



Universiteit Utrecht



Masterthesis

Onderdeel Master Kinder- en Jeugdpsychologie 2010-2011

Probleemreductie en cliënttevredenheid in de jeugdzorg

Student:	Anita A.M. Timmermans
Studentnummer:	3161854
Thesisbegeleider vanuit UU:	Prof. Dr. D. Brugman
Tweede beoordelaar:	Drs. E. Strijbosch
Afdeling vanuit UU:	Ontwikkelingspsychologie Universiteit Utrecht
Thesisbegeleidster vanuit Tender:	Drs. E. Strijbosch
Afdeling:	Kennis en Innovatie Stichting Tender Jeugdzorg
Datum:	05-07-2011

Samenvatting

In deze studie is binnen Stichting Tender Jeugdzorg, een organisatie voor Jeugd en Opvoedhulp in West-Brabant, de relatie onderzocht tussen probleemreductie en de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de hulpverlening enerzijds en cliënttevredenheid anderzijds. Binnen deze relaties is onderzoek gedaan naar potentiële moderatoren (leeftijd, geslacht, etniciteit, duur van de interventie, DSM diagnose en aanvullende therapie).

De steekproef bestaat uit 372 kinderen/jeugdigen en/of hun ouders die hulpverlening hebben ontvangen vanuit Stichting Tender. De probleemreductie is in kaart gebracht met de Child Behaviour Checklist [CBCL] en de Youth Self Report [YSR]. Om de cliënttevredenheid te bepalen is door ouders en/of jongere een C-toets of Exit-vragenlijst ingevuld.

Uit de resultaten blijkt dat cliënten en hun ouders zeer tevreden zijn over de hulpverlening. Er wordt een zwak positief verband gevonden tussen reductie van internaliserend en totaal probleemgedrag en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar. Bij ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en de negentien jaar werd, naast een relatie met totale probleemreductie, ook een positieve relatie gevonden tussen externaliserende probleemreductie en cliënttevredenheid. Een opmerkelijk resultaat is dat bij de jongeren zelf geen verbanden werden gevonden tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Aanvullende therapie is een moderator gebleken in de relatie tussen internaliserende probleemreductie en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar. Met betrekking tot de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg is gebleken dat er geen verbanden met cliënttevredenheid zijn gevonden bij ouders van kinderen van twee tot vijf jaar en bij de jongeren zelf. Bij ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en achttien jaar kwam naar voren dat hoe geringer de mate van probleemgedrag op totale en externaliserende problematiek, hoe hoger cliënttevredenheid. Er zijn geen moderatoren gevonden in deze relaties.

In de discussie wordt op grond van deze resultaten ondermeer ingegaan op de betekenis van de cliënttevredenheid als effectmeting.

Steekwoorden: jeugdzorg, probleemreductie, mate van probleemgedrag, cliënttevredenheid, moderatoren

Abstract

In this study at 'Tender Youth Foundation' (Stichting Tender Jeugdzorg), an organization for youth and parenting help in West-Brabant (the Netherlands), the relationship is studied between problem reduction and the extent of problem behavior at the end of the intervention on the one hand and client satisfaction on the other. Potential moderators (age, gender, ethnicity, duration of intervention, DSM diagnosis, and adjunct therapy) were examined within these relations.

The sample consists of 372 children/adolescents and/or their parents who received an intervention from Tender. Problem reduction is measured with the Child Behaviour Checklist [CBCL], and the Youth Self Report [YSR]. In order to determine client satisfaction, the C-test or the Exit-questionnaire was filled out by parents and/or the adolescents.

The results show that clients and their parents are very satisfied with the given intervention. A weak positive association was found between reduction in internalizing and total problem behavior and client satisfaction for parents of children between two and five years old. For parents of children/adolescents between five and nineteen years old, in addition to a relationship with total problem reduction, a positive relationship was found between externalizing problem reduction and client satisfaction. A remarkable result is that for the adolescents themselves no associations were found between problem reduction and client satisfaction. Adjunct therapy has proved to be a moderator in the relationship between internalizing problem reduction and client satisfaction for parents of children between two and five years old. With respect to the extent of problem behavior at the end of the intervention, it is shown that there are no correlations with client satisfaction for parents of children between two and five years old and the adolescents themselves. For parents of children/adolescents between five and eighteen years old, it is shown that the smaller the amount of total and externalizing behavior problems at the end of the intervention, the higher the client satisfaction. There are no moderators found in these relationships. The meaning of client satisfaction as measure for the effect of an intervention is discussed.

Key words: youth help, problem reduction, extent of problem behavior, client satisfaction, moderators

Inleiding

Zicht op effectiviteit

Deze thesis betreft een onderzoek in het kader van Zicht op Effectiviteit. De maatregel dat zorgaanbieders hulp moeten bieden die verantwoord kan worden vanuit het principe van efficiëntie en effectiviteit is ingevoerd aan de hand van de nota Jeugd Terecht. Alleen effectief bewezen interventies worden gesubsidieerd (Ministerie van Justitie, 2003).

Er zijn twee verschillende benaderingen om effectiviteit van interventies te onderzoeken: vanuit een praktijkperspectief en vanuit een wetenschappelijk perspectief (Veerman & Van Yperen, 2008). Vanuit de praktijk is een interventie effectief te noemen wanneer cliënten tevreden zijn en vooraf opgestelde doelen behaald zijn. Vooronderstelling hierbij is dat de opgestelde doelen reëel de problematiek verminderen. Bij de wetenschappelijke benadering moet kunnen worden aangetoond dat andere factoren, zoals het verloop van de tijd, geen rol spelen in het veroorzaken van het effect van de interventie (Veerman & Van Yperen, 2008). De twee benaderingen om meer kennis over de effectiviteit van jeugdzorg te verkrijgen, gaan in de praktijk vaak hand in hand en kunnen als volgt toegepast worden:

- Interventies *top-down* analyseren: interventies bewijzen hun werkzaamheid in wetenschappelijk, experimenteel onderzoek (Veerman & Van Yperen, 2008). Vervolgens wordt de effectiviteit getoetst in een bredere praktijkstudie. Via deze weg wordt er een verschuiving geïmpliceerd vanuit het wetenschappelijke kader naar de klinische praktijk. Het onderzoek draagt op deze manier bij aan *evidence-based practice*. De praktijk wordt dan gebaseerd op wetenschappelijk bewijs (Bijl, Ooms, Roosma, Veerman & Van Yperen, 2006).
- Interventies *bottom-up* analyseren: interventies zoals deze in de praktijk toegepast worden, worden wetenschappelijk onderzocht om kennis te vergaren over de effectiviteit. Deze weg draagt bij aan *practice-based evidence*. Het wetenschappelijke bewijs wordt dan op de praktijk gebaseerd (Bijl et al., 2006).

Praktijkgestuurd effectonderzoek kan verschillende vormen aannemen. Elke vorm kan bijdragen aan de ontwikkeling van kennis over de effectiviteit van de jeugdzorg. Wel is het zo dat de bewijskracht van sommige vormen van onderzoek meer zekerheid biedt over de causale relatie tussen de interventie en de uitkomsten. Geconstateerde veranderingen worden dan daadwerkelijk door de interventie veroorzaakt en niet door andere factoren. Soms zijn deze vormen van onderzoek echter in een bepaalde praktijksituatie (nog) niet uitvoerbaar en moet men zich tevreden stellen met vormen van onderzoek die minder causale zekerheid

bieden (Veerman & Van Yperen, 2008). Praktijkgestuurd effectonderzoek kent zo verschillende niveaus van bewijskracht:

1. **Potentieel:** de kernelementen van een interventie (doelgroep, interventieprogramma, gewenste uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk beschreven. Deze beschrijving maakt het mogelijk om de werkwijze van de interventie te begrijpen en de aanpak makkelijker overdraagbaar te maken (Veerman & Van Yperen, 2008).
2. **Veelbelovend:** nu is er naast een beschrijving van de kernelementen, de context en randvoorwaarden van de interventie ook een geloofwaardige interventietheorie over welke factoren met de problemen van de doelgroep samenhangen en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt. Er is een heldere theoretische onderbouwing voor de interventie (Veerman & Van Yperen, 2008).
3. **Doeltreffend:** net als één en twee, maar nu kan empirisch worden aangetoond dat de gestelde doelen zijn bereikt en/of de problemen zijn afgenomen en/of competenties zijn toegenomen en/of cliënten tevreden zijn. Er heeft wetenschappelijk onderzoek naar de interventie plaatsgevonden waardoor doelrealisatie, probleemreductie en/of cliënttevredenheid zijn aangetoond. De kern van dit niveau vormt een kwantitatieve meting (Veerman & Van Yperen, 2008).
4. **Werkzaam:** net als één tot en met drie, maar nu is er evidentie dat positieve uitkomsten daadwerkelijk veroorzaakt worden door de interventie en is er zicht op de werkzame ingrediënten. Op dit niveau is er sprake van wetenschappelijk effectonderzoek waarbij een experimentele groep die onderworpen wordt aan de interventie vergeleken wordt met een groep die deze interventie niet ontvangt. De interventies die dit niveau bereiken zijn bewezen effectief te noemen. Er is voldoende causale bewijskracht om de gemeten verbetering toe te kunnen schrijven aan de interventie (Veerman & Van Yperen, 2008).

De huidige studie behoort tot het doeltreffende niveau (niveau 3). De interventies van Stichting Tender Jeugdzorg zijn namelijk gebaseerd op geloofwaardige wetenschappelijke interventietheorieën. Er is sprake van een grote verscheidenheid aan interventies binnen Stichting Tender, met elk eigen onderliggende theorieën. Het is niet mogelijk om binnen dit onderzoek deze vele theorieën te beschrijven, hiervoor wordt verwezen naar het moduleboek binnen Stichting Tender. Tevens betreft de huidige studie een wetenschappelijk onderzoek met behulp van een kwantitatieve meting. Echter heeft het een correlatieel in plaats van experimenteel design, waardoor causale bewijskracht ontbreekt.

Prestatie-indicatoren

Zoals hierboven uiteengezet is, zijn inzichten in de effectiviteit van de hulpverlening belangrijk, onder andere voor verdere kwaliteitsontwikkeling binnen de jeugdzorg. Het is van belang om de resultaten van de hulpverlening in kaart te brengen. Het bleek tot een paar jaar geleden lastig om organisaties onderling op dit punt met elkaar te vergelijken. Er kon geen landelijk beeld worden gevormd. Om dit te bewerkstelligen zijn er prestatie-indicatoren ontwikkeld. Een prestatie-indicator is een meetbare eenheid die aangeeft in welke mate de missie of een doel gerealiseerd wordt (Groenewoud & Huisman, 2003; in Van Yperen, 2005). Het doel van deze prestatie-indicatoren is het transparanter maken van de resultaten in de jeugdzorg, ze systematisch in kaart te brengen en te verantwoorden (Van Yperen, 2009).

