rijksuniversiteit Groningen
Afdeling Gezondheidswetenschappen/
Sociale Geneeskunde

Adres: Postbus 196
9700 AD Groningen

Telefoon: (050) 363 2860

Email: a.holwerda01@umcg.nl / d.e.m.c.jansen@umcg.nl

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	5
1.1	Achtergrond en probleemstelling.....	5
1.2	Doelstelling van het onderzoek.....	5
1.3	Leeswijzer.....	6
2.	Methoden.....	7
2.1	Inleiding.....	7
2.2	Literatuuronderzoek wetenschappelijke literatuur.....	7
2.3	Synthese van de grijze literatuur.....	10
2.4	Expertmeeting.....	11
3.	Wat zijn multiprobleemgezinnen.....	12
3.1	Inleiding.....	12
3.2	Problemen die multiprobleemgezinnen ondervinden.....	12
3.3	Veelvoorkomende profielen van multiprobleemgezinnen.....	13
3.4	Conclusie: Wat zijn multiprobleemgezinnen?.....	14
4.	Interventies voor multiprobleemgezinnen: wetenschappelijke literatuur.....	16
4.1	Beschikbare interventies.....	16
4.2	Uitkomstmaten in effectiviteitsstudies.....	16
4.3	Effectiviteit van interventies.....	16
4.4.	De rol van de casemanager.....	17
4.5	<i>Out-of-the-box</i> interventies.....	18
4.6	Kosteneffectiviteit van interventies.....	18
4.7	Effectiviteitsbevorderende kenmerken van interventies.....	19
4.8	Effectiviteitsbelemmerende kenmerken van interventies.....	20
4.9	Resultaten vanuit de geïncludeerde systematische reviews.....	20
4.10	Conclusie.....	21
4.11	Referenties.....	23
5.	Interventies voor multiprobleemgezinnen: synthese grijze literatuur.....	24
5.1	Inleiding.....	24
5.2	Veelbelovende elementen van interventies beschreven in de grijze literatuur.....	24
5.2.1	<i>Effectiviteitsbevorderende kenmerken van interventies</i>	25
5.2.2	<i>Kenmerken van de professional</i>	27

5.2.3	<i>Kenmerken van de betrokken instanties</i>	30
5.2.4	<i>Kenmerken van het multiprobleemgezin</i>	30
5.3	Effectiviteitsbedreigende kenmerken van interventies	31
5.3.1	<i>Kenmerken van het gezin</i>	31
5.3.2	<i>Kenmerken van de professional</i>	31
5.3.3	<i>Kenmerken van de instanties</i>	32
5.4	Aandachtspunten bij de uitvoering van interventies	33
5.5	Conclusie	34
6.	Resultaten Expertmeeting d.d. 5 juli 2013.....	38
7	Conclusies en discussie	40
	Referenties	44
Bijlage 1	Formulier Kwaliteitsbeoordeling wetenschappelijke literatuur	49
Bijlage 2	Deelnemers Expertmeeting “De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen”	52
Bijlage 3	Verslag Expertmeeting “De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen”	53
Bijlage 4	Definities van Multiprobleemgezinnen	62
Bijlage 5	Overzicht geïnccludeerde artikelen in systematische review Effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen	66
Bijlage 6	Overzicht geïnccludeerde intervention reviews m.b.t. effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen	77

1. Inleiding

1.1 Achtergrond en probleemstelling

Multiprobleemgezinnen ervaren problemen op verschillende leefgebieden, van sociaaleconomische achterstanden en psychosociale problemen tot huiselijk geweld en criminaliteit. Daarnaast veroorzaken multiprobleemgezinnen regelmatig overlast in hun omgeving, met een negatief effect op de leefbaarheid in hun buurt.

Het aantal multiprobleemgezinnen in Nederland is onbekend, er zijn geen harde prevalentiegegevens beschikbaar. Geschat wordt dat in landelijke gebieden 1,5% van de gezinnen multiprobleem is en in stedelijke gebieden 3,5% (1). Er zijn wel lokale cijfers bekend (Provincie Groningen, Rotterdam, Amsterdam, etc.) maar er is geen landelijk overzicht. Een belangrijk kenmerk van multiprobleemgezinnen is de financiële problematiek: gezinnen leven vaak van een uitkering en hebben meestal schulden. Uit CBS cijfers blijkt dat het aantal huishoudens dat (zeer) moeilijk kan rondkomen van het huishoudinkomen is gestegen van 9% procent in 2000 naar 13% in 2010 (2). Het aantal huishoudens dat langdurig in armoede verkeert, bedroeg 5,9% in 2010 (2). Een ander kenmerk van multiprobleemgezinnen is sociale isolatie. In 2010 voelde 10% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar of ouder zich geïsoleerd volgens het CBS (2). De problemen van deze multiprobleemgezinnen hebben aanzienlijke consequenties voor de gezondheid, de leefbaarheid en de participatie van deze gezinnen.

Om multiprobleemgezinnen te helpen om hun problemen op te lossen en de consequenties hiervan te verminderen, zijn er interventies voor multiprobleemgezinnen beschikbaar. Het is echter onduidelijk wat de effectiviteit van deze interventies is. Er zijn wel studies over de effectiviteit van interventies gericht op één specifiek probleem beschikbaar. Multiprobleemgezinnen vormen vaak – impliciet – een onderdeel van een grotere groep (bijv. gezinnen waarin mishandeling plaatsvindt, gezinnen met een kind met delinquent gedrag, etc.). Een overzicht van de effecten van interventies op het gehele brede scala aan en met elkaar verweven problemen van multiprobleemgezinnen ontbreekt echter (3). Daarnaast is onbekend wat het effect is van gecombineerde interventies op verschillende deelterreinen die tot doel hebben de multiproblematiek van deze groep aan te pakken. Ook is de werkzaamheid van de verschillende componenten van interventies onbekend.

Daarnaast ontbreekt het aan kennis over het effect van interventies op de verschillende uitkomst domeinen, bijvoorbeeld participatie van gezinsleden, financiële situatie en woonsituatie, die relevant zijn voor multiprobleemgezinnen. Eveneens is weinig bekend over de kosteneffectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen. Tenslotte is niet duidelijk welke risicofactoren en barrières in de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen bestaan.

Het is dan ook van belang de beschikbare kennis over de problematiek rond en hulpverlening aan multiprobleemgezinnen in kaart te brengen en een overzicht te geven van de beschikbare *evidence-based* interventies gericht op het voorkomen en reduceren van problematiek bij multiprobleemgezinnen.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van deze programmeringsstudie is het bieden van een overzicht van de beschikbare kennis over de problematiek rond en hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Daarnaast biedt de studie een overzicht van de beschikbare *evidence-based* interventies gericht op het voorkomen en reduceren van problematiek bij multiprobleemgezinnen. Op basis van dit overzicht en inzicht wordt een voorstel gedaan voor een veelbelovende en kansrijke interventie. Tevens worden

aandachtspunten geformuleerd voor wetenschappelijk onderzoek. Tenslotte worden concrete adviezen gegeven voor de aanpak van kennishiaten die uit de programmeringsstudie naar voren zijn gekomen.

Hiervoor zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:

- 1) Wat zijn multiprobleemgezinnen?
 - a. Welke problemen ondervinden multiprobleemgezinnen?;
 - b. Welke combinatie van problemen ondervinden multiprobleemgezinnen doorgaans (m.a.w. wat zijn veel voorkomende 'profielen' van multiprobleemgezinnen)?;
 - c. Wanneer is een multiprobleemgezin geen multiprobleemgezin meer?
- 2) Wat wordt verstaan onder interventies voor multiprobleemgezinnen?
 - a. In welke categorieën of soorten zijn de interventies in te delen?
- 3) Welke uitkomstmaten hanteert men in studies naar effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen?
 - a. Welke relevante uitkomstmaten ontbreken of zijn onderbelicht in effectiviteitsstudies bij multiprobleemgezinnen?
- 4) Wat is de effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen?
 - a. Zijn er categorieën of soorten interventies die onderbelicht zijn in effectiviteitsonderzoeken en zo ja, welke zijn dat?
 - b. Welke combinatie van interventies levert de meeste effectiviteit op voor multiprobleemgezinnen?
 - c. Zijn er interventies in de literatuur beschreven waarbij een expliciete rol van een *casemanager* is weggelegd? En zo ja, wat is de *evidence* van dergelijke interventies?
 - d. Welke 'niet-voor-de-hand-liggende' interventies (*out-of-the-box* interventies) worden beschreven in de literatuur? Wat is de *evidence* van dergelijke interventies?
 - e. Wat is bekend over de kosteneffectiviteit van interventies?
- 5) Wat zijn kenmerken c.q. voorwaarden van interventies die zorgen voor een hogere effectiviteit (op basis van de Taxonomy of care for youth (Tocfy) (Evenboer, Huyghen, Tuinstra, Knorth & Reijneveld, 2012)?
- 6) Welke risicofactoren en barrières voor interventies (zowel vanuit gezinsperspectief als vanuit hulpverlenersperspectief) worden in de literatuur beschreven?

Bovenstaande vragen worden in de volgende hoofdstukken beantwoord.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van de programmeringsstudie beschreven. De problemen en definities van multiprobleemgezinnen worden in hoofdstuk 3 benoemd. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de systematische review van de wetenschappelijke literatuur beschreven. De resultaten van de synthese van de grijze literatuur worden in hoofdstuk 5 beschreven. In hoofdstuk 6 worden de resultaten uit de expertmeeting beschreven. Tenslotte volgen in hoofdstuk 7 de conclusies, discussie en aanbevelingen.

2. Methoden

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven die tijdens dit onderzoeksproject is gevolgd om inzicht te verwerven in de problematiek rond en hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Deze methode bestond uit een aantal stappen. Ten eerste heeft door middel van een exploratief literatuuronderzoek afbakening van het onderwerp van de studie plaatsgevonden. Vervolgens is een systematische review van de effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen uitgevoerd, gebaseerd op de zoektermen die resulteerden uit het exploratieve literatuuronderzoek. Op basis van de systematische review zijn bovendien determinanten van de effectiviteit van interventies geïdentificeerd. Daarnaast is de grijze literatuur met betrekking tot interventies voor multiprobleemgezinnen geïnventariseerd om een beeld te krijgen van potentieel werkzame elementen en de randvoorwaarden voor effectiviteit van interventies. Tenslotte is een expertmeeting georganiseerd en zijn de uitkomsten van de literatuurstudie voorgelegd aan deskundigen die beschikken over uitgebreide en veelzijdige expertise op het gebied van multiprobleemgezinnen.

In paragraaf 2.2 wordt de zoekmethode beschreven voor de systematische review van de wetenschappelijke literatuur op het gebied van de problematiek rond en hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. De zoekmethode voor het literatuuronderzoek betreffende de grijze literatuur wordt in paragraaf 2.3 weergegeven. Tenslotte wordt in paragraaf 2.4 beschreven op welke manier de expertmeeting is georganiseerd.

2.2 Literatuuronderzoek wetenschappelijke literatuur

Voor de systematische review is een zoekactie in meerdere elektronische literatuurbestanden uitgevoerd zoals: MEDLINE, Embase, ERIC, PsychInfo, SOCIndex, Web of Knowledge en de databases van de Campbell Collaboration en de Cochrane Collaboration. Hiervoor is gebruik gemaakt van MESH-termen en onderliggende termen en vrije tekst woorden, gekozen op basis van een exploratieve bestudering van de literatuur. Voor de gebruikte zoektermen, zie tabel 2.1. Vervolgens zijn de referenties van de gevonden effectstudies geraadpleegd voor eventuele nog niet eerder gevonden studies. Voor de resultaten van de zoekactie, zie figuur 2.1. De zoekactie is uitgevoerd door een bibliothecaris in samenwerking met de hoofdonderzoeker.

Afbakening zoekterrein

Als onderdeel van de zoekstrategie is voor de volgende afbakening van het zoekterrein gekozen.

Type studies

- Te includeren studies naar de effectiviteit van interventies zijn originele (empirische) studies naar de effecten van één of meerdere interventies voor multiprobleemgezinnen of reviews of meta-analyses van interventies ingezet voor multiprobleemgezinnen;
- Te includeren studies naar de effectiviteit van interventies moeten een design hebben waarin participanten in een experimentele conditie (de interventieconditie) worden vergeleken met die in een controlegroep (de controleconditie), bijvoorbeeld een Randomized Controlled Trial (RCT) of een quasi-experimenteel design;

Tabel 2.1: Terminologie zoek strategie (* = afgekort)

Termen gelinked aan	MeSH*	Vrije tekst woorden
Populatie	Child welfare	Multi-problem and famil* Multiproblem and famil* Multi-stressed and famil* Dysfunctional famil* Disadvantaged famil* Deprived famil* Multi-challenged famil* Social marginal* and famil* Child welfare and famil* Child protection and famil*
Interventie	Intervention Studies Program Evaluation Therapeutics Community (health) services Family intervention Family preservation Human services programs - evaluation	Intervention and famil* Program(me) and famil* Treatment and famil* Training and famil* Family therapy Service(s) and famil* Family preservation (program/services) Homebuilders Families First Parents Under Pressure SafeCare Family partnership model Home-based services In-home services Home-visit&
Onderzoeks-design	Intervention Studies Control Groups Quasi-experimental Design	Intervention studies Randomized controlled trials Clinical trials Quasi-experimental Case-control Control group Controlled Control Randomised / randomized

Type populatie

- Uit de studie moet duidelijk worden dat de populatie (deels) multiprobleemgezinnen betreft, waarbij sprake is van minimaal één volwassene en één kind en waarbij meerdere problemen spelen op verschillende leefgebieden;

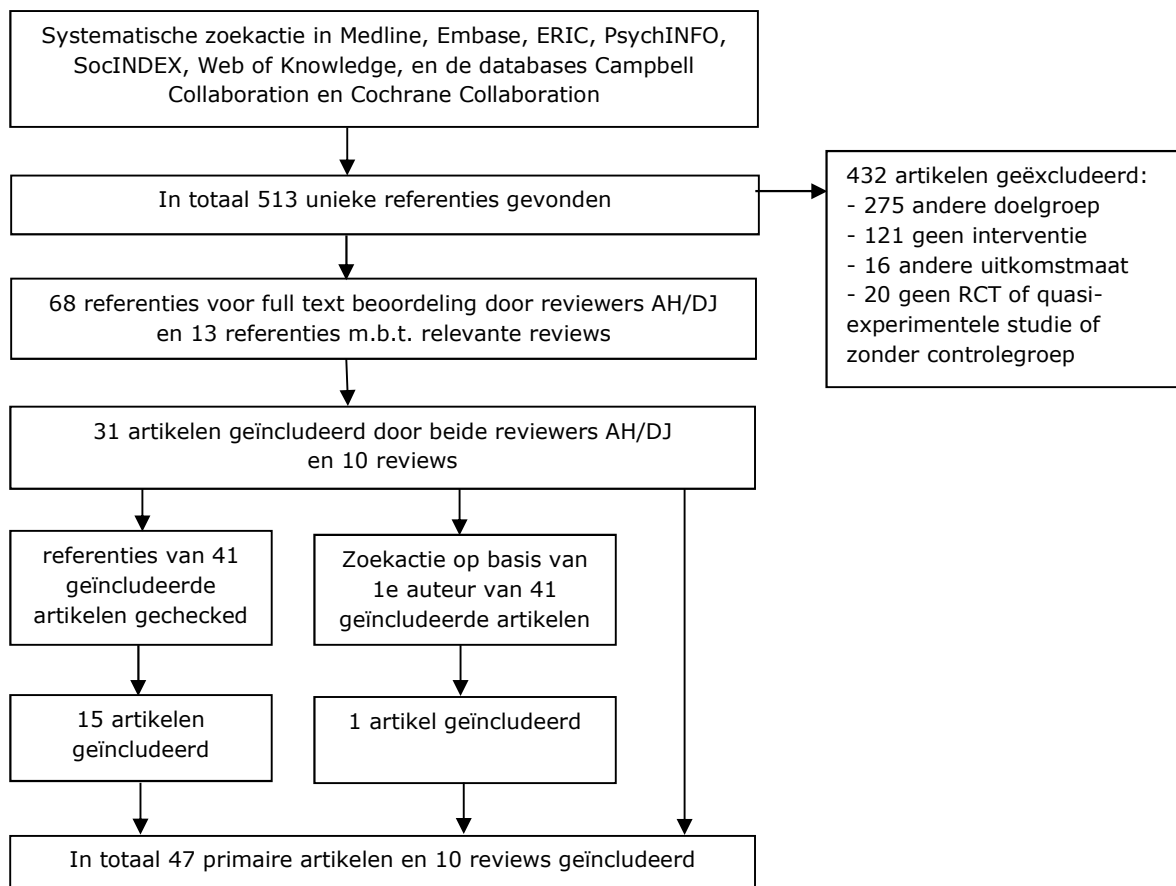
Type interventies

- De interventie moet multifacet zijn en zowel gericht zijn op de ouder(s) als het kind/de kinderen in het gezin en gericht op verschillende problemen/leefgebieden. Studies met betrekking tot interventies die zich richten op één gezinslid (bijv. jongere met antisociaal

gedrag) zijn geëxcludeerd. Studies met betrekking tot interventies die zich richten op één probleem (bijv. alcoholmisbruik) zijn ook geëxcludeerd;

Type artikelen

- Literatuur is gepubliceerd in de periode 2000 – februari 2013;
- De literatuur moet zijn geschreven in een gangbare taal (Nederlands, Engels, Duits of Frans). Literatuur uit het buitenland die niet in het Engels is geschreven wordt alleen geïncludeerd indien deze van een Engelstalig abstract is voorzien.



Figuur 2.1: Stroomschema systematische review wetenschappelijke literatuur

Kwaliteitstoetsing

Ten behoeve van het beantwoorden van de vraagstellingen met betrekking tot de effecten van interventies is de kwaliteit van de gevonden literatuur beoordeeld. Deze kwaliteitstoetsing heeft plaatsgevonden op basis van bestaande beoordelingscriteria, zie bijlage 1.

De geïncludeerde literatuur is eerst op basis van titel en abstract (op relevantie) beoordeeld door twee beoordelaars (AH en DJ), onafhankelijk van elkaar. Bij verschil van inzicht vond een discussie plaats om tot overeenstemming te komen; dit leidde in alle gevallen tot overeenstemming. Het was daarom niet nodig om de derde persoon de doorslag te laten geven (MR).

2.3 Synthese van de grijze literatuur

Aanvullend op de rapporten en artikelen die al via de literatuursearch waren geïdentificeerd, werd voor het vinden van niet-wetenschappelijke literatuur, de zogenoemde grijze literatuur in de vorm van zowel internationale als Nederlandstalige artikelen, (interne) rapporten en beleidsstukken, een search via internet (Google) uitgevoerd op basis van de zoektermen 'multiproblem' en 'multiprobleem'. Daarnaast zijn verschillende websites op internet doorzocht, waaronder websites van het Nederlands Jeugd Instituut, ZonMw, CBS, OECD, Europese Unie en WHO. Er werd gezocht in de periode van 7 januari 2013 tot en met 28 februari 2013. Alleen artikelen, rapporten en beleidsstukken gepubliceerd vanaf het jaar 2000 werden geïncludeerd.

Daarnaast zijn van de volgende tijdschriften de jaargangen van januari 2000 tot februari 2013 geraadpleegd:

- Tijdschrift voor Orthopedagogiek
- Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG)
- Tijdschrift Onderzoek & Praktijk
- Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen (NTZ)

Ook is de literatuur uit eerdere nationale overzichten, zoals de Programmeringsstudie Jeugdzorg, geraadpleegd (Boendermaker et al., 2007). Tenslotte zijn de referenties van de gevonden rapporten en artikelen geraadpleegd voor eventuele nog niet eerder gevonden relevante literatuur.

Selecteren van relevante literatuur

Voor de grijze literatuur zijn de volgende inclusiecriteria opgesteld:

- De literatuur heeft betrekking op multiprobleemgezinnen en er is een duidelijke beschrijving van de kenmerken van multiprobleemgezinnen gegeven;
- De literatuur heeft betrekking op een interventie voor multiprobleemgezinnen en is gericht op zowel ouder als kind en op problemen op meerdere leefgebieden;
- De literatuur beschrijft de effecten van de betreffende interventie voor multiprobleemgezinnen;
- De literatuur is gepubliceerd binnen het tijdvak 2000 – februari 2013;
- De literatuur is geschreven in het Nederlands of Engels.

Ieder gevonden document werd aan de hand van deze selectiecriteria beoordeeld op potentiële relevantie voor deze literatuurstudie.

Beoordeling kwaliteit van de grijze literatuur

De grijze literatuur bestaat uit niet-wetenschappelijk gepubliceerde documenten. Dit houdt in dat de onderzoeksresultaten die in deze artikelen en rapporten worden beschreven niet zijn getoetst door vakgenoten of medeonderzoekers zoals dat bij wetenschappelijke publicaties gebruikelijk is. Er heeft dus geen onafhankelijke beoordeling plaatsgevonden of het document aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet. Omdat er bovendien weinig effectiviteitsstudies binnen de grijze literatuur voorkwamen, is de grijze literatuur met name benut om de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur aan te vullen.

Opbrengst zoekstrategie

Internationaal

Op de website van OECD zijn negen potentieel relevante documenten gevonden, op de website van WHO zijn vier documenten en op de website van de Europese Unie is één document gevonden. Daarnaast zijn nog 23 internationale rapporten van instanties, overheden en organisaties gevonden.

Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn in totaal 13 internationale rapporten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur.

Nationaal

Op de website van Nederlands Jeugd Instituut zijn 42 potentieel relevante documenten gevonden, op de website van ZonMw zeven documenten, op de website van het CBS één document en op de website van het Verwey-Jonker Instituut vijf documenten. Daarnaast zijn er nog 30 diverse potentieel relevante nationale documenten gevonden in de algemene internet search. Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn uiteindelijk 14 nationale documenten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur.

Regionaal en lokaal

In de algemene internet search zijn zeven potentieel relevante documenten met betrekking tot Amsterdam gevonden, drie met betrekking tot Rotterdam, twee met betrekking tot Utrecht en drie met betrekking tot Groningen. Daarnaast zijn nog verschillende provinciale rapporten gevonden: één met betrekking tot Friesland, twee met betrekking tot Gelderland, twee met betrekking tot Overijssel en twee met betrekking tot Zuid-Holland. Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn in totaal 15 regionale/lokale rapporten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur.

2.4 Expertmeeting

Voorafgaand aan het formuleren van een definitief voorstel voor een te implementeren interventie is een bijeenkomst georganiseerd met deskundigen die beschikten over uitgebreide en veelzijdige expertise op het gebied van multiprobleemgezinnen. Voor een overzicht van de experts die aanwezig waren tijdens de expertmeeting, zie bijlage 2.

Tijdens deze expertmeeting, die heeft plaatsgevonden op 5 juli 2013, zijn de eerste resultaten van de systematische review van de wetenschappelijke literatuur gepresenteerd. Het doel van de expertmeeting was tweeledig. Enerzijds ging het om het valideren van de uitkomsten die uit de literatuurstudie naar voren waren gekomen. Anderzijds zijn de implicaties voor de te implementeren interventie tijdens de expertmeeting besproken. De resultaten van de expertmeeting worden in hoofdstuk 3 beschreven. Bijlage 3 bevat een volledig verslag.

Programma van de expertmeeting

De expertmeeting startte met een presentatie over het onderzoek en de resultaten van het literatuuronderzoek. Het tweede deel van de expertmeeting bestond uit een plenaire discussie naar aanleiding van de eerder genoemde onderwerpen met het focus op kennisleemten en de implicaties van de gevonden resultaten voor de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen.

Analyse

De geluidsopname van de expertmeeting is letterlijk uitgeschreven. Deze transcriptie is geanalyseerd door de onderzoekers en de resultaten zijn verwerkt in een verslag dat aan de experts is toegestuurd. Een samenvatting van de resultaten wordt weergegeven in hoofdstuk 6.

3. Wat zijn multiprobleemgezinnen

3.1 Inleiding

De term multiprobleemgezinnen wordt veelvuldig en steeds meer gebruikt voor gezinnen met meerdere problemen op verschillende leefgebieden.

Op basis van zowel de wetenschappelijke als de grijze literatuur is een inventarisatie gemaakt van wat er onder multiprobleemgezinnen wordt verstaan. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- a. Welke problemen ondervinden multiprobleemgezinnen? (paragraaf 3.2);
- b. Welke combinatie van problemen ondervinden multiprobleemgezinnen doorgaans (m.a.w. wat zijn veel voorkomende 'profielen' van multiprobleemgezinnen)? (paragraaf 3.3);
- c. Wanneer is een multiprobleemgezin geen multiprobleemgezin meer? (paragraaf 3.4).

3.2 Problemen die multiprobleemgezinnen ondervinden

In de literatuur worden veelvuldig problemen op verschillende leefgebieden benoemd, die voorkomen bij multiprobleemgezinnen of op basis waarvan multiprobleemgezinnen worden onderscheiden van andere gezinnen. In deze paragraaf worden zowel de problemen, zoals beschreven in de wetenschappelijke literatuur als de problemen benoemd in de grijze literatuur beschreven.

Problemen van multiprobleemgezinnen beschreven in de wetenschappelijke literatuur

In de wetenschappelijke literatuur worden de volgende probleemgebieden bij multiprobleemgezinnen onderscheiden:

- *Sociaaleconomische problemen:*
Financiële problemen (4-9), werkloosheid (10-19), laag opleidingsniveau/geen opleiding (4,6,7,9,12-14,16-18,20-22), armoede (6,13,14,16,23-28), schulden, laag inkomen (4,7,9,14,17,21,22,28-31), uitkeringsafhankelijk (7,15,17,20,24,25), beperkte toegang tot noodzakelijke middelen (28), gebrekkige of instabiele huisvesting / dakloosheid (4-6,9,11,13,24,32,33), wonend in achterstandswijk (11,12,21,27-29,34-37), criminaliteit (15,28).
- *Psychosociale problemen:*
Gedragsproblemen en/of emotionele problemen (13,21,29,30,36-38), agressie buitenshuis (32), antisociaal gedrag (25), drugs en/of alcohol misbruik (4,5,7-9,13-15,21,23-26,32,33,35,36,39-44), fysieke of mentale beperkingen (26), ontwikkelingsstoornissen (26), verstandelijke beperkingen (17), fysieke of psychische gezondheidsproblemen/aandoeningen van ouder(s)/ angst/depressie (4,5,9,12-15,21,23-26,32,33,35,36,39,41,42,44), huiselijk geweld (4,5,7-9,13,23,25,32,33,35,40,41,43,44), misbruik ouder (4,9,12,24,35,43,44), beschadigde familierelaties en scheiding (45), gebrek aan sociale steun (5,7,8,24,35), sociale isolatie (4,5,9,11-13,29,33), gebrekkige sociale vaardigheden (40), tienerzwangerschap (4,7-10,10,12,13,19,46), ouderlijke insluiting (in de gevangenis) (13,32).
- *Opvoedingsproblemen:*
Problemen met opvoeding (5,36,38), gebrekkige opvoedingsvaardigheden (7,8,18,45), gebrekkige ontwikkeling en gezondheid kind (45), verwaarlozing kind(eren) (31), kindermishandeling (6,12,14,25,26,34,38-42,47,48) en uithuisplaatsing kind (15,22,26,40,45).

Problemen van multiprobleemgezinnen beschreven in de grijze literatuur

In de grijze literatuur worden de problemen van multiprobleemgezinnen vaak aan de hand van leefgebieden beschreven. Multiprobleemgezinnen ervaren vaak problemen op verschillende leefgebieden (49,50):

- Het voeren van een huishouding (regelmaat, hygiëne, verantwoorde voeding, financiën, huisvesting, e.d.) (1,49-54);
- De maatschappelijke positie ((in)formele contacten met eigen familie en buurt, school e.d.) (50,51,54);
- De partnerrelatie (onderlinge spanningen en conflicten, echtscheiding of wisselende en onduidelijke relaties en/of geweld binnen relatie) (1,49-54);
- Het welzijn van de individuele leden van het gezin (depressies, psychiatrische problemen, verslavingen, minder begaafdheid) (1,49-54);
- Het opvoeden van kinderen (pedagogisch onvermogen, verwaarlozing, mishandeling) (1,50-54).

Bovenstaande veelvoorkomende problemen vormen vaak de kern van de definities van multiprobleemgezinnen. De kenmerken van de in de literatuur gevonden definities worden in de volgende paragraaf weergegeven.

3.3 Veelvoorkomende profielen van multiprobleemgezinnen

Om te onderzoeken welke combinatie van problemen multiprobleemgezinnen doorgaans ondervinden en wat veel voorkomende 'profielen' van multiprobleemgezinnen zijn is gekeken naar de definities die in de wetenschappelijke en in de grijze literatuur worden gegeven voor multiprobleemgezinnen.

Definities in de wetenschappelijke literatuur

In de wetenschappelijke literatuur wordt een aantal definities gegeven voor multiprobleemgezinnen (zie bijlage 4). In het algemeen gaan de definities uit van meerdere problemen (55,56) op verschillende leefgebieden, die vaak chronisch van aard zijn (57) waarbij sprake is van chaos (58) en stress (7,55,56,59). De gezinnen worden ook wel kwetsbaar (4,9), 'multi-stressed' (55,59) of 'multi-challenged' genoemd (59). De omgeving is vaak ongunstig voor de ontwikkeling van kinderen (18,59).

Als voorbeelden van de verschillende problemen worden vaak verslaving (4,7,9,23,24,55,56)(60)(60), gebrekkig gezinsfunctioneren (7,58), antisociaal gedrag (57), huiselijk geweld (4,7,9,23,56), (psychische) gezondheidsproblemen (4,9,23,24,55,56) en kindermishandeling (5,14,22,25,26,42,44,56), maar ook problemen met huisvesting (4,9,24), financiële problemen (4,7,9,18,24) en gebrek aan sociale steun (4,7,9,24) genoemd.

In het algemeen worden gezinnen met een risico op kindermishandeling ook als multiprobleemgezin gezien (23,24).

