



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp

Sondeijker, F.E.P.L.; van Rooij, F.B.; Hermanns, J.; van Rijn-van Gelderen, L.

DOI

[10.1007/s12453-016-0125-4](https://doi.org/10.1007/s12453-016-0125-4)

Publication date

2016

Document Version

Final published version

Published in

Kind & Adolescent

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Sondeijker, F. E. P. L., van Rooij, F. B., Hermanns, J., & van Rijn-van Gelderen, L. (2016). Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp. *Kind & Adolescent*, 37(4), 195-212. <https://doi.org/10.1007/s12453-016-0125-4>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

Doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in de ambulante jeugdhulp

F.E.P.L. Sondejker · F.B. van Rooij · J. Hermanns · L. van Rijn-van Gelderen

Samenvatting

Inleiding Gemeenten implementeren integrale community-based zorgmodellen, zoals het Wraparound Care Model (WCM), om de jeugdhulp dichterbij, meer vraaggestuurd en minder problematiserend te organiseren, terwijl onbekend is of WCM geschikt is voor de Nederlandse situatie. Dit onderzoek richt zich op de doeltreffendheid en werkzaamheid van het WCM zoals uitgevoerd binnen de Opvoedpoli, een van de pioniers in Nederland op het gebied van integrale jeugdhulp.

Methode Het onderzoek bestond uit twee deelstudies: 1. betrof veranderingen tussen voor-en nameting na een WCM-traject ($N = 921$) en 2. betrof een vergelijking van een deel van die WCM-populatie met bestaande care-as-usual- (CAU-) jeugdzorg-gegevens ($N = 158$).

Resultaten Gezinnen bleken tevreden over hun WCM-traject: in twee derde van de gezinnen werden de doelen behaald en was sprake van significante positieve veranderingen ten aanzien van opvoedingsbelasting ($d = 0,63-1,00$), gezinsfunctioneren ($d = 0,28-1,09$) en probleemgedrag van het kind ($d = 1,44-1,53$). De afname van probleemgedrag van het kind bleek iets groter in de WCM-groep dan in de CAU-groep ($d = 0,29$).

Conclusie Dit onderzoek bevat duidelijke indicaties voor de doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in Nederland.

Dr. F.E.P.L. Sondejker (✉)

Nederlands Jeugdinstituut, Catharijnesingel 47, 3511 GC Utrecht, Nederland
e-mail: f.sondejker@nji.nl

Dr. F.E.P.L. Sondejker
Opvoedpoli, Amsterdam, Nederland

Dr. F.B. van Rooij · Dr. L. van Rijn-van Gelderen
Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

Prof. J. Hermanns
H&S Consult, Woerden, Nederland

Trefwoorden

Wraparound Care Model · werkzaamheid · integrale community-based jeugdhulp

Empirical indications for effectiveness of the Wraparound Care Model in ambulatory care**Abstract**

Objective Although the effectiveness of integrated community-based care models, such as the Wraparound Care Model (WCM) that is used to organize ambulatory care nearby (more demand-oriented and less problem-directed models have not yet been studied), Dutch municipalities are implementing these models. This study aims to provide information about the effectiveness of the WCM as implemented by the Opvoedpoli [parenting center], one of the Dutch initiators of integrated care.

Method This study consists of two parts: one part in which the changes between pre- and post-treatment effects of the WCM-trajectories were studied ($N = 921$) and one benchmark study with a care-as-usual (CAU) population ($N = 158$).

Results After completion of a WCM-trajectory, client satisfaction is high; two thirds of the families reached their goals, and in these families parental stress, family functioning and problem behavior of the child improved significantly ($d = 0.63$ – 1.00 ; $d = 0.28$ – 1.09 ; $d = 1.44$ – 1.53 ; respectively). Although the effect-size is small ($d = 0.29$), the decrease of children's problem behavior is larger in the WCM population than in the CAU population.

Discussion This study contains clear indications for the effectiveness of the Wraparound Care Model in the Netherlands.

Keywords

Wraparound Care Model · Effectiveness · Integrated community-based care

Inleiding

Integrale community-based jeugdhulp vormt de basis van de nieuwe Jeugdwet, die per 1 januari 2015 van kracht is (Ministerie van VWS en V&J 2014). Belangrijke aspecten van deze vorm van jeugdhulp zijn vraaggericht werken, in de directe omgeving van gezinnen (bij gezinnen thuis, op scholen, kinderdagverblijven en in de buurt), met eigen kracht van individuen en netwerken als uitgangspunt (Yperen en Woudenberg 2011; Veldhuijzen van Zanten-Hyllner en Teeven 2011). De verwachting is dat deze aanpak efficiënter, effectiever en goedkoper is dan het eerder veelgebruikte diagnose-behandelmodel, doordat versnippering wordt tegengegaan, beter wordt aangesloten bij vragen van cliënten, meer gewerkt wordt aan oplossingen voor de lange termijn en minder gebruikgemaakt wordt van gespecialiseerde jeugdhulp (Hermanns 2010, 2015).

In integrale community-based zorgmodellen wordt verondersteld dat opvoeding doorgaans vanzelf gaat. Opvoeding wordt gezien als een dynamisch en transacti-

oneel proces, waarin ouders en kinderen niet alleen op elkaar reageren, maar door hun reacties ook steeds weer veranderingen bij elkaar uitlokken of tot stand brengen (Sameroff 2009). Dit dynamische proces wordt gekenmerkt door ‘self-righting tendencies’ bij zowel het kind als diens opvoeders; beiden leren door te ervaren en passen hun gedrag automatisch aan in de gewenste richting (Emde et al. 2004; Hilhorst en Van der Lans 2013; Lichtenberg 1996). Het proces van adaptatie kan echter verstoord worden door stressoren, die de zelfregulatie van gezinnen kunnen aantasten (Hermanns 1987; Farrington 1997; Furstenberg et al. 1999; Veerman 1988). Een toename van het *aantal* risicovolle omgevingsfactoren, ongeacht het *soort* (Hermanns 1998), leidt tot langdurige ontregeling en doet de kans op negatieve kwaliteit van het opvoedgedrag van ouders (Groenendaal en Dekovic 2000) en ontwikkelingsproblemen van het kind cumulatief stijgen (Asscher en Paulussen-Hoogenboom 2005; Sameroff 1993; Ploeg 2007).

Effectieve jeugdhulp richt zich daarom primair op het herstellen van zelfregulatie van het gezin in plaats van (alleen maar) op de concrete problemen, stressoren en risicofactoren. Een van de community-based modellen dat zich hiervoor leent, is het Wraparound Care Model (WCM; Bruns 2008). Dit betreft een werkwijze die binnen het jeugd domein op maat kan worden ingezet en waarin de eigen kracht van het gezin centraal staat. Het herstel van zelfregulatie gebeurt door gezinsleden stapsgewijs te laten ervaren dat ze, individueel of met elkaar, wel degelijk in staat zijn weer grip op hun leven te krijgen. Dit proces heeft een ‘empowerment’-karakter. Dat wil zeggen dat gezinsleden zelf bepalen wat voor hen van belang is, dat ze zelf concrete doelen formuleren en dat ze die doelen ook stapsgewijs weten te realiseren. Daarbij is vaak steun nodig: van een hulpverlener, maar vaker nog van het sociale netwerk van het gezin. Informele en formele zorg worden gecombineerd in één plan waarover het gezin samen met één professional de coördinatie heeft. Door stapsgewijs een aantal malen een empowermentcyclus te doorlopen, ervaart het gezin dat het mogelijk is om zelf weer grip te krijgen op hun leven. Daarbij geldt dat die professional niet zelf het probleem moet proberen op te lossen, maar de gezinsleden moet leren en ondersteunen om zelfredzaam te zijn (Burchard et al. 2002).

