

In de roos

*Een onderzoek naar de doeltreffendheid van de module Orthopedagogische
Gezinsbegeleiding van Elker Jeugd- en opvoedhulp*

*A research on the efficiency of the module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding
of the institution Elker jeugd- en opvoedhulp (Elker Child and Youth Care)*



Naam: Patricia Grave

Studentnummer: 1972227

Begeleider: Dr. J. Metselaar

Tweede beoordelaar: Drs. S. te Meerman

Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Afdeling Orthopedagogiek

Masterthesis, Juni 2014

Definitieve versie

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis die ik als onderdeel van de masteropleiding Pedagogische Wetenschappen heb geschreven. Dit betreft een thesis over de doeltreffendheid van de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding van de instelling Elker Jeugd- en opvoedhulp. Tijdens het schrijven van deze thesis heb ik veel geleerd over praktijk gestuurd effectonderzoek. Zo heb ik onder andere gezien hoe de uitkomsten van praktijk gestuurde onderzoeken kunnen bijdragen aan een verbetering van de praktijk.

Aan de totstandkoming van deze thesis hebben verschillende mensen bijgedragen waarvoor ik ze graag wil bedanken. Allereerst wil ik graag mijn begeleider Dr. J. Metselaar bedanken voor de prettige ondersteuning en goede feedback. Daarnaast wil ik ook graag de medewerkers van de instelling Elker Jeugd- en opvoedhulp bedanken en in het bijzonder mijn begeleider Mvr. De Lange voor de ruimte en ondersteuning die mij geboden is tijdens mijn onderzoeksstage. Ook wil ik graag Drs. S. te Meerman bedanken voor het lezen en beoordelen van mijn thesis. Als laatst wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken voor het ondersteunen, helpen, luisteren en lezen.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van deze thesis.

Patricia Grave,

Hoogezand, Mei 2014

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1. Effectiviteit	7
1.2. “Evidence-based” interventies	7
1.3. Orthopedagogische gezinsbegeleiding	8
1.4. Actualiteit	9
1.5. Vraagstelling	9
2. Theorie	11
2.1. “Evidence-based” interventies	11
2.2. Doeltreffendheid	12
2.3. Input, Throughput, Output	12
2.4. Prestatie-indicatoren	13
2.5. Hulp aan huis	16
2.6. Intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding	17
2.7. Multi-probleemgezinnen	17
2.8. Orthopedagogische gezinsbegeleiding	18
2.9. Samenvatting	18
3. Methode	20
3.1. Deelstudie 1. Kenmerken van de doelgroep	20
3.2. Deelstudie 2. Het hulpverleningstraject	26
3.3. Deelstudie 3. Uitkomsten	28
4. Resultaten	30
4.1. Deelstudie 1. Kenmerken van de doelgroep	30
4.2. Deelstudie 2. Het hulpverleningstraject	34
4.3. Deelstudie 3. Uitkomsten	35
4.4. Samenvatting van de resultaten	39
5. Conclusie en discussie	42
5.1. Kenmerken van de doelgroep	42
5.2. Het hulpverleningstraject	43
5.3. Uitkomsten	43
5.4. Beantwoording van de hoofdvraag	44
5.5. Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek	45

5.6. Aanbevelingen	46
Literatuur	48
Bijlage 1. Toelichting varianten van Orthopedagogische Gezinsbegeleiding	56
Bijlage 2. Exit-vragenlijst jongeren	57
Bijlage 3. Het afsluitformulier en woonplek bij einde	58
Bijlage 4. Toelichting op de Doelendatabase van Bureau Jeugdzorg	60
Bijlage 5. Tabellen kenmerken van de doelgroep als de groep nul t/m drie jaar niet wordt meegerekend.	62
Bijlage 6. Frequenties van de verschillende hulp vormen.	63

Samenvatting

De laatste jaren is er steeds meer vraag naar “evidence-based” interventies. In de jeugdzorg zijn de meeste interventies echter nog onvoldoende “evidence-based”. Om zicht te krijgen op de effectiviteit is in onderhavig onderzoek gekeken naar de doeltreffendheid van de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding van de instelling Elker Jeugd- en opvoedhulp. Dit is onderzocht aan de hand van drie inhoudelijke aspecten van de zorg: de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorguitkomst. Er is gebruik gemaakt van twee verschillende datasets om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen geven van de module. Uit onderhavig onderzoek blijkt dat Orthopedagogische Gezinsbegeleiding de beoogde doelgroep bereikt. Tevens blijkt dat er sprake is van een hoge mate van doelrealisatie, een positieve reden van beëindiging van het zorgtraject en een hoge mate van cliënttevredenheid. Deze indicatoren lijken te wijzen op een hoge mate van doeltreffendheid. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de gestelde doelen niet geheel overeenkomen met de gebieden waarin de problematiek zich voordoet. Ouders geven aan voornamelijk problemen te ervaren rondom het gedrag van de jongere en hebben over het algemeen een zwak sociaal netwerk. De gestelde doelen richten zich echter voornamelijk op de opvoeding en de ouder zelf. Er wordt aangeraden de problematiek van de cliënten te monitoren en de hulpverlening hier op af te stellen.

Abstract

The last few years there has been an increase in demand for evidence-based interventions. However, in childcare most interventions are not sufficiently evidence-based. To gain insight in the effectiveness, the study reported in this thesis aims to provide information about the efficiency of the module *Orthopedagogische Gezinsbegeleiding* of the institution *Elker jeugd- en opvoedhulp (Elker Child and Youth Care)*. This has been researched on the basis of three contents of the care system: the supply and demand of care and the outcomes of the given care. Two different datasets have been used to provide the most complete picture of the module. This research shows that the target group of Orthopedagogische Gezinsbegeleiding is indeed the intended target group. Secondly it also shows that there is a high level of goal attainment, a positive reason for termination of the care trajectory and a high level of client satisfaction. These indicators suggests a high level of efficiency. However, the research also shows that the targeted goals do not completely overlap with the areas in which the problems

occur. Parents report severe to very severe problems in the child's behaviour and experienced a weak social network. The targeted goals however primarily focus on parenting and the parents themselves instead of for instance the social network. It is advised to monitor the problem areas of the client and to adjust the given care based on that information.

1. Inleiding

In 2010 heeft het kabinet Rutte I besloten dat de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor alle vormen van jeugdzorg wordt gedecentraliseerd naar gemeenten. Deze transitie moet op 1 januari 2015 een feit zijn en gaat gepaard met een transformatie van de jeugdzorg. Zorg moet zo licht mogelijk, het sociale netwerk van een gezin wordt versterkt en er wordt veel ingezet op preventie (Salih, 2013). Niet alleen de gemeenten maar ook zorgaanbieders bereiden zich voor op deze inhoudelijke verandering van de jeugdzorg. Er wordt getracht een zo goed mogelijk beeld te geven van de interventies die zorgaanbieders aanbieden.

Onderhavig onderzoek heeft betrekking op de praktijk van de jeugdzorg, in het bijzonder de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (OG) van Elker Jeugd- en Opvoedhulp, in deze veranderende context. In deze inleiding komt kort de effectiviteit van jeugdzorg en de module OG aan bod. De inleiding wordt afgesloten met de vraagstelling voor het onderzoek.

1.1 Effectiviteit

In 2009 bestonden er in de Tweede Kamer zorgen over het functioneren van de jeugdzorg. Om de problemen in kaart te brengen en om een analyse te maken van de oorzaken van deze problemen is de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg opgericht. De werkgroep heeft in haar analyse o.a. aangegeven dat de effectiviteit van de jeugdzorg moet worden verbeterd. Er zal volgens de werkgroep in de toekomst nog meer gewerkt moeten worden met “evidence-based” methodieken en met beschrijvingen van doelstellingen en de beoogde resultaten van de interventies (Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, 2010). In de nieuwe Jeugdwet is de vraag naar effectiviteit meegenomen. Paragraaf 4.1 van deze wet beschrijft de vereiste kwaliteit van jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen. Hierin staan veiligheid, cliëntgerichtheid, doelmatigheid en doeltreffendheid centraal. Dit betekent volgens de wet tevens dat er systematisch moet worden gewerkt aan de bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening (Jeugdwet, 2013).

1.2 “Evidence-based” interventies

Naast de druk die de overheid uitoefent om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren, wil men in de praktijk ook zicht op de effectiviteit van de geboden zorg. Beslissingen binnen de hulpverlening worden volgens Bower en Gilbody (2010) gemaakt op basis van de kennis van de hulpverlener. Deze kennis is klinisch en gebaseerd op ervaringen. Aan de andere kant wil

men graag objectief en transparant te werk gaan. Men wil de bestaande interventies toetsen om inzicht te krijgen in de kwaliteit. Tegelijkertijd kan daarmee het bestaan van deze interventies gelegitimeerd worden (Veerman & Van Yperen, 2008). Kortom: er is vraag naar “evidence-based” interventies.