De missie van de jeugdzorg is als volgt te formuleren: de belemmeringen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen en hun opvoeding oplossen, verminderen of compenseren, zodat een gezonde, evenwichtige uitgroei van kinderen en jeugdigen tot volwassenen plaatsvindt die zij zelfstandig of met steun van basisvoorzieningen kunnen volbrengen (Prestatie-indicatoren Jeugdzorg, 2006). Er zijn vier kerndoelen afgeleid aan de hand van deze missie. Aan elk van deze doelen is een set van prestatie-indicatoren gekoppeld (Prestatie-indicatoren Jeugdzorg, 2006):

1. De hulpvragen van de cliënten zijn beantwoord
 - mate van doelrealisatie
 - mate van cliënttevredenheid over de resultaten van de hulp
 - mate van reguliere beëindiging van de hulp
2. De autonomie van cliënten is versterkt
 - mate waarin de ernst van de problematiek is verminderd (probleemreductie)
 - mate waarin cliënten herhaald beroep doen op (jeugd)zorg
 - mate waarin cliënten doorstromen naar lichter of juist zwaardere vorm van hulp
3. De veiligheid van de cliënt is hersteld
 - mate waarin het gedwongen kader van de ondertoezichtstelling [OTS] en de voogdij niet langer nodig is
 - mate waarin de OTS en de voogdij succesvol zijn beëindigd
4. De cliënt vormt geen bedreiging voor de veiligheid van de samenleving
 - mate waarin jeugdreclassering niet langer nodig is
 - mate waarin recidive van jeugdige delinquenten uitblijft

Onderzoek naar prestatie-indicatoren binnen Stichting Tender Jeugdzorg

Stichting Tender Jeugdzorg is een multifunctionele jeugdzorgorganisatie in West-Brabant. Er zijn locaties in Breda, Roosendaal, Rijsbergen, Oosterhout, Bergen op Zoom, Kortgene en Tholen. Tender biedt ambulante hulp, dagbehandeling, residentiële hulp (zowel open als gesloten), woonbegeleiding en zelfstandigheidstraining. Tender richt zich op kinderen, jeugdigen en gezinnen met opvoedings- en opgroei problemen en helpt met ongeveer 600 medewerkers zo'n 2000 cliënten per jaar. De behandeling en begeleiding die Tender biedt, sluit zoveel mogelijk aan bij de eigen krachten en hulpbronnen in het netwerk van de cliënt, waaronder het gezin, de familie, de school en de buurt. Er is veel aandacht voor het intact houden, versterken of herstellen van dit netwerk (Tender Jeugdzorg, 2008). Binnen Stichting Tender wordt veel aandacht besteed aan ontwikkeling van de zorg en de organisatie. Effectieve jeugdzorg speelt een belangrijke rol. Om dit te bereiken is het van belang de uitvoering van interventies zowel te onderhouden als te monitoren. In 2007 heeft Tender deelgenomen aan het landelijk project Zicht op Effectiviteit waardoor er een grote sprong is gemaakt in het praktijkgestuurd effectonderzoek met behulp van de prestatie-indicatoren. Zo hebben Dekkers en Van Gestel (2009) en Van der Veeke (2010) binnen Stichting Tender Jeugdzorg onderzoek gedaan naar de prestatie-indicatoren probleemreductie en cliënttevredenheid.

Probleemreductie wordt gedefinieerd als de mate van afname van problematiek tijdens de hulpverlening. De beoordeling van de ernst van de problematiek hangt enerzijds af van de mate waarin de cliënt en zijn/haar omgeving in staat zijn om met deze problematiek om te gaan. Anderzijds hangt het af van de objectieve aanwezigheid van problematiek. Wanneer er sprake is van probleemreductie tijdens de geboden hulpverlening zegt dit iets over de daadwerkelijke vermindering van problemen, maar wellicht ook iets over de mate waarin de draagkracht van de cliënt en zijn/haar omgeving is toegenomen (Van der Veeke, 2010). Eerder onderzoek binnen Stichting Tender heeft aangetoond dat ouders van cliënten op zowel internaliserend als externaliserend gebied een probleemreductie rapporteren (Dekkers & Van Gestel, 2009). Uit het vervolgonderzoek van Van der Veeke (2010) is eveneens gebleken dat er sprake is van probleemreductie zoals ouders, maar ook de jongeren zelf, dit ervaren.

Cliënttevredenheid wordt gedefinieerd als de mate waarin de cliënt tevreden is met de geboden hulpverlening (Gerkenmeyer & Austin, 2005). Het is van belang de tevredenheid van cliënten in kaart te brengen. Verondersteld wordt dat naarmate de tevredenheid groter is, de hulpvragen van de cliënt beter zijn beantwoord (Prestatie-indicatoren Jeugdzorg, 2006), dit is echter nog niet empirisch onderzocht. Gebleken is dat een hoog niveau van tevredenheid

een positieve indicator is voor een betere lange termijn uitkomst na behandeling (Dearing, Barrick, Dermen & Walitzer, 2005). Bovendien is tevredenheid gerelateerd aan vasthoudendheid aan de behandeling, wat ook van belang is voor het effect van een interventie (Dearing et al., 2005). Uit het onderzoek van Dekkers en Van Gestel (2009) en Van der Veeke (2010) is gebleken dat zowel cliënten als hun ouders tevreden zijn over de hulpverlening van Stichting Tender Jeugdzorg.

Opgemerkt dient te worden dat de mate van cliënttevredenheid niet direct iets zegt over het effect van de interventie. Volgens Greenley en Schoenherr (1981) wordt tevredenheid van cliënten bepaald door verschillende factoren, waaronder processen binnen de organisatie, de omgeving van de organisatie, de prestaties van de organisatie en kenmerken van de cliënt. Tevredenheid zal derhalve zeker niet alleen afhankelijk zijn van de kwaliteit van de geboden zorg (Greenley & Schoenherr, 1981). Er zijn een aantal variabelen, relatief irrelevant ten opzichte van het potentiële effect van de behandeling, die de perceptie van de cliënt over de behandeling kunnen verbeteren. Het is bijvoorbeeld een consistent resultaat in dissonantieonderzoek dat mensen die er zelf voor kiezen om zich op een bepaalde manier te gedragen, hun attitude ten opzichte van dit gedrag veranderen, zodat deze attitude overeenstemt met het desbetreffende gedrag. Behandelde cliënten die er zelf voor gekozen hebben om de desbetreffende behandeling te ondergaan, zullen hun attitude ten opzichte van deze behandeling dan ook in positieve richting aanpassen (Kiesler, 1983). Verbintenis aan het behandelprogramma is een andere variabele die de cliënttevredenheid ten opzichte van de behandeling verhoogt. Wanneer een cliënt zich verbonden voelt aan een behandeling, zal deze de behandeling eerder in zijn geheel doorlopen en zal deze eerder een positieve attitude ten opzichte van de behandeling ontwikkelen (Kiesler, 1983). Kiesler benoemt verder in zijn artikel dat het niet de bedoeling is om te zeggen dat studies niet nuttig zijn indien die geen onderscheid maken tussen het behandelingseffect per se en andere variabelen die de cliënttevredenheid beïnvloeden. Het is van belang voor de beheerders van de behandeling om te weten of de cliënten tevreden zijn; het meet onder andere de acceptatie van de cliënten met betrekking tot de behandeling. Desondanks dient vermeld te worden dat het niet duidelijk is dat cliënttevredenheid en effectiviteit van een interventie hand in hand gaan, noch dat dit zou moeten (Kiesler, 1983).

Wanneer sprake is van probleemreductie tijdens en na een behandeling bij Stichting Tender Jeugdzorg kan redelijkerwijs aangenomen worden dat de behandeling op zijn minst aan dit effect bijgedragen heeft (alhoewel causale bewijskracht vooralsnog ontbreekt). Wanneer cliënten tevreden zijn over de geboden behandeling, betekent dit ten eerste dat de

kans groter is dat zij aan de behandeling vasthouden. Bovendien betekent het dat er meer kans is op een positieve lange termijn uitkomst (Dearing et al., 2005). Wanneer ten slotte uit het onderzoek blijkt dat er een verband bestaat tussen probleemreductie en cliënttevredenheid, betekent dit dat de kans groter is dat de probleemreductie behouden wordt, mits de cliënt tevreden is over de hulp, doordat er door de cliënttevredenheid een grotere kans is op een positieve lange termijn uitkomst.

Dekkers en Van Gestel (2009) waren de eersten die binnen Stichting Tender Jeugdzorg onderzoek deden naar het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid, bij zowel ouders van de kinderen/jongeren als de jongeren zelf. In hun onderzoek is echter geen verband gevonden. Een beperking van deze studie is dat de steekproef vrij klein was (ouders: $N = 36$, jongeren: $N = 35$), waardoor het moeilijker was om significante effecten te vinden. Van der Veeke (2010) heeft een vervolgonderzoek gedaan met behulp van een grotere steekproef. In tegenstelling tot het onderzoek van Dekkers en Van Gestel (2009) is binnen het onderzoek van Van der Veeke (2010) wel een significante negatieve samenhang gevonden tussen cliënttevredenheid van ouders en probleemreductie (internaliserend: $r = -.20$, $N = 174$, $p = .02$, externaliserend: $r = -.25$, $N = 174$, $p = .00$ en totaal: $r = -.23$, $N = 174$, $p = .01$). Probleemreductie is in dit onderzoek gemeten door de voormeting van de nameting af te trekken. Een negatieve samenhang betekent dus: Hoe meer probleemreductie door ouders wordt waargenomen, hoe meer tevredenheid.

Buitenlandse studies naar het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid

Ook buitenlandse studies hebben onderzoek gedaan naar het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid, of naar soortgelijke constructen. Zo deden Carscaddon, George en Wells reeds in 1990 onderzoek met betrekking tot dit onderwerp. Hieruit kwam naar voren dat er een positief verband bestaat tussen symptoomverbetering en cliënttevredenheid. Er wordt in dit onderzoek bovendien gesteld dat deze twee variabelen afhankelijk zijn van elkaar. Symptoomvermindering is een voorspeller van de cliënttevredenheid (Carscaddon et al., 1990). Deane (1993) deed in Nieuw Zeeland onderzoek naar het verband tussen symptoomvermindering en cliënttevredenheid bij poliklinische psychotherapie. Uit zijn onderzoek bleek eveneens dat er een positieve relatie is tussen cliënttevredenheid en symptoomreductie. Ten slotte deden Ries, Jaffe, Comtois en Kitchell (1999) onderzoek in de Verenigde Staten bij ernstig geestelijk zieken met een dubbele diagnose, die poliklinische behandeling voor beide stoornissen ondergingen. Uit dit onderzoek is evenwel gebleken dat

cliënttevredenheid gerelateerd is aan de klinische uitkomst van de behandeling, zoals deze door cliënten en de behandelaren is gerapporteerd (Ries et al., 1999).

Opgemerkt dient te worden dat de studies die beschreven zijn, zowel de studies binnen Stichting Tender Jeugdzorg als de buitenlandse studies, een correlatieve onderzoeksdesign hebben, waarbij een controle groep ontbreekt. Dit betekent dat de gevonden resultaten met betrekking tot probleemreductie niet direct toe te schrijven zijn aan de aangeboden therapieën. De mogelijkheid bestaat dat alternatieve factoren, zoals aandacht van de therapeut, invloed hebben gehad op de gevonden resultaten (Veerman & Van Yperen, 2008).

Huidig onderzoek

De wetenschappelijke doelstelling van het huidige onderzoek is het leveren van een bijdrage aan de kennis over de effectiviteit van de jeugdzorg, specifiek op het gebied van de prestatie-indicatoren probleemreductie en cliënttevredenheid. De praktische doelstelling is dat op micro-, meso- en macroniveau mogelijk handvatten geboden kunnen worden naar aanleiding van de uitkomsten van dit onderzoek.

De huidige studie vormt een vervolgonderzoek op Van der Veeke (2010). In de huidige studie zal allereerst onderzoek gedaan worden naar het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid (onderzoeksvraag 1). Op basis van voorgaande onderzoeken (Carscaddon et al., 1990; Deane, 1993; Dekkers & Van Gestel, 2009; Ries et al., 1999; Van der Veeke, 2010) wordt verwacht dat er sprake is van een positief verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Enerzijds is het zo dat des te meer er sprake is van afname van problemen tijdens de hulpverlening, des te meer tevreden cliënten en diens ouders zijn. Anderzijds lopen cliënten die tevreden zijn over de behandeling vaker de gehele behandeling door. Deze cliënten participeren vaak op een actievere manier, waardoor de behandeling een groter effect kan hebben (Dearing et al., 2005).