Definities in de internationale grijze literatuur

In de internationale grijze literatuur worden de multiprobleemgezinnen ook gedefinieerd op basis van de veelheid en complexiteit van de problemen die ze ervaren (61-64). Daarbij worden de volgende veelvoorkomende problemen genoemd: financiële problemen (61,64), werkloosheid (62,65-67)(65)(65), huiselijk geweld/kindermishandeling (61,63,64,68), (psychische) gezondheidsproblemen (61,63,64,66), verslaving (61,63,64,68), antisociaal gedrag (64-68), problemen met huisvesting (61,65) en sociale isolatie (63).

Definities in de nationale grijze literatuur

In de nationale grijze literatuur worden de multiprobleemgezinnen ook gedefinieerd op basis van de veelheid en complexiteit van de sociaaleconomische en psychosociale problemen die ze ervaren (49,50,52,69,70). De problemen zijn doorgaans onderling sterk verweven (1,50,52,69) en chronisch van aard, dat wil zeggen dat ze vaak al lang bestaan (minstens een jaar zonder uitzicht op verbetering) (1,50,52,69). Door deze chroniciteit is er ook regelmatig sprake van transgenerationaliteit, dat wil zeggen dat de problemen van generatie op generatie worden doorgegeven (1,50,52). Ghesquière (1993) voegt daaraan toe dat betrokken hulpverleners vinden dat een gezin pas een multiprobleemgezin is als het weerbarstig is voor hulp, waarmee wordt bedoeld dat hulp door het gezin wordt afgewezen of eerdere hulp voortijdig door het gezin is afgebroken (71) (zie ook (1,49,50)). Een ander kenmerk is dat de draagkracht van het gezin niet meer in balans is met de draaglast (49,50) en dat de gezinsleden niet in staat zijn tot het ontwikkelen en voeren van een adequate regie ten aanzien van de beheersing of oplossing van het complex aan problemen, waardoor deelname aan de samenleving en de arbeidsmarkt problematisch is (69).

Daarnaast wordt in de Nederlandse grijze literatuur ook de term 'risicogezin' gebruikt voor zogenaamde multiprobleemgezinnen. Het Ministerie van VWS heeft in 2004 een 'risicogezin' als volgt gedefinieerd: "een risicogezin heeft problemen met gezinsmanagement, meervoudige problemen, een zwakke regie op de eigen problemen (gezinsonmacht) en is vaak van allochtone afkomst" (72). Het toenmalige NIZW (thans NJI) hanteert de volgende indicatoren voor risicogezinnen (1):

- risicogezinnen zijn veelal zorgmijders;
- professionals constateren opvoedingsonmacht;
- er is sprake van schoolverzuim, contacten met leerplicht en/of justitie;
- er is sprake van schulden;
- de gezinnen zijn vaak overbelast;
- de problemen zijn intergenerationeel.

3.4 Conclusie: Wat zijn multiprobleemgezinnen?

Op basis van bovenstaande problemen en definities is voor dit onderzoek gekozen voor de volgende definitie van een multiprobleemgezin:

Het gaat om een gezin met minstens één volwassene en minstens één kind van 0-16 jaar, die samen leven in een gezamenlijk huishouden en problemen hebben op minstens twee van onderstaande drie kernprobleemgebieden (1), waarbij in ieder geval opvoedingsproblematiek een rol speelt. De onder de kernprobleemgebieden genoemde voorbeelden van de problemen worden veelvuldig genoemd in zowel de wetenschappelijke als de grijze literatuur.

1. Problemen op sociaaleconomisch gebied, zoals:

financiële problemen/laag inkomen/armoede, werkloosheid, laag opgeleid of niet afgemaakte opleiding, hoge mobiliteit, gebrekkige huisvesting, criminaliteit;

2. Problemen op psychosociaal gebied, zoals:

problematisch gezinsfunctioneren, sociale isolatie / gebrek aan sociale steun, verslaving, psychische klachten/depressie, gedrags- en emotionele problemen, gezondheidsproblemen, antisociaal gedrag, slechte/wisselende, onduidelijke of ontbrekende partner- en/of familierelatie(s), huiselijk geweld;

3. Problemen met de opvoeding van de kinderen, zoals:

pedagogisch onvermogen, gebrekkige opvoeding en ondersteuning van kinderen, verwaarlozing, mishandeling, ontwikkelingsachterstand kind, uithuisplaatsing kind.

De problemen op alle drie terreinen zijn chronisch, complex en met elkaar verweven en vaak intergenerationeel (52).

Een multiprobleemgezin is geen multiprobleemgezin meer als er geen sprake meer is van problemen op meerdere leefgebieden inclusief opvoedingsproblematiek.

4. Interventies voor multiprobleemgezinnen: wetenschappelijke literatuur

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten uit de systematische review van de wetenschappelijke literatuur beschreven. In paragraaf 4.1 wordt aangegeven welke interventies voor multiprobleemgezinnen in de wetenschappelijke literatuur worden beschreven. De uitkomstmaten die in de geïncludeerde studies worden onderzocht komen in paragraaf 4.2 aan de orde. In paragraaf 4.3 wordt de effectiviteit van deze interventies beschreven. De rol van de casemanager in interventies wordt in paragraaf 4.4. beschreven. In paragraaf 4.5 wordt aangegeven of er out-of-the-box interventies zijn gevonden. De kosteneffectiviteit van interventies wordt beschreven in paragraaf 4.6. In paragraaf 4.7 komen de kenmerken en voorwaarden van interventies die zorgen voor een hogere effectiviteit aan de orde. In paragraaf 4.8 worden de risicofactoren en barrières voor de effectiviteit van interventies beschreven. De resultaten vanuit de geïncludeerde reviews worden beschreven in paragraaf 4.9. In paragraaf 4.10 worden de belangrijkste resultaten op een rij gezet.

4.1 Beschikbare interventies

De interventies voor multiprobleemgezinnen die in de wetenschappelijke literatuur ($n_{\text{artikelen}}=47$) zijn beschreven zijn: Families First ($n=2$), Webster-Stratton parenting program ($n=2$), Family Check Up ($n=2$), Family Partnership Programme ($n=2$), SafeCare ($n=3$) en Parent-Child Interaction Therapy ($n=5$) (zie bijlage 5 = overzicht van geïncludeerde studies). Andere interventies ten behoeve van multiprobleemgezinnen betreffen: interventies door middel van huisbezoek (home-visitation: $n=21$), gespecialiseerde gezinsondersteunende teams (Specialist family support teams: $n=1$), wijk-/buurtgerichte (opbouw)projecten ($n=4$), case-management ($n=1$), interventies die op school of in de voorschoolse opvang worden uitgevoerd ($n=2$) en programma's gericht op het voorzien in de primaire levensbehoeften (inkomen, huisvesting, e.d.) en armoedebestrijding ($n=2$).

4.2 Uitkomstmaten in effectiviteitsstudies

De gevonden studies richten zich met name op de effecten van interventies op psychosociaal functioneren en opvoedingsproblemen. Hierbij worden de volgende uitkomstmaten veelvuldig benoemd: familie functioneren, opvoedcompetenties, psychische klachten/depressie ouder, gedragsproblemen kind, verwaarlozing/mishandeling, ouder-kind communicatie/interactie, verslaving, huiselijk geweld, welzijn van ouder en kind (zie bijlage 5). Aan het sociaaleconomisch functioneren van de multiprobleemgezinnen daarentegen werd nauwelijks aandacht besteed in de artikelen. De uitkomstmaten werk, inkomen, opleiding, huisvesting en sociale steun zijn onderbelicht in de literatuur.

4.3 Effectiviteit van interventies

In de systematische review zijn 47 artikelen geïncludeerd waarin de effectiviteit van een interventie voor multiprobleemgezinnen wordt gepresenteerd. Zie bijlage 5 voor een uitgebreide beschrijving van de kenmerken, zoals soort en intensiviteit van de interventie, de populatie, de uitkomstmaten en de resultaten van deze geïncludeerde studies. Er zijn weinig kwalitatief goede studies gevonden en de gevonden effecten van interventies voor multiprobleemgezinnen zijn over het algemeen klein (12,28,46) (zie bijlage 5). Er is daarnaast een aantal interventies beschreven, waarvan de effectiviteit onvoldoende is vastgesteld (6,8,9,16,20,22,23,43,44). Het aantal studies dat geen significante resultaten vindt is aanzienlijk groter dan het aantal studies met significante effecten

(73). Daarnaast gaat het vaak om effect op één of een beperkt aantal uitkomstmaten. De overall impact op opvoedingsvaardigheden en gezinsfunctioneren in het algemeen is vaak beperkt (28).

Uit de wetenschappelijke literatuur kunnen elementen worden gedestilleerd die interventies voor multiprobleemgezinnen veelbelovend maken, ook al kunnen er geen eenduidige conclusies worden getrokken over mate van de effectiviteit van de gevonden interventies. We benoemen met name die elementen als veelbelovend, die veelvuldig in de literatuur worden genoemd als factoren die bijdragen aan de effectiviteit. Van deze elementen is echter nog onvoldoende bewezen of ze daadwerkelijk effectief zijn:

- Ondersteuning en begeleiding van het gezin door middel van huisbezoeken;
- Opbouwen van een vertrouwensrelatie met het gezin en het centraal stellen van de behoeften van het gezin;
- Trainen van vaardigheden op gebied van ouderschap, communicatie binnen het gezin en probleemoplossing, gezondheid, huishouding en zorgen voor een kindvriendelijke omgeving;
- Gerichtheid op het helpen van gezinnen om de (reeds) beschikbare zorg- en overige voorzieningen te benutten.

4.4. De rol van de casemanager

Onder de geïncludeerde artikelen (n=47) zijn er twee die een expliciete rol voor een casemanager beschrijven. Lowell et al. (13) schrijven over de rol van een zorgcoördinator/case-manager in het programma Child First (Child and Family Interagency, Resource, Support, and Training). Dit programma was gericht op binnenstedelijke arme multiprobleemgezinnen met tenminste één kind onder de 3 jaar. Het programma bestond uit twee componenten, een psychotherapeutische behandeling door een GGZ-behandelaar en ondersteuning door een zorgcoördinator, die het gezin faciliteerde in het gebruik maken van beschikbare voorzieningen in de wijk (voorschoolse activiteiten, huisvesting, verslavingszorg, e.d.). Het uitgangspunt hierbij was het gezin en de behoefte van de gezinsleden en het doel was het verminderen van externe (omgevings-)stressoren. Samen met de ouders werd de behoefte aan voorzieningen op het gebied van de ontwikkeling van het kind, voorschoolse educatie, (psychische) gezondheid van de gezinsleden en verslavingen, sociale steun en basisbehoeften (eten, huisvesting, e.d.) in kaart gebracht.

Naast deze faciliterende rol, had de zorgcoördinator ook de mogelijkheid (*'role flexibility'*) om in te springen op voorkomende behoeften in het gezin. De interventie had een sterk effect op de toegang tot voorzieningen, waarbij de gezinnen in de interventie aanzienlijk meer gebruik maakten van voorzieningen (91%) dan de controlegroep (33%). Er werd aanzienlijk beter voorzien in de behoeften van gezinnen in de interventiegroep (83-99%) dan in de controlegroep (2-56%). Een belangrijke uitkomst was dat gezinnen na 36 maanden follow-up significant minder kans hadden om met de kindbescherming in aanraking te komen, maar dit effect werd niet gevonden voor 6, 12 en 24 maanden follow-up. Daarnaast werden na 12 maanden positieve effecten gevonden op de taalontwikkeling en externaliserend gedrag van het kind en psychiatrische symptomen van de moeder, waarbij overigens niet onderscheiden kan worden aan welk component deze effecten kunnen worden toegeschreven. Er werd geen effect gevonden voor internaliserend en dysregulerend gedrag van het kind, depressieve klachten van de moeder en opvoedstress. Volgens de auteurs werd echter door de betere toegang tot voorzieningen voorzien in zowel sociale steun als concrete materiële hulp (zoals huisvesting, verwarming, eten, e.d.), waardoor de (externe) stressoren werden verminderd en het gezin werd gestabiliseerd. Uit de studie bleek bovendien dat ouders zeer tevreden waren over de geboden hulp.

Daarnaast beschrijven Goodson et al. (16) de rol van casemanager in het “Comprehensive Child Development Program”. De casemanager wordt ingezet om multiprobleemgezinnen met een laag inkomen te verzekeren van een breed scala aan opleidings-/werk-, gezondheids- en sociale voorzieningen en diensten om aan de complexe noden van achtergestelde gezinnen tegemoet te komen. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat de diensten waar multiprobleemgezinnen behoefte aan hebben reeds bestaan in hun omgeving. De primaire rol van de casemanager is dan om er voor te zorgen dat gezinnen van deze diensten gebruik kunnen maken door middel van coördinatie, verwijzingen en bemiddeling in crisis, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting. In dit programma werden bepaalde diensten door de casemanager zelf geleverd tijdens tweewekelijkse 30-90 minuten durende huisbezoeken. Er werd gebruik gemaakt van een gezinsplan, dat gezamenlijk door casemanager en gezin werd ontwikkeld, waarbij de doelen, noodzakelijke middelen en acties en de rol die het gezin daarin speelde werden vastgelegd. Het plan en de bijbehorende doelen werden door het gezin zelf geëvalueerd. In dit programma was de casemanager de primaire contactpersoon voor het gezin, maar deze werd daarin bijgestaan door een team van gespecialiseerde professionals.

De belangrijkste conclusie uit het artikel is dat case-management in dit programma niet effectief was in het koppelen van gezinnen aan de beschikbare voorzieningen. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de interventie en de controlegroep in het aantal voorzieningen en diensten waarvan gebruik werd gemaakt. Daarnaast werden ook geen significante of relevante effecten gevonden ten aanzien van de cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, opvoedingsgedrag van ouders, en de sociaaleconomische uitkomsten, zoals opleiding, werk en inkomen. Na vijf jaar bleken de meeste gezinnen nog steeds in de problemen te zijn, ze leden nog steeds onder armoede en de kinderen deden het nog steeds slechter dan hun leeftijdsgenoten.

Op de vraag of er interventies in de literatuur beschreven zijn waarbij een expliciete rol van een *casemanager* is weggelegd kan bevestigend geantwoord worden (13,16). Er is echter onvoldoende *evidence* over de effectiviteit van dergelijke interventies voor multiprobleemgezinnen.

4.5 Out-of-the-box interventies

Zowel in de wetenschappelijke als in de grijze literatuur zijn geen ‘niet-voor-de-hand-liggende’ interventies gevonden. De meeste interventies waren varianten op thuisbegeleiding en/of gericht op opvoedingsvaardigheden. De interventies met een andere invalshoek hadden beperkte uitkomstmaten. Op basis hiervan komen geen ‘out-of-the-box’ interventies naar voren en is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de mogelijke effectiviteit van dergelijke interventies.

4.6 Kosteneffectiviteit van interventies

In de systematische review van de wetenschappelijke literatuur is één artikel naar voren gekomen, dat expliciet de kosteneffectiviteit van een interventie voor multiprobleemgezinnen heeft onderzocht (74). Daarnaast zijn in twee studies de kosten zijdelings meegenomen (34,75). McIntosh et al. (74) beschrijven een economische evaluatie van een intensieve ambulante thuisbegeleidingsinterventie (Family Partnership Programme) voor multiprobleemgezinnen. Hieruit bleek dat de interventie £3246 per gezin meer kostte dan de gebruikelijke zorg. De interventie verbeterde de ouder-kind relatie en maakte de noodzaak om kinderen uit huis te plaatsen eerder duidelijk.

Constantino et al. (34) beschrijven de kosten van een tiental groepsbijeenkomsten, toegevoegd aan een thuisbegeleidingsinterventie. Voor een bedrag van \$350 per gezin werd de

participatie van gezinnen aan de thuisbegeleidingsinterventie verhoogd, wat leidde tot een verlaging van de percentages en consequenties van kindermishandeling en –verwaarlozing. De kosten van kindermishandeling en – verwaarlozing zijn hierbij niet in kaart gebracht, waardoor de kosteneffectiviteit onduidelijk is.

Loman & Siegel (2004) beschrijven de Minnesota Alternative Response (AR) als alternatieve interventie voor gezinnen die in aanraking komen met de kinderbescherming (75). De interventie had een positief effect op het aantal gezinnen dat gebruik maakte van beschikbare voorzieningen en het aantal (met name materiële) voorzieningen waarvan door hen gebruik werd gemaakt met een positief effect op de veiligheid van het kind, op recidive van kindermishandeling en uithuisplaatsing van kinderen, op drugsmisbruik, stress en huiselijk geweld. Alhoewel de kosten van de interventie gedurende de looptijd van de interventie de kosten van gebruikelijke zorg overstegen, met name door een toename in gebruik van voorzieningen en de kosten voor de tijdsinvestering van de professional in het gezin, werd de zorg in de interventieconditie op langere termijn goedkoper en meer kosteneffectief dan de gebruikelijke zorg.

Uit bovenstaande blijkt, dat intensieve interventies voor gezinnen vaak kostbaarder zijn dan gebruikelijke zorg gedurende de intensieve zorgperiode. De financiële opbrengsten van de gevonden effecten zijn soms lastig in kaart te brengen. De maatschappelijke winst kan op termijn hoger zijn dan de maatschappelijke kosten van die interventie.

4.7 Effectiviteitsbevorderende kenmerken van interventies

In deze paragraaf worden de kenmerken besproken die mogelijk een positief effect hebben op de effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen. Uit de geïncludeerde artikelen bleek dat interventies op basis van gezinsbegeleiding bij de gezinnen thuis effectiever zijn als:

- de betrokken professionals een voldoende lage/niet te hoge caseload hebben (76);
- gebruik wordt gemaakt van een intensieve interventie met meer bezoeken (73,77,78). Een andere studie vond echter een tegengesteld effect (79) en nog een andere studie vond geen effect (22);
- gebruik wordt gemaakt van een interventie die langer duurt dan een half jaar (73,77,79). Een andere studie vond echter een tegengesteld effect van een langere duur van de interventie (78) en nog een andere studie geen effect (22,76);
- multiprobleemgezinnen in hoge mate betrokken zijn bij de interventie (77);
- moeders al voor de geboorte worden benaderd voor de interventie (73);
- de interventie gericht is op empowerment en een eigen kracht benadering heeft (12,77);
- de interventie gericht is op het aanleren van nieuwe vaardigheden en inzichten (8);
- de interventie voorziet in de (materiële/financiële) basisbehoeften van het gezin bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, werk, opleiding, onderhoud van het huis en huishoudelijke apparaten, e.d. (22,26)
- er een component van sociale steun in de interventie is verwerkt (77);
- de betrokken (para)professionals voldoende zijn getraind om tegemoet te komen aan de behoeften en noden van de gezinnen die zij helpen (7,35,43,73);
- de interventie gericht is op een specifiek probleem in plaats van op meerdere problemen tegelijkertijd (8,38,73,79).

Over het algemeen blijkt het lastig aan te geven welke elementen een interventie succesvol maken (78). Geen enkel interventiekenmerk zorgde voor een consistent positief effect over verschillende uitkomstmaten (78).

Naast kenmerken die de effectiviteit van interventies mogelijk verhogen, bestaan er ook risicofactoren en barrières, die de effecten van interventies mogelijk verlagen of zelfs ongedaan maken. Deze worden in de volgende paragraaf beschreven.

4.8 Effectiviteitsbelemmerende kenmerken van interventies

In de geïncludeerde artikelen worden verschillende risicofactoren en barrières genoemd, waardoor interventies niet het beoogde effect hebben. Uit de literatuur blijkt onder andere dat interventies minder effect hebben bij respondenten met een lage sociaaleconomische status (18,77,79) of zelfs een negatief effect hebben in deze groep (11). Daarnaast is de kans dat deze respondenten uitvallen groter; respondenten die de interventie helemaal volgden hadden een hoger inkomen en een hoger opleidingsniveau (31,34).

Motivatie van de deelnemers is ook een belangrijke factor voor het slagen van interventies (33,40). Deelnemers met een lange hulpverleningsgeschiedenis hadden een kleinere kans om gemotiveerd te zijn voor een interventie met als gevolg dat zij ook minder kans maakten op een positief effect van de interventie (40).

De beperkte effectiviteit van de gevonden interventies wordt daarnaast toegeschreven aan de grote uitval van multiprobleemgezinnen uit de hulpverlening (44,48). Veel gezinnen beginnen wel aan de interventie en worden geïncludeerd in de studie, maar haken af gedurende het traject en dit heeft consequenties voor de gemeten effectiviteit (16,31,43).

4.9 Resultaten vanuit de geïncludeerde systematische reviews

Naast primaire studies zijn ook 9 relevante reviews gevonden. Zie bijlage 6 voor een overzicht van de kenmerken van de geïncludeerde reviews, zoals de geïncludeerde interventies, de populatie, de uitkomstmaten en de resultaten. Alle reviews (n=9) hanteerden psychosociale uitkomstmaten (73,76-78,80-85). Twee reviews hadden daarnaast betrekking op sociaaleconomische uitkomstmaten, zoals armoede (81) en opleiding, werk en uitkering (78)(78) (78,81,83).

MacLeod en Nelson onderzochten het effect van interventies gericht op het verhogen van het gezinswelzijn en het voorkomen van kindermishandeling (77). Een positief effect was gerelateerd aan intensiviteit (minimaal 12 bezoeken) en duur (minimaal een half jaar) van de interventie. Bovendien waren interventies gebaseerd op empowerment en met hoge betrokkenheid van de gezinnen en een sociale steun component effectiever dan interventies zonder deze componenten. De interventies waren minder effectief bij gezinnen met een laag sociaaleconomische status (77).

Sweet en Appelbaum vonden positieve effecten van thuisbegeleidingsinterventies op een aantal uitkomsten, zoals cognitieve ontwikkeling, opvoedingsgedrag, kindermishandeling en opleiding moeder, maar niet op opvoedstress, sociaal-emotionele ontwikkeling kind, houding ouders m.b.t. opvoeding en werk en uitkering (78).

Barlow et al. onderzochten in hun review de effecten van opvoedprogramma's op kindermishandeling en –verwaarlozing (80). Uit de resultaten blijkt dat er onvoldoende bewijs is om deze opvoedprogramma's te benutten voor het verminderen van kindermishandeling en –verwaarlozen. Wel is er beperkt bewijs dat sommige van deze programma's effect sorteren op sommige uitkomsten die gerelateerd zijn aan kindermishandeling.

Johnson et al. rapporteerden in hun review de effecten van oudertraining en opvoedprogramma's voor gezinnen die in aanraking zijn met de kinderbescherming. De meerderheid van geïncludeerde studies vonden een aantal positieve effecten voor gezinnen op het gebied van '*caregiving environment*' direct na afloop van de interventie, maar de meeste effecten verdwenen in de follow-up (84).

Een review met een focus op sociaaleconomische uitkomsten naast psychosociale uitkomsten vond een positief effect van financiële ondersteuning (met verplichtingen en sancties) op werk, maar geen effect voor de psychosociale uitkomstmaten (81,83). De auteurs plaatsen hierbij de kanttekening dat het in een interventie dwingen van gezinnen tot laagbetaald werk mogelijk leidt tot meer stigma en stress in plaats van deze te verminderen en dat er daardoor geen positieve effecten op de psychosociale uitkomstmaten zijn gevonden (81).

O'Reilly et al. onderzochten het effect van gezinsgerichte interventies voor het voorkomen van kindermishandeling (85). Alle onderzochte interventies leverden inconsistente effecten op. Alhoewel intensieve thuisbehandeling gericht op het voorkomen van uithuisplaatsing meer positieve resultaten opleverde, is de gerichtheid op uitkomstmaten met betrekking tot kindermishandeling een beperking.

Peacock et al. onderzochten het effect van thuisbegeleidingsinterventies op kind-uitkomsten en vonden positieve effecten op het voorkomen van kindermishandeling (als de begeleiding prenataal start), de cognitieve ontwikkeling van het kind en het voorkomen/verminderen van gedragsproblemen. Er werden echter veel meer studies zonder significante effecten dan met significante effecten gevonden. De interventies hadden daarnaast slechts beperkt effect op het verbeteren van de levens van de kinderen in multiprobleemgezinnen (73).

Al et al. vonden in hun review van de effectiviteit van intensieve thuisbehandeling (*'intensive family preservation programs'*) een medium positief effect op gezinsfunctioneren, maar niet op het voorkomen van uithuisplaatsing van kinderen (76). Het effect werd beïnvloed door gezinskenmerken en de caseload van de professionals, maar niet door de integriteit in het hanteren van het interventiemodel en de duur van de interventie. De negatieve samenhang tussen de omvang van de caseload en het effect zou kunnen betekenen dat een intensievere vorm van hulp positieve interventie-effecten faciliteert, omdat een lagere caseload de professional de kans geeft om meer tijd per gezin te besteden. Daarnaast werden lagere of negatieve effecten gevonden in de studies van hogere kwaliteit, terwijl in studies van lagere kwaliteit wel positieve effecten werden gevonden.

Miller et al. onderzochten het effect van thuis uitgevoerde interventies gericht op de ontwikkeling van het jonge kind in achterstandsgezinnen en vonden geen bewijs voor een effect op de ontwikkeling van het kind (82).

4.10 Conclusie

Uit onze systematische review naar effectieve hulpverlening aan multiprobleemgezinnen blijkt dat een interventie met onderstaande kenmerken het beste lijkt aan te sluiten bij de veelbelovende elementen, die veelvuldig in de wetenschappelijke literatuur worden genoemd.

Deze interventie omvat de volgende veelbelovende elementen uit de literatuur:

- voorziet in langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit van het gezin, waarbij in het eerste half jaar sprake is van meerdere bezoeken per week. Na dit half jaar – als de problemen onder controle zijn en geen intensieve begeleiding meer nodig is – worden de bezoeken langzaam afgebouwd tot bijvoorbeeld één contact per maand;
- is gericht op het hele gezin/alle gezinsleden;
- vindt plaats in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin;
- biedt zo nodig praktische hulp en voorziet in de (materiële/financiële) basisbehoeften van het gezin;

- sluit aan bij en versterkt de eigen kracht en zelfredzaamheid van het gezin en sluit aan bij de behoeften/vragen van het gezin;
- betreft het gezin bij het opstellen van concrete haalbare doelen;
- betreft het sociale netwerk van het gezin;
- is met name gericht op gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden;
- schakelt zo nodig specialistische hulp in voor deelproblemen via de professional (GGZ, verslavingszorg, e.d.);
- voorziet in een lage caseload en voldoende uren per gezin, afhankelijk van de problematiek van het gezin en gezinssamenstelling.

Daarnaast zijn de volgende kenmerken van belang voor de professionals die deze interventie uitvoeren: zij zijn voldoende getraind om tegemoet te komen aan de behoeften en noden van de gezinnen die zij helpen. Als bovengenoemde interventie met de bijbehorende kenmerken en professionals wordt uitgevoerd is de kans op een succesvolle uitkomsten voor de participerende gezinnen het grootst.

4.11 Referenties

Referenties geïnccludeerde reviews

- Al, C. M., Stams, G. J. J., Bek, M. S., Damen, E. M., Asscher, J. J., & van der Laan, Peter H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*,
- Barlow, J., Johnston, I., Kendrick, D., Polnay, L., & Stewart-Brown, S. (2006). Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3)
- Johnson, M., Stone, S., Lou, C., Ling, J., Claassen, J., & Austin, M. J. (2008). Assessing parent education programs for families involved with child welfare services: Evidence and implications. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 5(1-2), 191-236.
doi:10.1300/J394v05n01_08
- Lucas, P. J., McIntosh, K., Petticrew, M., Roberts, H. m., & Shiell, A. (2008). Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2), CD006358.
doi:10.1002/14651858.CD006358.pub2
- MacLeod, J., & Nelson, G. (2000). Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1127-1149.
- Miller, S., Maguire, L. K., & Macdonald, G. (2011). Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (12), CD008131. doi:10.1002/14651858.CD008131.pub2
- O'Reilly, R., Wilkes, L., Luck, L., & Jackson, D. (2010). The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: What the literature reveals. *Journal of Child Health Care*, 14(1), 82-94. doi:10.1177/1367493509347114
- Peacock, S., Konrad, S., Watson, E., Nickel, D., & Muhajarine, N. (2013). Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: A systematic review. *BMC Public Health*, 13, 17-17.
doi:10.1186/1471-2458-13-17
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child Development*, 75(5), 1435-1456.

5. Interventies voor multiprobleemgezinnen: synthese grijze literatuur

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de grijze literatuur met betrekking tot interventies voor multiprobleemgezinnen beschreven. Aangezien nauwelijks effectiviteitsstudies zijn gevonden, is gekozen voor een synthese, waarin de elementen van de interventies, die volgens de grijze literatuur van belang zijn voor de effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen, zijn beschreven. Hieronder volgt eerst een overzicht van de rapporten die zijn gevonden.

Internationaal

Er zijn 37 internationale rapporten gevonden van o.a. OECD, WHO, EU en nationale overheden (UK, US) gevonden met betrekking tot doelgroepen, die tot multiprobleemgezinnen zouden kunnen behoren (armoede, alleenstaande ouder); 18 rapporten hiervan hadden betrekking op een interventie. Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn in totaal 13 internationale rapporten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur.

De interventies die in deze grijze literatuur worden beschreven, hebben enerzijds betrekking op dezelfde interventies als die in de wetenschappelijke review naar voren zijn gekomen (home visitation, intensive family support, e.d.). Anderzijds wordt in deze rapporten meer aandacht besteed aan sociaaleconomische aspecten zoals armoede, werk en inkomen, waarbij de nadruk ligt op het verkrijgen van werk dat loont, het verhogen van uitkeringen en sociale participatie.

Nationaal

Er zijn 85 nationale rapporten en artikelen gevonden, o.a. van NJI, Verwey-Jonker Instituut, Astri en PI Research, Trimbos, Rijksoverheid, e.d. Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn uiteindelijk 14 nationale documenten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur. De beschreven interventies hadden betrekking op (intensieve) thuisbegeleiding, gezinscoaches en case-management in verschillende vormen.

Regionaal en lokaal

Er zijn 22 regionale/lokale rapporten gevonden vanuit de regio's Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Friesland, Gelderland, Overijssel en Zuid-Holland. De beschreven interventies hadden betrekking op gezinscoaching, case-management en soortgelijke interventies, waarbij één centrale hulpverlener alle zorg regelt/coördineert. Na screening van de documenten op inclusiecriteria en relevantie zijn in totaal 15 regionale/lokale rapporten meegenomen in de beschrijving van de grijze literatuur.