In de jeugdzorg zijn de meeste interventies nog onvoldoende “evidence-based” (Veerman, Wilschut, Ooms & Roosma, 2010). Veerman en Van Yperen (2008) geven aan dat naar schatting slechts zo’n één tot vijf procent van de interventies onderzocht is. Veerman en Van Yperen (2008, p25) beschrijven een model, de effectladder, waarmee de mate van effectiviteit van een interventie kan worden beschreven. Hierin zijn vier niveaus verwerkt die hieronder van hoog naar laag staan beschreven:

4. Werkzaam
3. Doeltreffend
2. Veelbelovend
1. Potentieel

Op het eerste niveau, onder aan de ladder, bevinden zich interventies die duidelijk zijn beschreven. Elementen als doel, doelgroep, context en randvoorwaarden moeten in deze beschrijving worden opgenomen. Op het tweede niveau van de ladder bevinden zich interventies die naast deze beschrijving ook een theoretische onderbouwing hebben. Om het derde niveau te bereiken moet kunnen worden aangetoond dat de doelen zijn behaald, de problemen zijn afgenomen en dat de cliënten tevreden zijn. De kernwoorden: “cliëntgerichtheid”, “doelmatigheid” en “doeltreffendheid” zoals genoemd in de nieuwe Jeugdwet sluiten aan bij dit niveau van de effectladder. Ten slotte bevindt een interventie zich op het laatste, en tevens hoogste, niveau als kan worden bewezen dat de behaalde resultaten veroorzaakt zijn door de interventie en niet door externe omstandigheden (Veerman & Van Yperen, 2008).

1.3 Orthopedagogische gezinsbegeleiding

Een van de hulpvormen waar al dieper is ingegaan op de vraag naar de effectiviteit is Hulp aan Huis (Roosma & Tönjes, 2008). Hulp aan Huis is een programma voor gezinnen in een crisissituatie, gezinnen met ernstige opvoedingsproblemen en multi-probleemgezinnen. Dit programma bestaat uit meerdere modules, een van deze modules is Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) (Veerman & de Meyer, 2006). De module IOG is een behandeling met een tweeledig doel:

1. Het verbeteren van het gezinsklimaat zodat het kind er veilig in kan opgroeien en zich kan ontwikkelen.
2. Het bieden van inzicht in eigen vaardigheden van de gezinsleden en het aanleren van gebruik maken van het sociale netwerk.

De behandeling vindt bij de cliënten thuis plaats (Nederlands Jeugdinstituut, 2013a). Volgens het Panel Jeugdzorg (2006) is deze module goed onderbouwd. Daarmee is de module opgenomen in de databank voor effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI).

Ook binnen de organisatie Elker Jeugd- en Opvoedhulp te Groningen (Elker) werd er sinds november 1996 gewerkt met de module IOG (Elker, 2010). Lange wachtlijsten bleken een knelpunt te zijn (Van Schot & Van der Steege, 1998). Om dit te voorkomen is er nog eens goed gekeken naar zowel de module IOG als de module Ouderbegeleiding (Benneker, 2010). Deze twee modules zijn samengevoegd tot de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (OG) (Elker, 2010). De module OG is beschreven in een methodiekboek. Hierin wordt de doelgroep, het doel, het proces en de houding van de hulpverlener beschreven. Tevens wordt er een theoretische onderbouwing van de interventie gegeven. Deze module kan zelfstandig, volgend op of in combinatie met andere modules worden aangeboden. (Elker, 2010). De module bevindt zich volgens Benneker (2010) op het tweede niveau van de hierboven beschreven effectladder (veelbelovend) en is echter (nog) niet aangemeld voor en opgenomen in de databank voor effectieve jeugdinterventies.

1.4 Actualiteit

In verband met de transitie zijn er veranderingen gaande binnen Elker. Zo is het project Elker Dichtbij gestart. De afdelingen Beschermd Wonen (RIBW), Begeleid Kamerbewoningen (BKB), Ambulant Juridische Hulpverlening (AJH) en OG werken sinds kort in gemixte regioteams in Groningen. Op deze manier wordt geprobeerd de zorg dichtbij de cliënt te brengen (Elker, 2013).

1.5 Vraagstelling

Met het oog op de toenemende vraag naar “evidence-based” interventies is het van belang de effectiviteit van de module OG¹ in kaart te brengen. De module bevindt zich op basis van de beschrijving en onderbouwing op het tweede niveau van de effectladder. In dit onderzoek zal

¹ Onder OG worden alle varianten van OG verstaan die sinds 25 juli 2011 door Elker Jeugd- en opvoedhulp wordt geboden: OG 1, OG 2, OG3 en Terug naar Huis (zie bijlage 1).

getracht worden de doeltreffendheid van de module te beschrijven (niveau 3 van de effectladder). De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is:

Hoe doeltreffend is de module OG binnen Elker?

Deze zal worden beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van de doelgroep van OG?
2. Welke hulp is ontvangen (OG, eventueel in combinatie met andere hulp vormen)?
3. Wat zijn hiervan de uitkomsten in termen van reden beëindiging, cliënttevredenheid en doelrealisatie?

2. Theorie

In dit hoofdstuk wordt een theoretische basis gelegd voor het onderzoek. Allereerst wordt nader uitgelegd wat de term “evidence-based” inhoudt. Hierbij wordt ook ingegaan op het begrip doeltreffendheid. In de daaropvolgende paragraaf wordt ingegaan op de termen “input”, “throughput” en “output”. Binnen de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg wordt de kwaliteit gemonitord door middel van de prestatie-indicatoren, deze zullen in de vierde paragraaf worden besproken. Vervolgens zal zowel de module Hulp aan Huis, de module IOG als de module OG worden toegelicht. Tot slot zal er een samenvatting worden gegeven van de theorie.

Voor het verzamelen van de gebruikte literatuur is er gebruik gemaakt van de zoekfunctie van EBSCOhost COMPLETE. Daarnaast is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode.

2.1 “Evidence-based” interventies

Rashid (2013) beschrijft in navolging van The Center for Health Design een “evidence-based design” als een proces waarin beslissingen gebaseerd zijn op betrouwbaar onderzoek om zo de best mogelijke uitkomsten te genereren. Ook volgens Kaasenbrood (1997, zoals beschreven in Van Yperen, 2002) is de “evidence-based benadering” een benadering die voorschrijft dat beslissingen over behandelingen en interventies zo veel mogelijk gebaseerd moeten zijn op het bewijs van de effectiviteit van deze behandelingen en interventies. “Evidence-based” te werk gaan, houdt dus in dat er zo veel mogelijk gebruik moet worden gemaakt van interventies waarvan het effect is bewezen. De vraag is echter, wanneer een interventie effectief te noemen is. Volgens Van Yperen (2003) worden er veel begrippen door elkaar gehaald als het gaat om effectiviteit. Enkele voorbeelden zijn werkzaamheid, doeltreffendheid, bruikbaarheid en doelmatigheid.

Ook verschilt de betekenis van het woord effectief in de wetenschap van de praktijk. In de praktijk is een interventie effectief als er een effect optreedt dat tevens beoogd werd (Van Yperen, 2003). In de wetenschap spreekt men pas van effectief als de beoogde doelen zijn behaald en er geen andere mogelijke factoren zijn die deze verandering kunnen hebben veroorzaakt (Baarda & de Goede, 2006). Om deze effectiviteit te meten, wordt er gebruik gemaakt van een experimenteel design. Bij een experimenteel onderzoek is er, naast de groep die een interventie volgt, ook een controlegroep aanwezig. Bij beide groepen wordt een voor- en een nameting gedaan. De uitkomsten van deze metingen worden met elkaar vergeleken. Zo

wordt getracht de invloed van eventuele externe factoren te verkleinen (Baarda & de Goede, 2006).

In de praktijk van de jeugdzorg is een experimenteel design lastig te realiseren. Een groep cliënten een interventie ontzien ten behoeve van het onderzoek wordt als ethisch onverantwoord ervaren. In de praktijk wordt er soms gekozen voor een design waarin cliënten op de wachtlijst als controlegroep dienen (Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003). Veerman (1998) pleit in deze context voor bruikbaarheidsonderzoek in de praktijk. Er wordt hierbij gebruik gemaakt van gestandaardiseerde vragenlijsten en meerdere meetmomenten.

2.2 Doeltreffendheid

Bruikbaarheidsonderzoek zoals beschreven door Veerman (1998), laat de verandering zien die tijdens de interventie is ontstaan. Bij de hiervoor genoemde ladder van Veerman en Van Yperen (2008) behoort bruikbaarheidsonderzoek tot het derde niveau. Er wordt gekeken naar de doeltreffendheid van de interventie. Het derde niveau heeft een indicatieve bewijskracht. Er is bijvoorbeeld bewezen dat er na de interventie een verandering is opgetreden, de doelen zijn behaald en dat de cliënten tevreden zijn. Er is niet bewezen dat deze verandering alleen veroorzaakt is door de interventie.

De soorten onderzoek die zich richten op de doeltreffendheid zijn onder andere veranderingsonderzoek, doelrealisatie-onderzoek en cliënttevredenheidsonderzoek (idem). Deze onderzoeken leveren “practice based-evidence” op. “Practice based-evidence” sluit direct aan bij de praktijk en is veelal gericht op verbeteringen (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Copley & Allen, 2009). Onderzoek in de praktijk komt steeds vaker voor en wordt ook internationaal steeds meer serieus genomen (Burns, Hoagwood & Mrazek, 1999).