Het WCM kent zijn oorsprong in de Verenigde Staten, waar het ieder jaar wordt ingezet bij miljoenen gezinnen met opvoed- en opgroei problemen die niet meer op eigen kracht opgelost kunnen worden. De meeste onderzoeken naar het WCM zijn dan ook in de VS uitgevoerd en laten zien dat het WCM een effectieve werkwijze is. Zo toonde een aantal studies met voor- en nametingen aan dat gedragsproblemen van kinderen minder werden en dat uithuisplaatsing vaak werd voorkomen (Anderson et al. 2003; Bruns et al. 1995). Daarnaast liet de randomized controlled trial (RCT) van Carney en Buttell (2003) zien dat een groep jonge delinquenten die volgens het WCM begeleid werden, tijdens en vlak na het programma minder vaak van huis wegliep, minder spijbelde, minder vaak van school geschorst werd, minder vaak geweld pleegde, minder vaak door de politie werd opgepakt en vaker een baan had dan een controlegroep voor wie de conventionele aanpak van justitie gold (een casemanager die de jongere verwees naar een aantal losstaande interventies). Resultaten van een RCT met gedragsmoeilijke kinderen in pleeggezinnen

(Clark et al. 1996) toonden bovendien aan dat het aantal kinderen dat wegliep aanzienlijk werd teruggebracht en dat pleeggezinplaatsingen stabielere waren dan in de controlegroep. Tot slot werd in de meta-analyse van Suter en Bruns (2009), met studies die plaatsvonden tussen 1986 en 2008, gevonden dat het WCM effect heeft op verschillende domeinen van functioneren van kinderen en jongeren. In vergelijking met controlegroepen die klassieke jeugdhulp ontvingen, werden positieve effecten gevonden op het gebied van wonen, mentale gezondheid, algemeen functioneren en het aantal contacten met justitie. Kortom, in de VS lijkt het WCM een werkzaam en doeltreffend model te zijn.

Ook in Nederland zijn inmiddels diverse WCM-initiatieven, zoals Menskracht in Amersfoort en Wraparound Care in welzijnswerk in de gemeente Utrecht (Hermanns et al. 2012) tot stand gekomen. Het Nederlandse WCM bestaat uit tien principes, te weten: 1. het gezin spreekt zich uit en kiest; 2. cultureel bekwaam (de professional sluit aan bij het niveau, de ervaringen en normen en waarden van gezinnen); 3. eigen kracht als basis; 4. in de eigen leefsituatie; 5. samenwerking; 6. netwerkondersteuning; 7. op maat; 8. resultaatgericht; 9. doorzettingsvermogen (de professional blijft positief en houdt vertrouwen in het kunnen van gezinnen; ook als er bijvoorbeeld een terugval is); en 10. veiligheid (Schamhart en Colijn 2012). Het onderzoek in Nederland loopt nog achter; enkel Schamhart en Colijn (2012) hebben een aantal van de Nederlandse WCM-initiatieven kwalitatief onderzocht en vonden onder andere dat toepassing van het WCM wel mogelijk is, maar dat het lastig blijkt om bestaande structuren, protocollen, beleidslijnen en financieringsstromen los te laten. Dit is echter wel nodig om het WCM in Nederland uit te voeren zoals bedoeld.

De mate van bewijskracht en effectiviteit van jeugdinterventies kan worden beoordeeld aan de hand van de effectladder van Van Yperen en Veerman (2008), waarin een aantal stappen staat beschreven om van *practice-based evidence* naar *evidencebased practice* te komen. Wanneer het WCM aan de hand van deze ladder wordt bekeken, blijkt dat het model nu voor de Nederlandse situatie is beschreven en theoretisch onderbouwd, maar nog niet onderzocht is op doeltreffendheid en werkzaamheid. Doeltreffendheid betreft de vraag of het WCM bijdraagt aan de doelen van cliënten in de ambulante jeugdhulp en kan onderzocht worden middels studies naar cliënttevredenheid, doelbereik en veranderingsonderzoek zonder benchmark. Dit soort onderzoek genereert eerste aanwijzingen voor effectiviteit, aldus Van Yperen en Veerman (2008). Als doeltreffendheid is aangetoond, kan de volgende stap op de effectiviteitsladder gezet worden: werkzaamheid. Daarbij gaat het om sterke aanwijzingen voor effectiviteit. De hiervoor aangewezen onderzoeksmethoden zijn: (quasi)experimenteel, veranderings-theoretisch, benchmarkonderzoek of casestudies.

Aangezien de veranderingen in het Nederlands jeugddomein in volle gang zijn en veel Nederlandse gemeenten het WCM aan het implementeren zijn, is inzicht in de doeltreffendheid en werkzaamheid van belang. Het doel van dit onderzoek is dan ook om te kijken naar de doeltreffendheid (studie 1) en werkzaamheid (studie 2) van het WCM in Nederland. Het onderzoek is uitgevoerd bij de Opvoedpoli, een van de pioniers op het gebied van integrale jeugdhulp. Integraal wil in dit verband

zeggen: gericht op de volle breedte van de vraag, waarbij niet de aandoening, maar de mens in zijn sociale omgeving centraal staat, waarbij coördinatie tussen betrokken zorgverleners goed is geregeld en gewerkt wordt aan het herstel van het gewone leven (Berenschot en van der Geest 2012). De Opvoedpoli is daarmee voorloper op de transformatie van zorg voor jeugd in Nederland.

De werkwijze van de Opvoedpoli is geheel gestoeld op de WCM-principes, en jaarlijkse procesevaluaties hebben aangetoond dat er sprake is van een goede programma-integriteit (ISO-certificering 2012, 2013, 2014). In deelstudie 1 wordt onderzocht hoe tevreden de ouders en jongeren zijn over het hulpverleningstraject bij de Opvoedpoli en of zij in staat zijn hun doelen te realiseren. Tevens wordt de hypothese getoetst dat de opvoedingsbelasting (als indicator voor de druk van stressoren), het gezinsfunctioneren (dat kan lijden onder deze stressoren) en het gedrag van kinderen (dat beïnvloed wordt door onder meer het gezinsfunctioneren) verbeteren na behandeling volgens het WCM. In studie 2 wordt onderzocht of er een verschil is in veranderingen in probleemgedrag tussen kinderen die een behandeling bij de Opvoedpoli hebben afgerond en kinderen, met vergelijkbare demografische achtergrondkenmerken en vergelijkbare ernst van problemen bij aanvang, die in de reguliere jeugdzorg zijn behandeld.

