

Running head: Behandeluitkomst bij jeugdigen en ouders

Behandeluitkomst gemeten in een Nederlandse GGz-instelling:
Jeugdigen minder klachten, ouders tevreden over de behandelaar.

Willem in 't Hout

3452034

Master Orthopedagogiek

Universiteit Utrecht

Begeleider: Dr. T. Frijns

Tweede beoordelaar: Dr. E. Reitz

Begeleiding vanuit de stage-instelling: mw. dr. B. Tiemens & mw. drs. M. van Sonsbeek

Datum: 01-07-2011

Abstract

Introduction: Recent research has identified differences between youth and parents on outcome measurements in mental health care. Parents seem to report more symptom change after treatment than youth. The latter report higher satisfaction rates. The correlation of both construct's – symptom change and satisfaction- has been found to be rather low. **Methods:** Using different measuring scales, the aforementioned differences will be tested, within a youth mental health care population. **Results:** Parents as well as youth report symptom reduction, no significant differences were found. Both parents and youth are satisfied with the treatment. They only differ on satisfaction with their therapist. Youth older than 18 years score gradually higher on satisfaction with freedom of choice in treatment. **Conclusion:** Youth' symptoms are reduced, parents are satisfied with the therapist.

Keywords: Outcome measurement, youth, parents, mental health care, satisfaction, symptom change.

Samenvatting

Inleiding: In recent onderzoek naar behandeluitkomst in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden verschillen tussen jeugdigen en ouders gevonden. Ouders zien meer symptoomreductie dan jeugdigen. Jeugdigen zijn meer tevreden dan ouders. De onderlinge samenhang tussen symptoomreductie en tevredenheid blijkt beperkt te zijn. **Methoden:** In dit onderzoek werd met behulp van de SDQ, de OQ-45, de Jeugdthermometer GGZ en de CSM-R voor een Nederlandse populatie jeugdigen en hun ouders in de geestelijke gezondheidszorg deze verschillen getoetst. **Resultaten:** Er blijkt geen verschil in symptoomreductie te zijn, noch in mate van tevredenheid. Wel waarderen ouders de hulpverlener meer dan jeugdigen. Bij jeugdigen boven de 18 jaar blijkt waardering van keuzevrijheid met leeftijd toe te nemen. Er is nauwelijks sprake van samenhang tussen symptoomreductie en tevredenheid. **Conclusie:** De klachten van de jeugdigen zijn afgenomen, ouders zijn tevreden over de behandelaar.

Trefwoorden: behandeluitkomst, jeugdigen, ouders, geestelijke gezondheidszorg, tevredenheid, symptoomreductie.

Behandeluitkomst gemeten in een Nederlandse GGz-instelling:

Jeugdigen minder klachten, ouders tevreden over de behandelaar.

In onderzoeken naar behandeluitkomsten wordt binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie (K&JP) voornamelijk gebruik gemaakt van zelfrapportage vragenlijsten, waarmee symptoomreductie en waardering van behandeling wordt gemeten. Deze vragenlijsten worden veelal voorgelegd aan zowel de jeugdigen zelf als aan hun ouders. Als maat voor de effectiviteit wordt uitgegaan van reductie van symptomen tot een niet-klinisch niveau (Garralda, Yates, & Higginson, 2000; Gowers, Levine, Bailey-Rogers, Shore, & Burhouse, 2002; Ford, Hutchings, Bywater, Goodman, & Goodman, 2009). Jacobsen, Roberts, Berns en McGlinchey (1999) waarschuwen hierbij voor overinterpretatie van symptoomreductie, waarbij cliënten nog altijd ontevreden zijn over het resultaat. Het wordt daarom als wenselijk gezien om mate van tevredenheid mee te nemen in een meting, als maat voor zowel uitkomst als voor kwaliteit van geboden behandeling (Turchik, Karpenko, Ogles, Demireva, & Probst, 2010; Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995). De aanname dat mate van tevredenheid een goed beeld geeft van effectiviteit wordt echter tegengesproken door recent onderzoek (Erlund, Young, Kung, Sherbourne, & Wells, 2003), waarbij onder andere wordt gewezen op de mogelijkheid dat gevonden uitkomsten voortkomen uit gedeelde informant variantie¹. Dit is vooral een probleem wanneer de cliënt zowel de tevredenheid als de symptoomreductie beoordeelt.

In dit artikel wordt symptoomreductie tijdens de behandeling en mate van waardering na behandeling bekeken. De behandelingen worden op een jeugdafdeling van een GGz-instelling geboden. Het aanbod in behandeling is divers, en kan gericht zijn op verscheidene vormen van psychopathologie. De vraag waarop in deze studie een antwoord wordt gezocht is: Zijn cliënten (jeugdigen en ouders) tevreden over hun behandeling en nemen hun klachten af?

Factoren die van invloed zijn op behandeluitkomsten

Recent onderzoek wijst op een veelheid van factoren die van invloed zijn op de uitkomst van de behandelingen in de K&JP (Gowers et al., 2002; Turchik et al, 2010; Weisz et al, 1995; Young, Grusky, Jordan, & Belin, 2006). Hierin kan een onderscheid gemaakt

¹ Gedeelde informant variantie is de samenhang tussen twee constructen die wordt gevonden op basis van het feit dat één informant beide constructen beoordeelt. De samenhang wordt dan beter verklaard door het feit dat er overeenkomst is binnen de informant, dan door de samenhang van de constructen op zich.

worden tussen factoren die gerelateerd zijn aan symptoomreductie en factoren die de mate van waardering beïnvloeden.

Symptoomreductie

Het blijkt dat er een verschil is in de zelfrapportage van symptomen door jeugdigen en de rapportage hiervan door hun ouders. In meerdere studies wordt gevonden dat zowel ouders als jeugdigen over het algemeen een symptoomreductie na de behandeling ervaren (Brann, Coleman, & Luk, 2001; Garralda et al., 2000; Gowers et al., 2002; Mathai, Anderson, & Bourne, 2003; Turchik et al., 2010; Weisz et al., 1995). Ouders zien echter ernstigere symptomen (zowel bij intake, als bij een follow up meting na 6 maanden) en hebben het idee dat de jeugdigen minder goed functioneren, dan de jongeren zelf denken (Turchik et al., 2010). De correlatie tussen de uitkomsten zoals gerapporteerd door ouders en jeugdigen is daarbij laag. Mathai en anderen (2003) vinden een grotere veranderingsscore bij zelfrapportage door jeugdigen, dan in de weergave van hun ouders.

Young en anderen (2000) en Anagnostopoulus en anderen (2006) wijzen op het verschil in uitval tussen groepen en de invloed daarvan op behandeluitkomsten. Zij vinden onder andere dat jongens vaker de behandeling afronden dan meisjes en dat bij een specifieke ontwikkelingsstoornis (zoals ADHD of een autisme spectrum stoornis) de behandeling vaker wordt afgemaakt dan bij de overige DSM-IV stoornissen (Anagnostopoulos et al., 2006). Young en anderen (2000) vinden, in hun studie met een volwassenpopulatie dat uitvallers vaker jonger zijn, wijzend op de populatie jongvolwassenen. De uitvallers onder jeugdigen vallen vermoedelijk vaker in de oudere leeftijdscategorie, wat tevens de groep jongvolwassenen is (Turchik et al., 2010). Garralda en anderen (2000) vinden tot slot dat de duur van de behandeling alleen voor jeugdigen met een stemmingsstoornis van invloed is op de mate van verandering, waarbij een langere duur van de behandeling samengaat met een grotere mate van verbetering.

Mate van waardering (tevredenheid)

De mate waarin waardering wordt uitgesproken in de metingen na de behandeling varieert met leeftijd, geslacht, soort informant en diagnose (Garland et al., 2007; Turchik et al., 2010). In deze studies wordt allereerst genoemd dat zowel de jeugdigen als ouders een de behandeling positief waarderen, maar dat de mate van waardering van de ouders nauwelijks correleert met de waardering door de jeugdigen. Ouders zijn daarbij over het algemeen meer tevreden dan jeugdigen. Er wordt tevens een verschil voor diagnose gevonden: tevredenheid

is bij zowel ouders als jeugdigen hoger bij gedragsstoornissen, dan bij de overige stoornissen en jeugdigen met een aanpassingsstoornis zijn meer tevreden over de behandeling dan jeugdigen met een stemmingsstoornis. Opvallend is het interactie-effect van leeftijd en soort informant: ouders van jonge kinderen zijn meer tevreden dan ouders van adolescenten, terwijl adolescenten meer tevreden zijn dan jonge kinderen. Turchik en anderen (2010) redeneren dat de mate waarin controle over de behandeling wordt ervaren een rol kan spelen. Zo zouden jeugdigen bij toename van de leeftijd meer inspraak (en dus meer controle) krijgen, en geldt voor jeugdigen in de lagere leeftijdscategorie dat hun ouders meer inspraak cq. controle hebben. Garland en anderen (2007) vinden geen verschil voor leeftijd, geslacht, soort informant of diagnose, maar constateren wel een verschil in mate van waardering voor etniciteit (meer tevredenheid voor de autochtone –*Caucasian*- groep) .