2.3 Input, Throughput, Output

De soorten onderzoek zoals hiervoor beschreven, zijn gericht op de inhoud van de zorg. Deze bestaat volgens Veerman (2005) uit drie aspecten namelijk de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorguitkomst. Veerman (1998) noemt dit ook wel de klinische triade. De zorgvraag is de vraag van jeugdigen en gezinnen en kan worden gezien als de “input”. In het onderzoek van Metselaar (2011) wordt onder “input” niet alleen de zorgvraag, maar ook andere kenmerken van de doelgroep meegenomen, waaronder de demografische gegevens en de problematiek. Het zorgaanbod bestaat uit de interventies die de instelling aan deze jeugdigen en gezinnen biedt en kan worden gezien als de “throughput”. De resultaten die deze interventies opleveren, de zorguitkomst, kan worden gezien als de “output”. De begrippen “input”, “throughput” en

“output” vormen zodoende de bouwstenen van een benadering die in onderzoek gebruikt wordt om de inhoud van de zorg in kaart te brengen (zie o.a.: Harder, Knorth & Zandberg, 2006; Van Yperen & Van der Steenhoven, 2011).

2.4 Prestatie-indicatoren

In de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg zijn de prestatie-indicatoren een voorbeeld van variabelen waarmee zorguitkomsten in kaart kunnen worden gebracht (output). Binnen de jeugdzorg in Nederland wordt getracht een beeld te krijgen van de prestaties door middel van het monitoren van deze prestatie-indicatoren (Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren, 2006). In 2006 is er een nota uitgegeven door een landelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de MOgroep, het IPO, de ministeries van VWS en Justitie en het NIZW/wetenschap (tegenwoordig: NJI) waarin tien prestatie-indicatoren staan beschreven (Van der Steege & Van Yperen, 2009). Deze tien prestatie-indicatoren zijn verdeeld onder vier kerndoelen:

1. de hulpvragen van cliënten zijn beantwoord;
2. de autonomie van cliënten is versterkt;
3. de veiligheid van de jeugdige is hersteld;
4. de jeugdige vormt geen bedreiging voor de veiligheid van de samenleving.

Zorgaanbieders registreren de prestatie-indicatoren die horen bij het eerste kerndoel (Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren, 2006):

1. mate van reguliere beëindiging van de hulp;
2. mate van cliënttevredenheid over de resultaten van de hulp;
3. mate van doelrealisatie.

Deze prestatie-indicatoren hangen nauw met elkaar samen. Ontevreden cliënten zullen sneller geneigd zijn de hulp voortijdig te stoppen. Hierdoor is de kans groot dat de hulpverleningsdoelen niet worden behaald (Van Yperen, 2003).

In de volgende paragrafen worden de drie prestatie-indicatoren die bij het eerste kerndoel horen (reguliere beëindiging, cliënttevredenheid en doelrealisatie) uitgewerkt.

2.4.1 Reden beëindiging

Om de mate van *reguliere beëindiging* te meten wordt bij het afsluiten van de zorg de reden genoteerd (reden beëindiging). De *reden beëindiging* wordt maximaal drie weken voorafgaand of drie weken na de datum waarop de zorg is beëindigd, door Jeugd &

Opvoedhulp gerapporteerd. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen vier mogelijkheden (Van Yperen & Geurts, 2010):

1. de zorg is in overeenstemming beëindigd;
2. de zorg is eenzijdig beëindigd. Dit kan beëindigd zijn door Bureau Jeugdzorg, Jeugd & Opvoedhulp of de cliënt;
3. de zorg is beëindigd door externe omstandigheden of door overmacht;
4. de reden voor de beëindiging is onbekend, niet van toepassing of overig.

Uit onderzoek van Saxon, Ricketts en Heywood (2010) blijkt dat de wens van cliënten om niet verder te gaan met een interventie de voornaamste reden van beëindiging van de zorg is. Saxon e.a. (2010) vonden dat cliënten jonger dan 35 jaar eerder geneigd zijn een interventie voortijdig te beëindigen dan cliënten ouder dan 35 jaar.

Van cliënten die vroegtijdig stoppen met een interventie zijn vaak geen uitkomstgegevens beschikbaar (Saxon, Ricketts & Heywood, 2010). Het is dan ook lastig aan te geven of door de interventie het beoogde doel is bereikt. Uit onderzoek van Bados, Balaguer en Saldana (2010) komt naar voren dat slechts 13,3% van de cliënten vroegtijdig stopt met een interventie met de overtuiging dat de situatie voldoende is verbeterd. Een groot gedeelte van de cliënten beëindigen de interventie omdat ze het niet eens zijn met de behandeling, de behandelaar of door gebrek aan motivatie. Uit onderzoek van Kazdin en Wassell (1998) blijkt dat 34% van de families die vroegtijdig stoppen met een interventie, significante verbeteringen laat zien. Nock en Ferriter (2005) concluderen hieruit dat voor sommige cliënten een minder lange behandeltijd dan van te voren ingeschat, reeds volstaat.

2.4.2 Cliënttevredenheid

Net als de mate van *reguliere beëindiging* wordt de prestatie-indicator *cliënttevredenheid* binnen een termijn van maximaal drie weken voorafgaand of drie weken na de datum waarop de zorg is beëindigd bevraagd (Van Yperen & Geurts, 2010). Uitkomsten op *cliënttevredenheid* worden in veel onderzoeken gericht op de jeugdzorg en het welzijn van kinderen gebruikt. Uit internationaal onderzoek blijkt dat dit op verschillende manieren gemeten wordt (Trotter, 2008). Damashek, Bard en Hecht (2012) maken bijvoorbeeld gebruik van een aantal stellingen waarbij cliënten op schaalniveau kunnen aangeven in hoeverre de stelling van toepassing is. Ook in de Nederlandse situatie wordt er op een soortgelijke manier gemeten (Van Yperen & Geurts, 2010). Het instrument dat hiervoor gebruikt wordt is de Exit-vragenlijst (zie bijlage 2). De Exit-vragenlijst is een lijst met daarop 10 stellingen die gaan over de hulpverlening. Hierop kan de cliënt en diens ouders of verzorgers scoren op een vier

puntenschaal, van helemaal niet mee eens tot helemaal mee eens. Onderaan de lijst kan de cliënt en diens ouders of verzorgers de hulpverlening een rapportcijfer geven (Stichting Alexander, 2009). Het is hierbij belangrijk dat de tevredenheid van de ouders of verzorgers apart worden gescoord van de tevredenheid van de jongere (Van Yperen & Geurts, 2010). Het oordeel van verschillende betrokkenen geeft immers een betrouwbaar beeld (Stichting Alexander, 2009).

Uit onderzoek van Trotter (2008) blijkt dat de uitkomsten van verschillende vragen op een vragenlijst naar *cliënttevredenheid* sterk met elkaar correleren. Er is onder andere gekeken naar de vragen naar de tevredenheid over het proces, de tevredenheid over de hulpverlener en of de cliënt in de toekomst bij problemen opnieuw contact op zal nemen met de hulpverlener. Dit suggereert dat verschillende manieren om *cliënttevredenheid* te meten, vergelijkbare resultaten zullen laten zien.

Uit onderzoek van McNeil, Nicholas, Szechy en Lach (1998) blijkt dat cliënten in jeugdzorginstellingen die erg hoog scoren op *cliënttevredenheid* ook erg hoog scoren op de vraag of er sprake is van verbetering. Ook uit eerder genoemd onderzoek van Trotter (2008) blijkt dat de mate van *cliënttevredenheid* significant correleert met de mate waarop een hulpverlener vindt dat de cliënt vooruitgang boekt, het uitblijven van mishandeling en of een cliënt wel of niet uit huis wordt geplaatst. Naarmate er volgens de hulpverlener meer vooruitgang is geboekt, mishandeling uitblijft en cliënten niet uit huis worden geplaatst, zijn cliënten positiever over de hulpverlening. Trotter (2008) concludeert dat *cliënttevredenheid* een goede voorspeller lijkt voor de effectiviteit van een interventie.

2.4.3 Doelrealisatie

Naast de *cliënttevredenheid* is ook het behalen van de beoogde doelen een onderdeel van de effectiviteit (Van Yperen, Kroes & Bijl, 2008). Voordat een kind, jongere of ouder hulp ontvangt van een zorgaanbieder wordt er, in de huidige situatie, een indicatiebesluit naar de zorgaanbieder gestuurd. In dit indicatiebesluit staan doelen waarmee de zorgaanbieder aan het werk gaat. Deze doelen vormen de einddoelen van het zorgtraject en worden dan ook bij afsluiting van dit traject gescoord. Dit wordt gescoord met de Goal Attainment Scaling (GAS) (Van der Steege & Van Yperen, 2009). De Goal Attainment Scaling is een succesvolle methode om doelen te scoren, mits deze doelen specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden zijn opgesteld (SMART) (Bovend'Eerdt, Botell & Wade, 2009). De volgende scores zijn te behalen (Van der Steege & Van Yperen, 2009):

-1 het doel is niet gehaald, het gaat slechter dan bij de start;

- 0 het doel is niet gehaald, de situatie is gelijk als bij start;
- +1 het doel is deels gehaald;
- +2 het doel is gehaald.