Studie 1

Methode

Onderzoeksgroep

Voor de huidige studie werden op grond van de door de Opvoedpoli verzamelde Routine Outcome Monitoring- (ROM-) data gezinnen geïncludeerd waarvan op minstens één van de uitkomstmaten informatie beschikbaar was. Dit resulteerde in een totale sample van $N = 921$. Tab. 1 bevat een beschrijving van de socio-demografische achtergrondgegevens van deze gezinnen.

Procedure

Hulpverleningstrajecten werden bij de Opvoedpoli onder andere gemonitord door middel van het afnemen van vragenlijsten met betrekking tot verschillende ouder-, gezins- en kinduitkomsten bij start en afronding van het hulpverleningstraject. De vragenlijsten werden door ouders samen, door een van de ouders of door allebei de ouders apart ingevuld. Voor deze studie is gebruikgemaakt van één vragenlijst per gezin. Als ouders ieder apart een vragenlijst hadden ingevuld, is gebruikgemaakt van de gemiddelde score van de twee ouders.

Tijdens het intakegesprek bij de Opvoedpoli kregen gezinnen de algemene voorwaarden overhandigd, waarin stond dat gezinnen die een traject volgen bij de Opvoedpoli akkoord gingen met het invoeren van deze gegevens in de ROM-dataset en met anoniem gebruik van deze gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. De

Tabel 1 Socio-demografische achtergrondgegevens respondenten Opvoedpoli ($N = 921$)

	%	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>
<i>gezinsamenstelling</i>			
– tweeoudergezin	55	507	–
– eenoudergezin	19	175	–
– samengesteld gezin	7	64	–
– co-ouderschap	6	55	–
– overig	4	37	–
– onbekend	8	74	–
<i>herkomst kind</i>			
– Nederlands	55	507	–
– niet-Nederlands	31	286	–
– onbekend	14	129	–
<i>opleidingsniveau ouders</i>			
– hbo/universiteit	35	322	–
– mbo/middelbare school/bao	29	267	–
– onbekend	37	341	–
<i>seks kind – jongen</i>	62	571	–
<i>leeftijd kind start traject in jaren</i>	–	–	10,84 (4,48)

algemene voorwaarden moesten door ouders ondertekend worden alvorens de hulp gestart werd. Indien ouders wel hulp wilden, maar niet wilden meedoen aan het onderzoek, werd deze paragraaf uit de voorwaarden gehaald en werden ze niet geïncludeerd.

Voor dit onderzoek werden gegevens gebruikt van gezinnen met kinderen tussen 0 en 23 jaar oud die gedurende de periode van 1-12-2013 tot 1-6-2015 hun traject bij de Opvoedpoli waren gestart en hadden afgesloten. Onder een traject werd een periode van ondersteuning, uitgebreider dan alleen een intakegesprek, verstaan. Bij meerdere trajecten binnen de periode werd voor dit onderzoek uitgegaan van gegevens met betrekking tot het eerste traject.

In totaal hadden 2221 gezinnen een of meer trajecten binnen deze periode gevolgd, waarbij 258 gezinnen voortijdig gestopt waren (drop-out rate is 12 %). Van de overgebleven 1963 gezinnen met een afgerond traject bleek dat bij 47 % ($n = 921$) daadwerkelijk een of meer van de genoemde vragenlijsten waren afgenomen bij aanvang en het einde van het traject. Deze gezinnen waren afkomstig van veertien verschillende locaties van de Opvoedpoli in Nederland. Bij 114 gezinnen werden alle vragenlijsten op beide tijdstippen afgenomen (12 % van geïncludeerde gezinnen).

Om zicht te krijgen op mogelijke verschillen tussen de geïncludeerde gezinnen en de gezinnen met een afgesloten traject zonder (eind)metingen (niet-deelnemende gezinnen), werd een vergelijking gemaakt op verschillende demografische gegevens. De onderzoeksgroep betrof meer jongens (62 %) dan de groep niet-deelnemers (56 %; $X^2 = 6,41$; $df = 1$; $p = 0,011$; Cramér's $V = 0,06$) en de leeftijd

van de kinderen in de onderzoeksgroep was lager ($M = 10,86$ jaar; $SD = 4,48$) dan in de niet-deelnemende groep ($M = 12,20$; $SD = 5,18$; $t = 6,12$; $df = 1960,01$; $p < 0,001$; Cohens $d = 0,28$). Doordat de overige sociaal-demografische gegevens van de gezinnen die niet aan deze studie meededen minder vaak werden geregistreerd (61 % onbekende afkomst; 79 % onbekend hoogste opleidingsniveau ouders, 55 % onbekende gezinssamenstelling), was het niet mogelijk om te controleren of gezinnen in de onderzoeksgroep op deze aspecten overeenkwamen met de gezinnen zonder metingen.

Instrumenten

Cliënttevredenheid Cliënttevredenheid werd met de Exit-vragenlijst (Jurrius et al. 2008) in kaart gebracht. Deze vragenlijst bestaat uit tien stellingen over het resultaat (subschaal Resultaat en toekomst; 5 items) en verloop van de hulp (subschaal Verloop; 5 items), waarbij het gaat over de mening en beleving van de cliënt. De antwoorden lopen van 1 = *helemaal mee eens* tot 4 = *helemaal mee oneens*. Daarnaast gaven cliënten een rapportcijfer voor het gehele traject op een schaal van 1 (*zeer slecht*) tot 10 (*zeer goed*). Er werden twee versies van deze vragenlijst gebruikt: een voor jongeren vanaf 12 jaar en een voor ouders. De betrouwbaarheid van de beide schalen was goed (Cronbachs alfa ouders: 0,86–0,93; jongeren: 0,88–0,93).

Doelrealisatie Of behandeldoelen van cliënten gehaald werden, werd middels oplossingsgerichte schaalvragen gemeten. Bij het eerste meetmoment had het gezin, samen met hun coach, per leefgebied doelen geformuleerd, geprioriteerd en aangegeven wat de aanvangswaarde en de uiteindelijke streefwaarde (cijfer van een tot tien) van de specifieke doelen was. Aan het eind van de behandeling werd de cliënten weer gevraagd om per doel een cijfer te geven. Binnen dit onderzoek werd enkel het doel dat door ouders als het belangrijkste werd gezien (hoofddoel), gebruikt voor de analyses. De doelrealisatie werd berekend door te analyseren of gezinnen bij het eind van het traject het door hen gewenste eindcijfer hadden behaald (1 = *ja*, 2 = *nee*).

Opvoedingsbelasting Ervaren opvoedingsbelasting werd gemeten met de Opvoedingsbelasting Vragenlijst (OBVL; Vermulst et al. 2012). Ouders met kinderen tussen de 0 en 18 jaar gaven, over het kind voor wie het hulptraject was gestart, antwoord op 34 items, zoals 'Ik voel me niet gelukkig met mijn kind' (antwoordcategorieën: 1 = *geldt niet*, 4 = *geldt helemaal*). De OBVL omvat de volgende subschalen: Problemen opvoeder-kind-relatie (6 items), Problemen met opvoeden (7 items), Depressieve stemmingen ouder (7 items), Rolbeperking ouder (6 items), Gezondheidsklachten (8 items). De betrouwbaarheid van de vragenlijst was goed (Cronbachs α 's op voor- en nameting varieerden van 0,79 tot en met 0,89). Voor de analyses werd gebruikgemaakt van de T-scores. Om die te berekenen, werd de somscore op de subschaal getransformeerd tot scores die variëren van 0 tot 100 (hoe hoger, hoe ernstiger) waarbij een T-score van 50 de gemiddelde score van de

normgroep is. Een T-score $< 0,60$ geldt als binnen de normale range, $T \geq 60$ geldt als (sub)klinische range.