Samenhang tevredenheid en symptoomreductie

Er bestaat een discussie over de samenhang tussen tevredenheid en symptoomreductie. Enerzijds wordt een samenhang gevonden, waarbij symptoomreductie gezien wordt als voorspeller voor de mate van tevredenheid (Erlund, et al. 2003). Andere onderzoekers vonden een beperkte correlatie tussen beide constructen, wat volgens hen juist pleit voor het interpreteren van tevredenheid en symptoomreductie als aparte maten voor het vaststellen van behandel-effect. Zij vinden bovendien een relatie tussen de door de ouder gerapporteerde tevredenheid met de behandeling en de door de jeugdige ervaren symptoomreductie. Hiermee wordt de theorie dat de samenhang verklaard kan worden uit *gedeelde* informant variantie tegengesproken (Garland et al., 2007). De samenhang van de constructen wordt namelijk niet gevonden bij beoordeling door één beoordelaar, maar hangt af van het feit dat de beoordeling door twee verschillende beoordelaars wordt verricht. Turchik en anderen (2010) geven aan dat er, zowel voor ouders als voor jeugdigen, een positief verband is tussen mate van tevredenheid en symptoomreductie, maar dat dit verband zwak is. Zij zien dit als bewijs dat er gesproken kan worden twee afzonderlijke constructen, die beiden bijdragen aan het totale behandel-effect.

Door gebruik te maken van metingen bij zowel ouders als jeugdigen en deze aan elkaar te relateren kan binnen de huidige studie het onderscheid tussen effect van gedeelde informant variantie en het effect van het onderzochte construct (symptoombeleving en mate van waardering) beter worden gemaakt. Hiermee wordt de constructvaliditeit verhoogd (Garland et al., 2007).

Verwachtingen voor deze studie

Om meer zicht te krijgen op behandeluitkomsten in de K&JP zijn in deze studie voor- en na de behandeling metingen uitgevoerd. In de voormeting wordt de symptoombeleving van jeugdigen en hun ouders gemeten. Na de behandeling wordt daarnaast ook de mate van waardering gevraagd.

Verwacht werd dat jeugdigen een grotere symptoomreductie rapporteren dan hun ouders. Voor mate van waardering werd verwacht dat ouders over het algemeen meer tevreden zijn dan jeugdigen. Voorts werd verwacht dat ouders van jongere kinderen over het algemeen meer tevreden zijn dan van oudere kinderen (zonder specifieke leeftijdsverwachting) en dat jeugdigen zelf juist meer tevreden zijn naarmate ze ouder zijn. Daarnaast werd verwacht dat er een grotere mate van waardering zou bestaan bij ouders van en jeugdigen met een gedragsstoornis, dan bij de andere stoornissen. Hoewel er een positief verband werd verwacht tussen symptoomreductie en mate van waardering, voor zowel ouders als jeugdigen, werd verwacht dat dit verband zwak zou zijn. Een krachtigere samenhang werd verwacht tussen door jeugdigen gerapporteerde symptoomreductie en door ouders gerapporteerde mate van tevredenheid, waarbij minder symptomen gerapporteerd door jeugdigen samenhangen met meer tevredenheid bij ouders. Alle verwachtingen werden gecontroleerd voor de invloed van leeftijd, sekse, soort diagnose, duur van de behandeling en uitval tijdens de behandeling. Hiervoor zijn geen specifieke verwachtingen geformuleerd.

Methode

Steekproefbeschrijving

Data voor deze studie zijn afkomstig van 2 metingen (voor- en nameting) van een resultaatmeting die sinds 2007 loopt bij een GGz-instelling te Arnhem. De eerste meting (T0) vindt plaats direct na inschrijving en de tweede (TE) na uitschrijving. De steekproefkenmerken zijn opgenomen in Tabel 1. In totaal werden 1265 jeugdigen en 848 ouders benaderd voor deelname. De benaderde jeugdigen zijn op te delen in twee groepen: 11 tot en met 17 jaar oud, en 18 tot en met 23 jaar oud. De benaderde ouders hebben kinderen tussen de 3 en 17 jaar oud. De gemiddelde tijd tussen T0 en TE voor de gehele groep ouders en jeugdigen is 11,7 maanden (range=1-36 maanden, $sd=7,3$).

In Tabel 1 is te zien dat 47,8% van de jeugdigen en 55,4% van de ouders die benaderd zijn, deel heeft genomen aan de beginmetingen. Opvallend is de forse attritie tussen begin- en eindmeting.

De (primaire) diagnoses zijn verdeeld in groepen op basis van de *DSM-IV-TR* indeling (zie Tabel 1). Hierbij geldt dat de groep *overige ontwikkelingsstoornissen* alle stoornissen binnen de categorie ontwikkelingsstoornissen bevat, met uitzondering van de *autisme spectrum stoornissen*. De *overige stoornissen* - groep bevat alle DSM-IV-TR stoornissen die niet in de overige categorieën vallen (o.a. persoonlijkheidsstoornissen). De groep *PDD-NOS* bevat naast de PDD-NOS zelf, ook de Stoornis van Asperger en de Stoornis van Rett (allen eenzelfde DSM-IV-TR codering).

Procedure

Alle deelnemers zijn cliënten (jeugdigen en ouders) van een jeugdafdeling van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg te Arnhem. Deelnemers zijn geworven door alle cliënten waarvan na inschrijving (vóór intake) een e-mailadres beschikbaar was per mail (met daarin een link naar de vragenlijst) uit te nodigen voor deelname aan het onderzoek. Deelnemers konden vervolgens de vragenlijsten vanuit huis op hun computer invullen via een digitaal systeem. Voor de jeugdigen onder de 18 jaar en hun ouders is dit de Strengths and Difficulties Questionnaire ([SDQ]; Goodman, 1998), voor de jeugdigen vanaf 18 tot 23 jaar is dit de Outcome Questionnaire – 45 ([OQ-45]; Lambert et al., 1996, 2004). Na afronding van de behandeling, dat wil zeggen het moment waarop de cliënt werd uitgeschreven, werden de deelnemers opnieuw per mail benaderd met het verzoek deel te nemen aan de nameting. Eenzelfde procedure als bij de voormeting werd gevolgd. Naast de SDQ en OQ werd bij nameting tevens de Jeugdthermometer GGz (Bransen, Wijngaarden, & Kok, 2005) bij jeugdigen van 11 tot 18 jaar en ouders (van jeugdigen tussen de 3 en 18 jaar) afgenomen. Bij jeugdigen van 18 tot en met 23 jaar is bij de nameting de Cliënt Satisfactie Monitor ([CSM-R]; Aarsse, & Van den Brink, 2002) afgenomen. Door gebruikmaking van een digitale vragenlijst is er geen sprake van onbeantwoorde vragen in de vragenlijst (missing data).

De persoonsgegevens (sekse en leeftijd van de jeugdigen), maar ook de zorggegevens (diagnose, aantal face-to-face contacten, aantal no shows, en de inschrijf- en uitschrijfdata) zijn afkomstig uit het zorgregistratiesysteem van de GGz-instelling. Het aantal face-to-face contacten (behandelcontacten) tussen in- en uitschrijving is opgeteld. Dit werd gebruikt als maat voor de duur van de behandeling. De uitval tijdens de behandeling is gemeten door het aantal no shows (niet nagekomen afspraken, zonder afmelding) op te tellen tussen in- en uitschrijving.

Meetinstrumenten

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Nederlandse vertaling van de SDQ (Goodman, 1998). Deze vragenlijst screent psychische problematiek (emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort en problemen met leeftijdsgenoten) en vaardigheden bij kinderen en adolescenten (3-17 jaar). Er zijn daarnaast *impactsupplementen* optioneel toe te voegen die onder andere informatie geven over de intensiteit en duur van de waargenomen moeilijkheden. In de nameting is gebruik gemaakt van een follow-up versie. De zelfbeoordelingsvragenlijst bestaat uit 25-likerttype items, zoals “Ik probeer aardig te zijn voor anderen. Ik hou rekening met hun gevoelens” (in de ouderversie: “Houdt rekening met de gevoelens van anderen”), die beantwoord moeten worden middels een 3-punts antwoordschaal (‘niet waar’, ‘een beetje waar’ en ‘zeker waar’). Het supplement bestaat uit 7 vragen, die worden ingevuld indien de respondent aangeeft dat de moeilijkheden van invloed zijn op emoties, concentratie, gedrag of het vermogen om met andere mensen op te schieten. Zes vragen zijn 4 punts likerttype items (vb. “Maken de moeilijkheden je overstuur of van slag?”) met een schaal hebben die loopt van ‘helemaal niet’ tot ‘heel erg’. Eén vraag (“Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?”) heeft een schaal die loopt van ‘korter dan een maand’ tot ‘meer dan een jaar’. In de follow-up versie is deze vraag vervangen door te vragen naar verandering van de klachten sinds het begin van de behandeling. Subschaalscores kunnen worden berekend door relevante itemscores op te tellen (na hercodering van omgekeerde items; met een bereik van 0-10). Een hogere score op de subschaal ‘prosociaal gedrag’ representeert een *sterke kant*, terwijl een hogere score op de andere vier subschalen een *moeilijkheid* representeert. Een totale score voor problemen (moeilijkheden) kan worden berekend door de subschaalscores op te tellen (bereik: 0-40).