Van Yperen, Kroes & Bijl (2008) geven aan dat bij het bepalen van de score allereerst getracht wordt consensus te krijgen tussen de verschillende informanten. Is er geen sprake van consensus dan moet duidelijk zijn wiens score doorslaggevend is. In het raamwerk voor de prestatie-indicator doelrealisatie (Van der Steege & Van Yperen, 2009) wordt aangegeven dat wanneer er sprake is van hulpverlening op vrijwillige basis, de mening van de cliënt, bij het gebrek aan consensus, doorslaggevend is. Bij hulp op een niet-vrijwillige basis is de mening van de uitvoerder van de maatregel doorslaggevend (idem).

Uit het onderzoek van Van Rube, McGrew en Toland (2012) naar de betrouwbaarheid van het gebruik van de GAS-methode bij kinderen met autisme, blijkt dat het meten van *doelrealisatie* een veelbelovende manier van het meten van de effectiviteit van interventies is. De GAS-methode wordt dan ook veel gebruikt in de jeugdzorg (Van Yperen, Kroes & Bijl, 2008; Bovend'Eerdt, Thamar, Botell & Wade, 2009; Rube, McGrew & Toland, 2012).

2.5 Hulp aan Huis

Een voorbeeld van zorgaanbod (throughput) is de module Hulp aan Huis. Hulp aan Huis is een vorm van intensieve gezinsbehandeling met als doel uithuisplaatsing te voorkomen (Van Schot & Van der Steege, 1998).

In 1989 krijgt Stichting Noordelijke Orthopedagogische Voorzieningen (SNOV) de opdracht nieuwe vormen van jeugdhulpverlening te creëren. Een van die nieuwe vormen werd de intensieve ambulante thuisbegeleiding. In 1991 krijgt deze module een structurele plaats in de jeugdhulpverlening met als doel de residentiële opnamen te verkorten (Van Schot & Van der Steege, 1998).

De module slaat goed aan en zowel cliënten als hulpverleners zijn erg tevreden. Al snel ontstaan er lange wachttijden en ook de complexiteit van multi-probleemgezinnen blijkt een knelpunt. Daarom wordt in 1995 besloten het in Friesland en Drenthe bekende Hulp aan Huis, waarin ervaring is opgedaan met multi-probleemgezinnen, ook te starten in Groningen. Het programma Hulp aan Huis bestaat uit meerdere modules waaronder onder andere Families First (FF), Langdurige Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (LOG), Praktische Pedagogische Gezinsbegeleiding (PPG) en Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG) (Veerman & de Meyer, 2006).

Uit onderzoek van Veerman en de Meyer (2006) in Overijssel blijkt dat het programma Hulp aan Huis effectief opvoedings- en opgroei problemen bestrijdt. Roosma en Tönjes (2008) bieden een overzicht van evaluatieonderzoeken naar de resultaten van dit programma. Hieruit blijkt dat ruim 95% van de kinderen nog thuis woont na afsluiting van de hulp, gedragsproblemen verminderen, ouderlijke stress afneemt en dat er een hoge tevredenheid is bij ouders/verzorgers en aanmelders.

2.6 Intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding

Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG) is een van de modules horende bij het programma Hulp aan Huis. Er wordt intensieve hulp geboden in de thuissituatie. Zoals beschreven in de inleiding heeft IOG een tweeledig doel:

1. Het verbeteren van het gezinsklimaat zodat het kind er veilig in kan opgroeien en zich kan ontwikkelen.
2. Het bieden van inzicht in eigen vaardigheden van de gezinsleden en het aanleren van gebruik maken van hun sociale netwerk.

Er wordt gewerkt aan een goede draagkracht en draaglast verhouding (Van der Steege, 2005). Het gaat binnen deze module om gezinnen waarbij er sprake is van ernstige opvoedingsproblematiek, een dreigende uithuisplaatsing of een onmogelijke thuisplaatsing en/of waarbij hulpverlening in het gezin dreigt vast te lopen of al vastgelopen is (Van Schot & Van der Steege, 1998).

De behandeling van IOG is gefaseerd met een duidelijke opbouw. De gemiddelde duur van een IOG traject is vijf maanden. Er is wekelijks contact tussen hulpverleners en cliënten. Hulpverleners komen twee maal per week bij het gezin thuis. Er wordt voortdurend aansluiting gezocht bij de wensen en mogelijkheden van het gezin (Van der Steege, 2005).

Uit verschillende onderzoeken blijkt, zoals beschreven in Van der Steege (2005), dat ondanks de afname van probleemgedrag en de opvoedingsbelasting, er na afloop van de zorg nog aanzienlijk veel problemen in het gezin zijn. Een grote groep binnen de doelgroep van deze module bestaat uit multi-probleemgezinnen.

2.7 Multi-probleemgezinnen

Volgens Baartman (zoals weergegeven in Ghesquière, 1993) wordt de term “multi-probleemgezin” pas sinds de jaren 80 gebruikt in Nederland. Ghesquière (1993) benadrukt dat de term verschillende betekenissen kan hebben en gekoppeld is aan de hulpverlening. Zo kan er bij een multi-probleem gezin gedacht worden aan de problematiek in het gezin maar ook

aan de problematiek omtrent de hulpverlening. Het gaat hier om gezinnen waarbij er sprake is van een complexe en chronische problematiek en waarbij hulpverlening moeilijk op gang komt en vaak vastloopt. Kenmerkend voor deze gezinnen is de hoge mate van uitval (McNeil & Herschell, 1998; Sundelin & Hansson, 1999). Berg-Le Clercq, Zoon en Kalsbeek (2012) geven aan dat deze gezinnen vaak al met verschillende instanties in aanraking zijn geweest, vaak zonder gewenst resultaat. Hierdoor kan er een wantrouwen zijn ontstaan jegens hulpverleners wat het hulpverleningsproces vermoeilijkt.

Als men over multi-probleemgezinnen spreekt, heeft men het vaak over gezinnen met lage inkomens. Toch komt dit fenomeen in alle lagen van de bevolking voor (Matos & Sousa, 2004).

Zoals aangegeven in bovenstaande is er na afloop van modules als IOG vaak nog sprake van veel problematiek in de gezinnen. Uit onderzoek van Sundelin en Hansson (1999) blijkt dat dit vooral bij multi-probleemgezinnen het geval is. Het blijkt vaak noodzakelijk een vorm van hulpverlening voort te zetten na afsluiting van een bepaalde hulp vorm.

2.8 Orthopedagogische gezinsbegeleiding

Zoals in de inleiding staat beschreven, is de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding ontstaan uit de modules IOG en Ouderbegeleiding (Elker, 2010). OG is een module voor gezinnen van 0 tot 18 jaar waarbij er sprake is van een (ernstig) verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast (Elker, 2010). Net als bij IOG is de behandeling gefaseerd met een duidelijke opbouw en vindt het in de thuissituatie plaats.

OG is gericht op het versterken van de eigen krachten van het gezin. Het gezinsklimaat wordt verbeterd en er wordt aan de communicatie gewerkt (Elker, 2010). De module wordt ingezet om een uithuisplaatsing te voorkomen of te verkorten. De veiligheid van het kind staat hierbij voorop (Elker, 2011). Aan de methode van OG liggen verschillende theorieën ten grondslag, onder andere de leertheorie, de systeembenadering, de communicatietheorie en het oplossingsgerichte therapiemodel (idem).

2.9 Samenvatting

“Evidence-based” interventies zijn interventies die bewezen effectief zijn. Idealiter zal de effectiviteit van interventies worden onderzocht door middel van een experimenteel onderzoek. Dit is in de praktijk niet altijd haalbaar. Onderzoek in de praktijk is vaak gericht op de inhoud van de zorg en levert “practice based-evidence” op. De inhoud van de zorg bestaat uit drie aspecten, de zorgvraag (input), het zorgaanbod (throughput) en de

zorguitkomst (output). De prestatie-indicatoren zijn een voorbeeld van de uitkomsten (output).

Binnen de praktijk van de jeugdzorg is er al veel effectiviteitsonderzoek gedaan naar de hulp vorm Hulp aan Huis (throughput). Een module uit deze hulp vorm is de module Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding. Deze module is opgenomen in de databank voor effectieve interventies van het NJI. De module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding bij Elker Jeugd- en Opvoedhulp is hiervan afgeleid. Binnen deze module wordt getracht een uithuisplaatsing te voorkomen of te verkorten. Van deze module is de effectiviteit (nog) niet bekend.

In dit onderzoek wordt de doeltreffendheid van de module beschreven. De onderzoeksvraag die hierbij centraal staat is:

Hoe doeltreffend is de module OG binnen Elker?

Deze wordt beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van de doelgroep van OG?
2. Welke hulp is ontvangen (OG, eventueel in combinatie met andere hulp vormen)?
3. Wat zijn hiervan de uitkomsten in termen van reden beëindiging, cliënttevredenheid en doelrealisatie?

3. Methode

Onderhavig onderzoek is drieledig van aard en wordt beschreven aan de hand van het eerder genoemde schema van input, throughput en output. Deelstudie 1 richt zich op de kenmerken van de doelgroep (input). Deelstudie 2 richt zich op het hulpverleningstraject (throughput). Deelstudie 3 richt zich vervolgens op de uitkomsten (output). Er wordt gebruik gemaakt van een niet-experimenteel design, deze is overwegend beschrijvend van aard (Baarda en de Goede, 2006).