5.2 Veelbelovende elementen van interventies beschreven in de grijze literatuur

Vanwege de beperkte resultaten gevonden in de wetenschappelijke literatuur, is afgesproken de grijze literatuur uitdrukkelijk in de uitkomsten van de programmeringsstudie te betrekken.

In de grijze literatuur worden veel interventies en *good practices* beschreven, die (nog) niet op wetenschappelijke wijze zijn geëvalueerd. In deze paragraaf worden de bevindingen uit de grijze literatuur gekoppeld aan de veelbelovende elementen genoemd in de wetenschappelijke literatuur. Het gaat om het afleggen van huisbezoeken, training van vaardigheden, coördinatie/regie van hulpverlening, het voorzien in basisbehoeften en het betrekken van de sociale omgeving bij de hulpverlening. Daarnaast zullen ook de elementen uit de grijze literatuur worden benoemd, die afwijkend zijn ten opzichte van de elementen die zijn voortgekomen uit de wetenschappelijke

literatuur. Er wordt onderscheid gemaakt tussen internationale, nationale en regionale/lokale grijze literatuur.

5.2.1 Effectiviteitsbevorderende kenmerken van interventies

De grijze literatuur levert een aantal elementen op dat zou kunnen bijdragen aan de effectiviteit van een interventie bij multiprobleemgezinnen en aanvullend is op het beeld uit de wetenschappelijke literatuur. Onderstaand worden naast deze elementen de bronnen aangegeven wat betreft de internationale, nationale en regionale grijze literatuur. Deze elementen van een interventie zijn:

- Start met een gestandaardiseerde beoordeling van het multiprobleemgezin gericht op behoeften, vragen en beperkingen, en op competenties en mogelijkheden;
Internationaal: 5; 9; 13
Grondige analyse / beoordeling van de stand van zaken op verschillende leefgebieden voorafgaand aan start hulpverlening / adequate diagnose van de problematiek;
Nationaal: 20; 21; 23
- Biedt langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit (van meerdere wekelijkse huisbezoeken tot telefoontjes eens per kwartaal), afhankelijk van de situatie en zolang het nodig is (laat het gezin niet na een half jaar vallen om ze na verloop van tijd weer in een crisis terug te krijgen) / Zorgt voor regelmatig en veelvuldig contact met het gezin d.m.v. bezoeken en telefoontjes / Hoge contactfrequentie (minimaal 1x per week) / Davidson, Bunting & Webb (2012) noemen het levensloop perspectief, waarbij gezinnen gedurende de levensloop worden gevolgd en zij bij transities, zoals kind geboren, kind naar (andere) school, verhuizing, werk vinden of baanwisseling, extra ondersteuning krijgen;
Internationaal: 1; 5; 9; 11; 12; 8; 10; 3; 4
Nationaal: 14; 15; 18; 19; 20; 23; 24; 26
Regionaal & lokaal: 28; 29; 41; 43; 30; 31; 42; 35; 38
- Zorgt voor nazorg/follow-up/monitoring/houdt vinger aan de pols na afloop traject;
Internationaal: 5; 9; 12; 8; 1; 10; 3; 4
Nationaal: 15; 17; 21; 23; 24
Regionaal & lokaal: 28; 29; 41; 43; 30; 31; 42; 35
- Is gericht op het hele gezin / alle gezinsleden (gezinsgerichte benadering/systeemaanpak);
Internationaal: 11; 4; 10; 12
Nationaal: 15; 21; 23; 24
Regionaal & lokaal: 41; 30; 33; 34; 35; 37; 38
- Is gericht op activerende en stimulerende hulpverlening (aansluiten bij en versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid en oplossend vermogen) (empowerment) en is gericht op het benutten van de reeds aanwezige sterke kanten van de verschillende gezinsleden;
Internationaal: 5; 9; 11; 13; 4
Nationaal: 15; 20; 23; 25; 24; 26; 27
Regionaal & lokaal: 30; 35; 37; 38
- Hanteert een cliëntgerichte en vraaggestuurde aanpak, die de behoeften en vragen van het gezin als uitgangspunt neemt / sluit aan bij de belevingswereld van het gezin en stemt de hulpverlening hierop af (vraaggestuurd/flexibel/maatwerk);
Internationaal: 5; 9; 13
Nationaal: 15; 16; 20; 22; 23; 24; 25; 26
Regionaal & lokaal: 43; 41; 29; 35; 36; 38

- Biedt hulpverlening in het gezin, in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin;
Internationaal: 11
Nationaal: 15; 18; 19; 21; 22; 24; 26
Regionaal & lokaal: 30; 35; 38
- Biedt een integraal en breed aanbod gericht op meerdere leefgebieden / Biedt hulp op alle relevante leefgebieden: bijvoorbeeld veiligheid en opvoeding van de kinderen, gezondheid, werk en scholing, administratie, huisvesting en overlast;
Internationaal: 11
Nationaal: 15; 16; 17; 19; 20; 23; 24; 36
- Ontwikkelt/traint (interpersoonlijke) vaardigheden en veerkracht/incasseringsvermogen van gezinsleden / Is gericht op gedragsbeïnvloeding;
Internationaal: 4; 5; 11
Nationaal: 15; 24; 27 (activering)
Regionaal & lokaal: 35
- Biedt een combinatie van ondersteuning, diensten en interventies / geïntegreerde hulpverlening (bijv. praktische hulp, doorverwijzing naar specialistische instanties, modules aangeboden in het wijkcentrum, spreekuur in het wijkcentrum);
Internationaal: 5; 12; 13; 8;
- Biedt praktische, materiële hulp die aansluit bij praktische noden van het gezin, zoals het helpen bij het opruimen/opknappen van het huis, zorgen dat kinderen naar school gaan, zorgen dat acute armoede wordt verminderd, enz., zodat er ruimte/rust ontstaat om problemen op andere leefgebieden aan te pakken;
Internationaal: 2; 5; 9; 12; 11
Nationaal: 16; 19; 21; 22; 24
Regionaal & lokaal: 28; 41; 42; 35; 38
- Maakt gebruik van transparante zorgvuldig opgestelde plannen met concrete acties en een gespecificeerde tijdsduur/tijdlimiet, afgesproken tussen ouders en instantie/professional, met duidelijke doelen en door het gezin begrepen consequenties als deze doelen niet worden gehaald; *Internationaal: 5; 12; 3 /*
Werkt planmatig met concrete haalbare doelen (transparant en resultaatgericht) / methodisch werken / gestructureerd;
Nationaal: 15; 19; 21; 22; 23; 24; 26
Regionaal & lokaal: 33; 35; 38
- Betrekt de familie in planning en besluitvorming / betreft het gezin bij het opstellen van de doelen;
Internationaal: 5; 9; 12; 4
Nationaal: 20; 23; 24; 26
Regionaal & lokaal: 33; 34; 35; 38
- Betreft/versterkt het sociale netwerk/de sociale omgeving (community) en vergroot de capaciteit van het sociale netwerk om het gezin te ondersteunen / creëert sociale verbondenheid;
Internationaal: 9; 4
Nationaal: 15; 19; 20; 22; 23; 24; 26
Regionaal & lokaal: 35; 38
- Hanteert centrale regie / zorg-coördinatie en gaat uit van één gezin, één plan, één centrale professional (casemanager, generalist), die langdurig met het gezin optrekt (dus stapt niet na

een half jaar weer op of wordt vervangen door een andere hulpverlener van de betreffende instantie);

Internationaal: 12; 9; 10; 4; 11

Nationaal: 16; 17; 18; 19; 20; 21; 23; 24; 26

Regionaal & lokaal: 29; 32; 33; 34; 35 37; 38

- Zorgt voor zorgvuldige uitvoering van de methodiek/interventie / geprotocolleerd werken (behandelintegriteit / *programme fidelity*);

Internationaal: 1

Nationaal: 15; 24; 26

- Maakt gebruik van effectieve multi-agency relaties en werkt nauw samen met andere betrokken hulpverleningsinstanties, waarbij de hulp wordt gecoördineerd door de professional in het gezin / maakt gebruik van ervaring en kennis van andere hulpverleners en instellingen / schakelt gespecialiseerde hulp- en/of dienstverlening in indien noodzakelijk ("warme overdracht");

Internationaal: 4; 9; 10; 11

Nationaal: 17; 21; 23; 24

Regionaal & lokaal: 28; 35

Elementen die niet uit de wetenschappelijke literatuur naar voren komen, maar wel in de grijze literatuur worden genoemd, worden hieronder beschreven. Deze veelbelovende elementen van een interventie op basis van de grijze literatuur:

- Biedt een combinatie van ondersteuning, beloning, en de mogelijkheid van sancties;

Internationaal: 12; 10; 4 / Maakt zo nodig gebruik van drang en dwang (soms door andere werker dan de professional in het gezin)/ Is niet vrijblijvend;

Nationaal: 19; 20; 21; 24

Regionaal & lokaal: 30; 34; 35; 36

- Biedt een professional die flexibel, bereikbaar en beschikbaar is voor het gezin (niet alleen beschikbaar tijdens kantooruren, maar ook 's ochtends vroeg of 's avonds en in het weekend) / 7x24 uren bereikbaarheid voor noodgevallen;

Internationaal: 9; 11; 12

Nationaal: 19; 20; 24

Regionaal & lokaal: 43; 34; 36; 38

- Werkt met een multidisciplinair team met medewerkers vanuit verschillende instanties, waarbij het gezin een vast aanspreekpunt binnen het team heeft en waarbij het team als ondersteunings-structuur voor de professional in het gezin geldt (bijvoorbeeld casuïstiekbesprekingen/intervisie).

Nationaal: 23

Regionaal & lokaal: 35; 37; 38

5.2.2 Kenmerken van de professional

De wetenschappelijke literatuur beschrijft een aantal veelbelovende competenties die een effectieve professional heeft en die ook in de grijze literatuur naar voren komen. Onderstaand worden de bronnen aangegeven wat betreft de internationale, nationale en regionale grijze literatuur. Deze professional heeft:

- Voldoende competenties/kwalificaties/opleiding (HBO-niveau) en uitgebreide/ruime ervaring met complexe problematiek (Volgens Van Montfoort (2011) blijken persoonlijke kwaliteiten van de gezinscoaches een belangrijkere rol te spelen bij het behalen van de doelen dan de inzet van

de kenmerkende elementen van de MPG aanpak);

Internationaal: 3; 6; 5; 12; 1; 10; 4

Nationaal: 15; 17; 19; 22; 23; 24; 26; 27

Regionaal & lokaal: 29; 34; 35; 38

- Basiskennis van de leefgebieden waarop de meeste gezinnen problemen hebben (meer generalist dan specialist);
Regionaal & lokaal: 35
- Goede sociale en communicatieve vaardigheden;
Nationaal: 24; 27
- Toegewijd/betrokken en empathisch / enthousiast / gepassioneerd;
Internationaal: 8; 11
Nationaal: 16; 19; 24
Regionaal & lokaal: 29
- Proactief (outreachinge benadering van cliënten) i.p.v. reactief;
Internationaal: 9, 11
Nationaal: 16; 20; 23; 24; 27
Regionaal & lokaal: 43; 41; 29; 30; 35
- Creativiteit, overtuigingskracht en flexibiliteit in handelen en is stressbestendig;
Internationaal: 11
Nationaal: 23; 24; 27
Regionaal & lokaal: 33; 34; 35; 38
- Vasthoudende daadkrachtige houding (doorzettingsvermogen), respectvolle, directieve en transparante houding;
Internationaal: 11
Nationaal: 16; 19; 24
Regionaal & lokaal: 29; 35; 38
- Geduld en neemt cliënten serieus;
Nationaal: 16; 19; 24
Regionaal & lokaal: 29; 38
- Culturele bekwaamheid en respect voor en bouwt op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van het gezin;
Internationaal: 9
Nationaal: 18; 24; 26; 27
Regionaal & lokaal: 38

Deze professional:

- Is in staat een relatie van vertrouwen, openheid en respect met het gezin op te bouwen;
Internationaal: 5; 9; 8; 11; 12
Nationaal: 15; 16; 20; 23; 24; 26; 27
Regionaal & lokaal: 43; 41; 35
- Heeft een lage case load, afhankelijk van de familiesamenstelling c.q. -grootte, aard en ernst van de problemen en de fase waarin het gezin verkeert in de interventie (hoe verder in het programma, hoe minder intensief). Internationaal varieerde het aantal gezinnen per professional van 3-7 gezinnen voor intensieve huisbezoeken tot 35 gezinnen voor welzijnswerk gericht op werk en inkomen. Het NJI hanteert maximaal 10 gezinnen per professional als richtlijn. Lokaal gaat het om 5-8 gezinnen per coach in Groningen en Rotterdam, <6 in Utrecht en 15 voor Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling in Utrecht. / Voldoende uren per gezin

(Gemiddeld 10 uur per week in Arnhem, minimaal 8 uur per week in Alkmaar) (2-16 uur per week per gezin voor gezinsmanagers);

Internationaal: 2; 12; 8; 10; 4

Nationaal: 19; 20; 21; 24; 27

Regionaal & lokaal: 29; 34; 35; 38

- Heeft een motiverende coachende rol naar het gezin;
Nationaal: 21; 24
- Is toegankelijk en benaderbaar, komt afspraken na/het gezin kan op de professional bouwen;
Internationaal: 5; 9; 8; 11; 12

Elementen die niet uit de wetenschappelijke literatuur naar voren komen, maar wel in de grijze literatuur worden genoemd, worden hieronder beschreven. De professional, die in de grijze literatuur wordt beschreven:

- Heeft mandaat/doorzettingsmacht t.o.v. eigen organisatie en andere instanties (zowel inhoudelijk als financieel) / financiële ruimte om creatief te zijn en besluiten te nemen voor het gezin;
Internationaal: 12; 10; 4
Nationaal: 17; 21; 23; 24; 36; 27
Regionaal & lokaal: 29; 32; 35; 38
- Heeft een instellingsoverstijgende houding en goede relaties en korte lijnen met andere instanties / Het vermogen met verschillende belangen om te gaan en deze tegen elkaar af te wegen;
Nationaal: 16; 19; 21; 23; 24; 27
Regionaal & lokaal: 43; 29; 35
- Heeft vertrouwen in de methodiek (professional gelooft in de integrale systeemaanpak, enz.);
Regionaal & lokaal: 38
- Heeft vertrouwen in de mogelijkheden van het gezin om greep te krijgen op het eigen leven en 'herstel van zelfregulatie';
Regionaal & lokaal: 38
- Voorbeelden van competentieprofielen van deze professionals in Nederland:
I: 1. Creativiteit / 2. Zelfontwikkeling / 3. Durf / 4. Coachen / 5. Samenwerken / 6. Netwerken / 7. Aanpassingsvermogen / 8. Innoverend vermogen / 9. Overtuigingskracht (=competentieprofiel De Generalist (= frontlijnwerker of medewerker sociale teams in Achter de Voordeur).
Nationaal: 25
II: 1. Verheldert vragen en behoeften / 2. Versterkt eigen kracht en zelfregie / 3. Is zichtbaar en gaat op mensen af / 4. Stimuleert verantwoordelijk gedrag / 5. Stuur aan op betrokkenheid en participatie / 6. Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak / 7. Werkt samen en versterkt netwerken / 8. Beweegt zich in uiteenlopende systemen / 9. Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen / 10. Benut professionele ruimte en is ondernemend (=competentieprofiel Movisie voor de sociale professional: de tien competenties van de competente professional).
Nationaal: 25

5.2.3 Kenmerken van de betrokken instanties

De kenmerken van instanties die veelbelovend zijn wat betreft vergroten van de effectiviteit die in de grijze literatuur worden benoemd, worden hieronder beschreven. Onderstaand worden de bronnen aangegeven wat betreft de internationale, nationale en regionale grijze literatuur. Deze instanties:

- Hanteren het principe: één gezin, één plan;
Nationaal: 21; 23; 24
Regionaal & lokaal: 29; 35; 38
- Zorgen voor onderlinge afstemming van de hulpverlening en communiceren goed met elkaar;
Internationaal: 5; 13
Nationaal: 16; 17; 18; 20; 23; 24; 26
Regionaal & lokaal: 29; 37
- Werken goed samen met andere instanties;
Internationaal: 3; 5; 12; 10
Nationaal: 16; 17; 20; 21; 24; 27
Regionaal & lokaal: 20; 28; 29; 30; 31; 32; 33; 35; 37; 38; 40; 43
- Zorgen voor een adequate informatie-uitwisseling, ook op het gebied van privacygevoelige informatie / Zijn bereid om informatie te delen met andere instanties en de betrokken professionals;
Internationaal: 3; 12
Nationaal: 16; 21
Regionaal & lokaal: 28; 29; 30; 32; 33; 35; 36; 37; 38
- Zorgen voor voldoende commitment, overeenstemming en draagvlak op alle niveaus (politiek/bestuur, beleid en uitvoering) in de eigen organisatie en bij de in hun organisatie werkende professionals m.b.t. doelen en acties /
Zorgt voor bestuurlijk commitment / politieke steun;
Nationaal: 16; 17; 23; 26
Regionaal & lokaal: 29
- Zorgen voor een goede en structurele (werk)begeleiding van de professional (coaching/intervisie/supervisie) (minimaal eens per drie weken) (één werkbegeleider op 10 fte professional);
Nationaal: 15; 17; 19; 22; 21; 23; 24; 25
Regionaal & lokaal: 38
- Organiseren (gemeenschappelijke) deskundigheidsbevordering, kennisuitwisseling en intervisie/supervisie van professionals uit verschillende sectoren.
Nationaal: 22; 23; 24; 25
Regionaal & lokaal: 29; 38

5.2.4 Kenmerken van het multiprobleemgezin

Hieronder worden de kenmerken van multiprobleemgezinnen beschreven die zowel in de wetenschappelijke literatuur als in de grijze literatuur worden benoemd als noodzakelijke voorwaarden voor een succesvolle interventie. Het multiprobleemgezin dat aan de interventie deelneemt:

- Is gemotiveerd om mee te doen;
Internationaal: 12; 13
Nationaal: 23; 26

- Wil verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag;
Internationaal: 12
- Vertrouwt erop dat de interventie kan helpen om de problematiek op te lossen;
Internationaal: 12

De meeste literatuur beschrijft echter dat het juist de kunst is van de professional om het gezin zodanig te motiveren, bijvoorbeeld door praktische hulp, maar soms ook met drang en dwang, dat het gezin gaat meewerken en leert dat verandering mogelijk is. Deze kenmerken lijken dan ook niet noodzakelijk voor het succes van een interventie.

5.3 Effectiviteitsbedreigende kenmerken van interventies

In de grijze literatuur wordt ook een aantal knelpunten benoemd die de effectiviteit van interventies beïnvloeden. Deze betreffen het gezin zelf, de professional en de instanties. De benoemde knelpunten worden hieronder beschreven (aanvullend worden de bronnen aangegeven wat betreft de internationale, nationale en regionale grijze literatuur).

5.3.1 Kenmerken van het gezin

De knelpunten met betrekking tot het gezin die in de grijze literatuur worden benoemd, zijn:

- Grote kans op vroegtijdige uitval van multiprobleemgezinnen uit het programma / Gebrek aan medewerking door gezin aan interventie / (Vermeend) gebrek aan motivatie van multiprobleemgezin (hulpverleners denken soms dat gezinnen niet gemotiveerd zijn, terwijl het soms onmacht is bijvoorbeeld van een ouder met een verstandelijke beperking)
Internationaal: 9
Nationaal: 14; 21; 26
Regionaal & lokaal: 31; 43
- Hulpverlening sluit niet aan bij het gezin
Regionaal & lokaal: 30
- Vrijwilligheid van de hulpverlening / te vrijblijvend
Regionaal & lokaal: 31; 30

5.3.2 Kenmerken van de professional

De knelpunten met betrekking tot de professional, die in de grijze literatuur worden benoemd, zijn:

- Gebrek aan deskundigheid in het vroegtijdig signaleren van risicofactoren en problemen
Regionaal & lokaal: 40; 43; 30
- Bekendheid en acceptatie rol professional en medewerking aan één plan door andere hulpverleners / Ontbreken mandaat voor professionals vanuit eigen organisatie
Nationaal: 21
Regionaal & lokaal: 30
- Wantrouwen tussen professionals
Internationaal: 3
- Houding van professionals (weerstand, motivatie, gevoel concurrentie)
Regionaal & lokaal: 38; 32
- Rolopvatting van hulpverleners (denken het beter te weten dan gezin en nemen de regie over van het gezin en bepalen wat er gebeurt)
Regionaal & lokaal: 38
- Gebrek aan begeleiding/intervisie van professional
Nationaal: 21

- Afgestompt raken van professionals zodat deze bepaalde zaken normaal gaan vinden (bijv. kindermishandeling)
Internationaal: 3
- Personeelsverloop
Regionaal & lokaal: 29

5.3.3 Kenmerken van de instanties

De knelpunten met betrekking tot de betrokken instanties die in de grijze literatuur worden benoemd, zijn:

- Versnippering van informatie c.q. gebrek aan beschikbaarheid van informatie en dossiers
Nationaal: 16; 20
- Gebrek aan adequate informatie over de geschiedenis van het gezin (enerzijds omdat informatie niet te achterhalen is, anderzijds omdat professionals blanco met een gezin willen beginnen, het zogenaamde 'fresh start' of 'start again' syndrome: professionals gunnen gezinnen een nieuwe kans of een frisse start en zijn daarom soms terughoudend in of staan afwijzend tegenover het grondig bestuderen van het dossier van een gezin, voordat ze met een gezin aan de slag gaan, om zo onbevooroordeeld mogelijk te kunnen werken)
Internationaal: 3
Regionaal & lokaal: 31
- Een gebrekkige informatieverstrekking/voorziening waardoor er geen terugkoppeling plaatsvindt over de voortgang (bijvoorbeeld na een verwijzing)
Regionaal & lokaal: 28; 29
- (Lange) wachlijsten bij instanties / moeizaam verlopende overdracht na intensieve hulpverlening
Nationaal: 17; 19; 20; 21; 27
Regionaal & lokaal: 40; 43; 29; 30; 33
- Tekort aan capaciteit bij instanties
Regionaal & lokaal: 29
- Bureaucratie / (eenzijdige) interpretatie van bestaande regels en opwerpen van nieuwe regels om houvast te creëren / Ingewikkelde en versnipperde indicatieprocessen (volgens Nicis Institute voelen professionals zich belemmerd door wetten en regels in het leveren van maatwerk en vragen ze tegelijkertijd om regels en procedures om rugdekking en zekerheid te organiseren in onzekere situaties)
Nationaal: 16; 20; 21
Regionaal & lokaal: 29; 32
- Te weinig tijd voor implementatie / Te weinig tijd/budget (vrijstelling) voor het adequaat trainen en deskundigheidsbevordering van professionals
Internationaal: 5
Regionaal & lokaal: 38
- Financieringsproblematiek
Nationaal: 16; 21; 23; 26
Regionaal & lokaal: 29; 31
- Gebrek aan regie en versnippering op drie niveaus: bestuursniveau, beleidsniveau en uitvoeringsniveau en tussen deze niveaus
Nationaal: 16; 20
Regionaal & lokaal: 28; 30; 31; 40

- Tegengestelde belangen tussen instanties
Nationaal: 16
- Gebrek aan systematische monitoring van doelen en uitkomsten
Regionaal & lokaal: 33
- Beperkte doorlooptijd en weinig continuïteit van de hulpverlening
Regionaal & lokaal: 29; 30; 31

5.4 Aandachtspunten bij de uitvoering van interventies

In de grijze literatuur wordt tevens een aantal aandachtspunten vermeld die de implementatie en uitvoering van een interventie kunnen beïnvloeden. Het is van belang om aandacht te besteden aan onderstaande aandachtspunten om de kans van slagen van de interventie zo groot mogelijk te maken. De aandachtspunten, die in de grijze literatuur worden benoemd, zijn (aanvullend worden de bronnen aangegeven wat betreft de internationale, nationale en regionale grijze literatuur):

- Balans tussen uitvoering programma volgens plan (*adherence/program fidelity*) en aanpassing/flexibiliteit om gezinnen vast te houden en te motiveren
Internationaal: 5
- Teveel nadruk op meetbare doelen
Regionaal & lokaal: 34
- Positionering van professional in eigen organisatie en ten opzichte van andere instanties
Regionaal & lokaal: 34
- Onderscheid tussen leerbare en stabiliseerbare gezinnen
Regionaal & lokaal: 35
- Oudere kinderen komen in de knel als hulpverleners zich terugtrekken als de aandacht verschuift van verwaarlozing en mishandeling naar toenemende gedragsproblemen van het kind
Internationaal: 3
- Verwachtingen van instanties en gezinnen over de rol van de professional
Regionaal & lokaal: 32
- Vergroten en op peil houden van de participatie van het gezin in de interventie
Nationaal: 14
- Privacy wet- en regelgeving
Nationaal: 23
- Systematische aandacht voor (arbeidsmarkt)participatie ontbreekt
Nationaal: 20
- Inbedding in regulier beleid na afronding project
Nationaal: 17
- Buiten-institutionele oplossingen (bijv. betrekken van samenleving, wijk, buurt, familie, vrienden, vrijwilligers, studenten)
Nationaal: 16
- Constante feedback loop tussen beleid en uitvoering
Nationaal: 16
- Administratieve ondersteuning om het programma soepel te laten verlopen
Internationaal: 5

5.5 Conclusie

De **veelbelovende interventie**, die naar voren komt uit de grijze literatuur, maakt gebruik van een gestandaardiseerde beoordeling van de stand van zaken op verschillende leefgebieden voorafgaand aan de start van de hulpverlening. Vervolgens ontvangt het gezin langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit, waarbij regelmatig contact met het gezin plaatsvindt. Als de problemen onder controle zijn en geen intensieve begeleiding meer nodig is, wordt gezorgd voor adequate nazorg/follow-up. De interventie is gericht op het hele gezin/alle gezinsleden en biedt hulp op alle relevante leefgebieden. De interventie sluit aan bij en versterkt de eigen kracht en zelfredzaamheid van het gezin en sluit aan bij de belevingswereld en behoeften/vragen van het gezin. De hulpverlening vindt plaats in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin en is met name gericht op gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden. Daarnaast wordt zo nodig praktische, materiële hulp geboden. De interventie is niet vrijblijvend en betreft het gezin bij het opstellen van concrete haalbare doelen, waarbij ook het sociale netwerk wordt betrokken. Om te voorkomen dat teveel hulpverleners bij het gezin over de vloer komen, wordt uitgegaan van één gezin, één plan, één key professional, waarbij deze laatste de regie heeft. Zo nodig wordt specialistische hulp ingeschakeld voor deelproblemen.

Randvoorwaarden voor het uitvoeren van deze interventie zijn:

- voldoende goed opgeleide en competentie professionals, die het vertrouwen van het gezin kunnen winnen en hen verder kunnen helpen.
- een lage case load en voldoende uren per gezin
- voldoende mandaat/doorzettingsmacht voor de professional, zowel inhoudelijk als financieel
- goede samenwerking en afstemming en adequate informatie-uitwisseling tussen betrokken instanties
- voldoende commitment, overeenstemming en draagvlak op alle niveaus (politiek/bestuur, beleid en uitvoering)
- goede en structurele (werk)begeleiding en deskundigheidsbevordering van en kennisuitwisseling tussen professionals

Veel genoemde *knelpunten* vanuit de grijze literatuur zijn:

- Gebrek aan medewerking/motivatie en grote kans op vroegtijdige uitval van multiprobleemgezin
- Gebrek aan / moeizame samenwerking en afstemming en overdracht tussen instanties
- Interventie sluit niet aan bij wensen en behoeften van gezin
- Onvoldoende deskundigheid van betrokken professionals
- Ontbreken mandaat voor professionals
- Houding en rolopvatting van professionals
- (Lange) wachtlijsten bij instanties / tekort aan capaciteit bij instanties
- Bureaucratie
- Financiering

Bij de opzet van een interventie is het van belang bovengenoemde kenmerken, knelpunten en aandachtspunten mee te nemen, zodat de kans op succesvolle uitkomsten zo groot mogelijk is.

Referenties

Referenties internationale grijze literatuur

1. Berger LM, Waldfogel J (OECD). Economic determinants and consequences of child maltreatment. 2011.
2. Westat Inc i.o.v. Department of Health and Human Services. Evaluation of family preservation and reunification program. 2002.
3. Davies C, Ward H. Safeguarding Children across Services. 2012.
4. Davidson G, Bunting C, Webb MA. Families experiencing multiple adversities - A review of the international literature - Believe in children. 2012.
5. Katz I, Spooner C, Valentine K. What interventions are effective in improving outcomes for children. Australia: Australian Research Alliance for Children & Youth / Social Policy Research Centre, University of New South Wales. 2006.
6. Layzer JI, Goodson BD, Bernstein L, Price C. National evaluation of family support programs. Final Report, volume A. The meta-analysis. Cambridge, MA, US: Abt Associates Inc. 2001.
7. Loman LA, Siegel GL. Minnesota Alternative Response Evaluation- Final Report. Missouri, US: Institute of Applied Research St. Louis, Missouri. 2004.
8. Thoburn J. Effective interventions for complex families – safeguarding briefing 1. London, United Kingdom: Centre for Excellence and Outcomes in Children and Young People's Services (C4EO). 2009.
9. Morris K, Hughes N, Clarke H, Tew J, Mason P, Galvani S, Lewis A and Loveless L. Think Family - A literature review of whole family approaches. United Kingdom: UK Department of Health, Social Exclusion Task Force. 2008.
10. Lloyd C, Wollny I, White C, Gowland S, Purdon S. Monitoring and evaluation of family intervention services and projects between Feb 2007 - March 2011. United Kingdom: Department for Education. 2011.
11. UK Department for Communities and Local Government. Working with troubled families: a guide to evidence and good practice. United Kingdom: Department for Communities and Local Government. 2012.
12. White C, Warrener M, Reeves A, La Valle I. Family intervention projects. National Centre for Social Research. 2008.
13. Prins R. Developing Well-Targeted Tools for the Active Inclusion of Vulnerable People. Oslo, Norway: European Commission Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. 2009.