Probleemreductie wordt gemeten aan de hand van de CBCL en YSR (zie Methode; Meetinstrumenten). Het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid wordt apart onderzocht voor de internaliserende, externaliserende en totale schaal van deze vragenlijsten. Wetenschappelijke literatuur met betrekking tot dit specifieke onderwerp ontbreekt. Verwacht wordt dat het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid groter zal zijn voor ouders bij de externaliserende schaal, dan bij de internaliserende schaal, omdat de externaliserende problemen van de jongeren voor ouders meer zichtbaar zijn dan de internaliserende problematiek (Lemery-Chalfant, Schreiber, Schmidt, Van Hulle, Essex & Goldsmith, 2007). Tevens wordt verwacht dat er geen verschil zit in de grootte van het

verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid op de externaliserende en internaliserende schaal voor de jongeren zelf. Cliënten ervaren evenveel last van externaliserende als van de internaliserende problematiek.

Bovendien zal onderzoek gedaan worden naar mogelijke moderatoren die in de relatie tussen probleemreductie en cliënttevredenheid een rol kunnen spelen (onderzoeksvraag 2). Van moderatie is sprake wanneer een bepaalde factor invloed uitoefent op de relatie tussen twee andere factoren. Moderatoren die in deze studie worden onderzocht zijn: leeftijd, geslacht, etniciteit (autochtoon/allochtoon), DSM diagnose (wel/niet), duur van de interventie en aanvullende therapie (wel/niet). Er is nog geen wetenschappelijke literatuur bekend over moderatoren binnen het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Op dit gebied is het onderzoek explorierend.

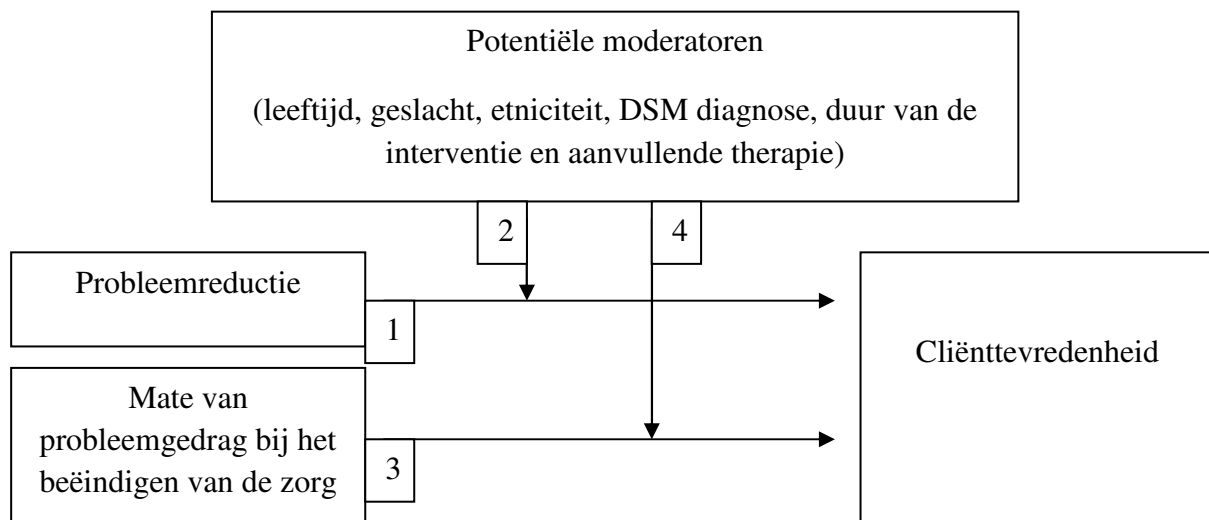
In de huidige studie zal tevens onderzocht worden of er een verband bestaat tussen de mate van het overgebleven probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en de cliënttevredenheid (onderzoeksvraag 3). Probleemgedrag, zoals gemeten met behulp van de CBCL en YSR (zie Methode; Meetinstrumenten), wordt ingedeeld in drie categorieën: normaal, subklinisch en klinisch. Hoe tevreden zijn ouders wanneer de mate van het probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg dan wel sterk afgenomen is, maar alsnog als subklinisch wordt beoordeeld? Verwacht wordt dat er sprake is van een negatief verband tussen de mate van overgebleven probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid. Des te beter de classificatie van de problematiek is, des te meer tevreden cliënten en diens ouders zijn. Tevens wordt verwacht dat dit verband groter zal zijn voor ouders bij de externaliserende schaal, dan bij de internaliserende schaal (Lemery-Chalfant, 2007). Voor jongeren wordt verwacht dat er geen verschil zit in de grootte van het verband. Deze verwachtingen zijn gebaseerd op dezelfde onderbouwingen als bij onderzoeksvraag 1.

Ten slotte zal ook bij dit verband onderzoek gedaan worden naar mogelijke moderatoren, zoals deze bij onderzoeksvraag 2 aangegeven zijn (leeftijd, geslacht, etniciteit, DSM diagnose, duur van de interventie en aanvullende therapie) (onderzoeksvraag 4). Er is nog geen wetenschappelijke literatuur bekend over moderatoren binnen het verband tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid. Op dit gebied is het onderzoek explorierend.

Ter verduidelijking van de verbanden die in deze studie onderzocht worden, is een moderator model opgesteld (zie figuur 1).

De meerwaarde van het onderzoeken van deze twee verbanden, en mogelijke moderatoren daarin, is dat het inzicht geeft in wat meer samenhangt met cliënttevredenheid,

en wat dus wellicht zwaarder weegt voor de cliënt en zijn/haar ouders in het bepalen van de tevredenheid: is dit de mate waarin probleemreductie is waargenomen of is dit de mate waarin bij het beëindigen van de zorg nog probleemgedrag aanwezig is? Het inzoomen op de samenhangen tussen deze variabelen biedt mogelijk kennis en inzicht over wat de cijfers betekenen voor verschillende groepen (Van Yperen & Van der Steege, 2008).



Figuur 1. Moderator model

Method

Type onderzoek

Deze studie betreft een kwantitatief, praktijkgestuurd, correlatieel pretest-posttest onderzoek met behulp van survey data. Binnen een jeugdzorginstelling als Stichting Tender is het moeilijk om een controlegroep samen te stellen die geen of een placebo interventie ontvangt. Experimenteel onderzoek is in deze praktijksituatie vooralsnog dan ook niet uitvoerbaar. Een analyse wordt uitgevoerd bij bestaand materiaal, wat aangevuld is met de meest recente gegevens.

Steekproef

De totale steekproef bestaat uit 372 kinderen en jongeren (151 meisjes (40%) en 222 jongens (60%) en/of hun ouders die hulpverlening hebben ontvangen vanuit Stichting Tender Jeugdzorg. De leeftijd varieert van 2 tot en met 19 jaar. Van de kinderen, waarvan hun ouder(s) en/of de jongeren zelf geparticipeerd hebben, zijn er 302 van Nederlandse afkomst en 70 van allochtone afkomst. Van de 372 kinderen/jongeren hadden er 27 een DSM diagnose. Eveneens hadden 27 kinderen een aanvullende therapie, waaronder spel-, drama- of

creatieve therapie. De duur van de interventie varieert van 1 maand tot en met 33 maanden.

Het uitgangspunt van de steekproef is zowel een aanvangsmeting als een eindmeting van de CBCL 1,5-5 jaar/6-18 jaar en/of YSR van een cliënt. Vervolgens is van deze groep nagegaan of er een C-toets of Exit-vragenlijst ingevuld is (zie meetinstrumenten). De totale steekproef is opgedeeld in enkele categorieën: ouders die de CBCL 1,5-5 jaar ingevuld hebben, ouders die de CBCL 6-18 jaar ingevuld hebben, jongeren die zelf de YSR ingevuld hebben en jongeren die zelf de YSR ingevuld hebben en waarvan de ouder(s) ook de CBCL 6-18 jaar ingevuld hebben (zie tabel 1 voor de verdeling van het aantal participanten). Wat in tabel 1 opgemerkt kan worden bij de jonge kinderen is dat aanzienlijk meer jongens dan meisjes hulpverlening hebben ontvangen. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er bij jongens op deze leeftijd meer externaliserende problematiek optreedt dan bij meisjes (Carr, 2009). Internaliserende problematiek wordt bij jonge kinderen vaak niet of te weinig opgemerkt door ouders, vooral in vergelijking met externaliserende problematiek (Lemery-Chalfant et al., 2007). Met jonge meisjes worden dus relatief weinig problemen ervaren.

Momenteel bedraagt het responspercentage qua aanvangsmetingen op de CBCL en YSR 49%, qua eindmetingen op de CBCL en YSR 28% (Tender Jeugdzorg, 2011a) en qua cliënttevredenheid 55% binnen Stichting Tender Jeugdzorg (Tender Jeugdzorg, 2011b). Dit is duidelijk hoger dan de voorgaande jaren (Tender Jeugdzorg, 2011a; Tender Jeugdzorg, 2011b). Wetenschappelijk gezien is het streven een responspercentage van 80%, omdat de uitkomsten dan als representatief gezien kunnen worden voor de cliëntenpopulatie. Bij een lager responspercentage kan niet gesteld worden dat de cliënten die de vragenlijsten ingevuld hebben representatief zijn voor de gehele cliëntenpopulatie. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vooral tevreden cliënten een vragenlijst invullen (Tender Jeugdzorg, 2011b). Binnen Stichting Tender Jeugdzorg is echter nog geen onderzoek uitgevoerd naar de representativiteit van de cliënten die de vragenlijsten wel invullen ten opzichte van de gehele cliëntenpopulatie.

Tabel 1. Ingevlude vragenlijsten door ouders van/en de kinderen/jongeren [k/j]

	CBCL 1,5-5 jaar		CBCL 6-18 jaar		YSR		Beiden	
Vaders	7	(12%)	34	(30%)	-		34	(27%)
Moeders	52	(88%)	80	(70%)	-		92	(73%)
Jongens	46	(82%)	58	(64%)	53	(45%)	64	(59%)
Meisjes	10	(18%)	32	(36%)	64	(55%)	45	(41%)
Totaal	59 ouders van 56 kinderen		114 ouders van 90 k/j		117 k/j		126 ouders van/en 109 k/j	

Meetinstrumenten

Om de mate van probleemreductie vast te stellen, is gebruik gemaakt van de *Child Behavior Checklist* [CBCL] en/of de *Youth Self Report* [YSR]. Deze vragenlijsten maken deel uit van het *Achenbach System of Empirically Based Assessment* [ASEBA]. ASEBA is een verzameling vragenlijsten, interviews en observatielijsten voor het aangeven van emotionele en gedragsproblemen, ontwikkeld door Achenbach. De Nederlandse versie wordt sinds 1983 gebruikt (Achenbach, 2010).

CBCL

De CBCL is een door ouders of verzorgers in te vullen vragenlijst waarop aangegeven kan worden welke emotionele problemen en/of gedragsproblemen bij een kind/jeugdige spelen (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996). Er bestaat een versie voor ouders van kinderen van 1,5 tot en met 5 jaar en een versie voor ouders van kinderen/jeugdigen van 6 tot en met 18 jaar. Het is een instrument om de ernst van de problematiek vast te kunnen stellen. De CBCL bevat in totaal 140 vragen over de vaardigheden en het gedrag van een kind, waarvan 20 vaardigheidsvragen, 118 specifieke vragen over emotionele problemen en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen. Ouders kunnen aangeven hoe goed een vraag nu en/of in het afgelopen half jaar past bij een kind met behulp van een Likert-schaal, die loopt van 0 tot en met 2. Hierbij staat 0 voor 'helemaal niet', 1 voor 'een beetje/soms' en 2 voor 'duidelijk/vaak'. De vaardigheidsvragen vormen de schalen activiteiten, sociaal en school. Samen vormen deze schalen 'totale vaardigheden'. De 118 gedragsvragen vormen acht probleemschalen: teruggetrokken/depressief, lichamelijke klachten, angstig/depressief, sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, regelovertrekend gedrag en agressief gedrag. De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal 'internaliseren', de laatste twee vormen de schaal 'externaliseren'. Alle vragen bij elkaar vormen de schaal 'totale problemen'. De indeling in probleemschalen is gebaseerd op factoranalyses die T.M. Achenbach heeft uitgevoerd op gegevens van 4994 kinderen in GGZ-instellingen (Verhulst et al., 1996). De ruwe scores die voortkomen uit elke schaal worden omgezet naar gestandaardiseerde T-scores, waardoor een gestandaardiseerde norm ontstaat, die het mogelijk maakt verschillende scores met elkaar te vergelijken. Indien de score toeneemt, is het gedrag sterker aanwezig. Wanneer de vragen worden ingedeeld op een manier die aansluit bij de *Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders IV* [DSM-IV] (American Psychiatric Association, 2000), leidt dat tot zes DSM-schalen: affectieve problemen, angstproblemen, lichamelijke problemen, aandachtstekort/hyperactiviteits-problemen, oppositioneel-

opstandige problemen en gedragsproblemen. Ten slotte worden nog een viertal overige schalen berekend: traag cognitief tempo, obsessief compulsieve problemen, posttraumatische stressproblemen en totale competentie. De CBCL heeft een goede beoordeling van de COTAN voor: uitgangspunten bij de testconstructie, kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, begripsvaliditeit en normen. De CBCL heeft een voldoende voor criteriumvaliditeit en betrouwbaarheid ($.80 \leq \alpha < .90$) (Cito, 2001-2011a).