3.1 Deelstudie 1. Kenmerken van de doelgroep

Deelstudie 1 richt zich op de beantwoording van deelvraag 1 “Welke doelgroep bereikt OG?”. Dit is drieledig bekeken. Binnen deelstudie 1 richt onderdeel 1a zich op een beschrijving van de kenmerken van cliënten van OG in de *afgelopen jaren*. Onderdeel 1b richt zich op de beschrijving van de problematiek bij deze cliënten.

3.1.1 Deelstudie 1a. Kenmerken

Design

Deelstudie 1a is kwantitatief en beschrijvend van aard (Baarda & de Goede, 2006).

Respondenten

De respondenten bestaan uit alle cliënten² van Elker Jeugd- en opvoedhulp die in de periode van 25 juli 2011 tot 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten. Cliënten die de module eerder of later hebben afgesloten, zijn niet in dit onderzoek betrokken. Het gaat hier om 514 cliënten waarvan 280 (54,5%) man en 234 (45,5%) vrouw. De gegevens van deze respondenten zijn afkomstig uit het registratieprogramma USER dat in de praktijk van Elker wordt gebruikt. Deze groep wordt in onderhavig onderzoek aangeduid met “respondenten OG”.

Variabelen

Binnen deze deelstudie is er gekeken naar een vijftal variabelen (tabel 1):

² Onder cliënt wordt de jongere en/of de ouders of de verzorgers van de jongere verstaan.

Tabel 1.*Variabelen deelstudie 1a.*

Variabelen	Specificatie	Informant	Operationalisatie
- Leeftijd	- Leeftijd van de cliënt bij de start van OG	- User	- 0 t/m 3 jaar - 4 t/m 8 jaar - 9 t/m 11 jaar - 12 t/m 15 jaar - 16 jaar en ouder
- Sekse		- User	- Man/vrouw
- Juridisch kader	- Juridisch kader waarin de cliënt in zorg is	- User	- Vrijwillig - OTS - VOTS - Jeugdreclassering - Voogdij
- Woonplek bij einde	- Woonplek bij einde zoals deze is ingevuld op het afsluitformulier ³	- User	- Kind in een twee oudergezin - Kind in een één oudergezin - (netwerk) Pleegzorg - Residentieel - Zwervend - Op zichzelf - Onbekend
- Doelen	- Doelen uit het indicatiebesluit.	- User	- Aantal doelen - Type doelen aan de hand van de Doelenboom

Instrumenten

Voor een groot aantal respondenten zijn de doelen in het indicatiebesluit opgesteld door Bureau Jeugdzorg, deze doelen zijn afkomstig uit de doelendatabase (zie bijlage 4). Deze doelen zijn gecodeerd aan de hand van de volgende domeinen:

- Het kind
- Het gezin
- De omgeving
- De hulpverlening
- Overige doelen

Als een cliënt via een andere verwijzer wordt aangemeld, zijn de doelen uit het indicatiebesluit niet afkomstig uit de doelendatabase en worden ze ingedeeld in een zesde domein “Ongecodeerde doelen”. Om, ten behoeve van onderhavig onderzoek, alle doelen onder te brengen in gecodeerde domeinen is er voor gekozen gebruik te maken van de Doelenboom. De Doelenboom is een ordeningsmodel met vier domeinen, binnen deze

³ Het afsluitformulier is een formulier dat door de hulpverlener wordt ingevuld bij afsluiting van de zorg. Er worden op dit formulier 13 verschillende mogelijke woonplekken bij einde aangegeven. Omwille van de leesbaarheid zijn deze mogelijkheden gereduceerd tot 7 mogelijkheden (zie bijlage 3).

domeinen bestaan er sub-domeinen (Reith, Hofman, Stams & van Yperen, 2008) (tabel 2):

Tabel 2.

Indeling domeinen en sub-domeinen van de doelenboom

Domein	Sub-domein
- Kind	1. Emotie 2. Gedrag 3. Cognitie 4. Lichaam
- Gezin	5. Ouder/verzorger 6. Opvoeding 7. Gezinsverhoudingen 8. Situatie in gezin
- Omgeving	9. Sociaal netwerk 10. Professioneel netwerk
- Probleembeschrijving	11. Probleemverheldering 12. Perspectief
	13. Overig

De doelenboom is, voor zowel de domeinen als de sub-domeinen, betrouwbaar gebleken voor SMART geformuleerde doelen (Reith, Hofman, Stams & van Yperen, 2008; Maarsingh, Oostindiër & Verbeek, 2011).

Analyse

Voor de analyse van deze deelstudie is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek.

3.1.2 Deelstudie 1b. Problematiek

Van de respondenten uit de eerste deelstudie is geen informatie beschikbaar over de aard van de problematiek. Om toch informatie te kunnen bieden, wordt er binnen deze deelstudie gebruik gemaakt van de data die is verzameld voor het TakeCare onderzoek. TakeCare is een onderzoek van de Academische Werkplaats Jeugd Noord-Nederland C4Youth naar kenmerken van jeugdigen met gedragsmatige en emotionele problemen en hun ouders/verzorgers in relatie tot de zorg die zij krijgen (Van Eijk, Verhage, Noordik, Reijneveld & Knorth, 2013). Aan dit onderzoek hebben ook cliënten van Elker meegewerkt. De cliënten hebben meerdere vragenlijsten ingevuld. Deze gegevens zijn voor onderhavig onderzoek geanonimiseerd beschikbaar gesteld.

Design

Ook deelstudie 1b is kwantitatief van aard. Er wordt gebruik gemaakt van een evaluatieonderzoek met een niet-experimenteel design (Baarda & de Goede, 2006).

Respondenten

De respondenten van deze deelstudie zijn cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot 25 juli 2012 hebben deelgenomen aan de module OG en tevens hebben meegedaan aan het onderzoek TakeCare. Het gaat hier om cliënten waarvan binnen de data van TakeCare bekend is dat ze hebben deelgenomen aan de module OG van Elker. Cliënten waarbij niet is aangegeven of de module OG is gevolgd, zijn uitgesloten van dit onderzoek. Het gaat hier dus om een steekproef van de populatie uit deelstudie 1a. Deze groep bestaat uit 112 cliënten waarvan 45 (40,2%) man en 67 (59,8%) vrouw. Deze groep wordt in onderhavig onderzoek aangeduid als “respondenten TakeCare”. Omdat deze gegevens geanonimiseerd beschikbaar zijn gesteld, zijn de cliënten niet één op één terug te herleiden naar de groep respondenten van OG.

Variabelen

Binnen deze deelstudie zal er worden gekeken naar een zevental variabelen (tabel 3):

Tabel 3.*Variabelen deelstudie 1b.*

Variabele	Specificatie	Informant	Operationalisatie
- Leeftijd	- Leeftijd van de cliënt zoals vermeld in de gegevens van TakeCare	- Jongere	- 0 t/m 3 jaar - 4 t/m 8 jaar - 9 t/m 11 jaar - 12 t/m 15 jaar - 16 jaar en ouder
- Sekse		- Jongere	- Man /vrouw
- Woonplek bij einde	- Woonplek zoals vermeld in de gegevens van TakeCare	- Ouder(s)	- Kind in een twee oudergezin - Kind in een één oudergezin - (netwerk) Pleegzorg - Residentieel - Zwerwend - Op zichzelf - Onbekend
- Gedrag jongere	- Instrument: SDQ	- Ouder(s)	- Vijf sub-schalen: - Emotioneel - Gedragsproblemen - Hyperactiviteit - Problemen met leeftijdsgenootjes - Prosociaal gedrag
- Opvoedvaardigheden ouder(s)	- Instrument: APQ	- Ouder(s)	- Drie sub-schalen: - Positive Parenting - Inconsistent Discipline - Poor supervision
- Sociale steun	- Instrument: GVL	- Ouder(s)	- Een sub-schaal - Social support
- Gezinsfunctioneren	- Instrument: FAD-N	- Ouder(s)	- Een sub-schaal - Algemeen functioneren gezin

Instrumenten

Zoals aangegeven in tabel 3 is er, binnen het onderzoek van TakeCare Provincie Groningen, onder andere gebruik gemaakt van de volgende vragenlijsten: De “Strengths and Difficulties Questionnaire” (SDQ), de “Alabama Parenting Questionnaire”(APQ), de “Gezinsvragenlijst” (GVL) en de Nederlandse versie van de “General Functioning Scale” van McMaster Family Assessment Device (FAD-N).

- Strengths and Difficulties Questionnaire

Om het gedrag van de jongere te beschrijven is er gebruik gemaakt van de SDQ. Dit is een korte vragenlijst van 25 items die een beeld geven van het gedrag, de emoties en de relaties van kinderen en jongeren (Goodman, 1997). De vragenlijst is onderverdeeld in vijf sub-schalen (C4Youth, 2013):

1. Emotional Symptoms Scale
2. Conduct Problems Scale
3. Hyperactivity Scale
4. Peer Problems Scale
5. Prosocial Scale

De items zijn gescoord op een vierpunten schaal. Een score van één betekent hierin helemaal niet en een score van vier betekent heel erg. Per schaal is er een totaalscore berekend. De normscores zijn afkomstig van Goedhart, Treffler & Widenfelt (2003).