De psychometrische kwaliteit van de Nederlandse versie van de SDQ is redelijk tot goed te noemen, met een cronbach’s alpha variërend van .64 voor jeugdigen tot .70 voor ouders (Muris, Meesters & Van den Berg, 2002). De interne consistentie van de schalen hangt af van de informant. Ten opzichte van vergelijkbare schalen van de CBCL, TRF en YSR is die steeds even goed (indien ingevuld door de leraar), even voldoende (ouders) of even matig (jeugdige zelf). De gemiddelde interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is beduidend hoger dan de gemiddelden die gewoonlijk met andere instrumenten worden gevonden (Van Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003). De COTAN heeft in 2007 de betrouwbaarheid van de SDQ als voldoende beoordeeld.

Outcome Questionnaire - 45 (OQ-45). De OQ (Lambert et al. 1996, 2004) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde niet-stoornisspecifieke vragenlijst voor het meten van behandelresultaten. Met de Outcome Questionnaire worden gegevens verzameld over drie onderwerpen: symptomen, interpersoonlijk functioneren (relaties) en het functioneren in de sociale rol (werk). De OQ bestaat uit 45 stellingen die gescoord worden op een 5-punts antwoordschaal (van 'nooit' tot 'bijna altijd'). De deelnemer wordt geïnstrueerd het antwoord in te vullen dat de huidige situatie (afgelopen week, inclusief de dag van invullen) het beste beschrijft. De OQ-totaalscore, de optelsom van alle itemscores, geeft een indicatie voor de ernst van de problematiek als geheel. Daarnaast geven de scores op de drie subschalen een nader beeld van de aard van de klachten. Voor de interpretatie geldt dat hoe hoger de score is, hoe ernstiger de problematiek en hoe slechter het functioneren.

De OQ is sinds enige jaren beschikbaar in een Nederlandse vertaling. Uit onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten (de Jong & Nugter, 2004; de Beurs, den Hollander-Gijsman, Buwalda, Trijsburg, & Zitman, 2005) blijkt dat betrouwbaarheid en validiteit van deze Nederlandstalige versie voldoende tot goed zijn, en in grote lijnen vergelijkbaar met de originele versie. Bovendien is aangetoond dat met de OQ goed verandering kan worden gemeten. Er zijn afkappunten vastgesteld voor een Nederlandse GGz-populatie (de Jong et al., 2007), om te bepalen of sprake is van 'normale' problematiek of psychopathologie. Verder zijn normen aanwezig voor het bepalen van betekenisvolle klinische verbetering (Reliable Change Index [RCI]; De Jong et al., 2007).

Jeugdthermometer GGz. Voor het meten van de waardering voor de behandeling werd in de nameting een door het Trimbos instituut ontwikkelde *jeugdthermometer GGZ* gebruikt (Bransen, Wijngaarden & Kok, 2003). Er bestaan drie verschillende versies, waarvan twee die door ouders worden ingevuld (gericht op ouderbegeleiding of op de behandeling van hun kind), en één zelfrapportage door de jeugdige is. De vragenlijst bestaat uit 17 items (vb. 'Heb je voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling'). Ieder item heeft twee of drie antwoordmogelijkheden ('ja', 'nee' en in sommige gevallen 'weet ik niet' of 'niet van toepassing'). Eén item meet waardering van de behandeling op een schaal van 1-10. Er zijn twee open vragen (vb. 'Wat moet de instelling volgens jou verbeteren om dit rapportcijfer te verhogen?'). Er zijn acht items met betrekking tot achtergrondgegevens (in de ouderversie zijn dit elf items, in verband met toevoeging van vragen over de ouder zelf, zoals, 'wat is uw geslacht?'). De scoringsmethode is gebaseerd op de 'Patiënt Experience Survey' (Zastowny, 1995; als geciteerd in Kok, & Mulder, 2005). Een

hoog percentage 'ja' betekent een goede zorg en een hoog percentage 'nee' betekent dat de zorg op dit punt nog verbeterd kan worden

Er zijn vier (met factoranalyse onderkende) subschalen te onderscheiden. Dit zijn 'waardering van inspraak', 'waardering van informatie', 'waardering van hulpverlening' en 'waardering van resultaat van de behandeling' (Kok, & Mulder, 2005). Elke schaal kan als subschaalscore berekend worden door optelling (na hercodering van omkeerde items) van de relevante itemscores. Daarnaast kan een totale score worden berekend door optelling van de subschaalscores (eveneens na hercodering). De betrouwbaarheid van deze schalen was in deze studie redelijk tot goed te noemen (Cronbach's alpha = jeugdigen: .65 - .92; ouders over ouderbegeleiding: .55 - .92 en ouders over de behandeling van hun kind: .64 - .87).

Cliënt Satisfactie Monitor – Revised (CSM-R). Waardering werd gemeten met de Cliënt Satisfactie Monitor-R (CSM-R, Aarsse & Van den Brink, 2002). Deze vragenlijst is gebaseerd op de vragenlijsten die zijn gebruikt in landelijk onderzoek in de GGZ en de verstandelijk gehandicaptenzorg (Kooi & Donker, 1991, Jongerius et al., 1995; beiden als geciteerd in Aarsse, 2003). De CSM-R is multidimensioneel en bevat 39 items. Elk item is een stelling waarmee men het geheel eens (score=6) tot en met geheel oneens (score=1) kan zijn. Gebruikte schalen zijn waardering van *ernst van de problematiek* (3 items), *informed consent* (1 item), *keuzevrijheid* (4 items), *vervulling zorgwensen* (1 item), *bejegening door de hulpverlener* (2 items), en *informatie over de behandeling/begeleiding* (3 items). Daarnaast werd een gemiddelde totaalscore berekend. De betrouwbaarheid van deze schalen was in deze studie redelijk tot goed (Cronbach's alpha tussen .64 voor *informed consent* en .80 tot .95 voor de overige schalen).

Analyses

Alle verwachtingen over symptoombeleving (SDQ en OQ) zijn getest met behulp van een herhaalde metingen ANCOVA met meetmoment als binnen personen factor en informant (ouder versus jeugdige) als tussen personen factor. Hierbij zijn achtereenvolgens *leeftijd*, *duur van de behandeling* en *uitval tijdens de behandeling* als covariaat opgenomen. Tevens is bekeken of de verschillen in symptoombeleving tussen begin- en eindmeting een klinisch relevante verandering inhielden. Hiervoor zijn RCI-waarden (Reliable Change Index) berekend. Deze RCI is voor de OQ beschikbaar in de handleiding (Lambert et al., 2004) en is

voor de SDQ berekend op basis van de gestandaardiseerde *Jacobsen-Trueax methode*² (Jacobsen et al., 1999; de Jong & Nugter, 2010). Voor de mate van waardering (Jeugdthermometer GGZ en CSM) is met behulp van MANOVA's gekeken naar de verschillende verwachtingen. Tot slot is met behulp van een hiërarchische regressieanalyse bekeken in hoeverre de symptoombeleving samenhangt met de mate van waardering. De groep ouders die aan hun kinderen gekoppeld kon worden is klein (n=25, zie Tabel 1). Het nagaan van de verwachting van samenhang tussen symptoomreductie bij de ouder en mate van tevredenheid van het kind (en omgekeerd), kon daarom niet (zinnig) worden onderzocht.

Indien er binnen de ANCOVA's significante verschillen gevonden werden voor een tussen personen factor of covariaat, werd Bonferroni's *post hoc* test uitgevoerd. Hiermee werden paarsgewijze vergelijkingen uitgevoerd om de aard van de gevonden significante verschillen te kunnen verduidelijken.

Resultaten

Verkenning van hoofdeffecten

In Tabel 2 zijn de gemiddelde scores en standaarddeviaties op begin- (T0) en eindmetingen (TE) en groepsomvang per (leeftijds)groep weergegeven. Middels explorerende t-tests zijn de verschillen in symptoombeleving en mate van waardering tussen de groepen (jeugdigen en ouders) bekeken. De scores van de ouders op symptoombeleving zijn vergeleken met die van de jeugdigen onder de 18 jaar op T0 ($t(192) = -.68, p = .49$) en TE ($t(180) = -.72, p = .47$) en op mate van waardering (TE; $t(167) = 1.16, p = .25$). De laatste vergelijking is van de ouders alleen verricht voor de scores over de behandeling van hun kind met die van de jeugdigen onder de 18 jaar, omdat de waardering van de ouderbegeleiding niet direct vergelijkbaar is met de waardering van de behandeling van de jeugdige. De groepen (ouders en jeugdigen) blijken geen significante verschillen te vertonen op symptoombeleving per meting, noch op mate van waardering. De gemiddelde leeftijd in de groep jeugdigen is wel significant hoger ($t(202) = 8.28, p < .001$), dan de gemiddelde leeftijd van de behandelde jeugdigen horend bij de groep ouders. Dit is een logisch gevolg van de leeftijdsrange (nl. 3-17 voor de groep ouders en 11-17 voor de jeugdigen).