YSR

De YSR is een jongerenversie van de CBCL voor kinderen en jeugdigen van 11 tot en met 18 jaar. Het enige verschil met de vragen van de CBCL is dat de vragen in een andere vorm zijn gesteld. De YSR is bovendien aangevuld met 14 vragen die sociale wenselijkheid meten. De YSR bevat zowel vaardigheids-, probleem-, als DSM- schalen. De vaardigheidsschalen zijn: activiteiten en sociaal. De indeling in probleemschalen is gebaseerd op factoranalyses op gegevens van 2581 jongeren in GGZ-instellingen (Verhulst, Van der Ende & Koot, 1997). De acht smalle band probleemschalen en de drie brede band probleemschalen zijn dezelfde als bij de CBCL. Ook de zes DSM-schalen komen overeen. Ten slotte worden nog een viertal overige schalen berekend: obsessief-compulsieve problemen, posttraumatische stressproblemen, positieve eigenschappen en een totale competentie schaal. De YSR heeft een goede beoordeling van de COTAN voor: uitgangspunten bij de testconstructie, kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, normen en betrouwbaarheid. De YSR heeft een voldoende voor begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit. Vermeld moet worden dat de betrouwbaarheid als goed beoordeeld wordt voor de totaalscores op Internaliseren, Externaliseren en Totale probleemscore ($.80 \leq \alpha < .90$). De betrouwbaarheid van de andere schalen is wisselend (Cito, 2001-2011b).

C-toets en Exit-vragenlijst

Om de mate van cliënttevredenheid vast te stellen, is gebruik gemaakt van de C-toets en de Exit-vragenlijst¹ (Jurrius, Havinga & Strating, 2007; Stichting Alexander, 2009). De C-toets wordt afgenomen bij jongeren vanaf 12 jaar en bij ouders van kinderen/jeugdigen. De vragenlijst is voor ouders en jongeren gelijk in opbouw, maar verschilt in taalgebruik en vraagstelling. De C-toets bestaat uit verschillende onderdelen: een aantal algemene vragen, 21 standaard stellingen, 6 extra stellingen (door de instelling zelf te bepalen), een rapportcijfer en

¹ De C-toets werd afgenomen tot eind 2009, de Exit-vragenlijst vanaf januari 2010. Er is overgeschakeld op de Exit-vragenlijst, omdat dit een landelijk verplichte vragenlijst is in het kader van de prestatie-indicatoren.

3 open vragen. De stellingen moeten beantwoord worden op een Likert-schaal, die loopt van 1 tot en met 4. Hierbij staat 1 voor 'helemaal niet mee eens', 2 voor 'niet mee eens', 3 voor 'mee eens' en 4 voor 'helemaal mee eens'. De standaard stellingen kunnen worden onderverdeeld in 5 subschalen: deskundigheid, contact, doel en resultaat, verloop van de hulp en informatie. Het rapportcijfer kan variëren van 1 tot en met 10. Uit onderzoek van Havinga, Van den Bergh en Jurrius (2007) is gebleken is de C-toets betrouwbaar is en een acceptabele validiteit heeft. De betrouwbaarheid van beide vragenlijsten is zeer goed (jongerenlijst $\alpha = .93$; ouderlijst $\alpha = .95$). Bovendien wordt de voorgestelde schaalindeling bevestigd. Tevens blijkt uit het onderzoek van Havinga en collega's (2007) dat de stelling 'ik weet hoe ik een klacht kan indienen' problematisch geïnterpreteerd wordt. Daardoor wordt de stelling, ten onrechte, veelal niet positief beoordeeld. Over het algemeen is de C-toets een goede vragenlijst om cliëntenfeedback te verkrijgen op een collectief niveau en om verbeterpunten bespreekbaar te maken binnen de jeugdzorg.

De Exit-vragenlijst heeft als doel het meten van beleefde effectiviteit van de hulpverlening door de cliënt. Het is een korte vragenlijst die in 10 minuten kan worden ingevuld. Het gaat daarbij om de mening en beleving van de cliënt. Bij beëindiging van de hulpverlening kan de cliënt middels de Exit-vragenlijst aangeven of de aangeboden hulp effectief is geweest. De lijst wordt bij iedere cliënt afgenomen en is niet anoniem. De vragenlijst bestaat uit 10 stellingen, een rapportcijfer en 6 open vragen. De stellingen moeten beantwoord worden op een Likert-schaal, die loopt van 1 tot en met 4. Hierbij staat 1 voor 'helemaal niet mee eens', 2 voor 'niet mee eens', 3 voor 'mee eens' en 4 voor 'helemaal mee eens'. Het rapportcijfer kan variëren van 1 tot en met 10. Deze methode levert kwantitatieve gegevens op die in principe op landelijk niveau met elkaar te vergelijken zijn. Momenteel verricht Stichting Alexander in samenwerking met de Universiteit van Amsterdam de psychometrische aspecten van de Exit-vragenlijst, waaronder de betrouwbaarheid (Jurrius, Havinga & Stams, 2008). Belangrijk om in het oog te houden, zijn eventuele verschillen tussen de C-toets en de Exit-vragenlijst. Volgens Havinga en collega's (2007) zijn dit 2 verschillende instrumenten die een ander doel hebben. De Exit-vragenlijst betreft namelijk de beleefde effectiviteit van de hulpverlening en de C-toets is een instrument om collectief (van een grote groep cliënten tegelijkertijd) feedback te krijgen over verschillende organisatorische aspecten van de hulpverlening als bejegening, informatievoorziening, voortgang en inspraak. Om deze verschillen in acht te nemen, wordt alleen het rapportcijfer dat bij beide vragenlijsten ingevuld kan worden, gebruikt om de cliënttevredenheid weer te geven.

Afname / procedure

Zowel de CBCL als de YSR worden bij aanvang van de hulpverlening afgenomen. Bij beëindiging van de hulpverlening worden deze vragenlijsten nogmaals afgenomen. Deze aanvangmeting en eindmeting worden in principe binnen alle afdelingen van Tender afgenomen, met uitzondering van de crisismodules. De afgenomen vragenlijsten worden aan het secretariaat geretourneerd, waarna ze verwerkt worden in BergOp. BergOp is een webbased programma voor routine *outcome monitoring* en praktijkgestuurd effectonderzoek in jeugdzorg en onderwijs, ontwikkeld door Praktikon. Inmiddels gebruiken tal van instellingen, evenals Stichting Tender, BergOp om zicht te krijgen op de resultaten van hun zorgpraktijk (Handleiding BergOp, 2009).

De C-toets werd zowel tussentijds als bij het beëindigen van de hulpverlening ingevuld. Echter, de tussentijdse metingen zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Dit omdat de Exit-vragenlijst alleen bij het beëindigen van de hulpverlening afgenomen is. Dientengevolge is er dus niet van alle participanten een tussentijdse meting aanwezig. Vanaf 1 januari 2007 zijn alle afdelingen van Tender gestart met het afnemen van de C-toets. Per 1 januari 2010 is de overstap gemaakt naar de Exit-vragenlijst. Deze cliënttevredenheidsvragenlijst wordt naar de ouders gestuurd met daarin bijgevoegd een brief waarin medewerking wordt gevraagd en vertrouwelijkheid van de gegevens wordt gewaarborgd. De jeugdige of ouder kan aangeven of hij/zij de vragenlijst wenst te bespreken. De ingevulde vragenlijst wordt, net als de CBCL en YSR, geretourneerd en door het secretariaat ingevoerd in BergOp.

Vanuit BergOp worden de benodigde vragenlijsten opgevraagd, waarbij alle gegevens automatisch in een Excel-bestand verwerkt worden. Van hieruit worden de benodigde gegevens verwerkt in het programma *Statistical Package for the Social Sciences* [SPSS] versie 16.0.

Analyse

Voor de analyse van de data is het programma SPSS versie 16.0 gebruikt.

De eerste vraag, betreffende het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid, zal beantwoord worden met behulp van een binaire regressieanalyse. De tweede vraag, naar de moderatoren in deze relatie, zal geanalyseerd worden met behulp van een moderatoranalyse (lineaire regressie). De derde vraag, met betrekking tot het verband tussen de mate van problematiek bij het beëindigen van de hulpverlening en cliënttevredenheid, zal met een non-parametrische binaire regressieanalyse beantwoord

worden. De laatste vraag, naar de moderatoren in deze relatie, zal, eveneens als onderzoeksvraag 2, geanalyseerd worden aan de hand van een moderatoranalyse (lineaire regressie). Alle analyses worden uitgevoerd bij de internaliserende, externaliserende en totale schaal van de CBCL 1,5-5 jaar, CBCL 6-18 jaar en de YSR. De overige probleemschalen worden niet meegenomen in de analyse.

Resultaten

Beschrijvende gegevens

De beschrijvende gegevens van de kinderen waarvan de ouders de CBCL 1,5-5 jaar, de CBCL 6-18 jaar en/of de jongeren zelf de YSR hebben ingevuld, zijn weergegeven in bijlage 1, tabel 1, 2 en 3.

Probleemreductie en cliënttevredenheid

Of er daadwerkelijk sprake is van probleemreductie wordt onderzocht met behulp van een gepaarde t-toets (zie tabel 2). Allereerst zijn variabelen aangemaakt waarin de verschilscores zijn berekend tussen de voor- en nameting op de probleemschalen, dit is de probleemreductiescore. Deze variabelen zijn meegenomen in de correlatie analyse. De mate van cliënttevredenheid is bekeken aan de hand van beschrijvende maten (zie tabel 3). De analyses zijn uitgevoerd voor twee leeftijdsgroepen: kinderen tussen twee en vijf jaar en kinderen tussen vijf en negentien jaar. Hiervoor is om praktische redenen gekozen, de gebruikte instrumenten houden namelijk deze zelfde leeftijdsverdeling aan.

Leeftijd 2-5 jaar

Ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar ervaren geen significante probleemreductie op de internaliserende probleemschaal. Zij ervaren echter wel een significante afname van het probleemgedrag van hun kind op zowel de externaliserende ($t = 5.06$, $df = 58$, $p = .00$), als op de totale probleemschaal ($t = 3.96$, $df = 58$, $p = .00$). Deze ouders zijn over het algemeen zeer tevreden over de geboden hulpverlening. Het gemiddelde rapportcijfer dat ouders hebben geven bedraagt namelijk een 8.1.

Leeftijd 5-19 jaar

Ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en de achttien jaar ervaren een significante afname van het probleemgedrag van hun kind op zowel de internaliserende ($t = 8.82$, $df = 239$, $p = .00$), externaliserende ($t = 12.12$, $df = 239$, $p = .00$), als op de totale probleemschaal

($t = 11.63$, $df = 239$, $p = .00$). Ook deze ouders zijn over het algemeen zeer tevreden, het gemiddelde rapportcijfer bedraagt namelijk een 8.2.