- Alabama Parenting Questionnaire

Om de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s) in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van de APQ. De APQ is een vragenlijst met 42 items die opvoedvaardigheden meet aan de hand van vijf domeinen (Elgar, Waschbusch, Dadds & Sigvaldason, 2007):

1. Positive involvement with children
2. Supervision and monitoring
3. Use of positive discipline techniques
4. Consistency in the use of such discipline
5. Use of corporal punishment.

Binnen het TakeCare onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kortere versie van deze vragenlijst (C4Youth, 2013). De opvoedvaardigheden worden gemeten op drie domeinen (Essau, Sasagawa & Frick, 2006):

1. Positive Parenting
2. Inconsistent Discipline
3. Poor Supervision

De items zijn per domein gescoord. Een hogere score op een domein betekent dat er meer sprake is van hetgeen deze meet (C4Youth, 2013).

- Gezinsvragenlijst

Om de sociale steun in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van de GVL. Dit is vragenlijst die de gezins- en opvoedingsomstandigheden meet. De GVL bestaat uit 45 items onderverdeeld in vijf sub-schalen (Nederlands Jeugdinstituut, 2013b):

1. Responsiviteit
2. Communicatie
3. Organisatie

4. Partnerrelatie
5. Sociaal netwerk

Binnen het TakeCare onderzoek wordt alleen gebruik gemaakt van de vijfde sub-schaal (sociaal netwerk). Een hogere score op deze schaal betekent dat er een uitgebreid en actief sociaal netwerk is waaraan steun en hulp kan worden ontleend (Van der Ploeg & Scholte, 2008).

- General Functioning Scale van McMaster Family Assessment (Nederlandse versie)

Om het gezinsfunctioneren in kaart te brengen wordt er gebruik gemaakt van de FAD-N. De FAD-N is een vragenlijst met 60 items die het gezinsfunctioneren meet aan de hand van zes domeinen (Miller, Ryan, Keitner, Bishop & Epstein, 2000):

1. Problem-solving
2. Communication
3. Roles
4. Affective responsiveness
5. Affective involvement
6. Behavior control

Binnen het TakeCare onderzoek betekent een lagere score op de domeinen een minder gezond gezinsfunctioneren (C4Youth, 2013).

Analyse

Allereerst is gekeken of de kenmerken van de cliënten uit de dataset van TakeCare overeenkomen met de kenmerken van de cliënten uit de dataset uit deelstudie 1a. Er is hierbij gebruik gemaakt van zowel de Chi-kwadraattoets als de Mann Whitney toets van het programma SPSS. De twee groepen zijn met elkaar vergeleken op de kenmerken geslacht, leeftijd en woonplek bij einde. Er is op die manier bepaald of de groep cliënten een representatieve steekproef vormt van de cliënten van OG.

Daarna zijn, met behulp van beschrijvende statistiek, de gedragsproblemen van de jongeren, de opvoedingsvaardigheden van de ouder(s), de sociale steun en het gezinsfunctioneren beschreven.

3.2 Deelstudie 2. Het hulpverleningstraject

Deze deelstudie richt zich op de beantwoording van deelvraag 2 “Welke hulp is ontvangen (OG, eventueel in combinatie met andere hulp vormen)?”.

Design

Deelstudie 2. is kwantitatief en beschrijvend van aard (Baarda & de Goede, 2006).

Respondenten

De respondenten bestaan uit dezelfde cliënten als in deelstudie 1a, de respondenten OG. Dit zijn alle cliënten van Elker die in de periode van 25 juli 2011 tot 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten. Het gaat hier om 514 cliënten waarvan 280 (54,5%) man en 234 (45,5%) vrouw. De gegevens van deze respondenten zijn afkomstig uit het programma USER.

Variabelen

Er is in deze deelstudie gekeken naar drie variabelen (tabel 4):

Tabel 4.

Variabelen deelstudie 2.

Variabele	Specificatie
- Hulp voor OG	- Alle vormen van hulp die maximaal 6 maand is afgelopen voor de start van OG en maximaal 2 week doorloopt tijdens OG
- Hulp tijdens OG	- Alle vormen van hulp die maximaal 2 week voor OG is begonnen en maximaal 2 week na OG eindigt
- Hulp na OG	- Alle vormen van hulp die maximaal 6 maand na afloop van OG begint

Analyse

De cliënten worden onderverdeeld in acht clusters:

- Cluster 1. Cliënten die alleen OG hebben gevolgd
- Cluster 2. Cliënten die voor OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 3. Cliënten die zowel voor als tijdens OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 4. Cliënten die zowel voor, tijdens als na OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 5. Cliënten die tijdens OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 6. Cliënten die zowel tijdens en na OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 7. Cliënten die na OG een andere hulp vorm hebben gevolgd
- Cluster 8. Cliënten die zowel voor als na OG een andere hulp vorm hebben gevolgd.

Aan de hand van beschrijvende statistiek worden deze clusters beschreven.

3.3 Deelstudie 3. Uitkomsten

Deze deelstudie richt zich op de beantwoording van deelvraag 3 “Wat zijn hiervan de uitkomsten in termen van reden beëindiging, cliënttevredenheid en doelrealisatie?”. Hierbij is gekeken naar de drie prestatie-indicatoren:

1. Mate van doelrealisatie
2. Reden van beëindiging
3. Cliënttevredenheid

Design

Ook deelstudie 3 is kwantitatief van aard en maakt gebruik van een pre-experimenteel design (Baarda & de Goede, 2006).

Respondenten

De respondenten bestaan uit dezelfde cliënten als in deelstudie 1a. Dit zijn alle cliënten van Elker die in de periode van 25 juli 2011 tot 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten. Het gaat hier om 514 cliënten waarvan 280 (54,5%) man en 234 (45,5%) vrouw. De gegevens van deze respondenten zijn afkomstig uit het programma USER.

Variabelen

Er is in deze deelstudie gekeken naar drie variabelen (tabel 5.):

Tabel 5.
Variabelen deelstudie 3.

Variabelen	Instrument/ Scoringssysteem	Informant	Operationalisatie
- Mate van doelrealisatie	- GAS-Score	- User	-1 Slechter dan bij start 0 Doel is niet gehaald +1 Doel is deels gehaald +2 Doel is gehaald
- Reden beëindiging		- User	- De hulp is in overeenstemming beëindigd - De hulp is eenzijdig beëindigd door de cliënt - De hulp is eenzijdig beëindigd door Bureau Jeugdzorg of Elker - Externe omstandigheden of overmacht - Reden onbekend - Beëindigd omdat de cliënt doorstroomt naar de GGZ - Beëindigd omdat de cliënt doorstroomt binnen Elker
- Cliënttevredenheid	- Exit-vragenlijst	- User	- In de Exit-vragenlijst staan 10 stellingen waar op een vierpunten schaal kan worden gescoord. Daarbij betekent 1 helemaal niet mee eens en 4 helemaal mee eens - Daarnaast wordt er een rapportcijfer gegeven

Instrumenten

In de dagelijkse praktijk van Elker is met de hulpverleners afgesproken dat de doelen in verband met de doelrealisatie worden gescoord aan de hand van de Goal Attainment Scaling (GAS) (Van der Steege & Van Yperen, 2009). De Goal Attainment Scaling is een succesvolle methode om doelen te scoren, mits deze doelen specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden zijn opgesteld (SMART) (Bovend'Eerdt, Botell & Wade, 2009). De volgende scores zijn te behalen (Van der Steege & Van Yperen, 2009):

- 1 Het doel is niet gehaald, het gaat slechter dan bij de start
- 0 Het doel is niet gehaald, de situatie is gelijk als bij start
- +1 Het doel is deels gehaald
- +2 Het doel is gehaald

De cliënttevredenheid wordt gemeten aan de hand van de Exit-vragenlijst. De Exit-vragenlijst is een lijst met daarop 10 stellingen die gaan over de hulpverlening. Hierop kan de cliënt en diens ouders of verzorgers scoren op een vier puntenschaal, van helemaal niet mee eens tot helemaal mee eens. Onderaan de lijst kan de cliënt en diens ouders of verzorgers de hulpverlening een rapportcijfer geven. Het is hierbij belangrijk dat de tevredenheid van de ouders of verzorgers apart worden gescoord van de tevredenheid van de jongere (Van Yperen & Geurts, 2009).

Analyse

Per cluster zijn aan de hand van beschrijvende statistiek de uitkomsten van de doelrealisatie gegeven.

Samenvatting

Samengevat wordt er in onderhavig onderzoek gekeken naar de kenmerken van de doelgroep binnen OG. Met behulp van registratiegegevens wordt dit in deelstudie 1 in beeld gebracht, vervolgens wordt er ingezoomd op de problematiek met behulp van de TakeCare dataset (input). De zorgtrajecten die de cliënten doorlopen worden vervolgens op basis van de registratiegegevens in deelstudie 2 in kaart gebracht (throughput). Tot slot wordt, met behulp van de prestatie-indicatoren, in deelstudie 3 het resultaat van OG beschreven (output).