In Tabel 3 zijn de klinische veranderingsscores voor de OQ en SDQ per beoordelaar weergegeven, waarin te zien is dat voor zowel jeugdigen onder de 18 jaar als ouders in

² Formule Jacobsen-Trueax t.b.v. RCI (uit De Jong & Nugter, 2010): (meting 1 score – meting 2 score) = $1.96(\sqrt{2}(\text{standaarddeviatie} * \sqrt{1 - \text{betrouwbaarheidcoëfficiënt}}))$. Cronbach's alpha's en standaarddeviaties zijn ontleend aan validatieonderzoek van de SDQ in de Nederlandse populatie (Widenfelt et al., 2003).

ongeveer 50% van de gevallen verbetering op is getreden. Voor de jeugdigen boven de 18 jaar zijn deze percentages lager, maar is een klein percentage hersteld, wat in de andere groepen niet voorkomt.

Symptoomreductie

SDQ. Voor de toetsing van de eerste hypothese, te weten een verwacht verschil in gerapporteerde symptoomreductie tussen ouders en jeugdigen, is een *herhaalde metingen ANOVA* verricht. De gemiddelde totaalscores van de *SDQ* op T0 en TE zijn de 2 niveaus van de binnen personen factor (meetmoment), en beoordelaar (ouder vs. jeugdige) is de tussen personen factor in het model. Het verschil tussen T0 en TE blijkt voor de totale groep (ouders én jeugdigen (18-)) significant te zijn ($F(1,174)=97.03, p<.001$), waarbij ouders en jeugdigen niet significant van elkaar verschillen ($F(1,174) = 0.96, p=.33$).

Vervolgens is met behulp van een *herhaalde metingen ANCOVA* bekeken of leeftijd, sekse, diagnose, duur van de behandeling, en uitval tijdens de behandeling invloed heeft op symptoomreductie. Hierbij zijn leeftijd (bij aanmelding), duur van de behandeling (in aantal *face to face* contacten), en uitval tijdens de behandeling (in aantal *no shows*) als continue covariaten aan het model toegevoegd. De overige variabelen zijn als tussen personen factoren opgenomen. In Tabel 4 zijn de resultaten van deze analyse weergegeven. Te zien is allereerst dat het significante hoofdeffect van het verschil in scores op de *SDQ* is verdwenen. Tevens is zichtbaar dat opname van geen van de variabelen een significant effect oplevert, behalve in het geval van het soort diagnose.

Bonferroni's *post hoc* test laat zien dat zowel cliënten met *relationele problematiek* ($p = .006$) als met *identiteitsstoornissen* ($p = .010$) en de *overige ontwikkelingsstoornissen* ($p = .012$) positief significant verschillen (d.w.z. een grotere symptoomreductie rapporteren) met cliënten met een *autistische stoornis*. De *relationele problematiek* verschilt tevens positief significant met de *aanpassingsstoornissen* en de *aandachtstekort- en gedragsstoornissen* (ps zijn resp. $.024$ en $.003$), net als de overige ontwikkelingsstoornissen (ps zijn resp. $.049$ en $.010$). De *identiteitsstoornissen* wijken tevens positief significant af van de *aandachtstekort- en gedragsstoornissen* ($p = .012$) en *PDD-NOS* wijkt negatief significant af (d.w.z. minder symptoomreductie wordt gerapporteerd) van de *relationele problematiek* ($p = .012$), alsook van de *identiteitsstoornissen* ($p = .034$) en de *overige ontwikkelingsstoornissen* ($p = .028$). Samenvattend verschillen de autistische stoornis en *PDD-NOS* het vaakst negatief significant (minder symptoomreductie) met verscheidene stoornissen (relationeel, identiteits- en overige ontwikkelingsstoornissen). De relationele

problematiek verschilt het vaakst positief (meer symptoomreductie) met verscheidene stoornissen (waaronder ADHD/ODD, aanpassingsstoornissen, en dus de autistische stoornis en PDD-NOS). De identiteitsstoornis is daarin vergelijkbaar aan relationele problematiek, hoewel deze niet verschilt met de aanpassingsstoornissen. In Figuur 1 is een grafische weergave opgenomen van de symptoomreductie per diagnosegroep.

OQ. Het verschil in symptoombeleving tussen T0 en TE van de oudste groep jeugdigen (18 – 23 jaar) is eveneens nagegaan met behulp van een *herhaalde metingen ANOVA*, met de totaalscores voor T0 en TE als 2 niveaus van de binnen personen factor *OQ*. We vonden een significante symptoomreductie ($F(1,51) = 11.87, p = .001$).

Een *herhaalde metingen ANCOVA* laat voorts zien dat leeftijd, sekse, soort diagnose, duur van de behandeling, noch de mate waarin cliënten uitvallen tijdens de behandeling een significant effect op de symptoombeleving hebben (Tabel 4). Opneming van genoemde variabelen zorgt wel voor verbleking van het hoofdeffect van de *OQ*.

Mate van waardering

Jeugdthermometer GGZ. Ten eerste wordt de verwachting getoetst dat ouders over het algemeen een hogere mate van waardering uitspreken over de behandeling, dan jeugdigen. Voor het hoofdeffect van beoordelaar op de totale mate van waardering wordt allereerst een *ANOVA* uitgevoerd, met *beoordelaar* als onafhankelijke variabele en *gemiddelde totaalscore op de Jeugdthermometer GGz* als afhankelijke variabele. Hierbij wordt alleen de beoordeling door de ouder van de behandeling van zijn of haar kind gebruikt en vergeleken met de zelfrapportage van de jeugdige. In Tabel 5 zijn de gemiddelden en standaarddeviaties per beoordelaar weergegeven. Er blijkt geen significant verschil tussen beide groepen te bestaan ($F(1,168) = 1.34, p = .248$).

Wanneer dit bekeken wordt per subschaal van de jeugdthermometer, met behulp van een *MANOVA* (de vier subschalen worden als afhankelijke variabelen opgenomen, beoordelaar wederom als onafhankelijke), wordt een ander effect gevonden. De beoordelaar blijkt nu een significant effect te hebben op de mate van waardering ($F(4,164) = 17.75, p < .001$) Het soort *beoordelaar* heeft een significant effect op de subschalen *inspraak* ($F(1,167) = 17.71, p < .001$), *hulpverlener* ($F(1,167) = 1.63, p < .001$), en *waardering van het resultaat van de behandeling* ($F(1,167) = 7.94, p = .005$). Hierbij zijn de gemiddelde waarderingsscores voor de jeugdigen hoger op inspraak en resultaat, terwijl de score voor hulpverlener hoger is bij de ouders (Tabel 5). De subschaal *informatie* verschilt echter niet significant per beoordelaar ($F(1, 167) = 0.05, p = .826$).

Een tweede hypothese is dat er verschillen in mate van waardering worden gevonden, wanneer *leeftijd* als covariaat in de *MANOVA* wordt opgenomen (afhankelijke variabelen zijn de vier subschalen). Alleen de subschaal *waardering van de hulpverlener* verschilt significant per leeftijd ($F(1,167) = 8.58, p = .004$). De scores nemen aanvankelijk toe, met de toename van leeftijd (tussen 5 en 15 jaar). Vervolgens is de score voor 16-jarigen fors lager, waarna de scores weer toenemen tot aan het 20^e jaar. Bij toevoeging van de *beoordelaar* als onafhankelijke variabele worden echter geen significante effecten voor leeftijd gevonden. Een hoofdeffect van leeftijd op totale mate van waardering, nagegaan met een *ANOVA* (totaalscore als afhankelijke- en leeftijd als onafhankelijke variabele), wordt eveneens niet gevonden ($F(15,168) = 1.55, p = .095$).

Een derde verwachting is dat er een grotere mate van waardering bestaat bij ouders van, en jeugdigen met een gedragsstoornis, dan bij de andere stoornissen. Opnieuw wordt een *ANOVA* verricht om het hoofdeffect na te gaan (afhankelijke variabele = gemiddelde totaalscore op mate van waardering, onafhankelijke variabele = diagnose). Er wordt geen significant effect gevonden ($F(9,159) = 0.90, p = .529$). Voorts wordt een *MANOVA* met diagnose per groep als onafhankelijke variabele, en de subschalen als afhankelijke variabelen, uitgevoerd. Ook hier wordt alleen de mate van waardering van de hulpverlener significant veranderd ($F(9,150) = 2.10, p = .032$). Bonferroni's *post hoc* test laat zien dat er alleen een significant verschil is tussen de gemiddelde scores van de *aanpassingsstoornissen* en de *overige ontwikkelingsstoornissen* ($p = .025$). Controle voor sekse, duur van de behandeling en uitval tijdens de behandeling (door allen toe te voegen aan de *MANOVA*) levert geen significante effecten op.