De jongeren zelf (in de leeftijd van elf tot en met negentien jaar) ervaren eveneens een significante afname van hun probleemgedrag op zowel de internaliserende ($t = 7.59$, $df = 225$, $p = .00$), externaliserende ($t = 10.23$, $df = 225$, $p = .00$), als op de totale probleemschaal ($t = 10.16$, $df = 225$, $p = .00$). De jongeren zijn over het algemeen ook tevreden over de geboden hulpverlening. Het gemiddelde rapportcijfer dat jongeren hebben geven bedraagt namelijk een 7.7.

Tabel 2. Probleemreductie op basis van rapportage van ouders (O) en jongeren (J)

	M (SD) voormeting	M (SD) nameting	<i>N</i>	<i>t</i>	<i>p</i> (2-zijdig)
O 2-5 Internaliserend	63.66 (9.61)	61.49 (11.40)	59	1.83	.07
O 2-5 Externaliserend	64.36 (11.92)	58.86 (10.66)	59	5.06	.00**
O 2-5 Totaal	64.39 (9.79)	60.20 (11.18)	59	3.96	.00**
O 5-18 Internaliserend	62.74 (9.67)	57.55 (9.87)	240	8.82	.00**
O 5-18 Externaliserend	66.25 (9.27)	59.95 (10.43)	240	12.12	.00**
O 5-18 Totaal	66.48 (8.61)	60.07 (10.06)	240	11.63	.00**
J 11-19 Internaliserend	55.49 (10.39)	50.50 (10.29)	226	7.59	.00**
J 11-19 Externaliserend	57.37 (9.65)	52.05 (8.84)	226	10.23	.00**
J 11-19 Totaal	56.45 (9.55)	50.82 (9.30)	226	10.16	.00**

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Tabel 3. Cliënttevredenheid van ouders (O) en jongeren (J)

	Minimaal	Maximaal	M	(SD)	<i>N</i>
O Rapportcijfer 2-5	5	10	8.07	(1.05)	59
O Rapportcijfer 5-18	1	10	8.15	(1.19)	240
J Rapportcijfer 11-19	1	10	7.73	(1.41)	226

Met behulp van gepaarde t-toetsen is bovendien gekeken of de probleemreductie, voor- en nametingen van de ouders verschilden van die van de jongeren (zie tabel 4, 5 en 6). Dit is alleen onderzocht voor de participanten waarvan zowel de ouder(s) als de cliënt zelf de vragenlijsten hadden ingevuld.

Uit de resultaten blijkt dat er geen verschil in probleemreductie is tussen ouders en hun kinderen. Echter blijkt wel dat de ouders zowel bij de voormeting (internaliserend ($t = 7.16$, $df = 125$, $p = .00$), externaliserend ($t = 8.14$, $df = 125$, $p = .00$) en totaal ($t = 9.69$, $df = 125$, $p =$

.00), als bij de nameting (internaliserend ($t = 5.95$, $df = 125$, $p = .00$), externaliserend ($t = 6.37$, $df = 125$, $p = .00$) en totaal ($t = 7.03$, $df = 125$, $p = .00$) op alle schalen significant meer problemen rapporteren dan hun kinderen. Ouders rapporteren hogere aanvangswaarden waarmee ze aangeven meer probleemgedrag te zien dan de jongeren zelf. Jongeren zien en rapporteren minder probleemgedrag dan hun ouders.

Ten slotte is met behulp van Pearson correlaties onderzocht of er verbanden bestaan tussen de probleemreductie zoals ouders en jongeren deze rapporteren (zie tabel 7). Hieruit blijkt dat de probleemreductie van ouders op alle schalen correleert met de probleemreductie van jongeren op deze schalen (internaliserend ($r = .27$, $N = 126$, $p = .00$), externaliserend ($r = .19$, $N = 126$, $p = .05$) en totaal ($r = .20$, $N = 126$, $p = .03$). De r -waarde indiceert de sterkte van de correlatie, het is een maat van effectgrootte. Aangenomen wordt dat r -waardes tussen 0 en .2 als zwak worden gezien, r -waardes tussen .3 en .6 als gemiddeld en r -waardes tussen .7 en 1 als sterk (Brace, Kemp & Snelgar, 2006). Het gaat in dit geval om gemiddelde zwakke verbanden.

Tabel 4. Verschillen in probleemreductie tussen ouders (O) en jongeren (J)

	M (SD) Probleemred. O	M (SD) Probleemred. J	N	t	p (2-zijdig)
Internaliserend	5.77 (9.46)	5.01 (8.90)	126	.77	.44
Externaliserend	6.11 (7.81)	5.23 (7.44)	126	1.01	.32
Totaal	6.60 (8.75)	5.44 (7.70)	126	1.24	.22

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Tabel 5. Verschillen in voormeting tussen ouders (O) en jongeren (J)

	M (SD) Voormeting O	M (SD) Voormeting J	N	t	p (2-zijdig)
Internaliserend	61.87 (9.71)	55.60 (10.60)	126	7.16	.00**
Externaliserend	63.93 (9.63)	57.79 (9.88)	126	8.14	.00**
Totaal	64.64 (8.43)	57.08 (9.94)	126	9.69	.00**

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Tabel 6. Verschillen in nameting tussen ouders (O) en jongeren (J)

	M (SD) Nameting O	M (SD) Nameting J	N	t	p (2-zijdig)
Internaliserend	56.10 (9.99)	50.60 (10.37)	126	5.95	.00**
Externaliserend	57.82 (10.24)	52.56 (8.84)	126	6.37	.00**
Totaal	58.05 (9.66)	51.64 (9.32)	126	7.03	.00**

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Tabel 7. Correlaties tussen probleemreductie van ouders (O) en jongeren (J)

	N	r	p (2-zijdig)
Internaliserende probleemreductie	126	.27	.00**
Externaliserende probleemreductie	126	.19	.05*
Totale probleemreductie	126	.20	.03*

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Onderzoeksvraag 1: Is er sprake van een verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid?

Met behulp van Pearson-correlaties is onderzocht of er sprake is van een verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid (zie tabel 8).

Leeftijd 2-5 jaar

Naar voren komt dat er een positieve correlatie bestaat tussen probleemreductie op zowel de internaliserende ($r = .30$, $N = 59$, $p = .02$), als de totale probleemschaal ($r = .32$, $N = 59$, $p = .01$) en het rapportcijfer wat ouders geven voor de geboden hulpverlening. Hoe meer probleemreductie op de internaliserende en totale probleemschaal, hoe hoger de cliënttevredenheid van ouders. In dit geval zijn het gemiddeld sterke correlaties. Er wordt geen relatie gevonden tussen probleemreductie op de externaliserende schaal en cliënttevredenheid.

Leeftijd 5-19 jaar

Naar voren komt dat er een zwakke positieve correlatie bestaat tussen probleemreductie op de totale probleemschaal en het rapportcijfer wat ouders geven voor de geboden hulpverlening ($r = .13$, $N = 240$, $p = .05$). Er is ook een zwakke positieve correlatie gevonden tussen probleemreductie op de externaliserende probleemschaal en cliënttevredenheid ($r = .16$, $N =$

240, $p = .02$). Er is geen verband gevonden tussen probleemreductie op de internaliserende probleemschaal en cliënttevredenheid.

Ten slotte is onderzocht of er ook bij jongeren een relatie bestaat tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Uit de resultaten blijkt dat er geen correlatie bestaat tussen cliënttevredenheid en zowel de totale externaliserende, als de internaliserende probleemschaal.

Tabel 8. Correlaties tussen probleemreductie en cliënttevredenheid

	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>p</i> (2-zijdig)
Ouders 2-5 Internaliserend	59	.30	.02*
Ouders 2-5 Externaliserend	59	.24	.07
Ouders 2-5 Totaal	59	.32	.01**
Ouders 5-18 Internaliserend	240	.12	.06
Ouders 5-18 Externaliserend	240	.16	.02*
Ouders 5-18 Totaal	240	.13	.05*
Jongeren 11-19 Internaliserend	226	.11	.10
Jongeren 11-19 Externaliserend	226	.03	.70
Jongeren 11-19 Totaal	226	.10	.14

* p -waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p -waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Onderzoeksvraag 2: Zijn leeftijd, geslacht, etniciteit, duur van de interventie, DSM diagnose en aanvullende therapie moderatoren in de relatie tussen probleemreductie en cliënttevredenheid?

Met behulp van een moderatoranalyse (lineaire regressie) is onderzocht of bovenstaande factoren moderatoren zijn in het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Een modererend effect is in wezen een interactie effect. Om de modererende effecten te berekenen worden als eerst de voorspellende variabele en het modererend hoofdeffect in de regressie toegevoegd, gevolgd door de interactie tussen de voorspeller en de moderator (Holmbeck, 1997). In de analyse van deze onderzoeksvraag is de afhankelijke variabele cliënttevredenheid en is de voorspellende variabele probleemreductie. De interactie is tussen probleemreductie en een moderator. Wanneer het interactie effect significant is, is er sprake van een modererend effect. Voor het onderzoeken van de moderatoreffecten worden de continue variabelen omgezet in gecentreerde variabelen. De variabelen leeftijd, duur van de interventie en probleemreductiescore worden omgezet in gecentreerde scores. Na het centreren van de

scores zijn de gemiddelden van de variabelen 0. De gecentreerde scores worden berekend door het gemiddelde van de variabele af te trekken van de ruwe score van de participant (Holmbeck, 1997). De dichotome moderatorvariabelen worden hergecodeerd, zodat de ene categorie het cijfer 0 heeft en de andere categorie het cijfer 1. Vervolgens worden ook deze variabelen gecentreerd.

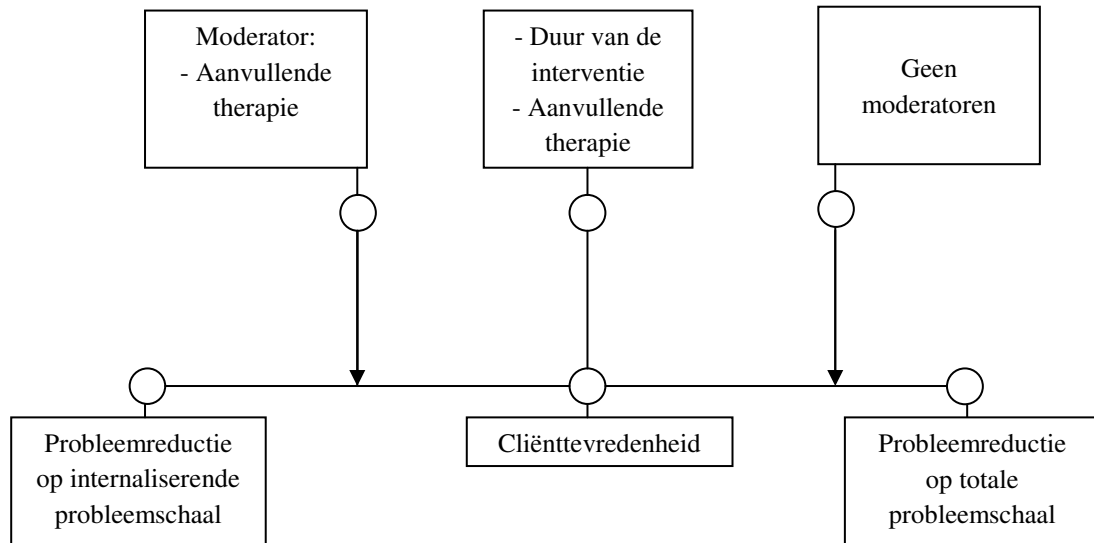
Leeftijd 2-5 jaar

Uit deze analyse blijkt dat het cijfer van cliënttevredenheid van ouders van kinderen van twee tot vijf jaar significant voorspeld kan worden door de probleemreductie op de internaliserende probleemschaal ($\beta = .30, t = 2.37, p = .02$). Hoe meer probleemreductie op de internaliserende schaal, hoe meer cliënttevredenheid. Leeftijd, geslacht, etniciteit, duur van de interventie en DSM diagnose zijn in deze relatie geen moderatoren gebleken. De variabele aanvullende therapie is wel een moderator gebleken ($\beta = .32, t = 2.57, p = .01$). Dit betekent dat de relatie tussen probleemreductie op de internaliserende probleemschaal en cliënttevredenheid varieert met wel/geen aanvullende therapie. Wanneer dit moderatorverband dieper geanalyseerd wordt, blijkt dat er geen verband bestaat tussen internaliserende probleemreductie en cliënttevredenheid wanneer geen aanvullende therapie gegeven wordt. Dit verband blijkt wel te bestaan wanneer wel aanvullende therapie gegeven wordt ($r = .64, N = 15, p = .01$).