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van onderhavig onderzoek gepresenteerd. In paragraaf 4.1 worden de resultaten van deelstudie 1 weergegeven. In paragraaf 4.2 worden de resultaten van deelstudie 2 weergegeven en in paragraaf 4.3 worden de resultaten van deelstudie 3 weergegeven. In de laatste paragraaf wordt er een samenvatting van de resultaten gegeven.

4.1 Deelstudie 1. Kenmerken van de doelgroep

Zoals beschreven in de methode richt deelstudie 1 zich op de doelgroep van OG. In paragraaf 4.1.1 wordt een beschrijving gegeven van de kenmerken van de respondenten OG. In de daarop volgende paragraaf wordt ingegaan op de aard van de problematiek van een deel van deze cliënten, de respondenten TakeCare.

4.1.1 Deelstudie 1a. Kenmerken

In tabel 6 zijn de demografische kenmerken van de respondenten OG weergegeven. Het gaat hier om 514 cliënten die in de periode van 25 juli tot en met 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten.

Tabel 6.

Demografische kenmerken deelstudie 1a (N=514).

Variabelen	Respondenten OG	
	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
- Leeftijd		
0 t/m 3 jaar	89	17,3%
4 t/m 8 jaar	156	30,4%
9 t/m 11 jaar	73	14,2%
12 t/m 15 jaar	134	26,1%
16 jaar en ouder	62	12,1%
- Sekse		
Man	280	54,5%
Vrouw	234	45,5%
- Juridisch kader		
Vrijwillig	368	71,6%
OTS	96	18,7%
VOTS	14	2,7%
Jeugdreclassering	17	3,3%
Voogdij	19	3,7%
- Woonplek bij einde		
Kind in een twee oudergezin	210	40,9%
Kind in een één oudergezin	182	35,4%
(netwerk)Pleegzorg	39	7,6%
Residentieel	10	1,9%
Zwervend	1	0,2%
Op zichzelf	14	2,7%
Onbekend	58	11,3%

Zoals te zien in tabel 6 zijn er ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke respondenten. Het grootste gedeelte van de respondenten (71,6%) is vrijwillig in zorg. De meeste jongeren wonen, bij afsluiting van de zorg, in een twee oudergezin (40,9%).

Doelen

In totaal zijn er 2834 doelen gecodeerd aan de hand van de doelenboom. Gemiddeld zijn dit 5,5 doelen per cliënt met een standaarddeviatie van 3,0. Deze doelen zijn onderverdeeld in vier domeinen en dertien sub-domeinen. In tabel 7 is de verdeling van de doelen uitgewerkt. Er zijn 95 doelen die dusdanig uitgebreid geformuleerd zijn dat ze een binnen twee domeinen vallen. Drie doelen zijn dusdanig uitgebreid dat ze binnen drie domeinen vallen. Er is 1 doel dusdanig groot dat het binnen vier domeinen valt. Deze scores zijn meegenomen in de aantallen in tabel 7. Om de betrouwbaarheid van deze codering te meten, is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend met de Cohen's Kappa. Dit is voor de hoofddomeinen 0,878 met een standaarddeviatie van 0,016. Voor de sub-domeinen is dit 0,714 met een standaarddeviatie van 0,020.

Tabel 7.

Verdeling van de hulpverleningsdoelen van deelstudie 1a (N=2938)

Domein	Sub-domein	Aantal doelen	%
- Kind	1. Emotie	198	6,7%
	2. Gedrag	431	14,7%
	3. Cognitie	72	2,5%
	4. Lichaam	34	1,2%
- Gezin	5. Ouder/verzorger	298	10,1%
	6. Opvoeding	1153	39,2%
	7. Gezinsverhoudingen	329	11,2%
	8. Situatie in gezin	148	5,0%
- Omgeving	9. Sociaal netwerk	35	1,2%
	10. Professioneel netwerk	110	3,7%
- Probleembeschrijving	11. Probleemverheldering	63	2,1%
	12. Perspectief	55	1,9%
	13. Overig	12	0,4%

Het grootste gedeelte van de doelen heeft betrekking op het gezin en vallen onder het domein opvoeding. Binnen het domein kind vallen de meeste doelen onder sub-domein gedrag.

4.1.2 Deelstudie 1b. Problematiek

De respondenten van deze deelstudie zijn cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot 25 juli 2012 hebben deelgenomen aan de module OG en tevens hebben meegedaan aan het

onderzoek TakeCare (respondenten TakeCare). In totaal zijn de gegevens van 112 cliënten meegenomen in dit onderzoek. In tabel 8 worden de demografische kenmerken van deze cliënten weergegeven.

Tabel 8.

Demografische kenmerken deelstudie 1b (N=112).

Variabelen	Respondenten TakeCare	
	Aantal	Percentage
- Leeftijd		
0 t/m 3 jaar	0	0,0%
4 t/m 8 jaar	35	31,3%
9 t/m 11 jaar	25	22,3%
12 t/m 15 jaar	42	37,5%
16 jaar en ouder	10	8,9%
- Sekse		
Man	45	40,2%
Vrouw	67	59,8%
- Woonplek		
Kind in een twee oudergezin	43	38,4%
Kind in een één oudergezin	59	52,7%
(netwerk)Pleegzorg	5	4,5%
Residentieel	0	0,0%
Zwevend	0	0,0%
Op zichzelf	4	3,6%
Onbekend	1	0,9%

De Mann Whitney toets laat zien dat de groep cliënten significant verschilt van de groep cliënten uit deelstudie 1a op de variabele leeftijd, $U=23685,5$; $p=0,02$. Op de variabele geslacht verschillen de groepen niet significant, $Chi^2= 0,920$; $df= 1$; $p= 0,337$. De Mann Whitney toets laat ook geen significant verschil tussen beide groepen zien op de variabele woonplek, $U= 26612,5$; $p= 0,181$.

Zoals te zien in tabel 8 zijn er in het TakeCare onderzoek geen cliënten meegenomen in de leeftijd van nul tot en met drie jaar. Ter controle zijn eventuele verschillen in deze variabelen getoetst (zie bijlage 5). Uit de Mann Whitney toets blijkt dat als de groep van nul tot en met drie ook in de groep cliënten uit deelstudie 1a niet wordt meegerekend, deze twee groepen niet significant van elkaar verschillen op de variabele leeftijd, $U= 23685,5$; $p= 0,935$. Op de variabele geslacht verschillen de groepen ook in deze vergelijking niet significant, $Chi^2= 0,047$; $df= 1$; $p= 0,829$. De Mann Whitney toets laat voor de variabele woonplek in deze vergelijking ook geen significant verschil zien, $U= 21661,0$; $p= 0,118$. De respondenten van TakeCare lijken dus een representatieve steekproef te vormen voor de onderzoekspopulatie, mits in de onderzoekspopulatie de groep cliënten in de leeftijd nul tot en

met drie jaar niet wordt meegenomen.

De respondenten van TakeCare hebben vier vragenlijsten ingevuld die zijn meegenomen in dit onderzoek. In tabel 9 worden de uitkomsten van de SDQ gepresenteerd.

Tabel 9.

Gedrags- en emotionele problemen kind (SDQ) deelstudie 1b (N=112).

Schaal	Respondenten TakeCare							
	Normaal		Grens		Afwijkend		Missend	
		%		%		%		%
- Emotionele problemen	47	42%	24	21,4%	36	32,1%	5	4,5%
- Gedragsproblemen	16	14,3%	11	9,8%	84	75,0%	1	0,9%
- Hyperactiviteit	42	37,5%	28	25%	41	36,6%	1	0,9%
- Problemen met leeftijdsgenootjes	53	47,3%	8	7,1%	46	41,1%	5	4,5%
- Pro-sociaal gedrag	40	35,7%	19	0,9%	53	47,3%	0	0,0%

Zoals te zien in tabel 9 geven de ouders/verzorgers van de cliënten vooral aan dat er sprake is van gedragsproblemen bij de cliënten (75%). Ook problemen met leeftijdsgenootjes wordt veel genoemd (41,1%).

Om de opvoedvaardigheden van de ouders te meten is de APQ afgenomen. De uitkomsten van deze vragenlijst worden in tabel 10 weergegeven.

Tabel 10.

Opvoedvaardigheden ouder (APQ) deelstudie 1b (N=112).

Schaal	Respondenten TakeCare	
	Aantal	Percentage
- Positief Ouderschap		
Nooit	0	0,0%
Bijna nooit	0	0,0%
Soms	17	15,2%
Vaak	62	55,4%
Altijd	32	28,6%
- Inconsistente Discipline		
Nooit	15	13,4%
Bijna nooit	37	33,0%
Soms	45	40,2%
Vaak	12	10,7%
Altijd	1	0,9%
- Slechte supervisie		
Nooit	10	8,9%
Bijna nooit	48	42,9%
Soms	38	33,9%
Vaak	12	10,7%
Altijd	1	0,9%

Zoals uit tabel 10 is af te lezen, zitten de meeste ouders/verzorgers in de categorie “vaak” op de schaal “positief ouderschap”. Dit betekent dat ouders/verzorgers aangeven dat er over het

algemeen sprake is van positief ouderschap. Op de schaal “Inconsistente Discipline” geeft een groot deel van de ouders/verzorgers aan dat hier soms sprake van is (40,2%). 46,4% van de ouders/verzorgers geeft echter aan dat hier bijna nooit of nooit sprake van is. Ook op de schaal “Slechte Supervisie” geeft de grootste groep ouders/verzorgers aan dat hier bijna nooit sprake van is. 33,9% van de ouders/verzorgers geeft aan dat er soms sprake is van slechte supervisie.