Gezinsfunctioneren Het gezinsfunctioneren werd gemeten met de Gezinsvragenlijst (GVL; Ploeg en Scholte 2008; 45 items; 1 = *volledig oneens*, 5 = *volledig eens*). De GVL bestaat uit vijf subschalen: 1) Responsiviteit (opvoedingsrelatie ouders met kind), 2) Communicatie (ouders met het kind), 3) Organisatie (gezinscontext), 4) Partnerrelatie, 5) Sociaal netwerk (relaties van gezin met de omgeving). Een voorbeelditem is: ‘Mijn partner en ik denken vaak anders over de opvoeding van ons kind.’ De betrouwbaarheid van de subschalen was zowel bij de voor- als de nameting goed (range Cronbachs $\alpha = 0,73$ – $0,90$).

Probleemgedrag van het kind De mate van probleemgedrag van jeugdigen werd gemeten met de Nederlandse versie van de Child Behavior Checklist (Achenbach en Rescorla 2000, 2001; Verhulst et al. 1996). Dit instrument is ontwikkeld om gedrags- en emotionele problemen en vaardigheden van kinderen en jongeren, zoals ervaren door ouder/verzorgers, in de afgelopen 6 maanden te kwantificeren. Er is een versie voor kinderen van 1,5 tot 5 jaar (100 items) en een voor kinderen en jongeren van 6 tot 18 jaar (113 items). Afhankelijk van de leeftijd van het deelnemende kind vulden de ouders de ene of de andere versie in. Ouders werd gevraagd om bij elk item aan te geven in hoeverre zij vinden dat de stelling bij zijn/haar kind paste. Twee voorbeelden van zulke items zijn: ‘is ongehoorzaam’ en ‘snel jaloers’ (antwoordcategorieën: 0 = *helemaal niet*, 2 = *duidelijk of vaak*). De items zijn te herleiden tot acht probleemschalen (teruggetrokken, angstig/depressief, somatische problemen, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, normafwijkend gedrag en agressief gedrag) en een subschaal overige problemen. De eerste drie probleemschalen vormen samen de ‘brede-bandschaal’ Internaliserende problemen, de laatste twee de ‘brede-bandschaal’ Externaliserende problemen. In de huidige studie werden de T-scores op de schalen Internaliserende problemen en Externaliserende problemen meegenomen. Een T-score $< 0,60$ geldt als binnen de normale range, $T \geq 0,60$ geldt als (sub)klinische range. De Cronbachs alfa’s varieerden op de voor- en nameting voor Internaliserende problemen van 0,79 tot en met 0,89 en voor Externaliserende problemen van 0,86 tot en met 0,92.

Analyses

Voor de preliminaire analyses, waarin per instrument – op totaal van alle items – de ouders met een ingevulde vragenlijst op socio-demografische variabelen werden vergeleken met ouders zonder die ingevulde vragenlijst, is gebruikgemaakt van *t*-testen en X^2 -testen. De effectgrootten van de *t*-testen zijn weergegeven in Cohens *d*, waarbij 0,20 een klein effect, 0,50 een medium en 0,80 een groot effect aangeeft (Cohen 1992). Die van de X^2 -testen zijn weergegeven in Cramér’s *V*, waarbij 0,10–0,30 een klein effect, 0,30–0,50 een medium en 0,50 of hoger een groot effect aangeeft (Cohen 1988).

Om de eerste onderzoeksvraag (cliënttevredenheid) te beantwoorden, werden descriptieve analyses uitgevoerd. Voor de beantwoording van de tweede onderzoeksvraag (doelrealisatie) werden descriptieve analyses en gepaarde *t*-toetsen (verschil tussen voor- en nameting) uitgevoerd. De derde onderzoeksvraag, betreffend de mogelijke verandering in opvoedingsbelasting, gezinsfunctioneren en gedragsproblemen van het kind, is met behulp van multivariate variantieanalyses voor herhaalde metingen (MANOVA's) (voor- en nametingen voor iedere subschaal van deze constructen, aparte analyses per construct) onderzocht. In verband met de scheve verdeling van de scores op gezinsfunctioneren zijn de veranderingen tussen voor- en nametingen op de verschillende schalen van gezinsfunctioneren onderzocht met behulp van de wilcoxonrangtekentoets. De effectmaten (η_p^2 en *r*) zijn ter vergemakkelijking van de interpretatie omgerekend naar eenzelfde effectmaat, Cohens *d*. Tot slot is door middel van McNemar-tests gekeken naar veranderingen in de proporties gezinnen in de (sub)klinische en normale range tussen voor- en nameting. Post-hoc uitgevoerde Bonferroni-correcties leidden niet tot andere resultaten.

Resultaten

Preliminare analyses Gezien de grote uitval over de verschillende vragenlijsten heen werden ouders met ingevulde vragenlijsten vergeleken met ouders uit de onderzoeksgroep die de betreffende vragenlijst niet hadden ingevuld op gezinssamenstelling, herkomst kind, opleidingsniveau ouders, sekse kind en leeftijd kind bij start van het traject. Voor alle instrumenten geldt dat ouders die dat instrument wel hadden ingevuld op een of meer socio-demografische variabelen verschilden van ouders die dat niet hadden gedaan.

Met betrekking tot cliënttevredenheid waren van 487 ouders gegevens beschikbaar. Deze ouders kwamen vaker uit tweeoudergezinnen, minder vaak uit overige gezinstypen en hadden minder vaak 'missings' met betrekking tot gezinstype dan de ouders uit de onderzoeksgroep die deze schaal niet hadden ingevuld ($X^2 = 26,41$; $df = 5$; $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,17$). Ook waren ouders met informatie over hun tevredenheid vaker hoogopgeleid ($X^2 = 19,42$; $df = 2$; $p < 0,001$; Cramér's $V = 0,15$) en hadden zij jongere kinderen ($t = 8,12$; $df = 838,65$; $p < 0,001$, Cohens $d = 0,56$) dan ouders waarvan gegevens over cliënttevredenheid ontbraken.

Vergelijkingen tussen de subgroep waarvoor wel vragen over doelrealisatie waren ingevuld ($n = 566$) en gezinnen waarvoor dit niet gedaan was, lieten zien dat binnen de subgroep ouders met doelrealisatiegegevens sprake was van meer eenoudergezinnen ($X^2 = 16,53$; $df = 2$; $p = 0,005$; Cramér's $V = 0,13$), minder niet-Nederlandse gezinnen ($X^2 = 11,76$; $df = 2$; $p = 0,003$; Cramér's $V = 0,11$), meer laagopgeleide respondenten ($X^2 = 26,41$; $df = 5$; $p < 0,001$; $V = 0,17$) en met oudere kinderen ($t = -4,08$; $df = 872,52$; $p < 0,001$; Cohens $d = -0,28$) dan ouders zonder doelrealisatiegegevens.