Met betrekking tot de externaliserende probleemschaal kan gezegd worden dat het cijfer voor cliënttevredenheid van ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar niet voorspeld kan worden door de probleemreductie op deze schaal. Gezien dit resultaat is het niet mogelijk dat er moderatorverbanden zijn. Dit is dan ook gebleken uit de analyse.

Probleemreductie op de totale schaal heeft wel voorspellende waarde voor het cijfer van cliënttevredenheid van ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar ($\beta = .32, t = 2.59, p = .01$). Er zijn geen moderatoren gevonden in dit verband.

Uit de analyse is ten slotte gebleken dat twee variabelen eveneens voorspellende waarde hebben voor de cliënttevredenheid van deze ouders. Zo is aanvullende therapie een voorspellende variabele gebleken ($\beta = -.34, t = -2.71, p = .01$). Dit is echter een opmerkelijk resultaat. Het betekent namelijk: wanneer geen aanvullende therapie gegeven wordt, is er sprake van meer cliënttevredenheid. Ook de variabele duur van de interventie is een voorspellende variabele gebleken ($\beta = -.29, t = -2.28, p = .03$). Hoe korter de duur van de interventie, hoe meer tevreden ouders van de cliënten zijn. De gevonden effecten worden weergegeven in figuur 3.

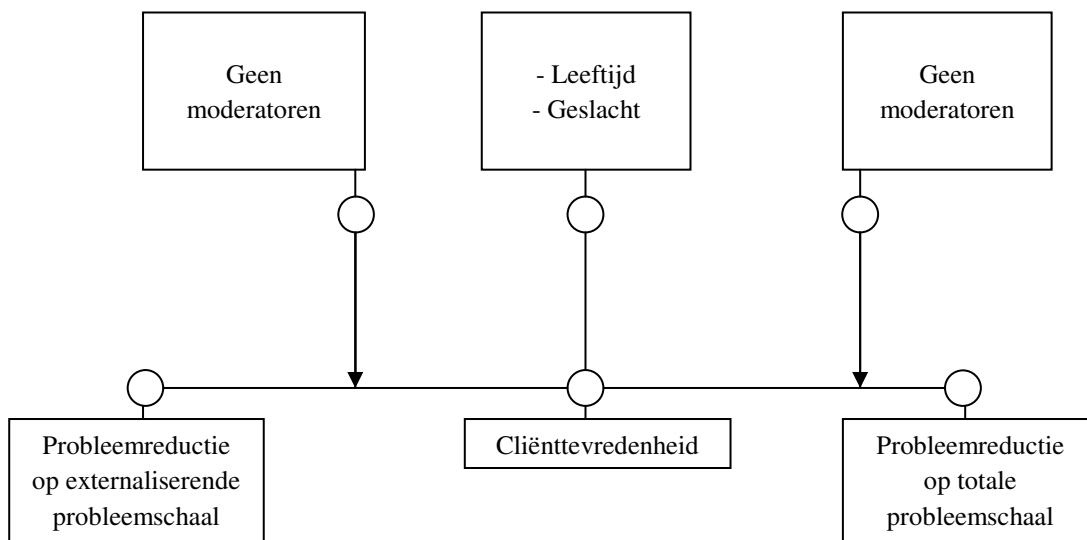


Figuur 2: Resultaten moderatoranalyse bij probleemreductie en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen tussen twee en vijf jaar

Leeftijd 5-19 jaar

Dezelfde analyse is uitgevoerd voor ouders van kinderen/jongeren met een leeftijd tussen vijf en achttien jaar. Hieruit blijkt dat het cijfer van cliënttevredenheid van deze ouders niet voorspeld kan worden door de probleemreductie op de internaliserende probleemschaal. De cliënttevredenheid van deze ouders kan echter wel voorspeld worden door probleemreductie op de externaliserende ($\beta = .16$, $t = 2.45$, $p = .02$) en de totale probleemschaal ($\beta = .13$, $t = 1.99$, $p = .05$). Twee van de potentiële moderatorvariabelen bleken eveneens voorspellende waarde hebben voor de cliënttevredenheid van deze ouders. Zo is leeftijd een voorspellende variabele gebleken ($\beta = -.25$, $t = -4.03$, $p = .00$). Des te jonger het kind waar het om gaat, des te meer cliënttevredenheid. Ook geslacht is een voorspellende variabele gebleken ($\beta = -.22$, $t = -3.44$, $p = .00$). Wanneer een zoon hulpverlening heeft ontvangen zijn ouders over het algemeen meer tevreden over de zorg dan wanneer een dochter hulp heeft ontvangen. Er zijn geen moderatoren gevonden in deze verbanden. De gevonden resultaten worden weergegeven in figuur 4.

Ten slotte is de analyse uitgevoerd voor de jongeren zelf (met een leeftijd van elf tot negentien jaar). Noch de probleemschalen, noch de overige variabelen, bleken van voorspellende waarde te zijn voor de cliënttevredenheid van de jongeren.



Figuur 3: Resultaten moderatoranalyse bij probleemreductie en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen/jongeren tussen vijf en achttien jaar

Onderzoeksvraag 3: Is er sprake van een verband tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid?

Met behulp van non-parametrische binaire regressieanalyse (*Spearman's rho*) is onderzocht of er sprake is van een verband tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid (zie tabel 9). Allereerst zijn variabelen aangemaakt waarin de eindmetingen om zijn gezet naar classificaties van de ernst van het probleemgedrag: normaal, subklinisch of klinisch. Deze variabelen zijn meegenomen in de correlatie analyse.

Leeftijd 2-5 jaar

Uit de resultaten blijkt dat er bij ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar geen correlatie bestaat tussen cliënttevredenheid en de mate van probleemgedrag op zowel de totale probleemschaal, als de externaliserende en internaliserende probleemschaal bij het beëindigen van de zorg.

Leeftijd 5-19 jaar

Uit de resultaten blijkt dat er bij ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en achttien jaar een significante, zwakke, negatieve correlatie bestaat tussen cliënttevredenheid en de mate van probleemgedrag op de totale probleemschaal bij het beëindigen van de zorg ($r_s = -.14$, $N = 240$, $p = .03$). Des te gunstiger de classificatie van de mate van het totale probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg, des te meer cliënttevredenheid. Er bestaat eveneens een

significante, zwakke, negatieve correlatie tussen cliënttevredenheid en de mate van probleemgedrag op de externaliserende probleemschaal aan het eind ($r_s = -.19$, $N = 240$, $p = .00$). Er bestaat geen significante correlatie met de internaliserende probleemschaal.

Ten slotte is onderzocht of er ook bij de jongeren zelf een relatie bestaat tussen mate van probleemgedrag en cliënttevredenheid. Uit de resultaten blijkt dat er bij de jongeren zelf geen correlatie bestaat tussen cliënttevredenheid en de mate van probleemgedrag op zowel de totale probleemschaal, als de externaliserende en internaliserende probleemschaal bij het beëindigen van de zorg.

Tabel 9. Correlaties tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid

	<i>N</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i> (2-zijdig)
Ouders 2-5 Internaliserend	59	-.16	.22
Ouders 2-5 Externaliserend	59	-.15	.26
Ouders 2-5 Totaal	59	-.15	.26
Ouders 5-18 Internaliserend	240	-.07	.27
Ouders 5-18 Externaliserend	240	-.19	.00**
Ouders 5-18 Totaal	240	-.14	.03*
Jongeren 11-19 Internaliserend	226	-.07	.30
Jongeren 11-19 Externaliserend	226	.01	.93
Jongeren 11-19 Totaal	226	-.05	.49

* p-waarde is significant bij $\alpha \leq .05$ (2-zijdig)

** p-waarde is significant bij $\alpha \leq .01$ (2-zijdig)

Onderzoeksvraag 4: Zijn leeftijd, geslacht, etniciteit, duur van de interventie, DSM diagnose en aanvullende therapie moderatoren in de relatie tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid?

Met behulp van een moderatoranalyse (lineaire regressie) is onderzocht of bovenstaande factoren moderatoren zijn in het verband tussen mate van probleemgedrag aan het eind van de hulpverlening en cliënttevredenheid. Voor uitleg over de moderatoranalyse, zie onderzoeksvraag 2. In de analyse van deze onderzoeksvraag is de afhankelijke variabele cliënttevredenheid en is de voorspellende variabele mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de hulpverlening. De interactie is tussen mate van probleemgedrag en een moderator. Wanneer het interactie effect significant is, is er sprake van een modererend effect.

Leeftijd 2-5 jaar

Uit deze analyse blijkt dat de mate van het probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg op zowel de internaliserende, externaliserende als de totale schaal het cijfer voor cliënttevredenheid van ouders van kinderen van twee tot vijf jaar niet kan voorspellen. Gezien dit resultaat is het niet mogelijk dat er moderatorverbanden zijn. Dit is dan ook gebleken uit de analyse. Uit de analyse zijn wel dezelfde hoofdeffecten naar voren gekomen van de variabelen duur van de interventie ($\beta = -.29, t = -2.28, p = .03$) en aanvullende therapie ($\beta = -.34, t = -2.71, p = .01$) met cliënttevredenheid van deze ouders (zie onderzoeksvraag 2).

Leeftijd 5-19 jaar

Dezelfde analyse is uitgevoerd voor ouders van kinderen/jongeren met een leeftijd tussen vijf en achttien jaar. Hieruit blijkt dat het cijfer van cliënttevredenheid van deze ouders niet voorspeld kan worden door de mate van probleemgedrag op de internaliserende probleemschaal bij het beëindigen van de zorg. De cliënttevredenheid van deze ouders kan echter wel voorspeld worden door de mate van probleemgedrag op de externaliserende probleemschaal ($\beta = -.20, t = -3.17, p = .00$). Er zijn geen moderatoren gevonden in dit verband. Ook de mate van probleemgedrag op de totale schaal heeft voorspellende waarde voor het cijfer van cliënttevredenheid van deze ouders ($\beta = -.14, t = -2.16, p = .03$). Er zijn eveneens geen moderatoren gevonden in dit verband.

Uit de analyse zijn wel dezelfde hoofdeffecten naar voren gekomen van de variabelen leeftijd ($\beta = -.25, t = -4.03, p = .00$) en geslacht ($\beta = -.22, t = -3.44, p = .00$) met cliënttevredenheid van deze ouders (zie onderzoeksvraag 2).

Ten slotte is de analyse uitgevoerd voor de jongeren zelf. Noch de mate van probleemgedrag op alle probleemschalen, noch de overige variabelen, bleken van voorspellende waarde te zijn voor de cliënttevredenheid van de jongeren.

Conclusie en discussie

Dit onderzoek levert een bijdrage aan de kennis over de effectiviteit van de jeugdzorg, specifiek op het gebied van de prestatie-indicatoren probleemreductie en cliënttevredenheid. Binnen de huidige studie werd ingezoomd op de relatie tussen probleemreductie en cliënttevredenheid door potentiële moderatoren te onderzoeken. Bovendien werd onderzocht of er sprake is van een relatie tussen de mate van het probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid. Hiermee wordt ook wel de ernst van het probleemgedrag aan het eind van de hulpverlening bedoeld, met als classificaties normaal, subklinisch en klinisch.