CSM-R. Voor de oudere jeugd (18-23 jaar) bestaan dezelfde verwachtingen als hierboven beschreven, zij het dat er geen direct vergelijking tussen beoordelaars kan worden verricht. De verwachtingen zijn getoetst middels een *MANOVA*, waarbij de 6 subschalen (*oordeel over verandering van ernst van de problematiek, informed consent, keuzevrijheid, vervulling van zorgwensen, bejegening door de hulpverlener, en informatie over de behandeling*) als afhankelijke variabelen zijn opgenomen. De onafhankelijke variabelen zijn leeftijd, sekse, diagnose, duur van de behandeling en uitval tijdens de behandeling. Geen enkele voorspeller verandert de totale mate van waardering significant. De enige uitzondering hierop is de subschaal *keuzevrijheid* die verandert met leeftijd ($F(1,31) = 4.98, p = .033$), waarbij globaal geldt dat hoe ouder de jeugdige is, hoe groter de mate van waardering van de keuzevrijheid is (Figuur 2).

Samenhang symptoomreductie en mate van waardering

SDQ en Jeugdthermometer GGZ. De verwachting dat symptoomreductie en mate van waardering zowel voor ouders als voor jeugdigen, hoewel beperkt, samenhangen is vervolgens nagegaan. Hiervoor wordt een serie *hiërarchische regressie-analyses* uitgevoerd met waardering als afhankelijke variabele (totale waardering en subschalen apart). Hierbij zijn achtereenvolgens de totale verschilscore in symptomen (stap 1), sekse en leeftijd (stap 2), diagnose (stap 3), duur van de behandeling en uitval tijdens de behandeling (stap 4) en beoordelaar (stap 5) aan het model toegevoegd. De uitkomsten van de samenhang van symptoomreductie en de totale mate van waardering werd als eerste getoetst (Tabel 6), waaruit geen significante samenhang werd geconstateerd. Voor de totale groep jeugdigen en ouders blijkt er dus geen samenhang te zijn tussen symptoomreductie en mate van waardering.

Eenzelfde *hiërarchische regressie-analyse* is vervolgens per beoordelaar uitgevoerd (beoordelaar als selecterende variabele; de vijfde stap werd verwijderd). Dan blijkt er enkel samenhang te bestaan tussen de symptoomreductie gemeten op de totale SDQ (dus niet bij analyse per subschaal) en de totaal gemeten waardering van de ouder van de behandeling van zijn of haar kind (Tabel 7). Dit betekent dat er verder geen samenhang is tussen de mate van verschillende waarderingssubschalen en symptoomreductie; niet voor jeugdigen, noch voor hun ouders. Toevoeging van de variabelen diagnose, sekse, leeftijd, duur van de behandeling of uitval tijdens de behandeling aan het model levert geen significante effecten op.

OQ en CSM-R. Om dezelfde verwachting, namelijk samenhang tussen symptoomreductie en mate van waardering, voor de oudere groep jeugdigen (18-23 jaar) te toetsen werd eveneens een *hiërarchische regressie-analyse* verricht (Tabel 8). Allereerst werd de samenhang van de totale OQ met mate van waardering getoetst (model 1). Vervolgens werd de samenhang van de verschillende subschalen van de OQ met de mate van waardering nagegaan (model 2). Geen van de analyses levert een significante samenhang op.

Het toetsen van de samenhang van de totale OQ met de verschillende subschalen van de CSM-R levert significante resultaten op voor mate van waardering ten aanzien van de (afname van) *ernst van de problematiek* ($\beta = -.312$, $p = .033$, $R^2 = .097$), waardering van *informed consent* ($\beta = -.416$, $p = .004$, $R^2 = .173$) en *bejegening door de hulpverlener* ($\beta = -.300$, $p = .041$, $R^2 = .090$). Dit betekent dat de symptoomreductie respectievelijk 9.7%, 17.3%, en 9%

van de verandering in mate van waardering verklaart. Diagnose, leeftijd, sekse, duur van de behandeling, noch uitval tijdens de behandeling heeft effect op één van deze gevonden verbanden.

Discussie

In dit onderzoek werd middels een begin- en eindmeting op twee instrumenten voor symptoombeleving en een eindmeting op twee instrumenten voor waardering van behandeling een resultaatmeting verricht. Doelgroep zijn jeugdigen (11-23jaar) en hun ouders (van jeugdigen tussen 3-17 jaar) van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg te Arnhem. De vraag waarop een antwoord werd gezocht was: Zijn cliënten (jeugdigen en ouders) tevreden over hun behandeling en nemen hun klachten af?

Verwacht werd allereerst dat jeugdigen over het algemeen een grotere symptoomreductie rapporteren dan hun ouders. Hoewel er wel een significante symptoomreductie is gevonden, is een verschil in symptoomreductie tussen de beoordelaars (ouders of jeugdigen) niet gevonden. Beide groepen rapporteren een afname van klachten. Uitgedrukt in een klinisch relevante veranderingsscore wordt zichtbaar dat in alle groepen ongeveer 50 % van de deelnemers geen verandering in symptomen ervaart na de behandeling. De jeugdigen onder de 18 jaar verbeteren in eveneens ongeveer 50 % van de gevallen, zo wordt ook door de ouders in ongeveer 50 % van de gevallen verbetering gezien ten aanzien van symptomen. Bij de jeugdigen vanaf 18 jaar is 13 % verbeterd, bijna 27 % hersteld, maar ook 17% verslechterd na behandeling. In tegenstelling tot eerdere studies (o.a. Garralda et al., 2000; Turchik et al., 2010; Weisz et al., 1995) wordt in deze studie geen verschil in symptoomreductie tussen ouders en jeugdigen gevonden.

Wanneer de verschillende diagnosegroepen met elkaar vergeleken werden op symptoomreductie, bleek dat ouders van en jeugdigen met een autistische stoornis en PDD-NOS minder symptoomreductie rapporteren, dan ouders van en jeugdigen met relationele problematiek, identiteitsstoornissen en overige ontwikkelingsstoornissen. Dit zou kunnen betekenen dat ouders van en jeugdigen met een autistische stoornis en PDD-NOS geen of minder verbetering zien na behandeling. Enerzijds worden vergelijkbare resultaten gevonden in andere onderzoeken, waarbij gewezen wordt op de pervasiviteit van de stoornis. Dit zou betekenen dat symptoomreductie minder snel optreedt of meer tijd nodig heeft. Anderzijds worden voor sommige specifieke behandelingen goede tot zeer goede resultaten gevonden. (Lord & Bishop, 2010; Farley et al., 2009). Belangrijk om te noemen is dat de groep

jeugdigen met een autistische stoornis zowel binnen de groep ouders als bij de jeugdigen zeer klein is (resp. 1.6% en 5.5 % van het totaal).

Voorts werd een verschil verwacht in de mate van waardering tussen ouders en jeugdigen, waarbij ouders van jeugdigen met een jongere leeftijd meer tevreden zouden zijn dan ouders van jeugdigen met een oudere leeftijd. Jeugdigen zouden zelf juist meer tevreden worden naarmate ze ouder worden. Duidelijk wordt dat zowel jeugdigen als ouders een vrij hoge mate van waardering rapporteren. Over het algemeen werd geen grotere mate van waardering gevonden bij de ouders, dan bij de jeugdigen. Dit komt niet overeen met eerdere studies (o.a. Garland et al., 2007; Harrington-Godley, Fiedler, & Funk, 1998). Wanneer per subschaal wordt geanalyseerd, worden wel verschillen gevonden op mate van waardering van de *inspraak*, *het resultaat van de behandeling* en *de hulpverlener*. Laatstgenoemde wordt door ouders hoger gewaardeerd dan door jeugdigen. De andere subschalen worden door jeugdigen gemiddeld hoger gewaardeerd. Dit suggereert dat met name voor de ouders hulpverlenersfactoren van belang zijn in de mate van waardering. Het is onduidelijk welk aspect van de hulpverlener hierin de grootste rol speelt.

Er is in geen van de gevallen een leeftijdseffect, wat betekent dat tevredenheid niet toeneemt met de leeftijd van de jeugdigen. Ook blijkt de tevredenheid van ouders niet toe te nemen bij afname van de leeftijd van hun kind. De enige uitzondering hierop is voor de jeugdigen vanaf 18 jaar. Zij waarden de keuzevrijheid meer, naarmate ze ouder worden.

Deze uitkomsten zijn tegenstrijdig aan een aantal onderzoeken, waarin leeftijd wel een belangrijke factor lijkt te zijn. Andere onderzoeken vinden vergelijkbare resultaten. De invloed van keuzevrijheid op mate van tevredenheid is niet eerder systematisch onderzocht (Garland et al., 2007; Harrington-Godley et al., 1998; Kane & MacIejewski, 1997; Lambert, Salzer, & Bickman, 1998) Wel lijkt het logisch dat bij het toenemen van de leeftijd van de jeugdigen, een levensfase past waarin ze zich bezighouden met het ontwikkelen van een eigen identiteit en vergroten van autonomie. Hierdoor zou het waarden van deze vrijheid om te kiezen belangrijk gevonden kunnen worden. Hoewel verwacht werd dat er een verschil zou zijn voor mate van waardering per diagnosegroep, werd dit niet gevonden.