Tot slot bleek dat de subgroep met ingevulde vragenlijsten over veranderingen in opvoedbelasting ($n = 364$), gezinsfunctioneren ($n = 344$) en probleemgedrag van kinderen ($n = 433$) hoger waren opgeleid (opvoedbelasting: $X^2 = 11,24$; $df =$

2; $p = 0,004$; Cramérs $V = 0,11$; gezinsfunctioneren: $X^2 = 14,93$; $df = 2$; $p = 0,001$; Cramérs $V = 0,13$; gedragsproblemen: $X^2 = 13,21$; $df = 2$; $p = 0,001$; $V = 0,12$) en vaker iets jongere kinderen hadden (opvoedingsbelasting: $t = 5,60$; $df = 864,83$; $p < 0,001$; Cohens $d = 0,38$; gezinsfunctioneren: $t = 4,64$; $df = 841,78$; $p < 0,001$; Cohens $d = 0,32$; probleemgedrag: $t = 6,17$; $df = 904,40$; $p < 0,001$; Cohens $d = 0,41$) dan ouders uit de onderzoeksgroep met ontbrekende informatie op deze aspecten.

Clienttevredenheid Gemiddeld genomen beoordeelden ouders zowel het verloop van het traject ($n = 487$) als het resultaat ($n = 484$) als goed (respectievelijk, $M = 3,64$; $SD = 0,45$; $M = 3,39$; $SD = 0,54$). Ook jongeren waren tevreden met het verloop ($n = 104$; $M = 3,56$; $SD = 0,53$) en resultaat ($n = 105$; $M = 3,33$; $SD = 0,55$). Wanneer gekeken werd naar rapportcijfers die ouders hadden gegeven, bleek dat ouders ($n = 485$) het traject gemiddeld met een ‘goed’ beoordeelden ($M = 8,29$; $SD = 1,10$), waarbij 2% van de ouders het traject als onvoldoende beoordeelden. De 105 bevraagde jongeren gaven gemiddeld een ‘goed’ ten aanzien van tevredenheid ($M = 8,37$; $SD = 1,20$; 3% onvoldoende).

Doelrealisatie Vierenzestig procent ($n = 362$) van de gezinnen waarvoor doelen waren ingevuld, bereikte het gewenste einddoel. Bij 291 gezinnen was het eindcijfer voor het betreffende doel gelijk aan het gewenste cijfer en bij 71 gezinnen was het eindcijfer hoger dan het gewenste cijfer. Bij 205 gezinnen (36%) werd het gewenste einddoel niet behaald.

Veranderingen in opvoedingsbelasting, gezinsfunctioneren en probleemgedrag van het kind Resultaten van de MANOVA toonden een significant verschil tussen voor- en nameting voor de verschillende subschalen van Opvoedingsbelasting ($F(5, 349) = 20,77$; $p < 0,001$; Cohens $d = 1,09$). Additionele analyses lieten zien dat dit hoofdeffect te herleiden was tot een significante afname van problemen in de ouder-kindrelatie, van problemen met opvoeden, van depressieve stemmingen en van gezondheidsklachten (zie tab. 2).

De wilcoxonrangtekentoets liet voor het gezinsfunctioneren een significante afname zien van problemen omtrent communicatie tussen ouders en kind, de organisatie binnen het gezin en de relaties van het gezin met de omgeving (sociaal netwerk; zie tab. 2).

Tot slot lieten de MANOVA met internaliserende en externaliserende gedragsproblemen een hoofdeffect van tijd zien ($F(2431) = 152,09$; $p < 0,001$; Cohens $d = 1,67$). Vervolanalyses toonden aan dat er een afname was van zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblemen (zie tab. 2).

Naast veranderingen in gemiddelde scores is met McNemar-tests gekeken naar veranderingen in klinische classificaties van de gezinnen (zie tab. 3). Alle significante verschuivingen betroffen meer verschuivingen van gezinnen van de (sub)klinische naar de normale range dan andersom (Opvoedingsbelasting: Opvoeder-kindrelatie, $X^2 = 20,25$; $df = 1$; $p < 0,001$; Problemen met opvoeding, $X^2 = 17,39$; $df = 1$; $p < 0,001$; Depressieve stemming ouders, $X^2 = 10,80$; $df = 1$; $p =$

Tabel 2 Gemiddelden en standaarddeviaties voor en na een traject en vergelijking en effectgrootte van verschillen tussen voor en na het traject

	voor traject		na traject		<i>F</i>	<i>df1</i>	<i>df2</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>Cohens d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>					
<i>opvoedingsbelasting^a</i>										
– opvoeder-kindrelatie	354	60,07	10,31	56,82	–9,74	48,62	5	–	<0,001	0,74
– problemen met opvoeding	354	60,31	11,12	55,66	11,30	88,38	5	–	<0,001	1,00
– depressieve stemming ouders	354	59,00	–9,12	56,53	–8,96	36,58	5	–	<0,001	0,63
– rolbeperking ouders	354	55,29	–9,25	54,54	–9,22	–2,98	5	–	–0,085	0,20
– gezondheidsproblemen ouders	354	58,96	–8,55	56,04	–7,93	42,33	5	–	<0,001	0,70
<i>gezinsfunctioneren^b</i>										
– responsiviteit	344	13,75	–4,20	13,43	–3,79	–	–	–1,74	–0,082	0,18
– communicatie	344	22,23	–6,57	19,53	–6,01	–	–	–8,92	<0,001	1,09
– organisatie	344	16,01	–4,24	15,51	–4,28	–	–	–2,66	–0,008	0,28
– partnerrelatie	303	17,67	–7,60	17,31	–7,50	–	–	–0,61	–0,497	0,08
– sociaal netwerk	343	16,82	–6,55	16,25	–6,75	–	–	–2,61	–0,009	0,28
<i>gedragsproblemen kind^a</i>										
– internaliserend	433	60,14	10,87	53,37	11,17	223,53	2	–	<0,001	1,44
– externaliserend	433	58,37	10,52	52,72	10,61	256,08	2	–	<0,001	1,53

^aT-scores (range 0–100)

^bruwe scores (range 36–180)

Tabel 3 Veranderingen tussen voor- en nameting met betrekking tot scores in (subklinische) of normale range wat betreft gedragsproblemen, opvoedingsbelasting en gezinsfunctioneren

	(sub)klinisch naar normaal <i>n</i>		geen verande- ring – normaal <i>n</i>		geen ver- andering – (sub)klinisch <i>n</i>		normaal naar (sub)klinisch <i>n</i>		<i>p</i>
<i>opvoedingsbelasting</i>									
– opvoeder- kindrelatie	62	(17 %)	161	(45 %)	116	(32 %)	21	(6 %)	<0,001
– problemen met opvoeding	66	(18 %)	126	(35 %)	144	(40 %)	26	(7 %)	<0,001
– depressieve stemming ouders	60	(17 %)	134	(37 %)	137	(38 %)	29	(8 %)	–0,001
– rolbeperking ouders	46	(13 %)	215	(59 %)	66	(18 %)	37	(10 %)	–0,380
– gezondheids- problemen ouders	79	(22 %)	172	(48 %)	85	(24 %)	23	(6 %)	<0,001
<i>gezinsfunctioneren</i>									
– responsiviteit	30	(9 %)	205	(60 %)	64	(19 %)	45	(13 %)	–0,105
– communicatie	73	(21 %)	143	(42 %)	109	(32 %)	19	(6 %)	<0,001
– organisatie	36	(11 %)	200	(58 %)	73	(7 %)	35	(10 %)	–1,000
– partnerrelatie	34	(11 %)	148	(49 %)	86	(28 %)	35	(12 %)	–1,000
– sociaal net- werk	39	(11 %)	232	(68 %)	56	(16 %)	16	(5 %)	–0,003
<i>gedragsproblemen kind</i>									
– internalise- rend	120	(28 %)	187	(43 %)	112	(26 %)	14	(3 %)	<0,001
– externalise- rend	94	(22 %)	211	(49 %)	110	(25 %)	18	(4 %)	<0,001