Referenties nationale grijze literatuur

14. Tabibian N. Effectiviteit van interventies voor 15. Multiprobleemgezinnen. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut. 2006.
15. Van der Steege M. Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. 2007.
16. Kruiter AJ, De Jong J, Van Niel J, Hijzen C. De rotonde van Hamed - Maatwerk voor mensen met meerdere problemen. Den Haag: Nicis Institute. 2008.
17. Lupi T, Schelling D. Eerste hulp bij sociale stijging. Een literatuuronderzoek naar "Achter de Voordeur" aanpakken. Den Haag: Nicis Institute. 2009.
18. Van der Steege M. Multiprobleemgezinnen. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. 2009.

19. Heuves, M en C. Bartelink. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen (VIG)'. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. Gedownload op 25-4-2013 van www.nji.nl 2010.
20. Bosselaar H, Maurits E, Molenaar-Cox P, Prins R. Multiproblematiek bij cliënten. Leiden: Meccano-Astri. 2010.
21. Ministerie van Volksgezondheid, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. De gezinsmanager in beeld- De werkzaamheden en knelpunten van gezinsmanagers door SIRA Consulting. Den Haag: Ministerie van VROM. 2010.
22. Berg G van den. Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Jeugdhulp Thuis' (update van de tekst van M. van der Steege, maart 2005). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 23-4-2013 van www.nji.nl/jeugdinterventies 2010.
23. Ministerie BZK/VWS. Aan de slag achter de voordeur-Van signaleren naar samenwerken. Den Haag: Ministerie BZK/VWS. 2011.
24. Berg-LeClercq T, Zoon M, Kalsbeek A. Wat werkt in Multiprobleemgezinnen. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut. 2012.
25. Ministerie BZK/VWS. Achter de Voordeur - de praktijk als landingsbaan. Den Haag: Ministerie BZK/VWS. 2013.
26. Hermans J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden. eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: UMC Utrecht. 2005.
27. Molenaar-Cox P, Cuelenaere B. Integrale aanpak multiproblematiek: Overzicht programma's en bewezen methodieken. Leiden: AStri Beleidsonderzoek en -advies/Radar. 2012.

Referenties regionale en lokale grijze literatuur

28. Vosselman J, Polstra L, Daalman M. Te veel problemen onder een dak. Groningen: Gemeente Groningen. 2005.
29. Van der Laan Y. Ketenorganisatie Probleemgezinnen Oost-Veluwe. Velp: Spectrum CMO Gelderland. 2006.
30. Van der Laan Y. Aanpak multiprobleemgezinnen: Een onderzoek t.b.v. Informatie- en Kennispunt IKP Sociale Veiligheid Fryslân. Groningen: CMO Groningen. 2007.
31. Van den Berg D, Van der Goot S, Jansen MB. Cirkel van onmacht - mechanismen in hulpverlening. Hulpverlening aan multiprobleemgezinnen vanuit de praktijk geanalyseerd; een experiment in het kader van het Amsterdamse project Systeem in beeld. Amsterdam: DMO Amsterdam. 2008.
32. Portengen R. Gezinscoaching Utrecht – Verbinden en doorzetten. Utrecht: Provincie Utrecht. 2010.
33. Van Burik AE, Van Meurs I, Klooster EM. Rapportage MPG monitor Stadsregio Amsterdam. Woerden: Bureau Van Montfoort. 2010.
34. Van Burik AE, Klooster EM, Hoogeveen CE. Monitor MultiProbleemGezinnen Aanpak Amsterdam Zuid. Woerden: Van Montfoort Collegio. 2011.
35. Bieleman B, Boendermaker M, Nijkamp R, Snippe J. Dwars door verbanden – evaluatie aanpak multiprobleemgezinnen stad Groningen. Groningen: IntraVal. 2012.
36. Klok PJ, Denters B & Oude Vrielink M. Wijkcoaches in Velve-Lindenhof - Overkoepelende eindrapportage. Universiteit Twente. 2012.

37. Pannebakker NM, Chung M, Broerse A, Kocken PL. Een Haagse best practice voor het coördineren van zorg vanuit het Centrum voor Jeugd en Gezin. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, jaargang 90 / nummer 7 (praktijk) - pagina 394 e.v.. 2012.
38. Schamhart R & Colijn J. Greep op wraparound-care - Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound care in de Utrechtse jeugdzorg. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, Hogeschool Utrecht. 2012.
40. Inspectie Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming / Inspectie voor de gezondheidszorg / Inspectie van het Onderwijs / Inspectie Openbare Orde en Veiligheid. Horen, zien, niet zwijgen - deel 1. Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties (Roermond). Den Haag: Inspectie Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming / Inspectie voor de gezondheidszorg / Inspectie van het Onderwijs / Inspectie Openbare Orde en Veiligheid. 2003.
41. Van Heerwaarden Y. Binnen komen en samen verder - Methodiekbeschrijving voor actief casemanagement. Utrecht: DMO Utrecht. 2006.
42. Snippe J, Schaap F, Kruize A, Bieleman B. Onderzoek gezinscoaching Rotterdam. Groningen/Rotterdam: IntraVal. 2009.
43. Grinisch F. Hulp zonder drempels - Hulpaanbod aan multi probleemgezinnen in de provincie Groningen. Groningen: CMO Groningen. 2006.

6. Resultaten Expertmeeting d.d. 5 juli 2013

6.1 Inleiding

Het doel van deze Expertmeeting was het bespreken van de resultaten van een inventarisatie van de nationale en internationale literatuur over effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen.

6.2 Validering van resultaten uit de literatuurstudie

De systematische review was primair gericht op inhoudelijke effectiviteitsstudies van interventies gericht op multiprobleemgezinnen. Studies van interventies met uitkomstmaten gericht op de organisatie van hulpverlening zijn niet meegenomen. Kosteneffectiviteit van interventies is slechts zijdelings aan de orde gekomen in de systematische review. Daarnaast zijn door de focus op gezinnen met kinderen, waarbij de interventie multifocus moet zijn en gericht op ouder en kind, interventies specifiek gericht op bijvoorbeeld werk of overlast onderbelicht gebleven. Deze interventies zijn vaak gericht op één individu en één probleemgebied en vallen daarom buiten de scope van deze review.

De vraagstelling is gericht op drie verschillende niveaus:

1. De toolkit van de professional: de methodieken en programma's
2. De vaardigheden/competenties van de professional
3. De organisatie en de samenwerking tussen organisaties (mandaat, budget, e.d.)

Reacties van de deelnemers m.b.t. gevonden resultaten op het gebied van interventies voor multiprobleemgezinnen.

M.b.t. de doelgroep:

De deelnemers noemen twee aandachtspunten met betrekking tot de doelgroep. De veelvoorkomende uitval van gezinnen uit interventies voor multiprobleemgezinnen en de daaraan wellicht gerelateerde motivatie en de bereidheid tot verandering van deze gezinnen. Het is van belang hieraan aandacht te besteden bij de uitvoering van een interventie, zodat gezinnen optimaal profiteren van de interventie.

M.b.t. de interventie:

De deelnemers geven aan dat het van belang is binnen de integrale hulpverlening met effectieve methodieken in de gezinnen te werken. Er zijn echter op dit moment nog niet voor alle verschillende probleemgebieden evidence-based methodieken beschikbaar.

Het is van belang de (sociale en maatschappelijke) context waarin de interventie plaatsvindt en de domeinen (bijvoorbeeld werk, schulden, huisvesting), waarop vanuit verschillende maatschappelijke actoren wordt geïntervenieerd in kaart te brengen. De organisatorische en bestuurlijke inbedding van de interventie is medebepalend voor het succes van de interventie.

M.b.t. de professional:

De persoonlijke kenmerken en vaardigheden van de hulpverlener zijn essentieel voor de effectiviteit van de hulpverlening. Daarbij is de interactie tussen professional/hulpverlener en multiprobleemgezin ook van groot belang. Deze interactie moet gebaseerd zijn op vertrouwen en wederzijds respect, maar dwang en drang moeten bespreekbaar zijn.

M.b.t. de organisatie van hulpverlening:

De organisatie van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is een belangrijk aandachtspunt. Een regiefunctie is onontbeerlijk. Het is dan ook van belang om goede afspraken te maken tussen betrokken organisaties over de samenwerking en het bepalen van de regie.

M.b.t. de maatschappelijke context:

Het is van belang te accepteren dat niet alle problemen van multiprobleemgezinnen kunnen worden opgelost. Er is regelmatig sprake van psychische problematiek of een verstandelijke beperking en het is van belang te onderkennen dat hier levenslange begeleiding en ondersteuning nodig is.

6.3 Interventies: waar liggen de kansen en wat zijn de implicaties?

Van belang is dat interventies gericht zijn op het verminderen van de problemen binnen het multiprobleemgezin zodat de participatie (school, werk, maatschappij) van zowel volwassene(n) als kind(eren) binnen het gezin wordt bevorderd. De deelnemers geven aan dat de effectiviteit van een interventie wordt bepaald door zowel de methodiek, als door de professional/hulpverlener (competenties) als door het multiprobleemgezin zelf (bijv. motivatie). Als kanttekening wordt hierbij aangegeven dat ook de beste hulpverlener niets kan beginnen als die niet in de positie (mandaat, financiële ruimte) wordt gebracht door de actoren in de context (bestuurlijk en organisatorisch). Het is daarnaast van belang de problemen die in het gezin spelen goed in beeld te brengen en te kijken welke aanknopingspunten er zijn voor de interventie. Vervolgens is het van belang de meest effectieve prioritering vast te stellen en de hulpverlening van daaruit te organiseren in samenwerking met overheid, instellingen en de professional in het gezin. Het kan daarbij nuttig zijn om een contract te sluiten met een gezin en afspraken te maken over de zaken die opgelost/bereikt moeten zijn in een bepaalde periode.

De zelfredzaamheidsindex wordt genoemd als middel om de problematiek in beeld te brengen. Deze meet op huishoudensniveau de stand van zaken op 11 verschillende leefgebieden. Dit is echter een screenings/diagnose-instrument en is niet bedoeld om de resultaten van interventies mee in kaart te brengen. Voor wat betreft uitkomstmaten is het van belang niet alleen naar gedragsverandering te kijken, maar ook andere uitkomsten, zoals werk, scholing, (geen) politiecontacten, (vaste) huisvesting in de evaluatie te betrekken.

Samenvatting en conclusies

Een belangrijke conclusie is dat er veel gedaan kan worden voor en in deze gezinnen en dat er veel beschikbaar is aan kennis en methodieken, maar dat op dit moment onvoldoende bekend is wat wel of niet werkt en waarom. Het is van belang per gezin te onderscheiden op welke leefgebieden een deel-interventie (=component van de brede multiprobleeminterventie) wordt ingezet (bijvoorbeeld werk, huisvesting) en wat het effect hiervan is.

Een belangrijk element is dat de interventie an sich goed kan zijn en dat de werkzame componenten ook in de interventie aanwezig zijn, maar dat de effectiviteit van de interventie beperkt is, enerzijds omdat weinig professionals in staat zijn de interventie goed uit te voeren en anderzijds omdat het lastig is de gezinnen bij de les te houden (bijvoorbeeld door de interactie tussen professional en gezin). De effectiviteit ontstaat uit interactie tussen de methodiek, de uitvoerende professional en de organisatorische context waarbinnen de professional werkt. Tenslotte lijkt het van belang om na te gaan hoe de grijze literatuur kan worden meegenomen in het eindadvies. Er zijn een aantal inzichten en valkuilen naar voren gekomen uit de grijze literatuur, die nuttig kunnen zijn als aanvulling op de resultaten vanuit de wetenschappelijke literatuur. Dan is het wel van belang uit de grijze literatuur die elementen te destilleren, die begripsmatig of theoretisch vanuit de literatuur kunnen worden onderbouwd en die generaliseerbaar zijn.

7 Conclusies en discussie

7.1 De belangrijkste bevindingen op hoofdlijnen

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen gerapporteerd aan de hand van de onderzoeksvragen.

1) Wat zijn multiprobleemgezinnen?

Een multiprobleemgezin is een gezin met minstens één volwassene en minstens één kind van 0-18 jaar, die samen leven in een gezamenlijk huishouden en naast opvoedingsproblematiek ook problemen hebben op sociaaleconomisch gebied en/of psychosociaal gebied.

De problemen op deze terreinen zijn chronisch, complex en met elkaar verweven en vaak intergenerationeel.

2) In welke categorieën of soorten zijn interventies voor multiprobleemgezinnen in te delen?

De meeste interventies voor multiprobleemgezinnen gaan uit van (intensieve) thuisbegeleiding (n=30) en/of het trainen van opvoedingsvaardigheden (n=8). Daarnaast werd een aantal interventies beschreven die op kantoor van een instantie als oudertraining worden gegeven (n=8). Twee interventies werden vanuit de basisschool uitgevoerd.

3) Welke uitkomstmaten hanteert men in studies naar effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen?

De gevonden studies richten zich met name op de effecten van interventies op psychosociaal functioneren en opvoedingsproblemen.

a. Welke relevante uitkomstmaten ontbreken of zijn onderbelicht in effectiviteitsstudies bij multiprobleemgezinnen?

De uitkomstmaten werk, inkomen, opleiding, huisvesting en sociale steun zijn onderbelicht in de literatuur.

4) Wat is de effectiviteit van interventies voor multiprobleemgezinnen?

Er zijn weinig kwalitatief goede studies gevonden en de gevonden effecten van interventies voor multiprobleemgezinnen zijn over het algemeen klein. Het aantal studies dat geen significante resultaten vindt is aanzienlijk groter dan het aantal studies met significante effecten. Daarnaast gaat het vaak om effect op één of een beperkt aantal uitkomstmaten. De overall impact op opvoedingsvaardigheden en gezinsfunctioneren in het algemeen is vaak beperkt.

In twee geïncludeerde studies werd een interventie beschreven waarbij een expliciete rol voor een *casemanager* was weggelegd. Er is echter onvoldoende *evidence* over de effectiviteit van dergelijke interventies voor multiprobleemgezinnen.

Wat is de kosteneffectiviteit van interventies?

Uit de systematische review blijkt, dat intensieve interventies voor gezinnen vaak kostbaarder zijn dan gebruikelijke zorg gedurende de intensieve zorgperiode, en dat de financiële opbrengsten van de gevonden effecten soms lastig in kaart te brengen zijn. Het is goed mogelijk dat de maatschappelijke winst op termijn hoger is dan de maatschappelijke kosten voor een interventie. Er is echter geen stevige *evidence* over de kosteneffectiviteit van brede interventies bij multiprobleemgezinnen.

5) **Wat zijn kenmerken c.q. voorwaarden van interventies die zorgen voor een hogere effectiviteit?**

Interventies die gebruik maken van meer bezoeken (dus hogere intensiviteit) en die langer duren dan een half jaar, waarbij multiprobleemgezinnen in hoge mate betrokken worden bij de interventie en de interventie gericht is op empowerment en eigen kracht en het aanleren van nieuwe vaardigheden, waarbij de interventie voorziet in de (materiële/financiële) basisbehoeften van het gezin, en waarbij sociale steun voor het gezin wordt gemobiliseerd, hebben een grotere kans op positieve effecten. Daarnaast is het van belang dat de betrokken professionals voldoende zijn getraind om tegemoet te komen aan de behoeften en noden van de gezinnen die zij helpen en dat deze professionals een en zodanige caseload hebben, dat zij veel tijd met de gezinnen kunnen doorbrengen.

6) **Welke risicofactoren en barrières voor interventies (zowel vanuit gezinsperspectief als vanuit hulpverlenersperspectief) worden in de literatuur beschreven?**

In de geïnccludeerde artikelen worden verschillende risicofactoren en barrières genoemd, waardoor interventies niet het beoogde effect hebben. Uit de literatuur blijkt onder andere dat interventies minder effect hebben bij respondenten met een lage sociaaleconomische status of zelfs een negatief effect hebben in deze groep. Daarnaast is de kans dat deze respondenten uitvallen groter. Motivatie van de deelnemers is dan ook een belangrijke factor voor het slagen van interventies. Veel gezinnen beginnen wel aan de interventie en worden geïnccludeerd in de studie, maar haken af gedurende het traject en dit heeft consequenties voor de gemeten effectiviteit. Voor een interventie om effectief te zijn, zullen betrokken professionals alert moeten zijn op het betrekken en vasthouden van multiprobleemgezinnen in de interventie.

7.2 De veelbelovende interventie voor multiprobleemgezinnen

Uit deze studie met betrekking tot effectieve hulpverlening aan multiprobleemgezinnen blijkt dat onderstaande multiprobleemgezin-interventie het beste aansluit bij de veelbelovende elementen, die veelvuldig in zowel de wetenschappelijke als de grijze literatuur worden genoemd.

Deze interventie:

- maakt gebruik van een uitgebreide beoordeling van de situatie van het gezin ten aanzien van de verschillende leefgebieden voorafgaand aan de hulpverlening;
- voorziet in langdurige ondersteuning met wisselende intensiteit van het gezin (geplande en ongeplande bezoeken en op onregelmatige tijden), waarbij in het eerste half jaar sprake is van meerdere bezoeken per week. Na dit half jaar – als de problemen onder controle zijn en geen intensieve begeleiding meer nodig is – worden de bezoeken langzaam afgebouwd tot bijvoorbeeld één contact per maand;
- is gericht op het hele gezin/alle gezinsleden;
- vindt plaats in de thuissituatie of leefomgeving van het gezin;
- biedt hulp op alle relevante leefgebieden;
- biedt zo nodig praktische, materiële hulp;
- sluit aan bij en versterkt de eigen kracht en zelfredzaamheid van het gezin en sluit aan bij de behoeften/vragen van het gezin;
- betreft het gezin bij het opstellen van concrete haalbare doelen;
- betreft het sociale netwerk van het gezin erbij;

- is met name gericht op gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden;
- gaat uit van één gezin, één plan, één professional, waarbij deze laatste als consistente factor voor het gezin de regie en mandaat/doorzettingsmacht heeft;
- is niet vrijblijvend en maakt gebruik van sancties, uitgevoerd door andere instanties (niet door de professional);
- schakelt zo nodig specialistische hulp in voor deelproblemen via de professional (GGZ, verslavingszorg, e.d.);
- voorziet in nazorg/follow-up: na afloop van de interventie neemt dezelfde professional nog af en toe contact op met het gezin om te kijken hoe het gaat (maximaal 12 maanden);
- voorziet in een lage caseload en voldoende uren per gezin (5-10 gezinnen per fulltime professional), afhankelijk van de problematiek van het gezin en gezinssamenstelling (maximaal 5 gezinnen per professional bij grote gezinnen met aanzienlijke gedragsproblemen en complexe problematiek op verschillende leefgebieden en maximaal 10 gezinnen per professional bij kleinere gezinnen met minder problemen);
- zorgt voor voldoende inhoudelijk mandaat/doorzettingsmacht voor de professional: hiervoor worden bij de start van het project op lokaal niveau afspraken gemaakt, zowel voor wat betreft de verantwoordelijkheden van de professional als over het beschikbare budget per gezin;
- zorgt voor goede en structurele (werk)begeleiding en deskundigheidsbevordering van en kennisuitwisseling tussen professionals: naast de intervisiebijeenkomsten ieder kwartaal op lokaal niveau, worden voor de deskundigheidsbevordering twee bijeenkomsten per jaar gepland;
- zorgt voor goede samenwerking en afstemming en adequate informatie-uitwisseling tussen betrokken instanties: hiervoor worden bij de start van het project op lokaal niveau afspraken gemaakt met de bij de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen betrokken instanties.

Daarnaast zijn onderstaande kenmerken van belang voor de professionals die deze interventie uitvoeren:

- zij zijn HBO-opgeleid;
- zij hebben uitgebreide/ruime ervaring met complexe problematiek;
- zij bezitten basiskennis van de leefgebieden, waarop de meeste gezinnen problemen hebben;
- zij zijn toegewijde, betrokken, vasthoudende, daadkrachtige, assertieve, betrouwbare/eerlijke en competente professionals met creativiteit, overtuigingskracht en flexibiliteit in handelen;
- zij hebben goede sociale en communicatieve vaardigheden;
- zij kunnen het vertrouwen van het gezin winnen;
- zij zijn proactief (en hebben een outreachende benadering van cliënten);
- zij hebben een respectvolle en transparante houding en zijn stressbestendig;
- zij zijn 24-uur per dag bereikbaar voor het gezin.

Adequate training van de betrokken professionals en intervisie tijdens de uitvoering van de interventie is essentieel voor een effectieve uitvoering van de interventie.

Als bovenstaande interventie met de bijbehorende kenmerken en professionals wordt uitgevoerd is de kans op een succesvolle uitkomsten voor de participerende gezinnen het grootst.

7.3 Discussie

Deze studie – die bestond uit een systematische review en een expertmeeting – heeft een aantal sterke punten en een aantal beperkingen; deze bespreken we hier per onderdeel.

Een sterk punt van de systematische review is het gebruik van een uitgebreide zoekstrategie met veelzijdige zoektermen om zo alle relevante gerandomiseerde en/of gecontroleerde studie naar effecten van interventies voor multiprobleemgezinnen te identificeren. Een ander sterk punt is dat de kwaliteit van de geïncludeerde studies beoordeeld is door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Hierdoor is de betrouwbaarheid van de beoordeling gewaarborgd. Tot slot is een sterk punt dat we de grijze literatuur hebben betrokken bij het uiteindelijke advies ten aanzien van een te implementeren interventie. Informatie vanuit de grijze literatuur heeft gediend als aanvulling op de resultaten vanuit de wetenschappelijke literatuur: uit de grijze literatuur zijn die elementen gedestilleerd die begripsmatig of theoretisch vanuit de literatuur konden worden onderbouwd.

Een beperking kan zijn dat we relevante studies hebben uitgesloten op basis van de inclusiecriteria. Deze kans achten wij echter klein omdat – naast de search op basis van zoektermen – ook alle referentielijsten van geïncludeerde studies zijn doorzocht. Verder zijn ook nog experts bevraagd. Dit heeft de kans op het missen van relevante artikelen geminimaliseerd.

Een tweede beperking kan zijn dat de beoordeling van de kwaliteit van de artikelen varieerde per beoordelaar doordat het formulier Kwaliteitsbeoordeling wetenschappelijke literatuur onvoldoende objectiverde. Eerder onderzoek levert hier echter geen aanwijzingen voor.

7.4 Conclusie

Er zijn relatief veel multiprobleemgezinnen, zowel internationaal als in Nederland. Zowel deze gezinnen zelf als hun omgeving ondervinden veel nadelige gevolgen van de complexe en langdurige problemen van deze gezinnen op verschillende terreinen. Er is onvoldoende kennis om te kunnen bepalen welke zorg voor deze gezinnen het meest effectief is. Wel is duidelijk dat door het helpen van deze gezinnen bij het onder controle krijgen van hun problemen een grote winst in gezondheid en participatie kan worden geboekt.

Referenties

- (1) Y. Van der Laan. Aanpak multiprobleemgezinnen: Een onderzoek ten behoeve van het Informatie- en Kennispunt IKP Sociale Veiligheid Fryslan. CMO Groningen. 2007.
- (2) Centraal Bureau voor de Statistiek. Sociale Monitor, welvaart en welzijn in de Nederlandse samenleving. 2013; Available at: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=81573NED&D1=10-11,22,31,46&D2=0&D3=1,11-13&VW=T>.
- (3) Painter K. Multisystemic therapy as an alternative community-based treatment for youth with severe emotional disturbance: Empirical literature review. *Social Work in Mental Health* 2010;8(2):190-208.
- (4) Armstrong KL, Dadds MR, Fraser JA, Morris J. Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. *Journal of Paediatrics & Child Health* 2000;36(6):555-562.
- (5) Barlow J, Davis H, McIntosh E, Jarrett P, Mockford C, Stewart-Brown S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Archives of Disease in Childhood* 2007;92(3):229-233.
- (6) Chaffin M, Bard D, Bigfoot DS, Maher EJ. Is a structured, manualized, evidence-based treatment protocol culturally competent and equivalently effective among American Indian parents in child welfare? *Child maltreatment* 2012;17(3):242-252.
- (7) Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation. *Pediatrics* 2005;116(6):e803-e809.
- (8) Fergusson DM, Grant H, Horwood LJ, Ridder EM. Randomized trial of the Early Start program of home visitation: parent and family outcomes. *Pediatrics* 2006;117(3):781-786.
- (9) Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR. Home Visiting Intervention for Vulnerable Families with Newborns: Follow-Up Results of a Randomized Controlled Trial. *Child abuse & neglect* 2000;24(11):1399-1429.
- (10) Barlow A, Varipatis-Baker E, Speakman K, Ginsburg G, Friberg I, Goklish N, et al. Home-visiting intervention to improve child care among American Indian adolescent mothers: a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2006;160(11):1101-1107.
- (11) Belsky J, Melhuish E, Barnes J, Leyland AH, Romaniuk H. Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental, cross sectional study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006;332(7556):1476-1476.
- (12) Hughes JR, Gottlieb LN. The Effects of the Webster-Stratton Parenting Program on Maltreating Families: Fostering Strengths. *Child Abuse and Neglect: The International Journal* 2004;28(10):1081-1097.
- (13) Lowell DI, Carter AS, Godoy L, Paulicin B, Briggs-Gowan M. A randomized controlled trial of Child FIRST: a comprehensive home-based intervention translating research into early childhood practice. *Child development* 2011;82(1):193-208.
- (14) MacMillan HL, Thomas BH, Jamieson E, Walsh CA, Boyle MH, Shannon HS, et al. Effectiveness of home visitation by public-health nurses in prevention of the recurrence of child physical abuse and neglect: a randomised controlled trial. *Lancet* 2005;365(9473):1786-1793.
- (15) Nelson KE, Nash JK. The effectiveness of aftercare services for African American families in an intensive family preservation program. *Research on Social Work Practice* 2008;18(3):189-197.
- (16) Goodson B, Layzer J, St Pierre R, Bernstein R, Lopez M. Effectiveness of a comprehensive, five-year family support program for low-income children and their families: Findings from the Comprehensive Child Development Program. *Early Childhood Research Quarterly* 2000;15(1):5-39.
- (17) Ramey CT, Campbell FA, Burchinal M, Skinner ML, Gardner DM, Ramey SL. Persistent effects of early childhood education on high-risk children and their mothers. *Applied Developmental Science* 2000;4(1):2-14.
- (18) Rodrigo MJ, Máiquez ML, Correa AD, Martín JC, Rodríguez G. Outcome evaluation of a

- community center-based program for mothers at high psychosocial risk. *Child abuse & neglect* 2006;30(9):1049-1064.
- (19) Walkup JT, Barlow A, Mullany BC, Pan W, Goklish N, Hasting R, et al. Randomized controlled trial of a paraprofessional-delivered in-home intervention for young reservation-based American Indian mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009;48(6):591-601.
- (20) Kelleher L, Johnson M. An evaluation of a volunteer-support program for families at risk. *Public Health Nursing* 2004;21(4):297-305.
- (21) Connell A, Bullock BM, Dishion TJ, Shaw D, Wilson M, Gardner F. Family intervention effects on co-occurring early childhood behavioral and emotional problems: a latent transition analysis approach. *Journal of abnormal child psychology* 2008;36(8):1211-1225.
- (22) Chaffin M, Bonner BL, Hill RF. Family preservation and family support programs: Child maltreatment outcomes across client risk levels and program types. *Child Abuse and Neglect* 2001;25(10):1269-1289.
- (23) Duggan A, McFarlane E, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program: impact in preventing child abuse and neglect. *Child abuse & neglect* 2004;28(6):597-622.
- (24) Heinicke CM, Rineman NR, Ponce VA, Guthrie D. Relation-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the second year of life. *Infant Mental Health Journal* 2001;22(4):431-462.
- (25) Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle LA, Brestan EV, Balachova T, et al. Parent-Child Interaction Therapy with Physically Abusive Parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004;72(3):500-510.
- (26) Loman LA, Siegel GL. Effects of anti-poverty services under the differential response approach to child welfare. *Children and Youth Services Review* 2012;34(9):1659-1666.
- (27) Peters RD, Petrunka K, Arnold R. The Better Beginnings, Better Futures Project: a universal, comprehensive, community-based prevention approach for primary school children and their families. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology: The Official Journal For The Society Of Clinical Child And Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53* 2003;32(2):215-227.
- (28) Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D. Supporting families in a high-risk setting: proximal effects of the SAFEChildren preventive intervention. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004;72(5):855.
- (29) Hutchings J, Gardner F, Bywater T, Daley D, Whitaker C, Jones K, et al. Parenting intervention in Sure Start services for children at risk of developing conduct disorder: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2007;334(7595):678-678.
- (30) Lewis R. The effectiveness of families first services: An experimental study. *Children and Youth Services Review* 2005;27(5):499-509.
- (31) Lanier P, Kohl PL, Benz J, Swinger D, Moussette P, Drake B. Parent-Child Interaction Therapy in a Community Setting: Examining Outcomes, Attrition, and Treatment Setting. *Research on Social Work Practice* 2011;21(6):689-698.
- (32) Nair P, Schuler ME, Black MM, Kettinger L, Harrington D. Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child abuse & neglect* 2003;27(9):997-1017.
- (33) Silovsky JF, Bard D, Chaffin M, Hecht D, Burris L, Owora A, et al. Prevention of child maltreatment in high-risk rural families: A randomized clinical trial with child welfare outcomes. *Children and Youth Services Review* 2011;33(8):1435-1444.
- (34) Constantino JN, Hashemi N, Solis E, Alon T, Haley S, McClure S, et al. Supplementation of urban home visitation with a series of group meetings for parents and infants: Results of a 'real-world' randomized, controlled trial. *Child abuse & neglect* 2001;25(12):1571-1581.
- (35) Kemp L, Harris E, McMahan C, Matthey S, Vimpani G, Anderson T, et al. Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood* 2011;96(6):533-540.