Ook binnen deze relatie werd onderzoek gedaan naar potentiële moderatoren. Dit onderzoek geeft dus antwoord op vier onderzoeksvragen.

Allereerst werd de cliënttevredenheid en probleemreductie na de geboden hulpverlening onderzocht. Gebleken is dat ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar probleemreductie ervaren op externaliserend en totaal gebied. Zij ervaren geen probleemreductie op internaliserend gebied. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de innerlijke en relatief onverstoringe kenmerken van internaliserende problematiek bij jonge kinderen vaak onopgemerkt blijven door ouders, vooral in vergelijking met externaliserende problematiek (Lemery-Chalfant et al., 2007). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat ouders zich inderdaad minder bewust waren van de internaliserende problematiek bij de voormeting, maar dat zij hiervan door de behandeling juist meer bewust zijn geworden en daardoor nog steeds relatief hoog scoren. Ouders van kinderen en jongeren tussen de vijf en achttien jaar en de jongeren zelf beleven probleemreductie op alle probleemgebieden. Gebleken is dat ouders op alle probleemschalen meer probleemgedrag rapporteren dan hun kinderen, zowel bij de voor- als de nameting. Ook komt naar voren dat er een positief verband bestaat tussen de probleemreductie zoals ouders en hun kinderen die waarnemen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders en kinderen in hun communicatie bespreken welke verbeteringen ze opmerken, waardoor beide partijen deze ook rapporteren bij de eindmeting. Zowel ouders (gemiddeld cijfer 8.1/8.2) als de jongeren zelf (gemiddeld cijfer 7.7) bleken bovendien zeer tevreden te zijn met de geboden hulp.

Bij de eerste onderzoeksvraag werd verwacht dat er sprake is van een positief verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Tevens werd verwacht dat het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid groter zou zijn voor ouders bij de externaliserende schaal, dan bij de internaliserende schaal. Bij de jongeren werd geen verschil verwacht. Uit de resultaten is gebleken dat er een zwak positief verband bestaat tussen probleemreductie op internaliserend en totaal gebied en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar. Er werd bij deze groep geen relatie gevonden tussen probleemreductie op externaliserend gebied en cliënttevredenheid. Dit is een zeer opmerkelijk resultaat, het is tegen de verwachtingen in. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouders inderdaad gaandeweg de behandeling de internaliserende problematiek in zijn gaan zien, zoals eerder gesteld is, en zich daarom meer hierop richten dan op de externaliserende problematiek. Bij ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en de achttien jaar werd, naast een zwakke relatie met het totaal gebied, wel een zwakke positieve relatie gevonden tussen probleemreductie op externaliserend gebied en cliënttevredenheid. De hypothese dat het verband bij ouders groter

zou zijn op externaliserend, dan op internaliserend gebied, kan dus aangenomen worden voor de ouders van kinderen/jongeren van vijf tot achttien jaar. De hypothese dient verworpen te worden voor ouders van kinderen tussen twee en vijf jaar.

Een opmerkelijk resultaat is dat bij de jongeren zelf geen verbanden werden gevonden tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bij jongeren mogelijk andere factoren een rol spelen in het bepalen van de cliënttevredenheid, zoals de relatie met behandelaren (Greenley & Schoenherr, 1981). Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de jongeren zelf, vergeleken met de ouders, minder last ervaren van de problematiek en het daarom ook niet van groot belang achten dat de problematiek vermindert.

Hoe kan het nu verklaard worden dat ouders en cliënten over het algemeen zeer tevreden zijn over de hulpverlening, terwijl er enkel zwakke of geen verbanden worden gevonden tussen deze cliënttevredenheid en probleemreductie? Een belangrijke reden is waarschijnlijk dat de spreiding tussen de tevredenheidcijfers klein is (zie tabel 3). Mensen zijn geneigd om hulpverlening al gauw een positieve, hoge, waardering te geven. Hierbij kunnen andere factoren dan probleemreductie een rol spelen (Greenley & Schoenherr, 1981). Bovendien is het bij Stichting Tender zo dat de vragenlijsten soms ingevuld worden in het bijzijn van hulpverleners. Hierdoor kan de invulling beïnvloed worden. Ouders en cliënten durven dan waarschijnlijk minder snel een negatieve beoordeling te geven. Doordat de spreiding klein is, kan niet goed gedifferentieerd worden tussen verschillende groepen en worden minder snel verbanden gevonden.

De tweede onderzoeksvraag, naar de moderatoren in het verband tussen probleemreductie en cliënttevredenheid, was explorierend van aard. Met betrekking tot deze onderzoeksvraag zijn daarom geen hypothesen opgesteld. Uit de resultaten is gebleken dat de variabele aanvullende therapie een moderator is in het voorspellende verband tussen probleemreductie op de internaliserende schaal en cliënttevredenheid van ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar. Wanneer de cliënten aanvullende therapie hadden ontvangen, bleek dat er wel een verband was tussen internaliserende probleemreductie en cliënttevredenheid. Wanneer cliënten geen aanvullende therapie hadden ontvangen, bleek dit verband er niet te zijn. Dit is een lastig te verklaren resultaat. Mogelijk valt dit resultaat te verklaren doordat ouders van deze cliënten meer tevreden zijn wanneer de probleemreductie op deze schaal groter is, omdat er meer moeite voor is gedaan. Leeftijd, geslacht, etniciteit, duur van de interventie en DSM diagnose bleken geen moderatoren te zijn. Tussen externaliserende en totale probleemreductie en cliënttevredenheid van deze ouders zijn

eveneens geen moderatoren gevonden. Ook in de analyses bij ouders met kinderen/jongeren tussen vijf en achttien jaar en bij de jongeren zelf zijn geen moderatoren vastgesteld.

Bij de derde onderzoeksvraag werd verwacht dat er sprake is van een negatief verband tussen de mate van probleemgedrag bij het beëindigen van de zorg en cliënttevredenheid. Tevens werd verwacht dat dit verband groter zou zijn voor ouders bij de externaliserende schaal, dan bij de internaliserende schaal. Voor jongeren werd geen verschil verwacht. Uit de resultaten is gebleken dat er bij de ouders van kinderen van twee tot vijf jaar geen verbanden zijn tussen de mate van probleemgedrag op de verschillende probleemschalen aan het eind van de hulpverlening en cliënttevredenheid. Dit is een opmerkelijk resultaat. Het betekent namelijk dat de mate van het probleemgedrag bij het beëindigen van de hulpverlening geen rol speelt bij het bepalen van de cliënttevredenheid van deze ouders. Bij deze ouders speelt de probleemreductie op de internaliserend en totaal gebied een rol bij het bepalen van de cliënttevredenheid. Ook andere, niet onderzochte, factoren zullen een rol spelen bij de cliënttevredenheid. Bij ouders van kinderen/jongeren tussen de vijf en achttien jaar werd een zwak negatief verband gevonden tussen de mate van probleemgedrag op de externaliserende en totale problematiek aan het eind en cliënttevredenheid. Er werd echter eveneens bij deze groep geen verband gevonden met de mate van probleemgedrag op de internaliserende problematiek. Dit zou ermee te maken kunnen hebben dat internaliserende problematiek minder storend is voor ouders. De hypothese dat het verband bij ouders groter zou zijn op externaliserend, dan op internaliserend gebied, kan dus alleen aangenomen worden voor de ouders van kinderen/jongeren van vijf tot achttien jaar. Bij de jongeren zelf werden geen verbanden gevonden. Hier kunnen dezelfde verklaringen aangedragen worden als bij het resultaat van onderzoeksvraag 1.

De vierde en laatste onderzoeksvraag, naar de moderatoren in het verband tussen mate van probleemgedrag bij het eind van de hulpverlening en cliënttevredenheid, was explorierend van aard. Met betrekking tot deze onderzoeksvraag zijn daarom geen hypothesen opgesteld. Uit de resultaten is gebleken dat geen van de variabelen moderatoren zijn.

Implicaties

Door het huidige onderzoek is allereerst meer kennis verkregen met betrekking tot de prestatie-indicatoren probleemreductie en cliënttevredenheid binnen de jeugdzorg, met name binnen Stichting Tender Jeugdzorg. Ondanks dat er niet gesproken kan worden van causaliteit, kan voorzichtig gesteld worden dat ouders van cliënten van vijf tot en met achttien jaar des te meer tevreden zijn wanneer de externaliserende en totale problematiek van hun

kind na de hulpverlening des te meer is afgenomen. Voor ouders van kinderen tussen twee en vijf jaar geldt dit voor de internaliserende en totale problematiek. Voor jongeren geldt dit niet. De probleemreductie speelt bij jongeren geen rol in het bepalen van de cliënttevredenheid. Desondanks is wel gebleken dat cliënten zeer tevreden zijn over de geboden hulpverlening. Tevens is gebleken dat er bij de jongeren op alle schalen sprake is van probleemreductie. Dit is een positieve uitkomst voor de praktijk. Zoals eerder besproken, bleek namelijk uit onderzoek dat cliënttevredenheid gerelateerd is aan een positieve lange termijn uitkomst (Dearing et al., 2005). De kans dat de probleemreductie behouden wordt, is dus groter dan wanneer de cliënt niet tevreden zou zijn.

Zoals eerder vermeld, worden enkel zwakke of geen verbanden gevonden. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat de spreiding van de tevredenheidcijfers te klein is, waardoor moeilijk gedifferentieerd kan worden. Om de spreiding in de toekomst te vergroten, is een implicatie voor de praktijk dat ook halve cijfers gegeven kunnen worden. Door bij elk (heel en half) cijfer een omschrijving te zetten, worden mensen gestimuleerd om meer na te denken over welk cijfer ze zullen kiezen. Wellicht dat dit de spreiding bevordert.

Bij de moderatoranalyses bleek dat aanvullende therapie een moderator is in de voorspellende relatie tussen de internaliserende probleemreductie en cliënttevredenheid bij ouders van kinderen van twee tot vijf jaar. Dit zou mogelijk implicaties voor de praktijk kunnen hebben. Echter is het op basis van dit ene onderzoek te voorbarig om hierover conclusies te trekken. Er dient meer onderzoek plaats te vinden, alvorens praktische aanpassingen te doen.

Wat een geheel vernieuwend deel van de huidige studie was, is het onderzoek naar de mate van het probleemgedrag aan het eind van de hulpverlening. Ondanks dat er ook in dit geval niet gesproken kan worden van causaliteit, is een voorzichtige interpretatie van de resultaten dat het in de bepaling van de cliënttevredenheid van de ouders van kinderen tussen de twee en de vijf jaar niet uitmaakt of de problematiek van hun kind aan het einde van de hulpverlening als normaal, subklinisch of klinisch wordt beoordeeld. Voor de jongeren zelf maakt dit eveneens niet uit. Dit betekent in de praktijk dat voor ouders van kinderen tussen twee en vijf jaar de probleemreductie op zichzelf meer samenhangt met cliënttevredenheid dan de mate van de problematiek bij het beëindigen van de zorg. Voor ouders van kinderen/jongeren met een leeftijd tussen de vijf en achttien jaar betekenen de resultaten: des te beter de classificatie van het totale en externaliserende probleemgedrag aan het eind van de zorg, des te meer cliënttevredenheid. Ook de probleemreductie op deze schalen speelt een rol.

Gebleken is dat er geen moderatoren zijn in deze relatie. Dit geeft dus geen implicaties voor de praktijk.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van de huidige studie is het grote aantal participanten. Een ander sterk punt is dat onderzoek is gedaan naar zes mogelijke moderatoren. Dit is al een grote stap vooruit in het onderzoek naar de relatie tussen probleemreductie en cliënttevredenheid. Bovendien is vernieuwend onderzoek gedaan, namelijk naar de relatie tussen de mate van probleemgedrag aan het eind van de hulpverlening en cliënttevredenheid.