Ten derde werd verwacht dat er een positieve samenhang tussen symptoombeleving en mate van waardering zou worden gevonden (dat wil zeggen meer reductie van symptomen, hangt samen met een grotere mate van waardering). Dit effect werd echter alleen gevonden voor de totaal verschillscore op de SDQ en de totale mate van waardering. In lijn met eerdere onderzoeken, is dit slechts een matig verband; slechts 3,9% van de variantie in mate van waardering kon worden verklaard door de omvang van de symptoomreductie. Voor de oudere

jeugd wordt een opmerkelijk verband gevonden. De (verschilscore van de) subschaal *symptomen* hangt negatief samen met de totale gemiddelde waarderingsscore. Dit kan worden vertaald als een lagere waardering wanneer symptoomreductie toeneemt. Wanneer een jeugdige dus minder symptomen ervaart, zou de mate van waardering over de totale behandeling afnemen. De correlatie is echter klein en niet significant. Een theoretische onderbouwing van dit resultaat is niet voor handen. Een hypothese zou kunnen zijn dat jeugdigen die een grotere symptoomreductie hebben ervaren, mogelijk minder symptomen bij afsluiting hebben. Dit zou ervoor kunnen zorgen dat zij op dat moment minder positief staan ten opzichte van de behandeling. Dit is in lijn met het onderzoek van Kane en MacIejewski (1997), die vinden dat cliënten die een tevredenheidsmeting invullen, geneigd zijn zich te richten op de actualiteit, in plaats van op de verandering vanaf het begin van de behandeling.

Tot slot werd er samenhang gevonden tussen symptoomreductie en de waardering van achtereenvolgens *de ernst van de problematiek*, *de hulpverlener* en *informed consent* bij jeugdigen vanaf 18 jaar. Ook hiervoor werd gevonden dat toename van symptoomreductie, resulteert in een lagere mate van waardering.

Samenvattend werd in deze studie symptoomreductie gevonden, gerapporteerd door zowel jeugdigen als ouders. Er werden geen verschillen hierin gevonden. Dit is in tegenspraak tot eerder onderzoek. Zowel ouders als jeugdigen blijken tevreden zijn met de geboden behandeling, waarbij geen van de groepen meer tevreden is dan de ander. Wel is het zo dat ouders meer tevreden zijn over de hulpverlener, terwijl jeugdigen meer tevreden zijn over de inspraak en het resultaat van de behandeling. Dit komt niet overeen met eerder gevonden resultaten. De samenhang tussen symptoomreductie en mate van waardering is net als in ander studies een zwak verband.

Beperkingen en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo zijn de diagnosegroepen niet gelijkmatig verdeeld, met een onevenredig grote groep PDD-NOS/Asperger/Stoornis van Rett. Het feit dat de afdeling Jeugd tot 23 jaar loopt, zou hierop van invloed kunnen zijn. Een verdeling in groepen bij jongvolwassenen (vanaf 18 jaar) los van die van de jeugdigen, levert mogelijk een gelijkmatigere verdeling op. Hiermee zou ook een te grote 'restcategorie' kunnen worden voorkomen. Een andere oplossing is het wegen van de verschillende groepen naar omvang. Bij vervolg onderzoek dient hier rekening mee gehouden te worden.

Een andere beperking is het feit dat groepen niet gekoppeld vergeleken konden

worden. Dat wil zeggen dat er niet gekeken is naar kruisverbanden tussen ouders en hun kinderen. De groep waarvan deze gegevens bekend waren, was te klein voor zinvolle analyse.

Ook is het de vraag of het soort behandeling dat geboden wordt invloed heeft op de gevonden effecten. Zo is het goed denkbaar dat een groepspsychotherapie hele andere uitkomsten laat zien dan een individuele psycho-educatie. Deze gegevens worden echter niet eenduidig in het zorgregistratiesysteem van deze GGz-instelling vastgelegd, waardoor het effect hiervan niet in de analyse meegenomen kon worden. Aangezien er in het verleden wel duidelijke effecten gevonden zijn bij specifieke behandelingen gericht op autisme spectrum stoornissen, zou het in deze studie uitblijven van een symptoomreductie voor deze doelgroep, met nadere analyse per behandelsoort ondervangen kunnen worden.

Tot slot lijkt het aan te bevelen om in de groep jongvolwassenen leeftijdsfase-specifieke voorspellers in vervolgonderzoek op te nemen. Zo zou de identiteitsontwikkeling een rol kunnen spelen in de wijze waarop behandeling gewaardeerd wordt. Wanneer een jongvolwassene bijvoorbeeld meer gericht is op autonomieontwikkeling, zullen waardering van keuzevrijheid en informed consent mogelijk een grotere invloed hebben op het totale effect.

Ondanks deze tekortkomingen draagt deze studie bij aan het beter begrijpen van behandeluitkomsten in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er worden duidelijke aanwijzingen gevonden voor het belang van hulpverlenersfactoren voor de tevredenheid van ouders. Daarnaast is het belang van kennis over de invloed van autonomieontwikkeling op behandeluitkomst benadrukt.

Referenties

- Anagnostopoulos, D.C., Vlassopoulos, M., Lazaratou, H., Tzavara, C., Zeliou, G., & Ploumpidis, D. (2006). Evaluating mental health services in a Greek community. *European child and adolescent psychiatry, 15*, 435 – 441.
- Aarsse, H. R. (2003). De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg. Een prospectief onderzoek naar factoren die cliënttevredenheid voorspellen in de Geestelijke Gezondheidszorg en de Verslavingszorg [The Meaning of Client Satisfaction as an Indicator for Quality of Care. A Predictive Study on Factors that Predict Client Satisfaction in Addiction and Mental Health Care]. Amsterdam: Thela Publishers.
- Aarsse, H.R., & van den Brink, W. (2002). *Cliëntsatisfactie in de Geestelijke Gezondheidszorg en de verslavingszorg. Een prospectief onderzoek naar determinanten en de relatie met behandeluitkomst*. AIAR, Amsterdam.
- de Beurs, E., den Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, W., Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: Een meetinstrument voor meer dan alleen psychische klachten. *De Psycholoog, 40*, 393-400.
- Brann, P., Coleman, G., & Luk, E. (2001). Routine outcome measurement in a child and adolescent mental health service: An evaluation of HoNOSCA. *Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 370 – 376.
- Bransen, M., Wijngaarden, B. van, & Kok, I. (2003). *De ontwikkeling van de GGZ Jeugdthermometer. Verslag van een pilotstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Erlund, M.J., Young, A.S., Kung, F.Y., Sherbourne, C.D., & Wells, K.B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Services Research, 38* (2), 631 – 645.
- Farley, M.A., McMahon, W.M.M., Fombonne, E., Jenson, W.R., Miller, M.G., Block, H., Pingree, C.B., Ritvo, E.R., Ritvo, R.A., & Coon, H. (2009). Twenty-Year Outcome for Individuals With Autism and Average or Near-Average Cognitive Abilities. *International Society for Autism Research, 2*, 109 – 118.
- Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, 42*, 953 – 961.
- Ford, T., Hutchings, J., Bywater, T., Goodman, A., & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire added value scores: evaluating effectiveness in child mental

- health interventions. *British Journal of Psychiatry*, 194, 552 – 558.
- Garland, A.F., Haine, R.A., & Lewczyk Boxmeyer, C. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30, 45-54.
- Garralda, M.E., Yates, P., & Higginson, I. (2000). Child and adolescent mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 52-58.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A., & Burhouse, E. (2002). Use of a routine , self-report measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental health services. *British journal of psychiatry*, 180, 266 – 269.
- Harrington-Godley, S., Fiedler, E.M., & Funk, R.R. (1998). Consumer satisfaction of parents and their children with child/adolescent mental health services. *Evaluation and program planning*, 21, 31 – 45.
- de Jong, K., & Nugter, A. (2004). De Outcome Questionnaire: psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. *Nederlands tijdschrift voor de psychologie*, 59 (3), 76-80.
- de Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, Ph., & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 14:288-301.
- de Jong, K., & Nugter, A. (2010). Vergelijkbaarheid van uitkomsten (conceptversie). *Interne notitie ROM GGz project*. GGz Nederland.
- Jacobsen, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining determining the clinical significance of treatment effects: Description, application and alternatives. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67 (3), 300 – 307.
- Kane, R.L., & MacIejewski, M.F. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*, 35 (7), 714 – 730.
- Kok, I., & Mulder, E. (2005). *Cliëntwaardering in de GGZ. Handleiding bij diverse thermometers (versie 2005)*. Trimbos instituut: Utrecht.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., & Clouse, G.C., et al. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, W., Salzer, M.S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome , consumer satisfaction,