- (36) Shaw DS, Dishion TJ, Supplee L, Gardner F, Arnds K. Randomized Trial of a Family-Centered Approach to the Prevention of Early Conduct Problems: 2-Year Effects of the Family Check-Up in Early Childhood. *Journal of consulting and clinical psychology* 2006;74(1):1-9.
- (37) Day C, Michelson D, Thomson S, Penney C, Draper L. Evaluation of a peer led parenting intervention for disruptive behaviour problems in children: community based randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 2012;344:e1107-e1107.
- (38) Thomas R, Zimmer-Gembeck M. Parent-child interaction therapy: an evidence-based treatment for child maltreatment. *Child maltreatment* 2012;17(3):253-266.
- (39) Bair-Merritt M, Jennings JM, Chen R, Burrell L, McFarlane E, Fuddy L, et al. Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: a randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start Home Visitation Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2010;164(1):16-23.
- (40) Biehal N. Preventive services for adolescents: Exploring the process of change. *British Journal of Social Work* 2008;38(3):444-461.
- (41) Caldera D, Burrell L, Rodriguez K, Crowne SS, Rohde C, Duggan A. Impact of a Statewide Home Visiting Program on Parenting and on Child Health and Development. *Child Abuse & Neglect: The International Journal* 2007;31(8):829-852.
- (42) Chaffin M, Hecht D, Bard D, Silovsky JF, Beasley WH. A statewide trial of the SafeCare home-based services model with parents in Child Protective Services. *Pediatrics* 2012;129(3):509-515.
- (43) Duggan A, Fuddy L, Burrell L, Higman SM, McFarlane E, Windham A, et al. Randomized trial of a statewide home visiting program to prevent child abuse: Impact in reducing parental risk factors. *Child abuse & neglect* 2004;28(6):623-643.
- (44) Duggan A, Caldera D, Rodriguez K, Burrell L, Rohde C, Crowne SS. Impact of a statewide home visiting program to prevent child abuse. *Child abuse & neglect* 2007;31(8):801-827.
- (45) Brandon M, Connolly J. Are Intensive Family Preservation Services Useful?: A Study in the United Kingdom. *Journal of Family Strengths* 2006;9(1):6.
- (46) Barlow A, Mullany B, Neault N, Compton S, Carter A, Hastings R, et al. Effect of a paraprofessional home-visiting intervention on American Indian teen mothers' and infants' behavioral risks: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 2013;170(1):83-93.
- (47) Chaffin M, Funderburk B, Bard D, Valle LA, Gurwitch R. A combined motivation and parent-child interaction therapy package reduces child welfare recidivism in a randomized dismantling field trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2011;79(1):84-95.
- (48) Thomas R, Zimmer-Gembeck M. Accumulating evidence for parent-child interaction therapy in the prevention of child maltreatment. *Child development* 2011;82(1):177-192.
- (49) Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. De gezinsmanager in beeld - De werkzaamheden en knelpunten van gezinsmanagers door SIRA Consulting. Nieuwegein. 2010.
- (50) A. E. Van Burik and R. T. Van Vianen. Multiprobleemgezinnen in de Agglomeratie Amsterdam: Een onderzoek naar de omvang en samenstelling van multiprobleemgezinnen en de hulpverlening van de geïndiceerde jeugdzorg aan deze gezinnen. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort (in samenwerking met de GGD Amsterdam). 2006.
- (51) Vosselman J, Polstra L, Daalman M. Te veel problemen onder één dak : een quickscan naar multi-probleemgezinnen in Groningen. Groningen: Bureau Onderzoek, Gemeente Groningen. 2005.
- (52) F. Grisnisch. Hulp zonder drempels - Hulpaanbod aan multi probleem gezinnen in de provincie Groningen. CMO Groningen. 2006.
- (53) R. Portengen. Gezinscoaching Utrecht: verbinden en doorzetten. Utrecht: Provincie Utrecht. 2010.
- (54) A. E. Van Burik, I. Van Meurs and E. M. Klooster. Rapportage MPG monitor Stadsregio Amsterdam. Tweede helft 2009 – eerste helft 2010. Woerden: Van Montfoort Collegio. 2010.
- (55) Sousa L, Eusébio C. When multi-problem poor individuals' myths meet social services myths. *Journal of Social Work* 2007;7(2):217-237.
- (56) Spratt T, Devaney J. Identifying Families with Multiple Problems: Perspectives of Practitioners

- and Managers in Three Nations. *British Journal of Social Work* 2009;39(3):418-434.
- (57) Possick C. Narratives of West Bank women settlers in 'multi-problem families': A case of conflicting master-narratives. *Narrative Inquiry* 2005;15(2):405-420.
- (58) Sousa L, Eusebio C. When multi-problem poor individuals' values meet practitioners' values! *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2005;15(5):353-367.
- (59) de Melo AT, Alarcão M. Integrated Family Assessment and Intervention Model: A collaborative approach to support multi-challenged families. *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 2011;33(4):400-416.
- (60) Armstrong KL, Fraser JA, Dadds MR, Morris J. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of paediatrics and child health* 1999;35(3):237-244.
- (61) Katz, I., Spooner, C., Valentine, K. What interventions are effective in improving outcomes for children of families with multiple and complex problems? West Perth, Australia: Australian: Research Alliance for Children and Youth. 2006.
- (62) Prins R. Developing well-targeted tools for the active inclusion of vulnerable people. 2009.
- (63) Thoburn J. Effective interventions for complex families - safeguarding briefing 1. 2009;1(issue November).
- (64) Davidson G, Bunting C and Webb M.A. Families experiencing multiple adversities: A review of the international literature. Belfast. 2012.
- (65) Clarissa White, Martha Warrener, Alice Reeves and Ivana La Valle. Family intervention projects: an evaluation of their design, set-up and early outcomes. National Centre for Social Research, Department for Children, Schools and Families. 2008.
- (66) C. Lloyd, I. Wollny, C. White, S. Gowland and S. Purdon. Monitoring and evaluation of family intervention services and projects between February 2007 and March 2011. London: Department for Education. 2011.
- (67) Department for Communities and Local Government. Working with troubled families a guide to the evidence and best practice. London: Department for Communities and Local Government. 2012.
- (68) Morris K, Britain G. Think Family: A literature review of whole family approaches. Social Exclusion Task Force, Cabinet Office. 2008.
- (69) Bosselaar H, Maurits E, Molenaar-Cox P, Prins R. Multiproblematiek bij cliënten. 2010.
- (70) M. De Lange and S. Van Haaren. De MPG-aanpak. Organiseren van de hulpverlening rondom het gezin. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam. 2011.
- (71) P. Ghesquière. Multi-probleem gezinnen. Leuven: Garant. 1993.
- (72) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Opvoed en opgroeiondersteuning. De rol van de gemeente in het licht van de Wet op de Jeugdzorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2004.
- (73) Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:17-17.
- (74) McIntosh E, Barlow J, Davis H, Stewart-Brown S. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention. *Journal Of Public Health (Oxford, England)* 2009;31(3):423-433.
- (75) L. Anthony Loman and Gary L. Siegel. Minnesota alternative response evaluation: Final report. St Louis: Institute of Applied Research. 2004.
- (76) Al CM, Stams GJJ, Bek MS, Damen EM, Asscher JJ, van der Laan, Peter H. A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review* 2012;34:1472-1479.
- (77) MacLeod J, Nelson G. Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review. *Child abuse & neglect* 2000;24(9):1127-1149.
- (78) Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children. *Child development* 2004;75(5):1435-1456.
- (79) Asscher JJ, Hermans JMA, Deković M, Reitz E. Predicting the effectiveness of the Home-Start

parenting support program. *CYSR Children and Youth Services Review* 2007;29(2):247-263.

(80) Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006(3).

(81) Lucas PJ, McIntosh K, Petticrew M, Roberts Hm, Shiell A. Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)* 2008(2):CD006358.

(82) Miller S, Maguire LK, Macdonald G. Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)* 2011(12):CD008131.

(83) Gayle Hamilton, Stephen Freedman and Sharon M. McGroder. Do Mandatory Welfare-to-Work Programs Affect the Well-Being of Children? A Synthesis of Child Research Conducted as Part of the National Evaluation of Welfare-to-Work Strategies. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services; U.S. Department of Education. 2000.

(84) Johnson M, Stone S, Lou C, Ling J, Claassen J, Austin MJ. Assessing parent education programs for families involved with child welfare services: evidence and implications. *Journal Of Evidence-Based Social Work* 2008;5(1-2):191-236.

(85) O'Reilly R, Wilkes L, Luck L, Jackson D. The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals. *Journal of Child Health Care* 2010;14(1):82-94.

Bijlage 1 Formulier Kwaliteitsbeoordeling wetenschappelijke literatuur

Om te kunnen besluiten welke beoordeling van toepassing is staan er instructies voor elk item op de volgende pagina. In het veld onder 'beschrijving' moet een citaat uit het artikel worden genoemd, waarop het oordeel is gebaseerd. Als een item als onduidelijk wordt beoordeeld omdat de informatie niet in het artikel te vinden is, kan er onder 'beschrijving' worden aangegeven 'niet gerapporteerd'.

	ITEM	OORDEEL	BESCHRIJVING
A	Was de methode van randomisatie adequaat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
B	Was de toewijzing van wel/niet behandeling verborgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
C	Waren de groepen bij de 0-meting vergelijkbaar met betrekking tot de belangrijkste prognostische indicatoren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
D	Was de respondent blind voor de interventie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
E	Was de hulpverlener blind voor de interventie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
F	Was de beoordelaar van de uitkomsten blind voor de interventie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
G	Werden co-interventies vermeden of waren ze vergelijkbaar aan de interventie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
H	Was de naleving van de methode acceptabel in alle groepen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
I	Werd adequaat met incomplete uitkomstdata omgegaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
J	Werd een 'intention-to-treat analysis' meegenomen in de analyse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	
K	Werd selectieve rapportage van uitkomsten vermeden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onduidelijk	

Tel de punten op (ja=1, nee & onduidelijk= 0) en noteer deze:

INSTRUCTIONS

Item	Explanation
A	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="341 327 1455 472">– The use of a random (unpredictable) component is sufficient for adequate sequence generation. Examples of adequate randomisation methods: coin-tossing, throwing dice, dealing previously shuffled cards, a published list of random numbers, or a list of random assignments generated by a computer. <li data-bbox="341 506 1455 568">– Examples of inadequate randomisation methods: systematic methods, such as alternation, assignment based on date of birth, case record number, and date of presentation. <li data-bbox="341 602 1455 790">– A simple statement such as ‘we randomly allocated’ or ‘using a randomized design’ is often insufficient to be confident that the allocation sequence was genuinely randomized. It is not uncommon for authors to use the term ‘randomized’ even when it is not justified: many trials with declared systematic allocation are described by the authors as randomized. If there is doubt, then the adequacy of sequence generation should be considered to be unclear.
B	<p data-bbox="292 819 1455 1111">Proper allocation sequence concealment secures strict implementation of an allocation sequence without foreknowledge of intervention assignments. Methods for allocation concealment refer to techniques used to implement the sequence, not to generate it. Among the different methods used to conceal allocation, central randomisation by a third party is perhaps the most desirable. Methods using envelopes are more susceptible to manipulation than other approaches. If investigators use envelopes, they should develop and monitor the allocation process to preserve concealment. In addition to the use of sequentially numbered, opaque, sealed envelopes, they should ensure that the envelopes are opened sequentially, and only after the envelope has been irreversibly assigned to the participant.</p>
C	<p data-bbox="292 1144 1455 1254">To receive a ‘Yes’, groups must be similar at baseline regarding demographic variables (age, gender, SES, occupation, employment), duration of sickness absence, duration and severity of complaints, and comorbidity).</p>
D	<p data-bbox="292 1290 1455 1355">To score a ‘Yes’ participants should not know or be able to guess that they are in the intervention or control group.</p>
E	<p data-bbox="292 1391 1455 1456">To score a ‘Yes’ care providers should not know or be able to guess that they are delivering the intervention or the control condition.</p>
F	<p data-bbox="292 1491 1455 1556">To score a ‘Yes’ outcome assessors should not know or be able to guess that they are assessing outcomes for participants in the intervention or control group.</p>
G	<p data-bbox="292 1599 1455 1664">Co-interventions should either be avoided in the trial design or similar for the intervention and control group.</p>
H	<p data-bbox="292 1700 1455 1809">To score a ‘Yes’ compliance to the treatment in the intervention and control group needs to be acceptable based on the reported intensity, duration, number, and frequency of sessions for both the index intervention and control intervention(s).</p>

I	<p>To conclude that there are no missing outcome data, review authors should be confident that the participants included in the analysis are exactly those who were randomized into the trial. If the numbers randomized into each intervention group are not clearly reported, the risk of bias is unclear. Acceptable reasons for missing data:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A healthy person’s decision to move house away from the geographical location of a clinical trial is unlikely to be connected with their subsequent outcome. For studies with a long duration of follow-up, some withdrawals for such reasons are inevitable. – For studies reporting time-to-event data, all participants who did not experience the event of interest are considered to be ‘censored’ on the date of their last follow-up (we do not know whether the outcome event occurred after follow-up ended). The important consideration for this type of analysis is whether such censoring can be assumed to be unbiased, i.e. that the intervention effect (e.g. assessed by a hazard ratio) in individuals who were censored before the scheduled end of follow-up is the same as the hazard ratio in other individuals. In other words, there is no bias if censoring is unrelated to prognosis. – If outcome data are missing in both intervention groups, but reasons for these are both reported and balanced across groups, then important bias would not be expected unless the reasons have different implications in the compared groups. For example, ‘refusal to participate’ may mean unwillingness to exercise in an exercise group, whereas refusal might imply dissatisfaction with the advice not to exercise in the other group. In practice, incomplete reporting of reasons for missing outcomes may prevent review authors from making this assessment. <p>Unacceptable reasons for missing data:</p> <ul style="list-style-type: none"> – A difference in the proportion of incomplete outcome data across groups is of concern if the availability of outcome data is determined by the participants’ true outcomes. For example, if participants with poorer clinical outcomes are more likely to drop out due to adverse effects, and this happens mainly in the experimental group, then the effect estimate will be biased in favour of the experimental intervention. Exclusion of participants due to ‘inefficacy’ or ‘failure to improve’ will introduce bias if the numbers excluded are not balanced across intervention groups. Note that a non-significant result of a statistical test for differential missingness does not confirm the absence of bias, especially in small studies. – Even if incomplete outcome data are balanced in numbers across groups, bias can be introduced if the reasons for missing outcomes differ. For example, in a trial of an experimental intervention aimed at smoking cessation it is feasible that a proportion of the control intervention participants could leave the study due to a lack of enthusiasm at receiving nothing novel (and continue to smoke), and that a similar proportion of the experimental intervention group could leave the study due to successful cessation of smoking.
J	<p>Eligible participants should be analysed in the groups to which they were randomized, regardless of the intervention that they actually received (intention to treat analysis). This is because participants’ propensity to change groups may be related to prognosis, in which case switching intervention groups introduces selection bias. Studies in which ‘as treated’ (per protocol) analyses are reported should be rated as at high risk of bias due to incomplete outcome data, unless the number of switches is too small to make any important difference to the estimated intervention effect.</p>

K	<p>Selective outcome reporting has been defined as the selection of a subset of the original variables recorded, on the basis of the results, for inclusion in publication of trials.</p> <p>Selective reporting of outcomes may arise in several ways, some affecting the study as a whole (point 1 below) and others relating to specific outcomes (points 2-6 below):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selective omission of outcomes from reports: Only some of the analysed outcomes may be included in the published report (check study protocol for comparison). If that choice is made based on the results, in particular the statistical significance, the corresponding meta-analytic estimates are likely to be biased. 2. Selective choice of data for an outcome: For a specific outcome there may be different time points at which the outcome has been measured, or there may have been different instruments used to measure the outcome at the same time point (e.g. different scales, or different assessors). For example, in a report of a trial in osteoporosis, there were 12 different data sets to choose from for estimating bone mineral content. If study authors make choices for a specific time point or scale in relation to the results, then the meta-analytic estimate will be biased. 3. Selective reporting of analyses using the same data: There are often several different ways in which an outcome can be analysed. Another common analysis choice is between endpoint scores versus changes from baseline. Switching from an intended comparison of final values to a comparison of changes from baseline because of an observed baseline imbalance introduces bias rather than removes it (as the study authors may suppose) 4. Selective reporting of subsets of the data: Selective reporting may occur if outcome data can be subdivided, for example selecting sub-scales of a full measurement scale or a subset of events. 5. Selective under-reporting of data: Some outcomes may be reported but with inadequate detail for the data to be included in a meta-analysis. Sometimes this is explicitly related to the result, for example reported only as “not significant” or “P>0.05”.
---	--

**Bijlage 2 Deelnemers Expertmeeting “De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen”
d.d. vrijdag 5 juli 2013 te Zwolle**

Deelnemers:

Marjan Boertjes	WSG
Alex Brenninkmeijer	Wetenschappelijke Raad Instituut Gak (voorzitter)
Harm Brouwer	Gemeente Groningen
Wybe Cnossen	Elker
Anja Holwerda	UMCG/RuG
Daniëlle Jansen	UMCG/RuG
Jan Janssens	Radboud Universiteit Nijmegen
Pierre Koning	Ministerie SZW
Boudien Krol	Instituut Gak
Ellen Loykens	Jeugd GGz
Rienk Prins	Astri
Tamara Pultrum	Het Poortje Jeugdinrichtingen
Menno Reijneveld	UMCG/RuG
Kees Schuyt	Wetenschappelijke Raad Instituut Gak (voorzitter)
Rogier den Uyl	Radar
Monique Verbraeken	Ministerie BZK
Mariska Zoon	NJI
Henriëtte Westers	UMCG/RuG (verslag)

1. Opening

De voorzitter (Alex Brenninkmeijer) opent de vergadering en geeft aan dat het doel van deze bijeenkomst is het bespreken van de resultaten van een inventarisatie van de nationale en internationale literatuur over effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Deze resultaten uit de wetenschappelijke en grijze literatuur, aangevuld met de resultaten van deze bijeenkomst, moeten een voorstel voor een programma opleveren voor verder onderzoek en beleid voor de aanpak van multiprobleemgezinnen. Dit programmavoorstel zal worden aangeboden aan de opdrachtgever van deze inventarisatie, Instituut Gak.

2. Korte voorstelronde

Alle deelnemers stellen zich voor en geven aan wat hun betrokkenheid is bij het onderwerp multiprobleemgezinnen.

3. Presentatie programmeringsstudie “De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen”

Daniëlle Jansen presenteert het doel en de opzet van de programmeringsstudie, de uitkomsten van de systematische literatuur review en een voorstel voor vervolg. Haar verhaal wordt geïllustreerd door een metafoor voor het multiprobleemgezin. In de metafoor drijft het multiprobleemgezin op zee (o.a. onrustig en onveilig), heeft geen adequate hulpmiddelen (boot, riemen/roeispanen, hulpmotor), en het is niet in staat om in rustiger vaarwater te komen (gebrek aan vaardigheden en sociale contacten).

Om in rustig(er) vaarwater te komen is de wil om er te komen van groot belang (motivatie; bereidheid tot verandering). Daarnaast is een goede boot nodig, vaardigheden om de boot te besturen, goede samenwerking met anderen en het vragen en accepteren van hulp. De hulp aan multiprobleemgezinnen bestaat dan uit het zorgen voor goede boot, het plaatsen van een vuurtoren (wegwijzer, maakt zichtbaar of de juiste koers wordt gevolgd en fungeert dag en nacht als baken), het aanbieden van een onderhoudscontract gericht op het onderhoud van de boot, de vaardigheden van de gezinsleden en de samenwerking met de hulpverlening en het sociale netwerk.

Naar aanleiding van de metafoor, worden de volgende conclusies getrokken:

De randvoorwaarden moeten geregeld zijn (boot, vaardigheden);

Zowel gezinsleden zelf (motivatie, doorzettingsvermogen) als buitenstaanders (gids, toezicht en bereikbaarheid) spelen een rol;

Begeleiding (vuurtoren) is nodig voor het bepalen van de route en bewaken van de juiste koers;

Een onderhoudscontract is noodzakelijk om opvarenden niet te laten afdwalen.

Tijdens de presentatie zijn daarnaast nog de volgende zaken aan de orde gekomen:

Definitie multiprobleemgezinnen: Het gaat om een gezin met minstens één volwassene en minstens één kind van 0-16 jaar, die samen leven in een gezamenlijk huishouden en problemen hebben op minstens twee van onderstaande drie kernprobleemgebieden, waarbij in ieder geval opvoedingsproblematiek een rol speelt:

1. *Problemen op sociaaleconomisch gebied, zoals:* schulden, armoede, werkloosheid, gebrek

aan dagbesteding, laag opgeleid of niet afgemaakte opleiding, hoge mobiliteit, gebrekkige huisvesting, slechte hygiëne, criminaliteit, prostitutie

2. *Problemen op psychosociaal gebied, zoals:* problematisch familie functioneren, sociale isolatie / gebrekkig sociaal netwerk, verslaving, psychische klachten/depressies, gedragsproblemen, gezondheidsproblemen, gebrek aan regelmaat, disorganisatie, antisociaal gedrag, slechte/wisselende, onduidelijke of ontbrekende partner- en/of familierelatie(s), huiselijk geweld

3. *Problemen met de opvoeding van de kinderen, zoals:* pedagogisch onvermogen, gebrekkige opvoeding en ondersteuning van kinderen, verwaarlozing, mishandeling, ontwikkelingsachterstand kind, slechte onderlinge communicatie, uithuisplaatsing kind. De problemen zijn chronisch, complex en met elkaar verweven en vaak intergenerationeel.

Veelvoorkomende elementen in werkzame interventies:

- huisbezoeken en opbouwen vertrouwensrelatie met gezin, behoeften gezin centraal
- trainen van vaardigheden op gebied van ouderschap, communicatie binnen het gezin en probleemoplossing, gezondheid, huishouding en zorgen voor een kindvriendelijke omgeving.
- gericht op het helpen van gezinnen om de (reeds) beschikbare zorg- en overige voorzieningen te benutten
- sommige interventies voorzien in de (materiële/financiële) basisbehoeften van gezin, bijvoorbeeld op het gebied van huisvesting, werk, opleiding, onderhoud en huishoudelijke apparaten, e.d.
- soms wordt het sociale netwerk bij de interventie betrokken of tijdens de interventie opgebouwd.

4. ***Uitkomstmaten:*** Veelvoorkomende uitkomstmaten zijn familie functioneren, opvoedcompetenties, psychische klachten/depressie, gedragsproblemen, verwaarlozing/mishandeling, ouder-kind communicatie/interactie, verslaving, huiselijk geweld, welzijn van ouder en kind. Werk, inkomen, opleiding, huisvesting en sociale steun zijn onderbelichte uitkomstmaten in de literatuur.

Conclusies review wetenschappelijke literatuur: Er zijn weinig kwalitatief goede studies gevonden. Wel zijn veel interventies beschreven en geëvalueerd, maar weinig studies zijn als RCT uitgevoerd.

De interventies zijn vooral gericht op gezinnen met jonge kinderen en hebben met name betrekking op gedrag en gezondheid. Weinig studies hebben betrekking op gezinnen met adolescenten. De gevonden interventies zijn nauwelijks gericht op sociaaleconomisch functioneren. De meeste interventies worden uitgevoerd via huisbezoek. Sommige interventies worden uitgevoerd op kantoor of op school.

De gevonden interventies en de follow-up zijn vaak van beperkte duur (< 12 maanden) en hebben weinig positieve resultaten, met name op de langere termijn (> 12 maanden).

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

Het is van belang een brede interventie te ontwikkelen, gericht op ouder en kind, en op zowel gedrag en gezondheid als sociaal economisch functioneren. Een systeembenadering, waarbij ouder, kind en omgeving (sociale context) worden betrokken, is daarbij van belang. De interventie is niet alleen gericht op gezinnen met jonge kinderen, maar ook op gezinnen met adolescenten. De interventie heeft zowel generieke als modulaire componenten. Er is sprake van maatwerk, maar componenten worden gestructureerd en geprotocolleerd aangeboden.

De implementatie van de interventie wordt gekoppeld aan kwalitatief goed onderzoek.

5. Validering van resultaten uit de literatuurstudie

Verhelderende vragen m.b.t. de resultaten:

Desgevraagd wordt aangegeven dat er geen specifieke literatuur is gevonden over interventies gericht op mensen met een verstandelijke beperking; dit is geen exclusie criterium geweest. Het hebben van een beperking wordt in sommige artikelen wel genoemd als kenmerk van een multiprobleemgezin. Daarnaast kan worden aangetekend dat de aanwezigheid van een psychische beperking/aandoening wel vaak wordt genoemd als kenmerk van multiproblematiek. De aanwezigheid van een psychische aandoening is een sterke risicofactor voor multiproblematiek, maar de prevalentie van psychische aandoeningen in de populatie van multiprobleemgezinnen is niet bekend.

Desgevraagd wordt aangegeven dat er ook geen specifieke wetenschappelijke literatuur is gevonden over interventies gericht op migrantengezinnen, dit was ook geen exclusie criterium. Hierover is wel grijze literatuur gevonden.

Kosteneffectiviteit van interventies is niet geëxcludeerd in de zoekstrategie. Er is een aantal artikelen gevonden, waarin dit aspect wordt meegenomen. De review was echter primair gericht op inhoudelijke effectiviteitsstudies van interventies gericht op multiprobleemgezinnen. Studies van interventies met uitkomstmaten gericht op de organisatie van hulpverlening zijn niet meegenomen.

Kees Schuyt geeft aan, dat vanuit de armoede invalshoek bekend is, dat gezinnen wel in staat zijn om één probleem op te lossen, maar dat het hen niet lukt om meerdere problemen tegelijk aan te pakken. Uit de literatuur komt dit aspect niet naar voren. Wel is gebleken uit literatuuronderzoek voor een andere onderzoeksaanvraag, dat er weinig bekend is over 'self-regulation' van multiprobleemgezinnen.

Reacties van de deelnemers m.b.t. gevonden resultaten op het gebied van interventies voor multiprobleemgezinnen.

M.b.t. de doelgroep:

- De beperkte effectiviteit van gevonden interventies kan te maken hebben met de grote uitval van multiprobleemgezinnen uit de hulpverlening. Veel gezinnen beginnen wel aan de interventie en worden geïncludeerd in de studie, maar haken af gedurende het traject en dit heeft consequenties voor de gemeten effectiviteit.
- Naast de kant van de hulpverlening (interventies, organisatie) is ook de kant van het gezin van cruciaal belang en dan met name de motivatie en de bereidheid tot verandering. Dit is van grote invloed op de effectiviteit van de interventie. Hierbij is het van belang niet alleen de gemotiveerde gezinnen te helpen, maar juist te kijken hoe de motivatie van gezinnen kan worden gestimuleerd. Er is meestal wel een aanknopingspunt en vanuit dit punt kan de hulpverlener in gesprek gaan en vertrouwen opbouwen, door bijvoorbeeld een aantal nijpende en praktische zaken op te lossen.

M.b.t. de interventie:

- Door de focus op gezinnen met kinderen, waarbij de interventie multifocus moet zijn en gericht op ouder en kind, zijn interventies specifiek gericht op bijvoorbeeld werk of overlast onderbelicht gebleven. Als voorbeeld wordt genoemd de gezinscoaching-aanpak, die wordt bekostigd vanuit re-integratiegelden, met als doel het vinden van betaald werk of in ieder geval een stijging op de participatieladder. Dit is een interventie gericht op het gehele gezin, waarbij werk als uitkomstmaat wordt gehanteerd.

- De (sociale en maatschappelijke) context waarin de interventie plaatsvindt en de domeinen waarop vanuit verschillende maatschappelijke actoren wordt geïntervenieerd (bijvoorbeeld werk, schulden, huisvesting), heeft grote consequenties voor de effectiviteit van de interventie en bepaalt ook voor een groot deel het succes van die interventie op het gezinssysteem. De organisatorische en bestuurlijke inbedding van de interventie is medebepalend voor het succes van de interventie.
- De strategie “één gezin, één (hulpverlenings)plan, één regisseur” wordt ondertussen in veel gemeenten doorgevoerd en hiermee worden goede resultaten behaald, wat blijkt uit de uitgevoerde maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBAs) in opdracht van het Ministerie. In het project “Achter de Voordeur” vindt zeer intensieve kennisuitwisseling plaats en volgens de uitvoerders is deze aanpak ook gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De onderzoekers zullen aanvullende informatie hierover opvragen en meenemen in hun rapportage.
- Het is niet voldoende als de samenwerking en de regie goed geregeld zijn. De organisaties moeten vervolgens ook met effectieve methodieken in de gezinnen werken. Op verschillende deelgebieden zijn hiervoor al goede methodieken beschikbaar, bijvoorbeeld op het gebied van de psychiatrie, maatschappelijk werk, het doorbreken van een sociaal isolement, schuldsanering, re-integratie. Deze methodieken zijn echter vaak niet geëvalueerd volgens wetenschappelijke normen (met controlegroep).

M.b.t. de professional:

- De effectiviteit van de hulpverlening staat of valt met de wijze waarop de interventie wordt uitgevoerd door de betreffende hulpverlener. De persoonlijke kenmerken en vaardigheden van de hulpverlener zijn essentieel. Een belangrijk punt is dat de hulpverlener met het gezin in gesprek moet gaan en de problemen bespreekbaar moet maken.
- Ook de interactie tussen professional/hulpverlener en multiprobleemgezin speelt een belangrijke rol. Vertrouwen en wederzijds respect zijn van belang. Het is daarbij wel van belang dat dwang en drang uit de taboesfeer wordt gehaald en dat zaken bespreekbaar worden gemaakt.

M.b.t. de organisatie van hulpverlening:

- De organisatie van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen is meer problematisch dan de multiprobleemgezinnen zelf. Dit is een belangrijk aandachtspunt in het opzetten, uitvoeren en evalueren van een interventie. De faalfactoren zitten met name in de organisatie van de maatschappelijke context. Een regiefunctie is onontbeerlijk.
- Het is van belang niet alleen te kijken naar welke interventies werken het beste, maar vervolgens ook naar het trainen van medewerkers in deze interventies en het maken van afspraken tussen betrokken organisaties over de samenwerking en het bepalen van de regie. Met name de discussie met betrekking tot de regie komt ook naar voren in de internationale literatuur en deze discussie wordt ook in de omliggende landen gevoerd. Als voorbeeld wordt “Troubled families” in Engeland genoemd.