0,001; Gezondheidsproblemen ouders, $X^2 = 30,75$; $df = 1$; $p < 0,001$; Gezinsfunctioneren: Communicatie, $X^2 = 31,70$; $df = 1$; $p < 0,001$; Sociaal netwerk, $X^2 = 9,62$; $df = 1$; $p = 0,002$; Gedragsproblemen: Internaliserend, $X^2 = 83,85$; $df = 1$; $p < 0,001$; Externaliserend, $X^2 = 51,57$; $df = 1$; $p < 0,001$).

Studie 2

Methode

Onderzoeksgroep

Voor deze vergelijkingsstudie werd gebruikgemaakt van de volgende twee onderzoeksgroepen: gezinnen die bij de Opvoedpoli een hulpverleningstraject geclasificeerd als jeugdzorgtraject hadden afgerond (zie Studie 1) en van wie voor- en

Tabel 4 Gemiddelden en standaarddeviaties met betrekking tot gedragsproblemen kind voor en na een traject van de Opvoedpoligroep en TAZ-groep en vergelijking hiertussen bij start ($n = 316$)

–	opvoedpoli		TAZ		vergelijking bij aanvang Opvoedpoli vs. TAZ		
	voor traject <i>M (SD)</i>	na traject <i>M (SD)</i>	voor traject <i>M (SD)</i>	na traject <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>gedragsproblemen kind</i>							
– internaliserend	59,84 (9,99)	53,28 (11,13)	60,66 (11,65)	54,71 (12,44)	–0,70	314	0,506
– externaliserend	59,17 (10,14)	52,33 (10,50)	59,54 (10,12)	55,25 (10,31)	–0,33	314	0,714

nametingsgegevens met betrekking tot probleemgedrag van het kind beschikbaar waren ($n = 158$) en gezinnen uit het Thans Aangeboden Zorg (TAZ)-bestand van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Dit bestand bevat gegevens uit de reguliere jeugdzorg verzameld tussen 2002 en 2009 waar, in tegenstelling tot bij de Opvoedpoli, niet integraal community-based gewerkt werd. Dat voor studie 2 niet ook 433 gezinnen geïncludeerd konden worden, heeft te maken met de matching. Het care-as-usualbestand bevat alleen cliënten uit de jeugdzorg, niet uit de jeugd-ggz en binnen de Opvoedpoli komen beiden cliëntengroepen voor. De cliënten die een ggz-behandeling hadden ontvangen, zijn uitgesloten voor dit deel van de studie om de vergelijking zo zuiver mogelijk te houden.

Procedure

Uit het TAZ-bestand werden via een geautomatiseerde propensityscore-matchings-procedure (Painter z.j.; Rosenbaum en Rubin 1983) 158 deelnemers geselecteerd die qua sekse van het kind (95 jongens), leeftijd bij start van het traject (Opvoedpoli: $M = 9,56$ jaar; $SD = 3,74$; TAZ: $M = 9,14$ jaar; $SD = 3,59$; $t = 1,01$; $df = 314$; $p = 0,312$; Cohens $d = 0,11$), CBCL Totalscore en de CBCL-subschalen Internaliserende en Externaliserende problematiek bij aanvang van het hulpverleningstraject overeenkwamen met de Opvoedpoli-gezinnen (zie tab. 4). Door middel van logistische regressieanalyse werd voor elke respondent een propensityscore berekend. Met deze propensityscore werd een vergelijkingsgroep samengesteld waarin voor elke respondent uit het Opvoedpoli-bestand een respondent uit het TAZ-bestand met een zo klein mogelijk verschil in deze score werd ingevoegd.

Instrumenten

Het TAZ-bestand bevat geen informatie over cliënttevredenheid, doelrealisatie, opvoedingsbelasting en gezinsfunctioneren zoals door de Opvoedpoli gemeten. Wel bevat het TAZ-bestand totaalscores (optelsom van alle probleemschalen) en scores op de subschalen internaliserend en externaliserend probleemgedrag van

de CBCL. Deze scores zijn dan ook meegenomen in de analyses. Zie voor meer informatie over deze vragenlijst de methodesectie van Studie 1.

Analyses

Om te kijken of de uitkomsten met betrekking tot probleemgedrag van het kind van gezinnen uit het Opvoedpoli-bestand verschilden van gezinnen uit het TAZ-bestand, werd een MANOVA voor herhaalde metingen gedaan met tijd als binnen-subject variabele (voor- en nameting), met groep als tussen-subject variabele (1 = *Opvoedpoli gezinnen*, 2 = *TAZ gezinnen*) en met internaliserende en externaliserende gedragsproblemen van het kind als uitkomstmaten.

Resultaten

De MANOVA met betrekking tot internaliserend en externaliserend probleemgedrag liet een hoofdeffect voor tijd ($F(2,313) = 89,96$; $p < 0,001$; Cohens $d = 1,53$) en een interactie-effect van tijd en groep zien ($F(2,313) = 4,40$; $p = 0,013$; Cohens $d = 0,35$) (zie tab. 4). In beide groepen was er een significante afname van internaliserend en externaliserend probleemgedrag van kinderen. Daarnaast bleek uit post-hoc (univariate) analyses dat het kleine, maar significante, effect met betrekking tot afname van externaliserende problemen iets sterker was voor kinderen van Opvoedpoli-gezinnen dan voor kinderen van TAZ-gezinnen ($F(1314) = 7,09$; $p = 0,008$; Cohens $d = 0,29$). Er was geen significant interactie-effect voor internaliserende problematiek ($F(1314) = 0,38$; $p = 0,539$; Cohens $d = 0,00$).