- and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66 (2), 270 – 279.
- Lambert, M.J., Morton, J.J., Hatfield, D.R., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa K., et al. (2004). Administration and scoring manual for the OQ-45.2 (Outcome Questionnaire) (3 ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Lord, C. & Bishop, S.L. (2010). Autism Spectrum Disorders; Diagnosis, prevalence, and services for children and families. *Sharing child and youth development knowledge*, 24 (2), 1 – 27.
- Mathai, J., Anderson, P., & Bourne, A. (2003). Use of Strengths and Difficulties Questionnaire as an outcome measure in a child and adolescent mental health service. *Australasian Psychiatry*, 11(3), 334 – 337.
- Muris, P., Meesters, C., & Van den Berg, F. (2003). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Turchik, J.A., Karpenko, V., Ogles, B.M., Demireva, P., & Probst, D.R. (2010). Parent and adolescent satisfaction with mental health services: does it relate to youth diagnosis, age, gender, or treatment outcome? *Community mental health journal*, 46, 282 – 288.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin*, 117 (3), 450 – 468.
- van Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 281-289.
- Yates, P., Kramer, T., & Garralda, E. (2006). Use of a routine mental health measure in a adolescent secure unit. *British journal of psychiatry*, 188, 583 – 584.
- Young, A.S., Grusky, O., Jordan, D., & Belin, T.R. (2000). Routine Outcome Monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51 (1), 85 – 91.

Tabel 1

Steekproefbeschrijving

	T0		TE			T0 + TE	
	Jeugdigen (%*)	Ouders	Jeugdigen	Ouders	Jeugdigen	Ouders	Gekoppeld
F	341	157	129	51	79	45	11
M	264	313	73	109	46	100	14
Totaal	605 (47.8)	470 (55.4)	202 (25.3)	160 (42.8)	125	145	25
Leeftijd: m (sd)	16.3 (2.2)	9.9 (3.4)	16.4 (2.0)	9.2 (3.2)	16.5 (1.9)	9.2 (3.9)	12.6 (2.4)
Stemming~	55 (9.1**)	11 (2.3)	18 (8.9)	3.6 (1.9)	11 (8.8)	3 (2.1)	2 (8)
Autistische~	12 (1.9)	30 (6.4)	2 (1)	9 (5.6)	2 (1.6)	8 (5.5)	1 (4)
Angst~	82 (13.6)	23 (4.9)	50 (24.8)	8 (5.0)	33 (26.4)	8 (5.5)	4 (16)
Aanpassing~	50 (8.3)	43 (9.1)	15 (7.4)	13 (8.1)	9 (7.2)	12 (8.3)	2 (8)
ADHD/ODD	73 (12.1)	82 (17.4)	15 (7.4)	24 (15)	9 (7.2)	21 (14.5)	3 (12)
Relationeel	24 (3.9)	40 (8.5)	12 (5.9)	16 (10)	8 (6.4)	15 (10.3)	2 (8)
Ontwikkelings~ ^a	60 (9.9)	80 (17)	9 (4.5)	25 (15.6)	7 (5.6)	20 (13.8)	3 (12)
Identiteits~	66 (11)	13 (2.8)	24 (11.9)	4 (2.5)	18 (14.4)	4 (2.8)	1 (4)
Overige ~ ^b	65 (10.7)	17 (3.6)	23 (11.4)	7 (4.4)	9 (7.2)	7 (4.8)	1 (4)
PDD-NOS ^c	82 (13.6)	101 (21.5)	23 (11.4)	43 (26.9)	13 (10.4)	41 (28.3)	6 (24)

Noot. F=meisje, M=jongen. * = percentage van genodigde respondenten. ** = percentage van totale subgroep (jeugdigen/ouders) per meting. ~ = stoornissen. a = alle niet in een andere diagnosegroep benoemde DSM-IV-TR ontwikkelingsstoornissen, b = alle overige, niet in een andere diagnosegroep benoemde, DSM-IV-TR stoornissen, c = PDD-NOS, Stoornis van Asperger, en – Rett.

Tabel 2

Beschrijvende statistiek

		T0		TE				T0 + TE					
		Jeugdigen		Ouders		Jeugdigen		Ouders		Jeugdigen		Ouders	
Instrument:		11-17 (n=321)	18-23 (n=284)	(n=470)	11-17 (n=92)	18-23 (n=110)	Beh. Kind (n=138)	Ouderbeg. (n=83)	11-17 (n=60)	18-23 (n=64)	Beh. Kind (n=121)	Ouderbeg. (n=76)	
	SDQ:	T0	15.82 (5.98)		18.03 (6.44)					16.13 (5.58)		16,76 (6.47)	18.05 (6.19)
	TE				11.64 (6.18)		12.60 (6.37)	13.16 (6.29)	11.85 (6.56)		12.45 (6.39)	13.22 (6.52)	
OQ-45:	T0		79.5 (22.6)							76.9 (21.3)			
	TE					64.7 (27.1)				63.6 (24.1)			
Jeugdth. GGz					3.20 (1.05)		3.01 (1.02)	2.95 (0.96)	3.25 (0.99)		3.05 (1.01)	2.96 (0.89)	
CSM-R						4.41 (1.34)				4.39 (1.20)			

Noot. Alle weergegeven scores zijn gemiddelden en (standaarddeviaties). Beh. Kind = Ouders over de behandeling van hun kind; Ouderbeg.= ouders over de ouderbegeleiding; a = SDQ= totaalscore SDQ; OQ-45=totaalscore OQ-45; Jeugdth. GGz=totaalscore Jeugdthermometer GGz; CSM-R= totaalscore CSM-R. T0=beginmeting; TE=eindmeting; T0-TE= groep respondenten waarbij zowel een begin- als eindmeting aanwezig is.

Noot 2. Onderscheid tussen beoordeling van ouder van ouderbegeleiding en van de behandeling van hun kind, vindt plaats op TE op basis van de Jeugdthermometer.

Tabel 3

Klinisch relevante verandering (RCI) per beoordelaar.

<i>Beoordelaar</i>	<i>Verslechtering</i>	<i>Geen verandering</i>	<i>Verbetering</i>	<i>Herstel</i>
Jeugdigen 18-	2 %	50 %	48 %	0
Jeugdigen 18+	17.3 %	42.3 %	13.5 %	26.9 %
Ouders ^a	6.3 %	48.4 %	45.2 %	0

Noot. % = percentage van subgroep (beoordelaar) dat binnen deze categorie valt.

Tabel 4

Herhaalde metingen ANCOVA voor de SDQ en de OQ.

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>dfE</i>	<i>p</i>
SDQ	1.414	1	128	.237
Leeftijd	0.486	1	128	.487
Geslacht	0.208	1	128	.649
Diagnose	2.148	9	128	.030*
Beoordelaar (ouder vs. jeugdige)	0.014	1	128	.907
Duur van de behandeling ^a	0.736	1	128	.392
Uitval tijdens de behandeling ^b	1.890	1	128	.172
OQ	1.979	1	34	.169
Leeftijd	0.081	1	34	.777
Geslacht	0.007	1	34	.935
Diagnose	0.316	8	34	.954
Duur van de behandeling ^a	0.007	1	34	.932
Uitval tijdens de behandeling ^b	1.922	1	34	.175

Noot. *= $p < .05$, **= $p < .001$, a = duur in aantal *face to face* contacten, b = in aantal no shows tussen start en eind van de behandeling.

Tabel 5

Jeugdthermometer GGZ per beoordelaar.

Beoordelaar	Totaalscore m (sd)	Informatie m (sd)	Inspraak m (sd)	Resultaat m (sd)	Hulpverlener m (sd)
Jeugdigen	3.05 (1.01)	0.81 (0.05)	0.93 (0.04)	0.81 (0.06)	0.71 (0.04)
Ouders ^a	3.25 (0.99)	0.79 (0.03)	0.71 (0.03)	0.62 (0.04)	0.93 (0.02)

Noot. a = beoordeling van ouders van de behandeling van hun kind.