Er zijn echter ook een aantal beperkingen, of zwakke punten, aan te geven met betrekking tot het huidige onderzoek. Één van de belangrijkste beperkingen is het design van het onderzoek: een controlegroep ontbreekt. Dit betekent dat het huidige design niet toestaat om de gevonden resultaten toe te schrijven aan de interventie. De mogelijkheid blijft bestaan dat verbeteringen in het functioneren van de cliënt mogelijk veroorzaakt kunnen worden door andere factoren, zoals het voorbij gaan van de tijd (Veerman & Van Yperen, 2008) of de uithuisplaatsing op zichzelf (Carr, 2009).

Bovendien moet rekening gehouden worden met het optreden van selectie-effecten. Het responspercentage is, zoals eerder vermeld, gestegen in het afgelopen jaar. Dit percentage zal meer verhoogd moeten worden, aangezien de uitkomsten pas bij een responspercentage van 80% als representatief gezien kunnen worden voor de cliëntenpopulatie (Tender Jeugdzorg, 2011b). Stichting Tender Jeugdzorg besteedt dan ook veel aandacht aan de metingen van de verschillende prestatie-indicatoren. Een hulpmiddel wat ingezet wordt om de respons aantrekkelijker te maken, is de computer. Opgemerkt wordt dat meer vragenlijsten ingevuld worden wanneer cliënten en/of hun ouders de vragenlijsten direct na het intake- of eindgesprek op een computer in kunnen vullen (Tender Jeugdzorg, 2011b). Bij een lager responspercentage dan 80% kan niet gesteld worden dat de cliënten die de vragenlijsten wel ingevuld hebben representatief zijn voor de cliënten die de vragenlijst niet ingevuld hebben. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat vooral tevreden cliënten een vragenlijst invullen (Tender Jeugdzorg, 2011b). Tevens vormt de betrouwbaarheid waarmee de vragenlijsten ingevuld zijn een mogelijke beperking. Jongeren vullen de zelfrapportage vragenlijsten mogelijk sociaal wenselijk in, waardoor de problematiek ondergerapporteerd wordt. Ook bij ouders kan dit het geval zijn, bijvoorbeeld wanneer ze moeite hebben om de problematiek van hun kind te onderkennen. Echter kan er bij ouders ook sprake zijn van overrapportage, doordat het beeld negatief vertekend kan zijn in de loop van de tijd. Met betrekking tot de

cliënttevredenheidsvragenlijst dient opgemerkt te worden dat de afname niet gestandaardiseerd is. In sommige gevallen krijgen de ouder(s) en/of de cliënt de vragenlijst mee naar huis, in sommige gevallen dienen de ouder(s) en/of de cliënt de vragenlijst in te vullen voor/na het eindgesprek. Dit oefent mogelijk invloed uit op de invulling. Indien de hulpverlener aanwezig is bij het invullen, voelen de ouder(s) en/of de cliënt zich mogelijk bezwaard om een negatieve beoordeling te geven. Echter is op deze manier wel het responspercentage hoger. Nagedacht dient te worden over een juiste aanpak, waarbij alsnog het responspercentage verhoogd wordt.

Met betrekking tot de moderatoranalyses is een beperking dat het aantal participanten dat een DSM diagnose had ($N = 27$) en het aantal dat aanvullende therapie ontving ($N = 27$) klein was. Hierdoor is het mogelijk dat de power van onvoldoende grootte was, waardoor mogelijk significante resultaten onopgemerkt zijn gebleven. Eveneens dient opgemerkt te worden dat het aantal autochtone participanten vier maal zo groot was als het aantal allochtone participanten.

Toekomstig onderzoek

Een eerste belangrijke aanbeveling voor toekomstig onderzoek volgt uit het gegeven dat nog geen onderzoek is gedaan op niveau vier van de praktijkgestuurde effectstudies volgens Veerman en Van Yperen (2008). Dit betekent dat onderzoek gedaan zou moeten worden waarbij een controle groep wordt toegevoegd die geen of een placebo interventie ontvangt. Dit is lastig binnen de praktijk van jeugdzorg, echter niet onmogelijk. Wellicht dat wachtlijstgroepen een uitkomst zouden kunnen bieden. Binnen Stichting Tender Jeugdzorg is er geen sprake van een (lange) wachtlijst. Wellicht dat dit niveau van onderzoek gerealiseerd kan worden in samenwerking met andere jeugdzorgorganisaties.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is om te achterhalen wat de onderliggende motieven voor ouders en jongeren zijn om een vragenlijst wel of niet in te vullen. Dit kan mogelijk handvatten bieden om een hoger responspercentage te creëren. Daarnaast zou in vervolgonderzoek het accent gelegd kunnen worden op de onderliggende motivatie van de cliënttevredenheid van ouders en jongeren. Welke aspecten zijn voor ouders en jongeren van belang willen zij tevreden zijn met de geboden hulpverlening?

In vervolgonderzoek naar moderatoren in deze relaties zouden de steekproeven qua aantal meer gelijk aan elkaar moeten zijn dan nu het geval was. Een laatste aanbeveling is om in de toekomst ook onderzoek te doen naar de andere prestatie-indicatoren die opgesteld zijn.

Referentielijst

- Achenbach (2010). *Achenbach System of Empirically Based Assessment*. Opgehaald van het internet op 24-11-2010 van <http://www.aseba.nl>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bijl, B., Ooms, H., Roosma, D., Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2006). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de Jeugdzorg Deel I*. Utrecht: NIZW/Praktikon/Ministerie van VWS.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists (3th Ed)*. New York: Palgrave MacMillan.
- Carr, A. (2009). *What Works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Carscaddon, D.M., George, M. & Wells, G. (1990). Rural community mental health consumer satisfaction and psychiatric symptoms. *Community Mental Health Journal*, 26, 309-318.
- Cito (2001-2011a). Opgehaald van het internet op 04-02-2011 van http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe_id=61.
- Cito (2001-2011b). Opgehaald van het internet op 04-02-2011 van http://toetswijzer.kennisnet.nl/toetsinfo.asp?Mode=COTAN&toe_id=63.
- Deane, F.P. (1993). Client satisfaction with psychotherapy in two outpatient clinics in New Zealand. *Evaluation and Program Planning*, 16, 87-94.
- Dearing, R.L., Barrick, C., Dermen, K.H. & Walitzet, K.S. (2005). Indicators of client engagement: influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 71-78.
- Dekkers, N. & Gestel, E. van (2009). *Verandering van probleemgedrag en de relatie met klanttevredenheid in de jeugdzorg*. Tilburg: masterthesis Universiteit van Tilburg.
- Gerkenmeyer, J.E. & Austin, J.K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32 (1), 61-73.
- Greenley, J. R., & Schoenherr, R. A. (1981). Organization effects in client satisfaction with humaneness of service. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 2-18.
- Handleiding BergOp 3.0 (2009). Internetapplicatie voor BehandelingsEvaluatie- en RegistratieGegevensOpslag.
- Havinga, L., Bergh, L. van den & Jurrius, K. (2007). *C-toets 2007: resultaten van 7*

- instellingen*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Holmbeck, G.N. (1997). Toward Terminological, Conceptual, and Statistical Clarity in the Study of Mediators and Moderators: Examples of the Child-Clinical and Pediatric Psychology Literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:4, 599-610.
- Jurrius, K. Havinga, L. & Stams, G.J. (2008). *Exitvragenlijst Jeugdzorg*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Jurrius, K., Havinga, L. & Strating, G. (2007). *De C-toets versie 2007: Evaluatie C-toets 2004, aanpassing en verantwoording*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Kiesler, C.A. (1983). Social psychological issues in studying consumer satisfaction with behavior therapy. *Behavior Therapy*, 14, 226-236.
- Lemery-Chalfant, K., Schreiber, J.E., Schmidt, N.L., Hulle, C.A. van, Essex, M.J. & Goldsmith, H.H. (2007). Assessing internalizing, externalizing, and attention problems in young children: Validation of the Macarthur HBQ. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1315-1323.
- Ministerie van Justitie (2003). *Jeugd Terecht*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Prestatie-indicatoren Jeugdzorg (2006). *Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Nota van de landelijke werkgroep prestatie-indicatoren jeugdzorg.
- Ries, R.K., Jaffe, C., Comtois, K.A. & Kitchell, M. (1999). Treatment satisfaction compared with outcome in severe dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 35, 213-221.
- Stichting Alexander (2009). *Handleiding Exit-vragenlijst Zorgaanbieders*. Opgehaald van het internet op 01-12-2010 van http://www.prestatieindicatorenjeugdzorg.nl/docs/Handleiding_Exit-vragenlijst_JO.PDF
- Tender Jeugdzorg (2008). *Moduleboek Tender*. Opgehaald van het internet op 15-12-2010 van <http://intranet.tenderjeugdzorg.nl>.
- Tender Jeugdzorg (2011a). *Rapportage veranderingsonderzoek (CBCL/YSR) 2010*. Opgehaald van het internet op 31-05-2011 van <http://intranet.tenderjeugdzorg.nl>
- Tender Jeugdzorg (2011b). *Cliënttevredenheid in 2010*. Opgehaald van het internet op 31-05-2011 van <http://intranet.tenderjeugdzorg.nl>
- Veeken, M. van der (2010). *De relatie tussen probleemreductie, doelrealisatie, cliënttevredenheid en reden beëindiging zorg binnen de Jeugdzorg*. Tilburg: masterthesis Universiteit van Tilburg.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2008). *Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek*

- in de Jeugdzorg*. Delft: Eburon Academic Publishers.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/6-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Yperen, T.A. van (2005). *Trefzeker tellen. Samenvattende notitie bijeenkomsten VWS over prestatie-indicatoren in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht/NIZW Jeugd.
- Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (2008). *Cijfers over prestatie-indicatoren: een wetenschappelijke bijsluiter*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T.A. van (2009). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Maatschappelijk Ondernemersgroep Jeugdzorg.

Bijlage 1

Bijlage 1: Beschrijvende gegevens van de CBCL 1,5-5 jaar, CBCL 6-18 jaar en de YSR

Tabel 1. Beschrijvende gegevens van de CBCL 1,5-5 jaar

	Jongen (M/SD)	Meisje (M/SD)	Totaal (M/SD)
Leeftijd	2-5 (3.28/0.80)	3-5 (3.92/0.79)	2-5 (3.41/0.83)
Geslacht	46	10	56
Etniciteit			
Autochtoon	37	9	46
Allochtoon	9	1	10
DSM diagnose			
Ja	7	0	7
Nee	39	10	49
Duur in maanden	3-26 (13.26/6.84)	2-23 (8.50/6.68)	2-26 (12.29/7.02)
Aanvullende therapie			
Ja	12	3	15
Nee	34	7	41

Tabel 2. Beschrijvende gegevens van de CBCL 6-18 jaar

	Jongen (M/SD)	Meisje (M/SD)	Totaal (M/SD)
Leeftijd in jaren	5-18 (11.71/3.48)	7-17 (13.13/2.98)	5-18 (12.25/3.36)
Geslacht <i>N</i>	122	77	199
Etniciteit <i>N</i>			
Autochtoon	106	62	168
Allochtoon	16	15	31
DSM diagnose <i>N</i>			
Ja	12	2	14
Nee	110	75	185
Duur in maanden	2-28 (8.48/4.51)	2-24 (7.34/4.10)	2-28 (8.05/4.39)
Aanv. therapie <i>N</i>			
Ja	7	3	10
Nee	115	74	189

Tabel 3. Beschrijvende gegevens van de YSR

	Jongen (M/SD)	Meisje (M/SD)	Totaal (M/SD)
Leeftijd in jaren	11-19 (14.49/1.88)	11-18 (15.28/1.53)	11-19 (14.87/1.76)
Geslacht <i>N</i>	117	109	226
Etniciteit <i>N</i>			
Autochtoon	97	80	177
Allochtoon	20	29	49
DSM diagnose <i>N</i>			
Ja	7	3	10
Nee	110	106	216
Duur in maanden	1-33 (7.83/5.00)	1-22 (7.39/4.34)	1-33 (7.62/4.69)
Aanv. therapie <i>N</i>			
Ja	3	4	7
Nee	114	105	219