M.b.t. de maatschappelijke context:

- Een belangrijke factor is het Nederlandse maatschappelijk klimaat. In multiprobleemgezinnen is regelmatig sprake van psychische problematiek of een verstandelijke beperking. Deze mensen/gezinnen hebben levenslange begeleiding nodig, maar daar is geen financiële ruimte voor.

Vanuit het UMCG wordt aangegeven dat de vraagstelling is gericht op drie verschillende niveaus en het is van belang naar alle drie niveaus te kijken:

1. De toolkit van de professional: de methodieken en programma's
2. De vaardigheden/competenties van de professional
3. De organisatie en de samenwerking tussen organisaties (mandaat, budget, e.d.)

Vanuit de deelnemers wordt aangegeven dat er voldoende effectieve methodieken en programma's zijn, maar dat de aandacht vooral uit moet gaan naar de vaardigheden/competenties van professionals en de organisatorische inbedding.

Wetenschappelijke documentatie van de effectiviteit van deze methodieken en programma's blijkt echter niet beschikbaar te zijn.

6. **Interventies: Waar liggen de kansen en wat zijn de implicaties?**

Het doel van de programmeringsstudie is het opstellen van een Research & Development (R&D) programma voor interventies gericht op het verminderen van de problemen binnen het multiprobleemgezin zodat de participatie (school, werk, maatschappij) van zowel volwassene(n) als kind(eren) binnen het gezin wordt bevorderd.

Reacties vanuit de deelnemers:

- Aangegeven wordt dat het van belang is om bij het vervolg van het onderzoek onderscheid te maken tussen interventies gericht op de multiprobleemgezinnen zelf en interventies gericht op de (organisatie van de) hulpverlening aan multiprobleemgezinnen. Hoe breder de interventie is, hoe moeilijker de effectiviteit van de interventie kan worden vastgesteld.
- Daarnaast is het van belang onderscheid te maken tussen gezinnen met meervoudige problematiek en gezinnen met meervoudige problematiek én een problematische (langdurige) relatie met de hulpverlening. Door het NJI wordt alleen deze laatste groep tot de multiprobleemgezinnen gerekend. Dit onderscheid is in de voorgestelde definitie door het UMCG niet expliciet meegenomen.
- Als we kijken naar de aanpak van het voorliggende probleem, dan zijn er verschillende invalshoeken mogelijk, via de domeinen (hulpverlening/organisatie), via huishoudens met meervoudige problematiek of via de gezinnen met de definitie die hiervoor door het UMCG is gegeven. De vraag is vervolgens wat de effectiviteit van de aanpak bepaalt: is dat het multiprobleemgezin zelf (bijv. motivatie), de professional/hulpverlener (competenties) of de methodiek/het programma.
- De aanpak multiprobleemgezinnen in de gemeente Groningen werkt in die zin, dat het beter gaat met deze gezinnen op een aantal levensterreinen. Door de geringe bestuurlijke en organisatorische inbedding bestaat echter de kans dat de aanpak niet duurzaam is. Er is daarnaast geen effectiviteitsonderzoek naar de aanpak gedaan, wel is er een beschrijving van de uitkomsten van de aanpak.
- De kunst van de aanpak van multiprobleemgezinnen is het goed in beeld hebben van de problemen die spelen en weten op welke punten en in welke combinatie van problemen moet worden ingegrepen. Waar begin je, wat is de meest effectieve prioritering en hoe organiseren we dat in samenwerking tussen overheid, instellingen en professional.
- Hiervoor is het van belang te weten wat de werkzame factoren zijn. Omdat de interventie voor multiprobleemgezinnen ook multi-focussed is, is de effectiviteit lastig vast te stellen. Daarom is het van belang te kijken naar werkzame factoren.

- Het mandaat en de financiële ruimte voor een professional om maatwerk te leveren is ook van groot belang.
- Bij het ontwikkelen van effectiviteitsonderzoek op dit terrein is het van belang naar good practices te kijken en te leren van de praktijk, ook al zijn deze vormen niet altijd wetenschappelijk geëvalueerd. Er is wel een aantal inzichten en valkuilen naar voren gekomen uit de grijze literatuur en het is van belang die ook mee te nemen.
- Een belangrijk aspect is dat we moeten verdragen dat we niet alles weten en dat we niet alles kunnen oplossen. Het is van belang niet steeds nieuwe projecten op te starten en steeds nieuwe vormen te bedenken, zonder te leren van de vorige. Het is goed voort te bouwen op de kennis die er is en van daaruit verder te werken.
- Soms is het goed een contract te sluiten met een gezin en afspraken te maken over de zaken die opgelost/bereikt moeten zijn in een bepaalde periode.
- Uit onderzoek blijkt dat specifieke factoren (niet toe te schrijven aan een bepaalde interventie) een belangrijke rol spelen in de effectiviteit van interventies. Het gaat dan om bejegening van het gezin, motivatie van het gezin en de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Een deel hiervan hangt samen met de kwalificaties en competenties van de hulpverlener/professional. Het gaat ook om bereikbaarheid van de professional voor het gezin en een lagere caseload, zodat de professional ook tijd heeft voor het gezin. Het nadeel is dat specifieke factoren soms moeilijk te manipuleren zijn in de zin van het is niet bekend wat de beste invulling van de specifieke factoren moet zijn voor het beste resultaat.
- Een langdurige vinger aan de pols aanpak is van belang bij multiprobleemgezinnen om de continuïteit te waarborgen. Het gaat om het op gang brengen van een proces en de problemen aan te pakken, maar het is een illusie, dat de problemen na een half jaar zijn opgelost en dat het gezin zichzelf dan kan redden. Acceptatie is daarin een belangrijk principe, er zijn problemen die niet opgelost kunnen worden en er zijn gezinnen die niet zelfstandig kunnen functioneren maar levenslange levensbrede ondersteuning nodig hebben om escalatie te voorkomen. Deze gezinnen kunnen wel worden geholpen, maar de problematiek kan niet definitief worden opgelost. De maatschappij stelt hoge eisen aan mensen en gaat uit van maakbaarheid en dat geldt voor deze groep niet. De acceptatie geldt ook voor het stellen van haalbare doelen voor deze gezinnen.
- Het is van belang niet alleen te kijken naar de gedragsverandering die kan worden bewerkstelligt door een interventie, maar ook andere uitkomsten te meten, zoals werk, scholing, (geen) politiecontacten, (vaste) huisvesting. Vragenlijstonderzoek is niet altijd het geëigende instrument hiervoor. Wellicht zijn diepte-interviews meer geschikt, maar dan wel volgens een bepaalde methodiek. Tot nog toe is er weinig langlopend onderzoek verricht. De meeste follow-up is maximaal 12 maanden. Het zou goed zijn nu terug te gaan naar gezinnen die vijf jaar geleden als multiprobleemgezin zijn behandeld en te kijken hoe het in deze gezinnen staat op het gebied van werk, huisvesting, scholing, uithuisplaatsing, e.d.
- Dit is wel beschreven in de grijze literatuur en daar zijn goede resultaten gevonden. Het is goed de veelbelovende elementen uit de grijze literatuur te filteren en van daaruit de connectie te maken met de wetenschappelijke literatuur. Een groot nadeel van de grijze literatuur is, dat het onderzoek vaak is uitgevoerd door dezelfde instantie die de interventie heeft uitgevoerd.

- Door veel gemeenten wordt nu de self-sufficiency matrix of de zelfredzaamheidsindex toegepast, die op huishoudensniveau de stand van zaken op 11 verschillende leefgebieden meet. Deze matrix kan worden gebruikt als managementrapportage, als beleidsinformatie, maar ook als meetinstrument omdat het op elf verschillende leefgebieden het door het gezin op dat leefgebied bereikte niveau meet op een schaal van één tot vijf. Dit is echter een screenings/diagnose-instrument en niet bedoeld om resultaten te meten.
- Als het gaat om de vaardigheden en competenties waaraan hulpverleners moeten voldoen om geschikt te zijn voor het werken met multiprobleem gezinnen, wordt aangegeven, dat ZonMw haar onderzoeksprogramma “Effectief werken in de jeugdzorg” deels richt op kenmerken van hulpverleners, die de effectiviteit van de zorg voor jeugd beïnvloeden. Het is goed de resultaten van deze studie mee te nemen in dit onderzoek.
- Daarnaast is in het kader van het project “Achter de Voordeur” een instrument ontwikkeld aan welke competenties hulpverleners moeten voldoen om geschikt te zijn voor deelname aan de sociale teams die met multiprobleemgezinnen werken. Dit werkt alleen wel in één wijk in een grote stad, maar als een aanpak over de hele stad of zelfs landelijk wordt uitgerold zijn er onvoldoende mensen beschikbaar die aan het profiel voldoen. Bovendien willen de organisaties, waar deze mensen werkzaam zijn, deze professionals niet altijd afstaan aan de sociale teams.
- Het Ministerie heeft onderzoek gedaan naar ‘best persons’ en naar aanleiding daarvan een competentieprofiel opgesteld¹, maar in de praktijk blijkt dat de mensen die daar in passen dit vaak al hebben opgepakt, maar dat het merendeel van de professionals nog op de oude manier werkt. Hier ligt ook een rol voor de opleiding van hulpverleners, dat deze competenties daarin een expliciete plaats krijgen.

Daarnaast werkt het Ministerie veel samen met Movisie, die ook een competentieprofiel hebben opgesteld².

Als kanttekening wordt hierbij aangegeven dat ook de beste hulpverlener niets kan beginnen als die niet in de positie (mandaat, financiële ruimte) wordt gebracht door al die actoren in de context (bestuurlijk en organisatorisch). De effectiviteit van de organisatorische context is echter lastig te meten, omdat dan de interventie door de eigen organisatie wordt gemeten.

7. Samenvatting en conclusies

Een belangrijke conclusie is dat er veel gedaan kan worden voor en in deze gezinnen, dat er veel beschikbaar is aan kennis en methodieken, maar dat op dit moment onvoldoende bekend is wat wel of niet werkt en waarom.

Het is van belang per gezin te onderscheiden op welke leefgebieden een deel-interventie (=component van de brede multiprobleeminterventie) wordt ingezet (bijvoorbeeld werk, huisvesting) en wat het effect hiervan is.

Een belangrijk element is dat de interventie an sich goed kan zijn en dat de werkzame

¹ Competentieprofiel De Generalist (frontlijnwerker of medewerker sociale teams in Achter de Voordeur): 1. Creativiteit / 2. Zelfontwikkeling / 3. Durf / 4. Coachen / 5. Samenwerken / 6. Netwerken / 7. Aanpassingsvermogen / 8. Innoverend vermogen / 9. Overtuigingskracht

² Competentieprofiel Movisie voor de sociale professional: de tien competenties van de competente professional: 1. Verheldert vragen en behoeften / 2. Versterkt eigen kracht en zelfregie / 3. Is zichtbaar en gaat op mensen af / 4. Stimuleert verantwoordelijk gedrag / 5. Stuurt aan op betrokkenheid en participatie / 6. Verbindt gezamenlijke en individuele aanpak / 7. Werkt samen en versterkt netwerken / 8. Beweegt zich in uiteenlopende systemen / 9. Doorziet verhoudingen en anticipeert op veranderingen / 10. Benut professionele ruimte en is ondernemend

componenten ook in de interventie aanwezig zijn, maar dat de effectiviteit van de interventie beperkt is, enerzijds omdat weinig professionals in staat zijn de interventie goed uit te voeren en anderzijds omdat het lastig is de gezinnen bij de les te houden (bijvoorbeeld door de interactie tussen professional en gezin). De effectiviteit ontstaat uit interactie tussen de methodiek, de uitvoerende professional en de organisatorische context waarbinnen de professional werkt.

Het is van belang na te gaan hoe de grijze literatuur ook kan worden meegenomen in het eindadvies. Het is duidelijk dat er veel informatie vanuit de grijze literatuur beschikbaar is, die nuttig kan zijn als aanvulling op de resultaten vanuit de wetenschappelijke literatuur. Dan is het wel van belang uit de grijze literatuur die elementen te destilleren, die begripsmatig of theoretisch vanuit de literatuur kunnen worden onderbouwd en die generaliseerbaar zijn.

8. Afsluiting

De deelnemers geven aan dat zij het op prijs hebben gesteld betrokken te worden in deze discussie en dat zij graag bereid zijn een verdere bijdrage te leveren.

Specifiek wordt daarbij de richtlijn multiprobleemgezinnen van het NJI genoemd, waarvoor een uitgebreide literatuursearch in de grijze literatuur is gedaan, die wellicht nuttig is als input voor dit onderzoek. Daarnaast wordt door het Ministerie gewerkt aan een meta-analyse van 50 - 60 Maatschappelijke Kosten-Baten Analyses (MKBAs) van de Achter de Voordeur aanpak door gemeenten. Dit kan ook als input dienen.

Het UMCG geeft aan de discussie als waardevol te hebben ervaren en de input mee te zullen nemen in het vervolg.

Bijlage 4 Definities van Multiprobleemgezinnen

Definities in de wetenschappelijke literatuur

In de wetenschappelijke literatuur worden de volgende definities gegeven voor multiprobleemgezinnen:

- Families with multiple problems “may be said to live in a constant state of struggle against a range of internally and externally located stressors, episodically coming to the attention of child welfare professionals” (Spratt & Devaney, 2009);
- “We have chosen to use the term ‘families with multiple problems’ to describe those families who share a range of characteristics (including drug or alcohol abuse, the presence of domestic violence and the experience of physical or mental health difficulties on the part of one or both of the parents) which may result in repeated incidents of child maltreatment or create environments detrimental to children” (Spratt & Devaney, 2009);
- “Multi-problem families are those who struggle with a cluster of chronic problems including poverty, sub-standard housing, health problems, family dysfunction, substance abuse, anti-social behavior, and lack of support systems” (Sharlin & Shamai, 2000) (In: Chaya 2005);
- “Multi-problem families are characterized by the presence of severe symptoms affecting an indeterminate number of members. Nevertheless, the central attribute of multi-problem families is disorganization, which is taken to an extreme. Many factors contribute to that situation, the most common are chaotic hierarchy, the reduction of rules to a minimum, which promotes acting out, repeated ruptures and reconstitutions of relationships, and predominantly negative patterns of verbal and nonverbal communication” (Sousa & Eusébio, 2005);
- Other descriptive terms used in the literature to designate multi-problem families are “disorganized, disadvantaged and multi-stressed families. The most visible characteristic of these families’ lives is the existence and distress of multiple problems, such as neglect, alcoholism, prostitution, delinquency, substance abuse, depression and psychosis” (Sousa & Eusébio, 2007);
- “The concept of the multi-problem family has been operationalized in the following way: the simultaneous presence in two or more family members of severe problematic behaviours which are stable over time; serious insufficiency, above all on the part of parents, in instrumental and relational activities and family development; reinforcement between these aspects; fragile boundaries, to be expected of a system in which the presence of practitioners and other external figures is strong; and building of a relationship of dependence with the social services” (Cancrini et al., 1997: 52–3 in: Sousa & Eusebio, 2007);
- “Multi-challenged families, also known as vulnerable, multi-problem, multi-stressed families, or families in extreme distress, have to cope with multiple internal and external stressors, often associated with harsh developmental and living conditions. Many have several basic unmet needs and are constantly challenged to change and to adapt to multiple external and internal perturbations through complex interactions” (DeMelo & Alarcao, 2011);
- The typical profile of families at psycho-social risk includes “low-income parents who have poor models of parenting, lack personal empowerment, have inadequate life management skills, show inconsistent and unresponsive parenting, are punitive in managing children’s behavior or provide inadequate supervision of children and neglect of their basic needs” (Rodrigo et al., 2006);
- Vulnerable families were identified having at least 1 of the following risk factors: physical domestic violence, identified childhood abuse of either parent, sole parenthood, or ambivalence to the pregnancy (sought termination, no antenatal care) OR three or more of the following risk

factors: maternal age less than 18 years, unstable housing (three or more moves in the preceding 2 years), financial stress (often concerned about having adequate food, or making ends meet), less than 10 years of maternal education, low family income (< A\$16 000 per annum), social isolation, history of mental health disorder, drug, or alcohol abuse (either parent), and domestic violence other than physical abuse (Armstrong et al., 2000);

- Families facing stress and difficulty were selected when having at least 2 risk factors in “areas of parent and family functioning, including ages of parents, social support, planning of pregnancy, parental substance use, family financial situation, and family violence or families for which there were serious concerns about the family’s capacity to care for the child” (Fergusson et al., 2005);
- Vulnerable families were selected when having at least one of following risk factors: “sole parenthood, ambivalence to pregnancy, physical forms of domestic violence, and childhood abuse of either parent OR three or more of following risk factors: maternal age less than 18 years, unstable housing, financial stress, <10 years of maternal education, low family income, social isolation, history of mental health disorder (either parent), alcohol or drug abuse, and domestic violence other than physical abuse” (Fraser et al., 2000);

Families at risk for child abuse were also regarded as potential multi-problem families.

- A family was considered at risk for child abuse when they scored ≥ 25 on the Family Stress Checklist, in which the following risk factors are included: Parental substance abuse, Poor mental health, Domestic violence, Maternal history of child abuse, Unrealistic expectations of child, Unwanted child or risk of poor bonding (Duggan et al, 2004)
- Mothers who were identified as being at risk for inadequate parenting had ≥ 4 of following risk factors: (1) mother is poor and receiving aid, (2) mother lacks support (partner, family, and/or friends), (3) pregnancy not wanted, (4) mother victim of childhood physical abuse, (5) mother victim of childhood sexual abuse, (6) mother victim of childhood emotional abuse, (7) mother victim of childhood rape, (8) mother victim of childhood violence, (9) mother experienced suicidal thoughts in the past, (10) mother referred for mental/health counseling in the past, (11) mother treated for drug and/or alcohol addiction in the past, and (12) mother homeless (Heinicke et al., 2001)

Definities in de (inter)nationale grijze literatuur

In de internationale grijze literatuur worden de volgende definities gegeven voor multiprobleemgezinnen:

- Families experiencing multiple adversities including poverty, debt, financial pressures, child abuse/child protection concerns, family violence/domestic violence, parental illness/disability, parental substance abuse, parental mental illness, family separation/bereavement/imprisonment, parental offending, anti-social behaviour (Davidson, Bunting & Webb 2012 – Families experiencing multiple adversities - A review of the international literature - Believe in children);
- Families with multiple and complex problems are defined as: “Families with children aged 0-5 years who are experiencing multiple problems, which might be problems for the parents, for the children, or for the whole family. Examples of problems include problems relating to housing, finances, ill health, childcare, substance abuse, family violence and abuse, poor educational outcomes, truancy” (Katz 2006 – What interventions are effective in improving outcomes for children);
- For families whose needs are especially complex there is broad agreement about the characteristics of parents who are likely to maltreat their children and the children most likely to

be maltreated. Parents who become known to the social care services because their children have been harmed or are considered likely to be harmed, but who are particularly difficult to help in a way which achieves and maintains the necessary change for the child, are referred to in this briefing as 'hard to change' parents. These parents usually have one and often several of the following characteristics: they are isolated, without extended family, community or faith group support, they were abused or emotionally rejected as children, or had multiple changes of carer, they have a mental illness, personality disorder and/or a learning disability, they are particularly vulnerable if no other parent or extended family member is available to share parenting, and if this is combined with having a child who is 'hard to parent', they have had children by different partners, often involving an abusive relationship, they have an alcohol or drug addiction and do not accept that they must control the habit for the sake of their child's welfare, they have aggressive outbursts and/or a record of violence, including intimate partner violence, they have obsessional/very controlling personalities, often linked with low self-esteem, they were in care and had multiple placements or 'aged out' of care without a secure base (mitigated if they had a good relationship with a carer, social worker or social work team who remained available to them through pregnancy and in early parenting), they are especially fearful of stigma or suspicious of statutory services; this includes those from communities which consider it stigmatising to seek state assistance, immigrants who have experienced coercive state power before coming to the UK, or people with poor childhood experience of services (Thoburn 2009 – Effective interventions for complex families);

- Families experiencing multiple difficulties including mental health, disability, young carers, child welfare, drugs and alcohol, crime and anti-social behaviour, domestic violence. (UK Department of Health 2008 – Think Family - A literature review of whole family approaches);
- Very disadvantaged families or the most troubled and challenging families, including lone parents, large families, workless households (where no adult member aged over 16 years was in employment) and with one or more children aged 16 or under with special educational needs involved in or at risk of anti-social behaviour (ASB), youth crime, inter-generational disadvantage and worklessness. The presenting risk factors are categorised into five domains: family functioning and risk, crime and ASB involvement, health, education and employment. (UK Department for Education 2011 – Monitoring and evaluation of family intervention);
- Troubled Families are those who meet 3 of the 4 following criteria: are involved in youth crime or anti-social behaviour, have children who are regularly truanting or not in school, have an adult on out of work benefits, cause high costs to the taxpayer (UK Department for Communities and Local Government 2012 – Working with troubled families: a guide to evidence and good practice);
- Very disadvantaged families, including a considerably higher than average proportion of lone parents, large families and workless households receiving out-of-work benefits involved in antisocial behavior (ASB) and criminal activity and being subject to enforcement actions related to ASB and housing (White 2008 – Family intervention projects)
- Vulnerable people are far away from the labour market, have substantial and complex problems and a significantly reduced working capacity, and live in a "dependency culture" with regard to welfare benefits. (Prins (EU) 2009 – Developing Well-Targeted Tools for the Active Inclusion of Vulnerable People).

In de nationale grijze literatuur worden de volgende definities gegeven voor multiprobleemgezinnen:

- “een multi-problem gezin is een gezin dat kampt met een chronisch complex van sociaal-economische en psychosociale problemen waarvan de betrokken hulpverleners vinden dat het weerbaarstig is voor hulp” (Ghesquière, 1993; p. 42)
- Een gezin is een multiprobleemgezin als aan vier voorwaarden is voldaan:
 1. Er zijn problemen op de verschillende taakgebieden
 2. De aanwezige problemen zijn onderling sterk verweven
 3. De problemen bestaan al langere tijd
 4. De problemen zijn lastig aan te pakken door de hulpverlening (Van Montfoort, 2006);
- Een multiprobleemgezin is een gezin dat (minimaal) aan de volgende voorwaarden voldoet:
 1. Er zijn twee of meer risicofactoren aanwezig op sociaal/maatschappelijk gebied
 2. De draagkracht van het gezin is niet meer in balans met de draaglast
 3. Er is sprake van opvoedingsproblematiek, ontwikkelingsproblemen kind, psychische of gedragsproblemen kind, aanwijzingen voor kindermishandeling en /of bijzonder ouderschap. (Van Montfoort, 2006, werkdefinitie Amsterdam);
- Het gezin kampt met problemen die chronisch van aard zijn op het gebied van huishouding, partnerrelatie en individueel welzijn en is weerbaarstig voor de hulpverlening; problemen bestaan minstens een jaar zonder uitzicht op verbetering (Van Montfoort, 2006);
- “Een gezin waarin door de complexiteit en chroniciteit van de problematiek, veranderingen ten goede van binnenuit en van buitenaf slechts zeer moeizaam tot stand komen.” (Baartman e.a., 1989)
- *Een Risicogezin heeft* problemen met gezinsmanagement, meervoudige problemen, een zwakke regie op de eigen problemen (gezinsonmacht) en is vaak van allochtone afkomst. (*Ministerie van VWS*);
- Het NIZW hanteert de volgende indicatoren voor risicogezinnen:
 - risicogezinnen zijn veelal zorgmijders
 - professionals constateren opvoedingsonmacht
 - er is sprake van schoolverzuim, contacten met leerplicht en of justitie
 - er is sprake van schulden
 - de gezinnen zijn vaak overbelast
 - de problemen zijn intergenerationeel
- Er is sprake van multiproblematiek bij gezinnen en personen wanneer deze langdurig te maken hebben met twee of meer samenhangende en elkaar mogelijk versterkende problemen én de betrokkene(n) niet in staat is/zijn tot het ontwikkelen en voeren van een adequate regie ten aanzien van de beheersing of oplossing van het complex aan problemen, waardoor deelname aan de samenleving en de arbeidsmarkt problematisch is (Astri, 2010)

Bijlage 5 Overzicht geïncludeerde artikelen in systematische review Effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
1	Early home-based intervention by child health nurse Armstrong et al., 2000 (Australië)	Thuisbehandeling Wekelijks tot 6 weken, 2-wekelijks tot 3 maanden, maandelijks tot 6 maanden na de bevalling + Wekelijkse casusbespreking door kinderverpleegkundigen met de maatschappelijk werker van het team en kinderarts in de wijk om de behoefte van het gezin vast te stellen en de zorg/hulp in te plannen Gezondheid Gedrag	Gezinnen met baby (0-6 maanden) Met tenminste één van de volgende risicofactoren: fysiek huiselijk geweld, geïdentificeerd misbruik in de kindertijd van een van beide ouders, alleenstaande ouder, of ambivalentie t.o.v. de zwangerschap (poging tot afbreken, geen prenatale zorg) OF drie of meer van de volgende risicofactoren: moeder jonger dan 18 jaar, onstabiele huisvesting (drie of meer verhuizingen in de afgelopen twee jaren), financiële stress (vaak bezorgd over gebrek aan goede voeding of niet rond kunnen komen), moeder heeft minder dan 10 jaar onderwijs ontvangen, laag gezinsinkomen (< A\$16.000 = < €12.000 per jaar), sociaal isolement, historie van psychische stoornis, drugs- of alcoholmisbruik (ouder(s)), en huiselijk geweld anders dan fysiek	Moeder-kind hechting Postnatale depressie Opvoedingsstress (depressie ouder, hechting, beperkingen door de ouderrol, gevoel van bekwaamheid als ouder, sociaal isolement, partnerrelatie, gezondheid kind en acceptatie van het kind door de ouder, veeleisendheid van het kind/ mate van last die ouder heeft van kind, stemming van het kind, kind bevestigt ouder, aanpassingsvermogen kind, en snel afgeleid zijn van het kind) Stemming van de moeder Gezondheid van het kind (vaccinaties, gebruik medische diensten, verwondingen, kwaliteit van thuisomgeving, roken van ouders)	RCT 2	Gezinsfunctioneren ↑ Kwaliteit van moeder-kind hechting ↑ Relatie van moeder met het kind ↑ Gevoel van bekwaamheid ouder ↑ Acceptatie van het kind door de ouder ↑ Positieve bevestiging van de ouder door het kind ↑ Vaccinatie status ↑ Door ouders gerapporteerde verwondingen en blauwe plekken ↓ Rookgedrag van ouders ↓ Beperkingen door de ouderrol ↓ Emotionele responsiviteit ↑ Kwaliteit van thuisomgeving ↑
2	Hawaii Healthy Start Home Visitation Program Bair-Merritt et al., 2010 (Hawaii)	Huisbezoeken, Tenminste drie jaar lang met afnemende intensiteit vanaf de geboorte Gedrag	Gezinnen met baby's Met hoog risico op kindermishandeling	Huiselijk geweld door partner Huiselijk geweld door moeder	RCT 3	Fysiek geweld door partner ↓ (post-interventie) Huiselijk geweld gepleegd door moeder (voornamelijk fysiek) ↓ Beide niet meer significant bij follow-up na drie jaar
3 en 4	Family Partnership Model Barlow et al. / McIntosh et al., 2007 / 2009 (Verenigd Koninkrijk)	Huisbezoeken, Georganiseerd door instantie Gedurende 18 maanden wekelijkse bezoeken vanaf 6 maanden voor de geboorte tot 12 maanden na de geboorte Gezondheid Gedrag	Zwangere vrouwen met baby's Met risico op kindermishandeling	Opvoeding Mishandeling en verwaarlozing Moeder-kind interactie Psychopathologie moeder Postnatale depressie Opvoedingsvaardigheden Sociale steun Onenigheid met partner Zelfrespect Zelfvertrouwen Opvoedstress Kwaliteit van woonomgeving Sociaal en emotioneel aanpassingsvermogen kind Ontwikkeling kind Welzijn kind	RCT 4	Geen significante resultaten na 6 maanden Na 12 maanden follow-up: Sensitiviteit van de moeder ↑ Medewerking van het kind ↑
5	Paraprofessional delivered Home-Visiting Intervention modeled on Healthy Families America Barlow et al., 2006 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken 25 huisbezoeken van ongeveer 1.5 uur en 41 afzonderlijke lessen vanaf 28e week van de zwangerschap tot 6 maanden na de geboorte (ongeveer 9 maanden in totaal) Gedrag	Zwangere Amerikaans-Indische adolescenten van 12-19 jaar + baby van 0-6 maanden	Primaire uitkomstmaten: Kennis verzorging kind Vaardigheden verzorging kind Betrokkenheid moeder Secundaire uitkomstmaten: Conflicten in het gezin Gezinscohesie Sociale steun Zelfrespect	RCT 3	Kennis van de opvoeding na 2 en 6 maanden follow-up ↑ Betrokkenheid moeder bij kind na 2 maanden ↑