Tabel 6

Hierarchische multiple regressieanalyse SDQ en Jeugdthermometer GGZ

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
<i>Model 1</i>				
Verschilscore SDQ	-0.03	0.02	-.15	.062
<i>Model 2</i>				
Verschilscore SDQ	-0.03	0.02	-.15	.070
Sekse	0.07	0.18	.03	.713
Leeftijd	0.01	0.02	.04	.672
<i>Model 3</i>				
Verschilscore SDQ	-0.03	0.02	-.15	.067
Sekse	0.07	0.18	.03	.702
Leeftijd	0.01	0.02	.04	.623
Diagnose	0.01	0.03	.04	.660
<i>Model 4</i>				
Verschilscore SDQ	-0.03	0.02	-.15	.080
Sekse	0.06	0.18	.03	.737
Leeftijd	0.01	0.02	.04	.614
Diagnose	0.02	0.03	.05	.553
Duur van de behandeling	0.01	0.01	.08	.364
Uitval tijdens de behandeling	-0.01	0.04	-.01	.949
<i>Model 5</i>				
Verschilscore SDQ	-0.03	0.02	-.15	.067
Sekse	0.02	0.18	.01	.898
Leeftijd	-0.01	0.03	-.01	.957
Diagnose	0.02	0.03	.05	.526
Duur van de behandeling	0.01	0.01	.08	.380
Uitval tijdens de behandeling	-0.01	0.04	-.01	.883
Beoordelaar	-0.24	0.23	-.10	.298

Noot. Afhankelijke variabele = totale mate van waardering. Model 1: $R^2 = .023$, Model 2: $\Delta R^2 = .002$, Model 3: $\Delta R^2 = .001$, Model 4: $\Delta R^2 = .007$, Model 5: $\Delta R^2 = .007$

Tabel 7

Hiërarchische multiple regressieanalyse SDQ en Jeugdthermometer GGZ voor ouders.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
<i>Model 1</i>				
Verschilscore SDQ	-0.04	0.02	-.19	.037*
<i>Model 2</i>				
Verschilscore SDQ	-0.04	0.02	-.20	.038*
Sekse	0.08	0.22	.03	.722
Leeftijd	-0.01	0.03	-.02	.815
<i>Model 3</i>				
Verschilscore SDQ	-0.04	0.02	-.20	.040*
Sekse	0.08	0.22	.03	.723
Leeftijd	-0.01	0.03	-.02	.817
Diagnose	3.23	0.04	.00	.999
<i>Model 4</i>				
Verschilscore SDQ	-0.04	0.02	-.19	.051
Sekse	0.06	0.22	.03	.797
Leeftijd	-0.01	0.03	-.03	.779
Diagnose	0.01	0.04	.02	.852
Duur van de behandeling	0.01	0.01	.11	.306
Uitval tijdens de behandeling	0.03	0.07	.05	.648

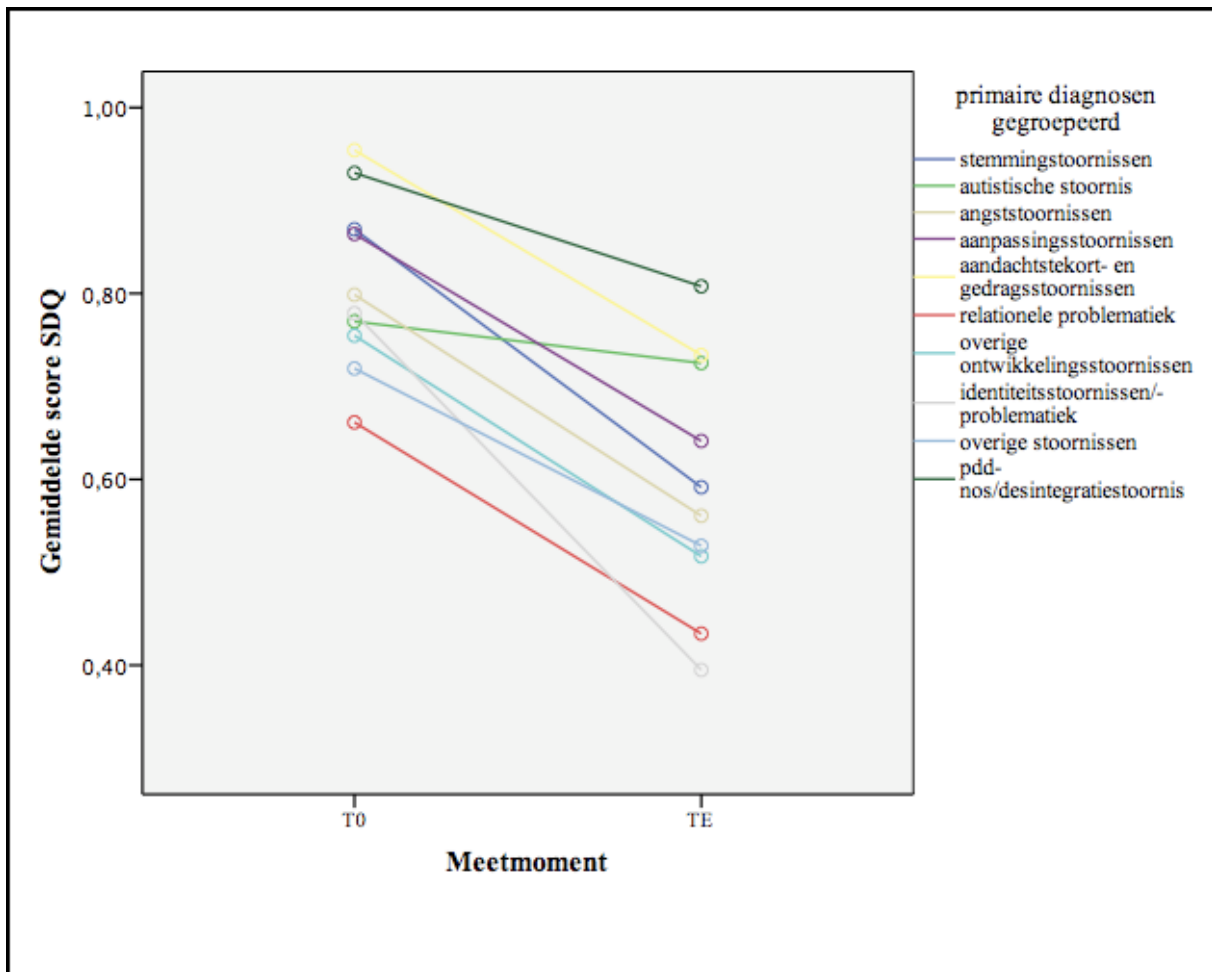
Noot. Afhankelijke variabele = totale mate van waardering. Model 1: $R^2 = .023$, Model 2: $\Delta R^2 = .002$, Model 3: $\Delta R^2 = .001$, Model 4: $\Delta R^2 = .007$, Model 5: $\Delta R^2 = .007$

Tabel 8

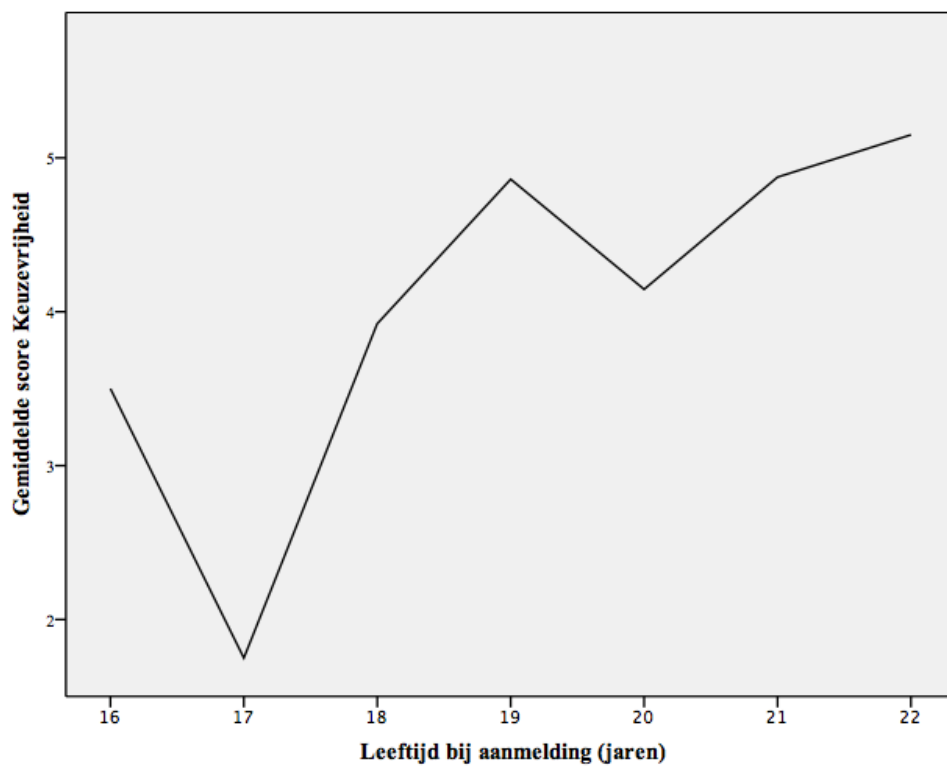
Hiërarchische multiple regressieanalyse OQ en CSM-R.

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>p</i>
<i>Model 1</i>				
Verschilscore OQ	-0.01	0.01	-.21	.142
<i>Model 2</i>				
Verschilscore OQ	-0.03	0.02	-.61	.147
Verschilscore OQ: sociale rol	0.03	0.06	.15	.563
Verschilscore OQ: interpers. relaties	0.05	0.05	.32	.309

Noot. Afhankelijke variabele = totale mate van waardering. Model 1: $\Delta R^2 = .044$, $p = .142$. Model 2: $\Delta R^2 = .023$, $p = .573$.



Figuur 1. Gemiddelde SDQ scores op T0 en TE per diagnosegroep.



Figuur 2. Subschaal OQ: Keuzevrijheid per leeftijd.