Discussie

Voor dit artikel werd in twee deelstudies onderzocht of het Wraparound Care Model (WCM) zoals toegepast door de Opvoedpoli, een Nederlandse organisatie die ambulante jeugdhulp aanbiedt, doeltreffend en werkzaam is. De resultaten van de eerste deelstudie zijn een *indicatie voor de doeltreffendheid* van het WCM in Nederland. Cliënten waren tevreden over zowel het verloop en resultaat van het behandeltraject als over de Opvoedpoli in het algemeen. Bijna twee derde van de cliënten had aan het einde van de behandeling het door hen gestelde hoofddoel bereikt. Tevens rapporteerden gezinnen aan het einde van het traject minder opvoedingsbelasting (minder problemen in ouder-kindrelatie, minder ervaren opvoedproblemen, minder stemmingsklachten en minder gezondheidsklachten). Daarnaast waren verschillende onderdelen van het gezinsfunctioneren (de communicatie binnen het gezin, de organisatie, de tevredenheid/kwaliteit van de partnerrelatie en de relaties van het gezin met de omgeving) verbeterd en rapporteerden ouders na behandeling minder internaliserende en externaliserende probleemgedragingen van hun kind. Dit bevestigt het theoretisch kader dat ten grondslag ligt aan het WCM, waarbij middels een empowermentcyclus wordt gewerkt aan herstel van

zelfregulatie (Horst 2006) en daarmee aan afname van stressoren en aan een verbetering van het gezinsfunctioneren en het gedrag van het kind. De resultaten van de tweede deelstudie zijn een *indicatie voor de werkzaamheid* van het WCM in Nederland: behandeling door de Opvoedpoli lijkt voor een even grote afname van internaliserend en zelfs iets grotere afname van externaliserend probleemgedrag bij kinderen te zorgen dan een behandeling binnen de reguliere jeugdzorg.

Deze bevindingen zijn in lijn met eerder uitgevoerde Amerikaanse studies naar het WCM, waarin ook een hoge cliënttevredenheid (Rosen et al. 1994), een verbetering in het gezinsfunctioneren (Clarke et al. 1992) en een afname van gedragsproblemen (Anderson et al. 2003; Bruns et al. 1995) werden gevonden. Daarnaast lieten eerdere studies in de VS zien dat het werken volgens het WCM goedkoper is dan reguliere zorg voor jeugdigen (Brown en Hill 1996; Deloitte 2012; Hermanns 2009). Aangezien in deze studie is gevonden dat met het WCM desondanks minstens even goede resultaten worden behaald als in de reguliere jeugdzorg (care-as-usual), biedt dit interessante mogelijkheden voor gemeenten in deze tijd van transformatie in het jeugddomein en de daarmee gepaard gaande bezuinigingen. Echter, onderzoek naar de kosteneffectiviteit van het WCM in Nederland moet nog worden uitgevoerd, voordat met zekerheid gesteld kan worden dat dit model goedkoper is dan de reguliere modellen.

Bij het interpreteren van de resultaten van dit onderzoek moet rekening worden gehouden met een aantal beperkingen. Een eerste beperking betreft het design van de studie(s). Alhoewel de doeltreffendheid en werkzaamheid op verschillende manieren zijn onderzocht, namelijk door middel van cliënttevredenheid, doelrealisatie, verandering van klachten voor en na behandeling en een gedeeltelijke vergelijking met gezinnen die reguliere jeugdzorgtrajecten volgden (care-as-usual), kan niet met zekerheid gezegd worden dat de gevonden positieve resultaten toe te schrijven zijn aan het werken met het WCM. Om dat te kunnen doen was een randomized controlled trial nodig geweest, maar dat was niet haalbaar binnen het tijdspad en met de beschikbare middelen. Echter, de resultaten van al die verschillende manieren van meten wijzen wel in dezelfde richting en geven daarmee een positieve indicatie voor de doeltreffendheid en werkzaamheid van het Wraparound Care Model in Nederland.

Een tweede beperking heeft betrekking op de generaliseerbaarheid van de resultaten. De onderzoeksgroep waarover in dit artikel wordt gerapporteerd, is slechts een gedeelte van de cliënten die een traject bij de Opvoedpoli hebben afgerond. Daarbij was er sprake van uitval over de verschillende meetinstrumenten heen. Het ontbreken van vragenlijsten, met name op de nameting, is een bekend probleem (Boswell et al. 2015), dat gezien het werkproces bij de Opvoedpoli met name bij de hulpverlener gezocht moet worden. Zij sturen de gezinnen niet altijd (alle) vragenlijsten toe. Daarbij vullen ouders ook niet altijd (alle) toegestuurde vragenlijsten in. Gezien de grote variatie in problematiek en achtergrond van de cliënten is het de moeite waard om in een volgende studie te onderzoeken of het WCM voor iedereen of slechts voor een selecte groep geschikt is.

Het gebruik van de vergelijkingsgroep kende ook enkele beperkingen. De koppeling van Opvoedpoli-gezinnen en TAZ-gezinnen heeft plaatsgevonden op basis

van sekse van het kind, leeftijd van het kind en aard en ernst van de problematiek bij aanvang van het traject. Op basis hiervan is niet met zekerheid te zeggen dat de kinderen en jongeren en hun gezinnen op andere relevante factoren (bijv. gezinssamenstelling) niet van elkaar verschilden. Ook wat betreft duur en intensiteit van de zorg kon niet bekeken worden of er verschillen waren, omdat die gegevens niet op eenduidige wijzen waren vastgelegd in beide bestanden. Verder was het, in verband met het gebruik van andere instrumenten, niet mogelijk om ook voor gezinsfunctioneren, opvoedingsbelasting, doelrealisatie en cliënttevredenheid een vergelijking met de reguliere jeugdzorg te maken. Dit zou, gezien de aard van het WCM, wel wenselijk zijn. Tot slot dient opgemerkt te worden dat het TAZ-bestand gegevens bevat die verzameld zijn tussen 2002 en 2009. De gegevens van de twee groepen die vergeleken werden, komen dus uit verschillende jaren. Het voordeel hiervan is dat de kans dat gezinnen in het TAZ-bestand te maken hebben gehad met het WCM verwaarloosbaar is.

Bij vervolgonderzoek zou het wenselijk zijn om met een follow-upstudie in kaart te brengen of de behaalde resultaten zoals beschreven in dit artikel ook op de langere termijn blijven bestaan, verder verbeteren of juist niet stand houden. Daarnaast zou met behulp van een longitudinale studie gekeken kunnen worden of een behandeling volgens het WCM leidt tot betere resultaten dan reguliere jeugdhulp als het gaat om de meer maatschappelijke uitkomstmaten, zoals het aantal keren dat gezinnen terugkomen in zorg of schooluitval. Dit omdat het integraal community-based werken volgens het WCM tot doel heeft duurzamere behandeffecten te bewerkstelligen (Hermanns 2010; 2012).

Concluderend kan, met enige voorzichtigheid gezien de beperkingen van de studie, gezegd worden dat het werken volgens het Wraparound Care Model ook in Nederland een veelbelovend alternatief voor de traditionele jeugdzorg kan zijn.

Dankbetuiging Deze studie is mede mogelijk gemaakt door financiering vanuit ZonMw. Linda Bijl, de oprichtster van de Opvoedpoli, en Jannet Doeleman, voormalig algemeen directeur van de Opvoedpoli, zijn de initiators geweest van dit onderzoek en zonder hen was de studie nooit uitgevoerd. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft geheel belangeloos het TAZ-bestand ter beschikking gesteld voor dit onderzoek, waarvoor onze dank. Rest ons nog de leden van de klankbordgroep, Tom van Yperen en Ab Czech te bedanken voor hun waardevolle input.