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
				Depressie Mate van controle Druggebruik		
6	Family Spirit, a paraprofessional-delivered, home-visiting pregnancy and early childhood intervention Barlow et al., 2013 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken door semi-professional Gezondheid Gedrag	Amerikaans-Indische tienermoeders en baby's Levend in sociaal achtergestelde gemeenschappen	Kennis m.b.t. opvoeding, Zelfvertrouwen m.b.t. opvoeding, Acceptatie, betrokkenheid en reageren op kind door moeder veiligheid van de thuisomgeving, Internaliserend gedrag moeder Externaliserend gedrag moeder Middelengebruik moeder Internaliserend gedrag kind Externaliserend gedrag kind 12 maanden na geboorte	RCT	Kennis over opvoeding ↑ Zelfvertrouwen op het gebied van opvoeding ↑ Houding ouders m.b.t. veiligheid van thuisomgeving ↑ Externaliserend gedrag moeder ↓ Externaliserend gedrag kind ↓ Voorspelt minder gedragsproblemen en lager risico op druggebruik voor de deelnemende tienermoeders en kinderen gedurende hun leven
7	Sure Start local programmes Belsky et al., 2006 (Verenigd Koninkrijk)	Huisbezoeken Georganiseerd in de wijk Niet beschikbaar Gezondheid Gedrag	Moeders met kind van 9-36 maanden Levend in sociaal achtergestelde gemeenschappen	Gezinsfunctioneren Opvoeding Gezondheid en ontwikkeling kind	Quasi- exp 2	Bij moeders van kinderen vanaf 9 maanden: huishoudelijke chaos ↓ Bij moeders (geen tienermoeders) van kinderen van 36 maanden: Negatieve opvoeding ↓ Sociale vaardigheden ↑ Gedragsproblemen ↓ Bij kinderen van tienermoeders: Sociale vaardigheden ↓ Gedragsproblemen ↑ Verbaal vermogen ↓ Bij kinderen in huishoudens van alleenstaande ouders en kinderen in werkloze huishoudens: Verbaal vermogen ↓ Interventie uitgevoerd door gezondheidsdiensten: uitkomsten ↑ Kinderen van relatief meer sociaal achtergestelde gezinnen (tienermoeders, alleenstaande ouders, werkloze huishoudens) werden negatief beïnvloed door het leven in interventiegemeenschappen
8	Specialist family support teams Biehal, 2008 (Verenigd Koninkrijk)	Huisbezoeken? Georganiseerd door instantie (doorverwezen) Ongeveer 4,5 maanden Gedrag	Gezinnen met kinderen 11-16 jaar Met dreigend risico van uithuisplaatsing	Emotionele en gedragsproblemen kind Psychische stress/geestelijke gezondheid ouder Gezinsfunctioneren	Quasi- exp 1	Doorverwezen gezinnen met de slechtste scores lieten de grootste verbetering zien in scores voor het kind en in gezinsfunctioneren Er is geen significant verschil in de mate van verandering in het functioneren van het kind en het gezin. Pleegzorg of residentiele zorg ↓ Plaatsingen met lange termijn intentie ↓ Het resultaat van de interventie werd beïnvloed door de kwaliteit van de gezinsrelaties bij de doorverwijzing. NB: Positieve verandering in het functioneren van het gezin was waarschijnlijker wanneer de jongere gemotiveerd was

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
						om te veranderen. Het verband tussen positieve verandering en motivatie was met name sterk als de jongere en de ouder beiden gemotiveerd waren. Jongeren en ouders waren hadden minder kans gemotiveerd te zijn als ze al lange tijd bekend waren bij de hulpverlening.
9	Families First Program Brandon & Connolly, 2006 (Verenigd Koninkrijk)	Huisbezoeken? 4 weken durend intensief programma om uithuisplaatsing te voorkomen, in het algemeen met een duur van 28 dagen (zoals gepland) Gedrag	Gezinnen met kinderen (leeftijdsgroep onbekend) Met risico op uithuisplaatsing Indicatoren: Risico op ernstige aantasting van de gezondheid en de ontwikkeling van het kind Bezorgdheid over opvoedingsvaardigheden van ouders Verbroken familierelaties Kind met geestelijke gezondheidsproblemen	Primaire uitkomstmaten: Aantal kinderen in zorg Diensten aangeboden aan gezinnen door maatschappelijk werk en andere instellingen Onderzoek kinderbescherming Registraties kinderbescherming Secondaire uitkomstmaten: Gezinsfunctioneren: - Gedrag kind - Welzijn ouder - Omgeving gezin - Opvoedstress (inclusief interactie tussen gezin en kind)	Quasi-exp 0	Aantal formele procedures kinderbescherming ↓ Interactie tussen gezin en kind ↑ Algeheel gezinsfunctioneren ↑ De interventie was het meest effectief bij gezinnen die in een crisis waren bij de start, met ernstige problemen
10	Healthy Families Alaska (HFAK), voluntary, paraprofessional home visiting program Caldera et al., 2007 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Bezoeken gemiddeld elke 2-3 weken Gezondheid Gedrag	Gezinnen met kind van 0-2 jaar Risicogezinnen met veel beïnvloedbare risico's op kindermishandeling, die hoger scoren dan 25 op Kempe's Family Stress Checklist Veelvoorkomende problemen: slechte geestelijke gezondheid van moeder, gebruik van verdovende middelen en geweld door partner	Gebruik gezondheidszorg kind Ontwikkeling en gedrag kind Kennis ontwikkeling kind Opvoedingsstijl Kwaliteit thuisomgeving Ouder-kind interactie Wijze van disciplineren (H)erkennen van ontwikkelingsachterstand kind Gebruik medische en andere gemeentelijke diensten	RCT 3	Ontwikkeling en gedrag kind ↑ Zelfvertrouwen m.b.t. opvoeding ↑ Ziektekostenverzekering voor kind ↑ <i>Voor niet-agressieve gezinnen:</i> Normaal externaliserend probleemgedrag ↑ Gebruik van diensten van instanties op het gebied van opvoeding ↑ Totaalscore slechte thuisomgeving ↓ <i>Voor gezinnen met gemiddeld risico:</i> Totaalscore slechte thuisomgeving ↓ <i>Voor gezinnen met extreem hoog risico:</i> Toegang tot ondersteunende diensten voor het kind ↓ <i>Voor gezinnen met 20 bezoeken of meer m.b.t. opvoeding:</i> Scores m.b.t. psychomotorische ontwikkeling kind ↑ Scores m.b.t. kennis over ontwikkeling kind ↑ Kans op vaste pediatrie primaire zorgverlener voor kind ↓ Kans op ontvangen benodigde ondersteuning kind ↓ <i>Voor gezinnen die voor 12 maanden ingeschreven zijn:</i> Kans op verwijzing naar leerprogramma voor kind ↑ <i>Voor gezinnen die voor 2 jaar ingeschreven zijn:</i> Milde fysieke straffen ↓ Scores m.b.t. kennis over ontwikkeling kind ↑
11	SafeCare Home-based Services Chaffin et al., 2012 I (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Wekelijks bezoek gedurende 6 maanden Gedrag	Ouder met kind tot 12 jaar Sprake van kindermishandeling Doorverwezen door de kinderbescherming	Kindermishandeling recidivisme	RCT 4	Feitelijk recidivisme in kindermishandeling ↓ Terugkerende mishandelingen ↓
12	SafeCare Home-based Services	Huisbezoeken	Amerikaans-Indiaanse zorgverleners met kind tot 12 jaar	Recidive kindermishandeling na 6 jaar	RCT 4	Geen effect op recidive bij de totale Amerikaans-Indiaanse subpopulatie

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
	Chaffin et al., 2012 II (Verenigde Staten)	Wekelijks bezoek gedurende 6 maanden Gedrag	Sprake van kindermishandeling Doorverwezen door kinderbescherming	Depressie ouder Kindermishandeling potentieel		Geen coaching of interactie effecten van betekenis <i>Voor gezinnen met tenminste één kind onder schoolgaande leeftijd en op dit moment geen onbehandelde middelengebruik-stoornis:</i> Depressie ↓
13	Urban home visitation with group meetings Constantino et al., 2001 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Georganiseerd in de wijk 10 sessies in 10 weken/ 10 sessies in 20 weken Gedrag	Ouders met baby's van 3-18 maanden Een etnisch heterogene, achtergestelde stedelijke bevolking met een laag inkomen met verhoogde percentages kindermishandeling, verwaarlozing en criminaliteit	Sensitiviteit van de moeder Respons op emotionele signalen kind Ouder-kind interactie Gedrag kind	RCT	Gezinnen die programma voltooiden hadden hoger inkomen en hoger opleidingsniveau dan drop-outs Communicatie van emotie in reactie op het kind ↑ Interpretatie van emotionele signalen aangegeven door gezichtsuitdrukkingen van het kind ↑ Deelname aan huisbezoek-programma na afloop van interventie ↑
14	Healthy Start Program Duggan et al., 2004 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Voor 3-5 jaar Gedrag	Gezinnen nog niet in contact met de kinderbescherming Met risico op kindermishandeling en verwaarlozing Met een score van 25 of hoger op de Family Stress Checklist	Opvoedingsgedrag Kwaliteit van de thuisomgeving Aantal ziekenhuisopnamen Onderbouwde meldingen kinderbescherming	RCT 4	Gebruik van veelvoorkomende fysieke en verbale straffen (dreigen het kind te slaan) ↓ (Dit groepseffect werd veroorzaakt door de vermindering van een specifiek item bij een bepaalde instantie. De groepen waren vergelijkbaar in de mate waarin moeders fysieke en verbale straffen gebruikten in de afgelopen week.) Verwaarlozing kind ↓ Slaan van kind met een voorwerp ↑ (door moeders met beginscore op FSC < 25) Ernstige lichamelijke mishandeling ↑ (door gezinnen met een hoge dosis aan hulpverlening in het algemeen) De interventie had minimale invloed op het voorkomen van kindermishandeling. De effecten van het programma waren zowel gunstig als ongunstig en vertoonden geen patroon, wat suggereert dat de gevonden effecten op toeval berusten.
15	Healthy Start home visiting program Duggan et al., 2004 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Georganiseerd in de wijk Voor 3-5 jaar Gedrag Gezondheid	Gezinnen van pasgeborenen Met risico op kindermishandeling en verwaarlozing Met score van 25 of hoger op Family Stress Checklist, Risicofactoren zijn: Druggebruik van ouder Slechte geestelijke gezondheid Huiselijk geweld Moeder met geschiedenis van kindermishandeling Onrealistische verwachtingen van kind Ongewenst kind met risico op slechte hechting	Geestelijke gezondheid moeder Druggebruik ouder Geweld door partner	RCT 5	Er werd geen overall significant effect van het programma gevonden. <i>Voor gezinnen met meer dan 75% van de geplande bezoeken:</i> Slechte geestelijke gezondheid ↓ Problematisch alcoholgebruik moeder ↓ Fysiek geweld partner ↓
16	Healthy Families Alaska (HFAK) programs Duggan et al., 2007 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Voor 3-5 jaar Gedrag	Gezinnen (leeftijd onbekend) Met risico op kindermishandeling Met een score van 25 of hoger op Kempe's Family Stress Checklist	Melding kinderbescherming Afstand doen van rol primaire verzorger door moeder, Ziekenhuisopnames en bezoeken aan spoedopvang Opvoedingsgedrag Attitude moeder m.b.t. opvoeding	RCT 4	Slechte kwaliteit thuisomgeving ↓ Milde fysieke en psychologische disciplinaire maatregelen ↓ Er werd geen totaal effect van programma gevonden op meldingen van kindermishandeling en op de meeste maten van kindermishandeling potentieel Geen invloed van programma op risicofactoren ouders Eënderde van de meldingen van de kinderbescherming waren voor gezinnen van de interventiegroep die geen

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
						huisbezoeken hebben gehad of al uit het programma gevallen waren. Om kindermishandeling effectief te voorkomen moeten huisbezoeken meer gericht zijn op het betrekken van gezinnen in de interventie en hen hierin vast te houden.
17	Early Start Program Fergusson et al., 2005 (Nieuw Zeeland)	Huisbezoeken Wekelijkse bezoeken gedurende een maand en na beoordeling van het gezinsfunctioneren na een maand werd de volledige interventie aangeboden gedurende de kleuterschool jaren van het kind als gezinnen hoger dan 25 scoorden op de Kempe Family Stress Checklist Gezondheid Gedrag Onderwijs	Gezinnen met baby Tenminste twee risicofactoren m.b.t. functioneren in opvoeding en gezin, inclusief leeftijd van ouders, sociale steun, zwangerschapswens, drugsgebruik van ouders, financiële situatie van het gezin, en geweld in het gezin of gezinnen waarbij ernstige zorgen bestonden over de capaciteit van het gezin om voor het kind te kunnen zorgen	Gezondheid kind Onderwijs kleuterschool Benutten van diensten en voorzieningen Opvoeding Kindermishandeling en -verwaarlozing Gedrag kind	RCT 4	Contact met huisarts ↑ Controles consultatiebureau kind ↑ Aantal bezoeken ziekenhuis voor ongevallen/verwondingen en incidentele vergiftigingen ↓ Percentage inschrijvingen voor tandartsbezoek tijdens kleuterschool ↑ Start vroegschoolse educatie ↑ Percentage contact met gemeentelijke diensten ↑ Positieve en niet-bestrafende opvoeding ↑ Algemene scores opvoedgedrag ↑ Ernstige lichamelijke mishandeling ↓ Percentages van internaliserende en totaal probleemscore ↓
18	Early Start Program Fergusson et al., 2006 (Nieuw Zeeland)	Huisbezoeken Tijdens de jaren van de kleuterschool Gezondheid Gedrag Economisch	Gezinnen met baby Tenminste twee risicofactoren m.b.t. functioneren in opvoeding en gezin, inclusief leeftijd van de ouders, sociale steun, zwangerschapswens, drugsgebruik van de ouders, financiële situatie van het gezin, en geweld in het gezin of gezinnen waarbij ernstige zorgen bestonden over de capaciteit van het gezin om voor het kind te kunnen zorgen	Gebruik voorbehoedsmiddel Volgende zwangerschap Depressie moeder Drugsgebruik moeder Gezinsfunctioneren Stabiliteit van gezin Veranderingen in verblijfplaats Agressie in gezin Afhankelijkheid van uitkeringen Gezinsinkomen Arbeidsparticipatie ouders Economische tegenspoed Blootstelling gezin aan stress en tegenspoed	RCT 2	Geen significante verbanden op gebied van gezondheid moeder, gezinsfunctioneren, economische omstandigheden gezin, of blootstelling aan stress. M.b.t. programma's op basis van huisbezoeken: Deze zijn het meest effectief als deze de ouders nieuwe vaardigheden en inzichten bieden en zich richten op complexe taken van ouder en deze zijn minder effectief wanneer ze proberen reeds langdurig bestaande gezinsproblemen op te lossen. Programma's die zich specifiek richten op de opvoeding van kinderen en de bevordering van positieve uitkomsten voor kinderen hebben een grotere kans op succes dan programma's die zich richten op bredere kwesties van het welzijn van ouders en het gezin als geheel.
19	Home-visiting intervention by child health nurses Fraser et al., 2000 (Australië)	Huisbezoeken Wekelijkse bezoeken gedurende de eerste zes weken, 2-wekelijkse bezoeken tot drie maanden, maandelijks bezoeken tot 12 maanden Bezoeken duren 20-60 minuten Controlegroep: reguliere zorg Gedrag	Gezinnen met baby van 0-18 maanden Tenminste één van de volgende risicofactoren: alleenstaande ouder, ambivalentie t.o.v. zwangerschap, fysieke vormen van huiselijk geweld, geschiedenis van kindermishandeling van ouder(s) OF Drie of meer van de volgende risicofactoren: moeder jonger dan 18 jaar, onstabiele huisvesting, financiële stress, moeder minder dan 10 jaar opleiding, laag gezinsinkomen, sociaal isolement, geschiedenis van psychische stoornis ouder, drugsmisbruik, huiselijk geweld (niet fysiek)	Opvoedingsstress Opvoedingsbekwaamheid Depressie moeder Fysiek kindermishandelingspotentieel Kwaliteit thuisomgeving Gezondheid kind Tevredenheid met diensten/voorzieningen	RCT	Er werd geen interventie-effect gevonden na 12 maanden en na 18 maanden follow-up en geen significante verschillen tussen de interventiegroep en de controlegroep. Gebruik van medicatie op basis van advies van medicus ↑ Tevredenheid met diensten voor maatschappelijke gezondheidszorg ↑
20	Minnesota Family Investment Program (Experimental welfare program with financial incentives and employment & training mandates) Gennetian & Miller, 2002 (Verenigde Staten)	Onbekend Niet beschikbaar Controlegroep: reguliere zorg of alleen MFIP positieve financiële prikkels Gedrag	Alleenstaande moeders die langdurig een uitkering ontvangen met kind van 2-9 jaar	Onderwijs kind Sociaal gedrag kind Inkomen moeder Werk moeder Kinderopvang Buitenschoolse activiteiten Burgerlijke staat Huiselijk geweld Depressie moeder	RCT 0	Effecten van interventie ten opzichte van reguliere zorg (en niet ten opzichte van programma met alleen financiële prikkels): Werk ↑ Armoede ↓ Probleemgedrag kind ↓ Externaliserende problemen kind ↓ Betrokkenheid van kind bij school ↑ Kinderopvang ↑

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
		Onderwijs Economisch		Kwaliteit thuisomgeving Opvoeding		Burgerlijke staat (getrouwd) ↑ Huiselijk geweld ↓ Ouderlijk toezicht op kinderen ↑
21	UCLA home visiting/mother- infant group intervention Heinicke et al., 2001 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken + wekelijkse moeder- kind (3 tot 15 maanden) groepsbijeenkomst Wekelijks 60 minuten durende huisbezoeken aan het eind van de zwangerschap en het eerste jaar, om de week in het tweede jaar, en telefonisch en follow-up contacten in het derde en vierde jaar Gemiddeld aantal groepsbijeenkomsten: 17 (range 0 tot 43) Controlegroep: pediatrie follow-up Gedrag	Moeders met kind 0-2 jaar Met minimaal vier van de volgende risicofactoren: (1) moeder is arm en ontvangt hulp, (2) moeder mist sociale steun (partner, familie, en/of vrienden), (3) ongewenste zwangerschap, (4) moeder slachtoffer van fysieke mishandeling in kindertijd, (5) moeder slachtoffer van seksuele mishandeling in kindertijd, (6) moeder slachtoffer van emotionele mishandeling in kindertijd, (7) moeder slachtoffer van verkrachting in kindertijd, (8) moeder slachtoffer van geweld in kindertijd, (9) moeder heeft suïcidale gedachten ervaren in verleden, (10) moeder is in het verleden doorverwezen voor hulp naar geestelijke gezondheidszorg, (11) moeder is in het verleden behandeld voor drugs- en/of alcoholverslaving, (12) moeder is dakloos.	Aanpassingsvermogen moeder Depressie Angst Steun door moeder Responsiviteit moeder Kind verwacht zorg / hechting Autonomie kind Betrokkenheid kind bij taak Spel moeder-kind Betrokkenheid moeder Externaliseren van controle kind Passende controlemechanismen van moeder Cognitieve ontwikkeling kind	RCT	Steun door partner ↑ Steun door familie ↑ Responsiviteit moeder ↑ Veiligheid kind ↑ Autonomie kind ↑ Betrokkenheid kind bij taak ↑ Externaliseren van controle kind ↓ Passende controlemechanismen van moeder ↑
22	Webster-Stratton parenting program Hughes & Gottlieb, 2004 (Canada)	Kleine groepsbijeenkomsten van 2 uur gedurende 8 weken Controlegroep: 4-maanden wachtlijst Gedrag	Gezinnen met kind van 3-8 jaar In contact met de kinderbescherming en met een hoog risico op kindermishandeling Problemen: Laaggeschoolde of ongeschoolde ouder(s) Werkloosheid Eerste zwangerschap in tienerijd Alleenstaand ouderschap Ernstige sociaaleconomische achterstand Sociaal isolement Moeder met geschiedenis van mishandeling Depressieve symptomen Chronische familieproblemen	Opvoedingsvaardigheden: Ondersteuning autonomie, structuur en betrokkenheid moeder Autonomie kind Depressie moeder Chronische gezinsproblemen Sociale steun Tevredenheid met programma	RCT	Betrokkenheid moeder bij kind ↑
23	Webster-Stratton Incredible Years basic Parenting intervention Hutchings et al, 2007 (Verenigd Koninkrijk)	Groepsbijeenkomsten 12 wekelijkse bijeenkomsten van 2 tot 2.5 uur Gedrag	Gezinnen met kind van 3-5 jaar Met risico op gedragsproblemen Met sociale en economische achterstand	Gedragsproblemen kind Opvoedingsvaardigheden Opvoedingsbekwaamheden Stress Depressie	RCT	Antisociaal en hyperactief gedrag kind ↓ Zelfbeheersing kind ↑ Ervaren intensiteit van problemen bij broers en zussen ↓ Positief opvoedingsgedrag ↑ Stress en depressie ↓ Opvoedingsvaardigheden ↑
24	Miller Early Childhood Sustained Homevisiting (MECSH) programme Kemp et al., 2011 (Australië)	Huisbezoeken Gemiddeld 16.3 (range 0-52) bezoeken met een duur van 60-90 minuten vanaf voor de geboorte en voortgezet tot de leeftijd van 2 jaar en 12 maandelijkse sessies op de leeftijd van 1-12 maanden Gezondheid Gedrag	Risicomoeders met baby Wonend in een multicultureel, sociaaleconomisch stedelijk achterstandsgebied met een of meer risicofactoren voor slechte uitkomsten voor moeder of kind.	Kwaliteit thuisomgeving voor ontwikkeling kind Ouder-kind interactie Mentale, psychomotorische en gedragsontwikkeling kind Gezondheid kind Roken moeder/gezinsleden tijdens zwangerschap en in eerste 2 jaar van kind Borstvoeding tijdens de eerste 2 jaar van kind Gezondheid moeder Depressie	RCT 4	Emotionele en verbale responsiviteit na 12 en 24 maanden ↑ Borstvoeding ↑ <i>Voor moeders met psychosociale stress voor de geboorte:</i> mentale ontwikkeling van kinderen ↑ <i>Voor moeders met psychosociale stress voor de geboorte,</i> <i>moeders met eerste kind en buiten Australië geboren</i> <i>moeders:</i> Positieve ervaring met het moederschap ↑ <i>Voor moeders met een hoger risico (twee of meer</i> <i>risicofactoren):</i>

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
				Sociale steun Aantal stressvolle gebeurtenissen in afgelopen jaar Gezinsfunctioneren Ervaring moederschap		Responsiviteit moeder ↑ Organisatie van thuisomgeving ↑ Voorzien in geschikt spelateriaal voor kind ↑
25	Families First Lewis, 2005 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Voor 6 weken, 15 uur/week Gedrag	Gezinnen met kind Met ernstige problemen in functioneren kind Met een laag inkomen	Gedrag kind Concrete diensten /voorzieningen Lichamelijke verzorging Beschikbare middelen Effectiviteit ouder Ouder-kind relatie	RCT 2	Concrete diensten/voorzieningen, lichamelijke verzorging en beschikbare middelen ↑ Gedragsproblemen kind ↓
26	Child FIRST (Child and Family Interagency, Resource, Support, and Training) Lowell et al., 2011 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Niet beschikbaar Gedrag Onderwijs	Moeders met kind van 6-36 maanden Met sociaal-emotionele en/of gedragsproblemen Met psychosociale risico's, armoede, depressie, huiselijk geweld, drugsgebruik, dakloosheid, gevangenschap, isolement, alleenstaande en tienermoeders, lage opleiding, en werkloosheid	Taalontwikkeling kind Sociaal-emotionele en/of gedragsproblemen kind Opvoedingsstress Depressieve symptomen ouder Algemene psychiatrische symptomen Behoeftte aan voorzieningen Contact met kindbescherming (op dit moment of in verleden)	RCT 4	Toegang tot diensten/voorzieningen ↑ Taalontwikkeling kind ↑ Externaliserend gedrag na 12 maanden ↓ Algemene psychiatrische symptomen moeder na 12 maanden ↓ Depressieve symptomen moeder na 12 maanden ↓ Opvoedingsstress na 6 maanden (niet na 12 maanden) ↓ Contact met kindbescherming na 36 maanden ↓
27	Standard treatment plus home visitation by a public-health nurse Mc Millan et al., 2005 (Canada)	Huisbezoeken Wekelijkse bezoeken gedurende 6 maanden, vervolgens elke 2 weken gedurende 6 maanden, en tenslotte maandelijks bezoeken voor 12 maanden Gedrag	Gezinnen met kind jonger 13 jaar Met kindermishandeling	Recidive fysieke kindermishandeling of verwaarlozing Kindermishandeling potentieel Opvoeding Thuisomgeving Gezinsfunctioneren Sociale steun	RCT 7	Recidive kindermishandeling of verwaarlozing (ziekenhuisdossiers) ↑
28	Home-based early intervention Nair et al., 2003 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Wekelijks van 0-6 maanden en 2-wekelijks van 6 tot 18 maanden met een uitloop tot maximaal 24 maanden Gedrag	Vrouw met kind Middelenmisbruik Met verschillende omgevingsrisico's: depressie moeder, huiselijk geweld, agressie buitenshuis, gezinsgrootte, gevangenschap, gebrek aan steun in huis, negatieve levensgebeurtenissen, psychiatrische problemen, dakloosheid, mate van drugsgebruik	Opvoedingsstress Kindermishandeling potentieel Mentale ontwikkeling kind Motorische ontwikkeling kind Taalontwikkeling kind	RCT	Psychomotorische ontwikkeling kind na 6 en 18 maanden ↑
29	Aftercare services Intensive Family Preservation Program Nelson & Nash, 2008 (Verenigde Staten)	Voorals huisbezoeken Persoonlijk contact dat geleidelijk vermindert van 3 uur per week tot 1 uur per maand (range 37-482 dagen, mediaan 141 dagen) Daarnaast wekelijkse steungroep voor ouder Gedrag	Amerikaans-Afrikaanse of gemengde gezinnen met kind van 11 jaar of jonger Problemen: Risiko op uithuisplaatsing Alleenstaand ouderschap Werkloosheid Uitkeringsafhankelijkheid (tijdelijke hulp voor behoefte gezinnen)	Uithuisplaatsing Verwaarlozing Verandering in beschikbare middelen gezin Steun gezin Gezinsfunctioneren Welzijn kind	RCT 1	Percentage uithuisplaatsingen ↓ Welzijn kind ↑ Gezinsfunctioneren ↑
30	Family Check Up Shaw et al., 2006 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken 3 sessies gebaseerd op motivational interviewing Gedrag	Gezinnen met zoon van 17-27 maanden Vanuit een voedingsprogramma Met meer dan 2 sociaaleconomische, gezins- en/of kindgebonden risicofactoren voor toekomstige gedragsproblemen	Depressie Geremdheid kind Gedrag kind Kwaliteit thuisomgeving	RCT	Betrokkenheid moeder ↑ Storend gedrag kind ↓ <i>Voor moeders met een hoog/gemiddeld niveau van depressie:</i> Storend gedrag van kind ↓

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
						Voor moeders met een laag niveau van depressie: Storend gedrag van kind ↑
31	SafeCare+(SC+) + Motivational Interviewing Silovsky et al., 2011 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Niet beschikbaar Gedrag	Ouders met kind jonger dan 5 jaar Met depressie/psychische problemen, geweld door partner, en/of drugsmisbruik door ouder	Toekomstige jeugdzorgmeldingen Uithuisplaatsingen Kinder mishandeling potentieel Depressie Beschikbare middelen gezin Huiselijk geweld Opvoedingsvaardigheden Sociale steun	RCT 5	Huiselijk geweld ↓ (SC) Toegang tot middelen en sociale steun (SC+) ↑
32	Cottage Community Care Pilot Project Kelleher & Johnson, 2004 (Australië)	Huisbezoeken Georganiseerd vanuit instantie + wekelijkse steungroep in centrum Wekelijkse huisbezoeken in eerste jaar, afgebouwd naar 2-wekelijks, maandelijks en driemaandelijks bezoeken tot de leeftijd van 3 jaar Gedrag	Kwetsbare moeders met eerste kind Met een positieve score op twee of meer van de 15 items op de Parenting Readiness Checklist.	Gezinsfunctioneren	Quasi- exp 1	Aanwezigheid en toereikendheid van sociale steun ↑ Mate van flexibele verwachtingen passend bij de leeftijd van kind ↑ De uitkomsten leveren slechts voorlopige onderbouwing van de hypothese dat het functioneren van het gezin dat deelneemt aan de interventie verbeterd
33	Family Check-Up based on motivational interviewing Connell et al., 2008 (Verenigde Staten)	Georganiseerd in het gezin 3 sessies Gedrag	Gezinnen met peuters van 2 tot 3 jaar Die economisch achtergesteld zijn en een voedingsprogramma volgen Met een hoog risico op tenminste twee van de drie risicodomeinen: (a) gedrag kind, (b) gezinsproblemen, en (c) sociaal-demografisch risico	Emotionele en gedragsproblemen kind	RCT 3	Probleemgedrag ↓ Er werden weinig interventie effecten gevonden in de leeftijdsgroep van 2 tot 3 jaar, maar duidelijkere interventie effecten in de leeftijdsgroep van 3 tot 4 jaar.
34	Comprehensive Child Development Program Goodson et al., 2000 (Verenigde Staten)	Case management en huisbezoeken 2-wekelijkse huisbezoeken van 30 tot 90 minuten voor elk gezin over een periode van 5 jaar Gezondheid Gedrag Economisch	Gezinnen met kinderen van 0-1 jaar Met een inkomen onder de armoedegrens, Met negatieve omgevings, gezondheids, of andere factoren, Met behoefte aan intensieve en uitgebreide ondersteunende diensten om ontwikkeling van kind te versterken	Cognitieve ontwikkeling Sociale en emotionele ontwikkeling kind Adaptief gedrag kind Gezondheid kind Attitudes en overtuigingen van ouders over opvoeding Kwaliteit thuisomgeving Kwaliteit interactie ouder-kind Economische zelfvoorzienendheid	RCT 5	Er werd geen algemeen effect van betekenis gevonden. De meest duidelijke implicatie van de uitkomsten is dat het verbeteren van uitkomsten voor kinderen door een interventie gericht op de ouders geen succesvolle strategie is. Als het de aan armoede gerelateerde stress is die leidt tot een gebrekkige opvoeding, in plaats van het gebrek aan informatie over effectieve opvoedingsmethoden, dan is het niet verrassend dat opvoedingscursussen zoals gegeven in deze interventie geen effecten sorteren.
35	Family Preservation and Family Support (FPFS) programs (preventieve activiteiten georganiseerd in de wijk) Chaffin et al., 2001 (Verenigde Staten)	Gebaseerd op huisbezoek: 'Gezonde gezinnen', 'Ouders-Als-onderwijzers', Voorkomen uithuisplaatsing door middel van "wrap-around" care Georganiseerd door instantie: Educatief centrum voor ouders Casemanagement: Samenwerkingsverband tussen instellingen, Voorzien in Basisbehoeften Onbekend:	Clënten met kinderen Met een laag inkomen en gemiddeld tot hoog risico op kindermishandeling en op dit moment niet onder toezicht van kindbescherming	Kindermishandeling of - verwaarlozing Uithuisplaatsing kinderen	RCT 3	Er zijn geen significante verschillen gevonden tussen gezinnen die uitvallen en gezinnen die het programma voltooien. <i>Voor gezinnen die deelnamen aan eenmalige interventies:</i> Kindermishandeling of -verwaarlozing ↓ Uithuisplaatsing van kinderen ↓ Programma's die voorzien in basisbehoeften en begeleidings- programma's hadden betere resultaten dan de trainingscentra voor ouders, opvoedingsondersteunende programma's, programma's gericht op het in stand houden van het gezin of programma's als Healthy Families America. Clënten in programma's georganiseerd op kantoor bij instanties toonden minder toename in kindermishandeling

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
		Opvoedingsondersteunende programmas, Begeleidingsprogramma's Episodisch: eenmalige diensten Gedrag				en verwaarlozing als de risico's toenamen. Er werden geen significante effecten gerelateerd aan programmaduur en het aantal bezoeken per maand gevonden.
36	(Enhanced) Parent-Child Interaction Therapy Chaffin et al., 2004 (Verenigde Staten)	Georganiseerd door instantie (doorverwezen) 6 oriëntatie sessies + 12-14 interventie sessies + 4 follow-up sessies Gedrag	Ouders die hun kind fysiek mishandelen	Fysieke kindermishandeling Gedrag ouders	RCT 4	Fysieke kindermishandeling ↓ (PCIT) Negatief gedrag ouders ↓ (PCIT en EPCIT) De PCIT interventie is toereikend: de effectiviteit verbeterde niet bij aanvullende diensten n.a.v. de behoefte van de individuele ouder, en in feite werd een niet- significante aanwijzing gevonden dat de toevoeging van deze zorg de effectiviteit van PCIT verzwakte in plaats van verbeterde.
37	Combined Motivation and Parent-Child Interaction Therapy Package Chaffin et al., 2011 (Verenigde Staten)	Groepsbijeenkomsten georganiseerd door instantie 12-14 sessies + gericht op zelfmotivatie Gedrag	Zorgverleners met kind van 2,5 tot 12 jaar Met kindermishandeling	Opvoedingsgedrag Fysieke kindermishandeling Ouder- kind interactie Meldingen kinderbescherming Uithuisplaatsingen kind	RCT 6	Recidive kindermishandeling ↓ (SM + PCIT)
38	Peer led parenting intervention Day et al., 2012 (Verenigd Koninkrijk)	Groepsbijeenkomsten georganiseerd door instantie van 7-14 ouders, wijkgericht Voor acht weken (twee uur per week) Gezondheid Gedrag	Zorgverleners met kind van 2 -11 jaar Levend in economisch en sociaal achterstandsgebied in de binnenstad Met gedragsproblemen kind	Gedragsproblemen kind Stress ouders Opvoedingsvaardigheden, Geestelijke gezondheidsproblemen kind	RCT 5	Intensiteit en problemen m.b.t. gedrag kind ↓ Positieve opvoeding ↑
39	Parent-Child Interaction Therapy Lanier et al., 2011 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken (t.o.v. op kantoor van instantie) Voor 12 - 14 weken Gezondheid Gedrag	Gezinnen met kind(eren) Met emotionele mishandeling/ fysieke mishandeling/ fysieke verwaarlozing Deels met een laag inkomen	Gedrag kind Stress opvoeding Functioneren ouder Geestelijke gezondheid	Quasi- exp 1	PCIT op kantoor (i.p.v. d.m.v. huisbezoeken): Stress opvoeding ↓ Geestelijke gezondheid ↓
40	Parent-Child Interaction Therapy Thomas & Zimmer-Gembeck, 2011 (Australië)	Oudertraining op kantoor van instantie Gemiddeld 11.8 CDI coachingsessies en 5.07 PDI coachingsessies Gedrag	Moeders met kind van 2-8 jaar Met kindermishandeling	Gedragsproblemen kind Externaliserende en internaliserende symptomen Stress ouder Kindermishandeling potentieel Geobserveerd gedrag ouder	RCT 3	Externaliserend gedrag ↓ Stressniveau ouder ↓ Positieve verbalisaties ouders ↑ Verhoor kind door ouders ↓ Ouder-kind interacties ↑
41	Parent-Child Interaction Therapy Thomas & Zimmer-Gembeck, 2012 (Australië)	Op kantoor van instantie In S/PCIT 12 coachingsessies voor iedereen ongeacht bekwaamheid Gedrag	Zorgverleners met kinderen Met kindermishandeling Met hoog niveau van frustratie over en intolerantie van gedrag van kind en hoog niveau van ouderstress	Gedragsproblemen kind, Externaliserende en internaliserende symptomen Stress ouder Depressie ouder Kindermishandeling potentieel Geobserveerd gedrag ouder	RCT 6	Externaliserend gedrag kind ↓ Internaliserende symptomen ↓ Stress ouder toegeschreven aan kind ↓ Complimenten, beschrijving en reflecties door ouder op gedrag kind ↑ Vragen, bevelen, en negatief gepraat ↓ Sensitiviteit ouder ↑
42	Anti-poverty services Loman & Siegel, 2012 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken Niet beschikbaar	Gezinnen Met kindermishandeling Met armoede, beperking en speciaal onderwijs,	Toekomstige meldingen van kindermishandeling Toekomstige uithuisplaatsingen van kinderen	RCT 3	Hulp bij bestrijding armoede voor lage SES gezinnen in interventie ↑ Meldingen kindermishandeling ↓ Vervolg uithuisplaatsingen van kinderen ↓

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
		Gedrag	psychische klachten ouder, en/of afhankelijkheid middelen			Voor de minderheid van de gezinnen met eerdere meldingen van kindermishandeling en verwaarlozing en eerdere uithuisplaatsingen had de benadering met gezinsassessment weinig tot geen effect. Materiele ondersteuning (voedsel, kleding, nutsvoorzieningen, huisvesting, vervoer en andere gerelateerde diensten) verminderde wel significant het aantal volgende meldingen.
43	Better Beginnings, Better Futures Project Peters et al., 2003 (Canada)	Vanuit school georganiseerd gecombineerd met huisbezoeken en activiteiten in de wijk Niet beschikbaar Gezondheid Gedrag	Gezinnen met kind van 4 - 8 jaar Levend in achterstandswijk Met armoede	Sociaal gedrag kind Gedrags- en emotionele problemen kind Cognitief functioneren kind Gezondheid en medische conditie kind Beperkingen bij dagelijkse activiteiten Verwondingen, vergiftigingen en ziekenhuisopnames Opvoedingsgedrag Opvoedingsattitude Stressvolle levensgebeurtenissen Sociale steun Depressie ouder Gezinsfunctioneren Tevredenheid in huwelijk Roken en alcoholgebruik Lichamelijke gezondheid en gezondheidsgedrag	Quasi-exp 0	Overbezorgdheid en emotionele problemen ↓ Zelfbeheersing (subschal sociaal functioneren) ↑ Algemene gezondheid kind ↑
44	Abecedarian Early Childhood Education Project Ramey et al., 2000 (Verenigde Staten)	Vanuit school georganiseerd gecombineerd met huisbezoeken Kleuterschool en/of K-2 Opleidingsondersteuning Voor 5 jaar Opleiding Economisch Gedrag	Moeders met baby Met hoog risico op basis van: opleidingsniveau ouder, IQ ouder, inkomen, afwezigheid vader, broertjes/zusjes met achterstand op school, uitkeringsgerechtigd, werk, geclassificeerd als aangewezen op ondersteuning door sociale instellingen, professionele hulp nodig en andere factoren gerelateerd aan culturele of sociale achterstand	Cognitieve ontwikkelingsachterstand Schoolprestaties (op leeftijden 8, 12, 15 jaar) Zitten blijven Speciaal onderwijs nodig Vooruitgang opleidingsniveau moeder Werk moeder Moeder-kind hechting	RCT 1	Leesvaardigheid bij 8 en 12 jaar ↑ Rekenvaardigheid bij 8 en 12 jaar ↑ (voor beide gold: hoe langer het programma duurde hoe groter het effect) Leesvaardigheid bij 15 jaar ↑ Rekenvaardigheid bij 15 jaar ↑ (behalve voor K2) Cognitieve ontwikkelingsachterstand tijdens de kleuterschool ↓ IQ kind bij 15 jaar ↑ Zitten blijven ↓ (alleen kleuterschool) Cognitieve veerkracht van kinderen bij niet-optimale biologische en gedragsomstandigheden ↑ (kleuterschool) Vooruitgang opleidingsniveau moeder ↑ (kleuterschool)
45	APF (Personal and Family Support program) Rodrigo et al., 2006 (Tenerife)	Georganiseerd in centrum in de wijk Vijf modules / 21 sessies Module 1 (vijf sessies) Module 2 (vier sessies) Module 3 (vier sessies) Module 4 (vier sessies) Module 5 (vier sessies) Gedrag	Multiprobleem gezinnen Met lage opleiding, werkloosheid, inadequate opvoedingsvaardigheden en levend onder psychosociale risico-omstandigheden	Impliciete opvoedingstheorieën (Nurturism, Nativism, Environmentalism, Constructivism) Persoonlijke instelling: Zelfvertrouwen Huweljkse staat Moeite met rolvulling Opvoedingspraktijk: nalatig-verdraagzaam, Inductief Dwangmatig	Quasi-exp 1	Zelfvertrouwen ↑ Interne controle ↑ Moeite met rolvulling ↑ Het programma was vooral effectief bij oudere moeders, met minder kinderen, levend in een twee-ouder gezin, in stedelijke gebieden en met lage of gemiddelde opleidingsniveaus.
46	SAFEChildren multiple-family	Georganiseerd in de wijk	Gezinnen met een kind die naar de eerste klas	Leesvaardigheid	RCT	Leesvaardigheid ↑

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
	group approach + phonic-based reading tutoring program Tolan et al., 2004 (Verenigde Staten)	Groepsbijeenkomsten met verschillende gezinnen die elkaar wekelijks ontmoeten voor 22 weken, gecombineerd met 30 minuten bijlessen lezen tweemaal per week Opleiding Gedrag	van de lagere school gaat Vanuit een aantal binnenstedelijke, verarmde, wijken met hoge criminaliteit en met weinig inkomens boven de armoedegrens, met een hoger misdaadcijfer dan gemiddeld, meer sociale problemen en minder middelen dan in andere wijken	Houding naar school Houding naar leraar Agressie Hyperactiviteit Concentratie Sociale vaardigheden kind Ouderlijk toezicht Ouderlijke discipline Gezinscohesie Overtuigingen gezin Gezinsstructuur Door leraar gerapporteerde betrokkenheid van ouder bij onderwijs kind Door ouder gerapporteerde betrokkenheid bij onderwijs kind	3	Controlegroep toonde dalende scores op de door ouder gerapporteerde betrokkenheid bij onderwijs kind, terwijl de ouders in de interventie een stabiele score behielden, waardoor een significant verschil ontstond. <i>Voor gezinnen met een hoog risico:</i> Ouderlijk toezicht ↑ Gedrag en sociale vaardigheden kind ↑ <i>Voor kinderen met een hoog risico (hoge scores sociale problemen bij 0-meting):</i> Gedrag ↑ Sociale vaardigheden ↑ Leesvaardigheden ↑
47	Family Spirit paraprofessional-delivered in-home Intervention Walkup et al., 2009 (Verenigde Staten)	Huisbezoeken 25 bezoeken van 1 uur gedurende 9 maanden (3 maanden tijdens zwangerschap en 6 maanden na de geboorte) Gedrag Geestelijke gezondheid	Alleenstaande Amerikaans-Indiaanse (tiener)moeders van 12-22 jaar, wonend in een reservaat, met een eerste kind Met werkloosheid	Kennis opvoeding Betrokkenheid moeder Sociaal en emotioneel gedrag kind Kwaliteit thuisomgeving Stress moeder Sociale steun Depressie Middelengebruik	RCT	Kennis opvoeding ↑ Activiteit en impulsiviteit kind ↓ Agressie naar andere kinderen ↓ Externaliserend gedrag ↓ Van streek zijn bij weggaan moeder ↓

Bijlage 6 Overzicht geïncludeerde interventie reviews m.b.t. effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen

	Interventie (naam) Auteur(s) + publicatiejaar (land)	Soort, duur en intensiteit van interventie Met de focus op	Populatie (leeftijd en problemen)	Uitkomstmaten	Kwaliteit van de studie (0-11)	Effectiviteit
1	Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect Barlow et al., 2006 Cochrane	Korte (i.e. tussen 6 en 30 weken) individuele of groepsprogramma's m.b.t. opvoeding Controlegroep: geen behandeling/wachlijst of alternatieve behandeling controlegroep	Ouders van kinderen in de leeftijd van 0 - 19 jaar met een verleden van fysieke kindermishandeling of verwaarlozing	Indicator van fysieke kindermishandeling of verwaarlozing, Opvoedingsgedrag Gedrag kind Psychopathologie ouder Agressie Stress Depressie Sociale vaardigheden Kindermishandeling potentieel Gezinsfunctioneren	RCTs	Alhoewel geen van de programma's effectief waren op alle uitkomstmaten, leek het erop dat veel programma's een aantal uitkomsten voor een aantal deelnemende ouders verbeterden, alhoewel de meeste effecten geen statistische significantie bereikten.
2	Financial benefits for child health and well-being in low income or socially disadvantaged families in developed world countries Lucas et al., 2008 Cochrane	Financiële steun aan arme gezinnen om de omstandigheden voor kinderen te verbeteren Studies m.b.t. herziening uitkeringsregimes combineerden financiële prikkels (zoals negatieve belasting, aanvullingen op inkomen) met ondersteuning naar werk of een werkplicht, naast andere veranderingen voor het verstrekken van uitkeringen. Controlegroep: reguliere zorg of uitkeringen	Arme of achtergestelde gezinnen (veel alleenstaande ouders) met kind in de leeftijd van 5 maanden tot 18 jaar of een zwangere vrouw, waarbij de meeste van hen een uitkering ontvangen of hebben aangevraagd	Armoede Gezondheid kind Geestelijke gezondheid kind Welzijn kind Cognitieve ontwikkeling kind Opleidingsniveau Tienerzwangerschap	RCTs / Quasi- exp	Werk ↑ Geen effect werd gevonden op zowel de gezondheid van het kind als de geestelijke gezondheid van het kind. Gezinnen in de groep met alleen financiële prikkels, zonder werkverplichting, lijken het minder goed gedaan te hebben dan degenen in de interventiegroepen (met werkverplichting of groepsbijeenkomsten, etc.).
3	Home-based child development interventions for preschool children from socially disadvantaged families Miller et al., 2011 Cochrane	Thuisprogramma met een vast curriculum voor opvoeding en de ontwikkeling van het kind door getrainde leken of professionals Controlegroep: reguliere zorg	Ouders met kinderen jonger dan 4 jaar die sociaal achtergesteld zijn op het gebied van armoede, alleenstaand ouderschap of behoren tot een etnische minderheid.	Cognitieve ontwikkeling kind Sociaal-emotionele ontwikkeling kind Opvoedingsgedrag ouder Opvoedingsattitude ouder Kwaliteit van thuisomgeving	RCTs	Er werd geen bewijs gevonden voor enige invloed van thuis uitgevoerde interventies op de cognitieve ontwikkeling van kinderen jonger dan 4 jaar in sociaal achtergestelde gezinnen.
4	A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning Al et al., 2012	Korte (meestal <2 maanden) intensieve thuisbegeleidingsprogramma's om het gezin in stand te houden en uithuisplaatsing te voorkomen. Controlegroep: reguliere zorg	Gezinnen met kindermishandeling en verwaarlozing en multiprobleemgezinnen	Preventie van uithuisplaatsing Gezinsfunctioneren (bijv. opvoedingsstress, ouder-kind interactie) Gedragsproblemen kind Sociale steun	Studies met controle- groep met of zonder randomi- satie	Gezinsfunctioneren ↑ <i>Voor multiprobleem gezinnen:</i> preventie van uithuisplaatsing ↑ <i>Voor gezinnen bekend met kindermishandeling en verwaarlozing:</i> Geen effect op de preventie van uithuisplaatsing Het effect op uithuisplaatsing werd beïnvloed door karakteristieken van het gezin (sekse en leeftijd kind, leeftijd ouder, aantal kinderen in gezin, alleenstaande ouderschap, niet-westerse etniciteit) en programmamakenmerken (caseload van professionals)
5	Assessing Parent Education Programs for Families Involved with Child Welfare Services Johnson, 2008	Opvoedingsprogramma's Controlegroep: reguliere zorg	(a) Ouders met risico op kindermishandeling (b) Ouders doorverwezen naar een opvoedingsprogramma door jeugdzorg (c) Ouders met verdenking van of aangetoonde melding van kindermishandeling of verwaarlozing. en/of	Voorkomen of herhaling van kindermishandeling Functioneren zorgverlener: Sociaal cognitieve verwerking Impulse controle	RCTs Quasi- exp and single group, repeated	Programma's met huisbezoeken blijken het meest belovend te zijn voor risico ouders met jonge kinderen. Hoewel deze programma's effectief bleken bij de nameting, ging de behaalde winst van de interventies verloren gedurende de follow-up. Huisbezoek programma's uitgevoerd door

			<p>(a) Ouders met drugsmisbruik (b) Adolescente ouders (c) Ouders van etnische minderheid en ouders met laag inkomen (d) Ouders woonachtig in instellingen</p>	<p>Opvoedingsvaardigheden Sociale vaardigheden Stress management</p>	<p>measures design</p>	<p>verpleegkundigen werden niet effectiever bevonden dan reguliere zorg in het voorkomen van herhaling van kindermishandeling.</p> <p><i>Project SafeCare voor ouders met jonge kinderen:</i> Ouders zijn in staat gezondheidsproblemen bij hun kind te signaleren en te vragen om behandeling ↑ Gebruik van geplande activiteiten ↑ Gebruik oudertraining technieken ↑ Positief gedrag ouder ↑ Veiligheid in thuisomgeving ↑ <i>Voor ouders die alle drie trainingsmodules hebben gevolgd:</i> Recidive kindermishandeling ↓</p> <p><i>Incredible Years voor kinderen in kleuterschoolleeftijd:</i> Harde, negatieve, inconsistente en ineffectieve opvoeding ↓ Positieve en ondersteunende opvoeding ↑</p> <p><i>Incredible Years BASIC program:</i> Zelfvertrouwen van ouders met etnische achtergrond en ouders wonend in gemeenschappen met laag inkomen ↑</p> <p><i>Triple-P Positive Parenting Matrix voor ouders van kinderen van 2 tot 7 jaar:</i> Negatieve attributie ouder voor misdraging kind ↓ Korte-termijn vermindering van kindermishandeling potentieel ↓ Zelfvertrouwen ouder ↑ Dysfunctionerende opvoeding ↓ Opvoedstress ↓</p> <p><i>Family Connections program</i> Passende opvoed attitudes ↑ Opvoedstress ↓ Depressieve symptomen ouder ↓ Drugsgebruik ↓</p> <p><i>Mission Possible en Parenting Adolescents Wisely</i> waren niet in staat positieve veranderingen in het gezinsfunctioneren te bewerkstelligen.</p> <p><i>Multisystemic Therapy Training /</i> Psychiatrische symptomen ouder ↓ Overall stress ↓ Ernst problematiek ↓ Ouder-kind relaties ↑ Negerende responsiviteit ouder ↑</p> <p><i>Parent Training:</i> Psychiatrische symptomen ouder ↓ Overall stress ↓ Ernst problematiek ↓ Sociale problemen ↓</p> <p><i>Social Network Intervention Project voor gezinnen met verwaarlozing:</i> Bij de leeftijd passende verwachtingen van kind ↑ Empatisch begrip voor kind ↑ Verandering in attitude bij rolwisseling ↑ Omvang sociale netwerk van deelnemers ↑</p>
--	--	--	---	--	------------------------	--

						<p>Opvoedingsvaardigheden ↑</p> <p><i>Parent Training Program:</i> Stress ↓ Angst ↓ Frequentie van emotionele mishandeling ↓</p> <p><i>Relational Psychotherapy Mother's Group:</i> Positief psychosociaal aanpassingsvermogen ↑ Betrokkenheid bij kind ↑ Ouder-kind relaties ↑ Risico kindermishandeling ↓</p> <p><i>Webster-Stratton's ADVANCE program:</i> Probleemoplossend vermogen ↑ Communicatie ↑ Gezinsrelaties ↑ Gezinsfunctioneren ↑</p> <p><i>Programma's voor ouders met middelenmisbruik:</i> Risico kindermishandeling ↓ Opvoedingsvaardigheden ↑ Kennis ouder ↑ Competenties ouder ↑ Positief psychosociaal aanpassingsvermogen ↑ Ouder – kind interacties ↑ Zelfrespect ouder ↑</p> <p><i>Programma's voor tienerouders:</i> Kennis, waarden, en vaardigheden ouder m.b.t. groei baby en ontwikkeling kind ↑ Veiligheid in de thuisomgeving ↑ Ouder – kind interactie ↑ Fysieke straffen ↓ Kindermishandeling ↓ Laag geboortegewicht baby ↓ Uitstel volgende zwangerschap ↑ Opleidingsniveau moeder ↑</p> <p><i>The Special Social Support Training Project:</i> Omvang sociale netwerk van deelnemers ↑</p>
6	<p>Programs for the promotion of family wellness and the prevention of child maltreatment: a meta-analytic review</p> <p>MacLeod & Nelson, 2000</p>	<p>Programma's ter bevordering van het welzijn van het gezin en ter voorkoming van kindermishandeling</p>	<p>Gezinnen met kinderen tot 12 jaar oud</p>	<p>Aantal uithuisplaatsingen Kindermishandeling Attitude ouder Gedrag ouder Kwaliteit thuisomgeving</p>	<p>Prospec- tieve, gecontrol eerde studies</p>	<p>Kindermishandeling ↓</p> <p>Huisbezoeken (voor kindermishandeling): effect-size nam toe als duur interventie toenam</p> <p>Grootte van effecten voor proactieve interventies namen bij de follow-up meer toe dan bij de nameting, terwijl de grootte van de effecten voor reactieve interventies bij de nameting hoger waren dan bij de follow-up.</p> <p>De kleinste effecten van de programma's met huisbezoeken bij kindermishandeling waren bij programma's met 12 of minder bezoeken en een duur van minder dan 6 maanden.</p> <p>Intensieve gezinsbeschermingsprogramma's met hoge niveaus van betrokkenheid van gezinnen, een op eigen kracht gebaseerde benadering, en een component van sociale steun, hadden meer effect dan programma's zonder deze elementen. De programma's met</p>

						huisbezoeken en de intensieve gezinsbegeleiding hadden beiden meer effect bij gezinnen met een gemengde sociaaleconomische status (SES) dan bij gezinnen met een lage SES.
7	The efficacy of family support and family preservation services on reducing child abuse and neglect: what the literature reveals O'Reilly et al., 2010	Gezinsgerichte interventies voor kindermishandeling en verwaarlozing: huisbezoeken, cognitieve gedragstherapie, groepstherapie en intensieve thuisbegeleiding om uithuisplaatsing te voorkomen	Gezinnen met normale opvoedingsstressoren, met als doel de stress te verlichten en het stimuleren van de capaciteit van ouders om kindermishandeling en verwaarlozing te voorkomen. Daarnaast gezinnen in crisis en met ernstig risico op kindermishandeling en verwaarlozing en die al bekend zijn bij de Kinderbescherming	Ziekenhuisopnames kind door verwonding Meldingen Kinderbescherming Uithuisplaatsing Gezondheid en ontwikkeling kind Risicofactoren ouders Opvoedingsgedrag Kwaliteit thuisomgeving Klanttevredenheid over dienstverlening		<p><i>Conclusie:</i> elke gezinsgerichte interventie had controversiële bevindingen m.b.t. effectiviteit.</p> <p><i>Huisbezoeken: inconsistentie in effectiviteit</i> Meldingen kindermishandeling ↓ Meldingen kinderbescherming ↓ Ouder-kind interactie ↑ Gezondheid kind ↑ Klanttevredenheid dienstverlening ↑</p> <p><i>Cognitieve gedragstherapie (CBT):</i> Agressie ↓ Angst ↓ Opvoeding ↑ Probleem-oplossend gedrag ↑ Interactie gezin ↑ Sociale reacties van kinderen ↑ Ontwikkelingscompetentie ↑ Waargenomen ondersteunend gedrag van ouders ↑ Zelfbeeld kind ↑ Gedragsproblemen ↓ Seksueel ongepast gedrag ↓ Kindermishandeling en verwaarlozing ↓</p> <p><i>Groepstherapie: inconsistentie in effectiviteit</i> Stress- en angstniveaus ↓ Agressie ↓ Zelfrespect ↑ Kindermishandeling ↓ Sociale vaardigheden ouders ↑ Sociaal isolement ↓ Probleemoplossend vermogen ↑ Stressmanagement ↑ Opvoedingsvaardigheden, -kennis en technieken ↑ Empathie naar het kind ↑ Gebruik van fysieke straffen ↓ Ongepaste verwachtingen van gedrag van kind ↓ Door ouder geïnitieerd contact met welzijnswerkers, andere familieleden en gemeentelijke diensten ↑ <i>Intensieve family preservation services (IFPS):</i> (inconsistente bevindingen) Welzijn kind ↑ Gezinssteun en gezinsmiddelen ↑</p>
8	Effectiveness of home visiting programs on child outcomes Peacock, 2013	Semi-professionele huisbezoeken ter verbetering van de omstandigheden van achtergestelde gezinnen	Moeders met kinderen van 0-6 jaar van sociaal achtergestelde hoog-risico gezinnen	Psychomotorische en cognitieve ontwikkeling Gedrag kind Taalontwikkeling Lichamelijke groei Ziekenhuisopnames, ziekte, of verwondingen Vaccinatie status	RCTs	<p><i>Conclusie:</i> studies zonder aangetoonde significante effecten komen veel meer voor dan studies die statistisch significante effecten aantonen.</p> <p>Kindermishandeling, als de interventie gestart is voor de geboorte ↓ Cognitie ↑ Gedragsproblemen ↓ Laag geboortegewicht ↓</p>

						<p>Gezondheidsproblemen bij oudere kinderen ↓ Passende gezondheidswinst in vroege kindertijd ↑</p> <p>Effectiviteit van huisbezoekprogramma's is het grootst als: (a) een hogere dosis van de interventie over een langere periode wordt toegepast; (b) moeders voor de geboorte worden benaderd; (c) semi-professionals adequaat zijn getraind om aan de behoeften van de gezinnen waar ze werkzaam zijn te voldoen; en (d) focus van programma's is gericht op specifieke kwestie in plaats van te proberen meer problemen te verhelpen.</p>
9	<p>Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of Home Visiting Programs for Families With Young Children</p> <p>Sweet & Appelbaum, 2004</p>	<p>Programma's op basis van huisbezoeken voor gezinnen met jonge kinderen met opleiding van de ouder en ontwikkeling van het kind als doelen</p> <p>Verleende diensten: Opvoedingstraining, sociale steun ouder, begeleiding ouder (41.7%), leiderschap ouder en training pleitbezorging (15%), informatievoorziening over ontwikkeling kind (91.7%), bevorderen van gezamenlijke activiteiten ouder – kind (58.3%), leveren materiële goederen aan gezinnen (28.3%), vroegschoolse educatie thuis (20%), en aanbieden van vroegschoolse educatie in instantie</p> <p>Duur programma's van 9 tot 12 maanden (18.3%), 12 tot 24 maanden (30%), of 24 tot 36 maanden (23.3%).</p>	<p>Gezinnen met kind van 0-5 jaar met (omgevings-) risico (75%), waaronder laag gezinsinkomen, afhankelijkheid van sociale uitkeringen, kindermishandeling of verwaarlozing, tienerouderschap, en depressie moeder.</p> <p>Sommige programma's zijn bedoeld voor enkele specifieke populaties, zoals gezinnen met laag inkomen (55%), gezinnen met laag geboortegewicht van het kind (15%), gezinnen met risico op kindermishandeling of verwaarlozing (13.6%), tienermoeders (10.2%), depressieve moeders (5.1%), en gezinnen afhankelijk van overheidssteun (3.4%).</p>	<p>Cognitieve ontwikkeling kind Sociaal-emotionele ontwikkeling kind Kindermishandeling Kindermishandeling potentieel Opvoedingsstress Opvoedingsgedrag Opvoedingsattitude Opleiding moeder Werk/loon moeder Overheidssteun</p>	<p>RCTs, quasi-exp, pre –post designs, treatment vs norms design</p>	<p>Cognitieve ontwikkeling kind ↑ (huisbezoeken versus instanties op-één of meerdere locaties) Kindermishandeling potentieel ↓ (huisbezoeken versus instanties op-één of meerdere locaties) Opvoedingsgedrag ↑ (doorlopende interventies op meerdere locaties versus eenmalige, begrensd onderzoekssettings) Opleiding moeder ↑</p> <p>Cognitieve ontwikkeling kind ↑ (gezinnen bezocht door professionals versus niet-professionals vergeleken met controlegroep) Kindermishandeling potentieel ↓ (semi-professional huisbezoeken versus professionals of niet-professionals)</p> <p>Thuis bezochte gezinnen hadden minder voordeel van programma's voor kindermishandeling potentieel, vergeleken met de controlegroep, als de lengte van het programma toenam.</p> <p>Wanneer het aantal huisbezoeken toenam, nam het voordeel m.b.t. de cognitieve ontwikkeling van het kind uit gezinnen uit de interventiegroep toe vergeleken met gezinnen van de controlegroep families.</p> <p>De effecten m.b.t. cognitieve ontwikkeling van het kind waren significant groter voor interventiegezinnen die doelgericht werd geïncludeerd dan voor gezinnen algemeen werden geïncludeerd.</p> <p>Geen enkel programmakenmerk beïnvloedde de effectgroottes op een consistente wijze over de verschillende groepen.</p> <p>Het is op dit moment onduidelijk wat een programma met huisbezoeken succesvol maakt. Het is duidelijk dat programma's met huisbezoeken langs verschillende dimensies sterk variëren.</p>