Literatuur

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Anderson, J., Wright, E., Kooreman, H., Mohr, W., & Russell, L. (2003). The Dawn Project: a model for responding to the needs of children with emotional and behavioral challenges and their families. *Community Mental Health Journal*, 39(1), 63–74.
- Asscher, J., & Paulussen-Hoogenboom, M. (2005). De invloed van protectieve en risicofactoren op de ontwikkeling en opvoeding van jonge kinderen. *Kind en Adolescent*, 26(1), 45–55.
- Berenschot, L., & Geest, L. van der (2012). *Integrale zorg in de buurt. Meer gezondheidsresultaat per euro*. Utrecht: Nyfer.

- Boswell, J.F., Kraus, D.R., Miller, S.D., & Lambert, M.J. (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25, 6–19.
- Brown, R., & Hill, B. (1996). Opportunity for change: exploring an alternative to residential treatment. *Child Welfare League of America*, 725, 35–57.
- Bruns, E.J. (2008). The evidence base and wraparound. In E.J. Bruns & J.S. Walker (red.), *Resource guide to wraparound* (pp. 1–12). Portland: National Wraparound Initiative, Research and Training Center for Family Support and Children's Mental Health.
- Bruns, E., Burchard, J., & Yoe, J. (1995). Evaluating the Vermont system of care: outcomes associated with community-based wraparound services. *Journal of Child and Family Studies*, 4(3), 321–339.
- Burchard, J.D., Bruns, E.J., & Burchard, S.N. (2002). The wraparound approach. In *Community treatment for youth: evidence-based interventions for severe emotional and behavioral disorders*. New York: Oxford University Press.
- Carney, M.M., & Buttell, F. (2003). Reducing juvenile recidivism: evaluating the wraparound services model. *Research on Social Work Practice*, 13, 551–568.
- Clark, H.B., Lee, B., Prange, M.E., & McDonald, B.A. (1996). The children lost within the foster care system: Can wraparound service strategies improve placement outcomes? *Journal of Child and Family Studies*, 5(L), 39–54.
- Clarke, R.T., Schaefer, M., Burchard, J.D., & Welkowitz, J.W. (1992). Wrapping community-based mental health services around children with a severe behavioral disorder: an evaluation of project wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, 1(3), 241–261.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155–159.
- Deloitte (2012). *Inzicht in maatschappelijke meerwaarde van de Opvoedpoli*. Deloitte: Amsterdam.
- Emde, R.N., Everhart, K.D., & Wise, B.K. (2004). Therapeutic relationships in infant mental health and the concept of leverage. In A.J. Sameroff, S.C. McDonough & K.L. Rosenblum (red.), *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention* (pp. 267–292). New York: Guilford.
- Farrington (1997). Cited in Loeber, R (1997). *Ontwikkelingspaden en risicopatronen voor ernstige jeugdgedelinquentie en hun relevantie voor interventies: Nooit te vroeg en nooit te laat*. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Furstenberg, E. Jr., Cook, T., Eccles, J., Elder, G., & Sameroff, A. (1999). *Urban families and adolescent success*. Chicago: University of Chicago.
- Groenendaal, H., & Dekovic, M. (2000). Risicofactoren voor de kwaliteit van de opvoeding. *Pedagogiek*, 20(1), 3–22.
- Hermanns, J. (1987). Risicofactoren in de ontwikkeling van kinderen: de rol van de bijsturende omgeving. *Kind en Adolescent*, 8, 49–59.
- Hermanns, J. (1998). Family risk and family support: an analysis of concepts. In J. Hermanns & H. Leu (red.), *Family risks and family support* (pp. 9–38). Delft: Eburon.
- Hermanns, J. (2009). Het wraparound care model en de vraag naar nieuwe jeugdzorgprofessionals. In J. Gerris & R. Engels (red.), *Professionele kwaliteit in jeugdzorg en jeugdonderzoek* (pp. 85–98). Assen: Van Gorcum.
- Hermanns, J. (2010). Goed geregelde jeugdzorg? In H. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 61–79). Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J. (2012). Het herstel van het gewone leven. In P. van der Doef (red.), *De kracht van het opvoeden. Pedagogisch werkzame factoren in jeugdzorg en onderwijs*. Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J. (2015). Een pedagogische lente? In J. Bekker et al. (red.), *De pedagoog in de spotlights. Opvoedingsidealen vanuit verschillende contexten* (pp. 11–37). Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J., Klap, A., Smit, K., & Zwart, A. (2012). *Wraparound care in de jeugdzorg & implementatie van Intensieve Pedagogische Thuishulp*. SWP: Amsterdam.
- Hilhorst, P., & Lans, J. van der (2013). *Sociaal doe-het-zelven: De idealen en de politieke praktijk*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Horst, W. ter (2006). *Herstel van het gewone leven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jurrius, K., Havinga, L., & Stams, G.J. (2008). *Exitvragenlijst Jeugdzorg*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Lichtenberg, J.D. (1996). Mode of therapeutic action. In L.E. Lifson (red.), *Understanding therapeutic action: psychodynamic concepts of cure* (pp. 127–138). London: The Analytic Press.

- Ministerie van VWS en Ministerie van V&J (2014). *Jeugdwet wettekst*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Painter, J.S. (z.j.). *SPSS Propensity Matching Program Description*. Chapel Hill: Jordan Institute for Families.
- Ploeg, J.D. van der. (2007). *Gedragsproblemen: Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ploeg, J.D. van der, & Scholte, E.M. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL). Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rosen, L.D., Heckman, I.T., Carro, M.G., & Burchard, J.D. (1994). Satisfaction, involvement, and unconditional care: the perceptions of children and adolescents receiving wraparound services. *Journal of Child and Family Studies*, 3(1), 55–67.
- Rosenbaum, P.R., & Rubin, D.B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70, 41–55.
- Sameroff, A. (red.). (2009). *The transactional model of development. How children and contexts shape each other*. Washington: American Psychological Association.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. In C.H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (pp. 3–13). New York: Guilford.
- Schamhart, R., & Colijn, J. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound Care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Suter, J.C., & Bruns, E.J. (2009). Effectiveness of the wraparound process for children with emotional and behavioral disorders: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 336–251.
- Veerman, J. (1988). Bedreigende en beschermende factoren in de gezinsomgeving: gegevens uit onderzoek. In P. Goudena, H. Groenedaal & F. Swets-Gronert (red.), *Kind in geding. Bedreigende en beschermende factoren in de psychosociale ontwikkeling van kinderen* (pp. 101–118). Leuven: Acco.
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E., & Teeven, F. (2011). Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel'. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2011/11/09/beleidsbrief-stelselwijziging-jeugd-geen-kind-buiten-spel>. Geconsulteerd: 28 mei 2015.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4–18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Vermulst, A., Kroes, G., Meyer, R. de, Nguyen, L., & Veerman, J.W. (2012). *Opvoedingsbelasting-vragenlijst (OBVL). Handleiding*. Nijmegen: Praktikon.
- Yperen, T. van, & Woudenberg, A. (2011). *Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel*. http://www.nji.nl/publicaties/Werk_in_uitvoering.pdf. Geconsulteerd: 12 november 2015.
- Yperen, T.A. van, & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek onderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Dr. F.E.P.L. Sondejker onderzoeker en psycholoog bij de Opvoedpoli

Dr. F.B. van Rooij onderzoeker bij de UvA

Prof. J. Hermanns adviseur bij H&S Consult

Dr. L. van Rijn-van Gelderen onderzoeker bij de UvA