Uit de schaal “Sociale steun” van de Gezinsvragenlijst (GVL) blijkt dat 90,1% van de ouders/verzorgers een klinisch of klinisch hoge score haalt. Ouders/verzorgers geven hiermee aan dat ze (veel) problemen ervaren rondom het sociale netwerk. Slechts 2,7% van de ouders/verzorgers scoort een subklinische score en 6,3% van de ouders/verzorgers scoort een normale score.

Met de FAD-N is het gezinsfunctioneren gemeten. In tabel 11 worden de uitkomsten van deze vragenlijst weergegeven.

Tabel 11.

Gezinsfunctioneren (FAD-N) deelstudie 1b (N=112).

Schaal	Respondenten TakeCare	
- Algemeen functioneren gezin	<i>Aantal</i>	<i>Percentage</i>
Score 1	1	0,9%
Score 2	13	11,6%
Score 3	69	61,6%
Score 4	25	22,3%
Ontbrekende scores	4	3,6%

Een lage score op deze vragenlijst betekent dat het gezin minder goed functioneert. De ouders/verzorgers scoren gemiddeld een 3 en een standaarddeviatie van 0,5 wat betekent dat de gezinnen over het algemeen redelijk functioneren, dit is ook terug te zien in de percentages.

4.2 Deelstudie 2. Het hulpverleningstraject

OG is een module die binnen een hulpverleningstraject kan worden ingezet. Deelstudie 2 richt zich op de vraag welke hulp de cliënten hebben ontvangen. Het gaat in deze deelstudie om dezelfde cliënten als in deelstudie 1a, de respondenten OG. De gemiddelde duur van de module OG is 271, 4 dagen met een standaarddeviatie van 129, 4 dagen. De cliënten zijn onderverdeeld in acht clusters (zie tabel 12).

Tabel 12.

Verdeling binnen de clusters (N= 514).

Cluster	Respondenten OG	
	Aantal	Percentage
Alleen	190	36,9%
Cluster 1. Cliënten die <u>alleen</u> OG hebben gevolgd	190	36,9%
Geschakeld	93	18,1%
Cluster 2. Cliënten die <u>voor</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	61	11,9%
Cluster 3. Cliënten die <u>na</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	26	5,1%
Cluster 4. Cliënten die zowel <u>voor</u> als <u>na</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	6	1,2%
Gestapeld	53	10,3%
Cluster 5. Cliënten die <u>tijdens</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	53	10,3%
Geschakeld en gestapeld	178	34,6%
Cluster 6. Cliënten die zowel <u>voor</u> als <u>tijdens</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	37	7,2%
Cluster 7. Cliënten die zowel <u>voor</u> , <u>tijdens</u> als <u>na</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	78	15,2%
Cluster 8. Cliënten die zowel <u>tijdens</u> en <u>na</u> OG een andere hulp vorm hebben gevolgd	63	12,3%

Zoals te zien in tabel 12 hebben de meeste cliënten alleen OG gevolgd (cluster 1). Een groot gedeelte van de cliënten (34,6%) heeft een geschakelde en gestapelde vorm van zorg gevolgd bij Elker, waarbij cluster 7 het meeste voorkomt (cliënten die voor tijdens en na OG nog een andere hulp vorm hebben gevolgd).

De meest voorkomende hulpvormen vooraf aan de module zijn spoedzorg (81 keer), pleegzorg (47 keer) en het Medisch Kleuterdagverblijf (13 keer). De hulpvormen die tijdens de module OG het meeste voorkomen zijn het Medisch Kleuterdagverblijf (45 keer), pleegzorg (43 keer) en Ambulante Begeleiding (33 keer). De meest voorkomende hulpvormen na de module OG zijn pleegzorg (32 keer), het Medisch Kleuterdagverblijf (28 keer) en Ambulante Begeleiding (22 keer). In bijlage 6 wordt een overzicht gegeven van alle hulpvormen en de bijbehorende frequenties.

4.3 Deelstudie 3. Uitkomsten

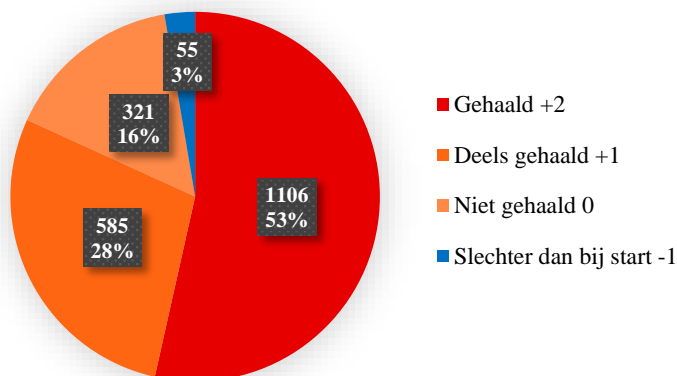
Deelstudie 3 richt zich op de vraag wat de uitkomsten zijn van hulpverlening. Er is hierbij gekeken naar de drie prestatie-indicatoren:

1. Mate van doelrealisatie
2. Reden van beëindiging
3. Cliënttevredenheid

4.3.1 Mate van doelrealisatie

Er zijn in totaal 2834 doelen bekend van de 514 cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot en met 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten. Van deze 2834 doelen zijn er 2067

(72,9%) doelen beoordeeld met een GAS-score. In figuur 1 wordt de verdeling van de GAS-scores weergegeven.



Figuur 1. Verdeling GAS-scores (N=2067)

Het grootste gedeelte van de doelen is gehaald. 81% van de doelen is deels gehaald of gehaald. In 19% van de gevallen is het doel niet gehaald of is de situatie verslechterd. In tabel 14⁴ wordt de verdeling van de scores per domein weergegeven.

Tabel 14.

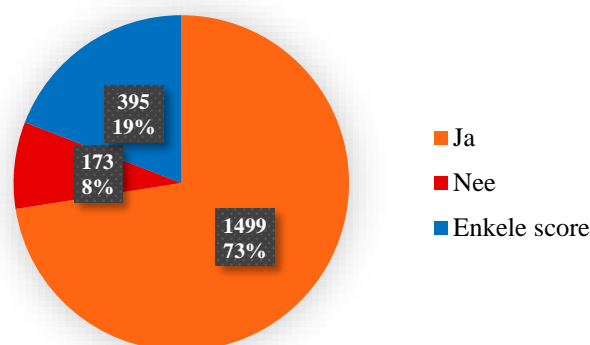
Verdeling scores per domein (N=2137)

Sub-domein	Scores							
	-1	%	0	%	+1	%	+2	%
1. Emotie	4	2,6%	23	14,7%	56	35,9%	73	46,8%
2. Gedrag	4	1,3%	43	13,7%	106	33,8%	161	51,3%
3. Cognitie	1	1,9%	9	16,7%	22	40,7%	22	40,7%
4. Lichaam	0	0,0%	3	12,0%	3	12,0%	19	76,0%
5. Ouder/verzorger	6	2,8%	31	14,3%	66	30,4%	114	52,5%
6. Opvoeding	16	1,9%	133	15,7%	241	28,4%	458	54,0%
7. Gezinsverhoudingen	9	4,0%	45	20,0%	54	24,0%	117	52,0%
8. Situatie in gezin	3	2,7%	10	8,8%	21	18,6%	79	69,9%
9. Sociaal netwerk	0	0,0%	7	35,0%	5	25,0%	8	40,0%
10. Professioneel netwerk	9	12,3%	11	15,1%	19	26,0%	34	46,6%
11. Probleemverheldering	4	8,3%	4	8,3%	12	25,0%	28	58,3%
12. Perspectief	0	0,0%	6	14,6%	5	12,2%	30	73,2%
13. Overig	0	0,0%	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%

In tabel 14 is te zien dat het grootste gedeelte van de doelen per domein gehaald is. De doelen in het domein “Lichaam” zijn het positiefste gescoord, gevolgd door de doelen in het domein “Perspectief” en de doelen in het domein “Situatie in gezin”.

⁴ Doordat sommige doelen meerdere onder meerdere domeinen vallen, is het totaal aantal doelen dat in tabel 14 beschreven staat 2137 in plaats van 2067.

De doelen worden gescoord door meerdere partijen, de ouders/verzorgers, in sommige gevallen de jeugdige, de hulpverlener en indien mogelijk de casemanager. Zoals in paragraaf 2.4 staat beschreven, streeft men naar consensus tussen de beoordelaars. In figuur 2 wordt de mate van consensus tussen de verschillende beoordelaars weergegeven.



Figuur 2. Verdeling consensus (N=2067)

Bij 73% van de gescoorde doelen zijn alle beoordelaars het met elkaar eens over de gegeven score. Er zijn 395 doelen waarbij er maar één beoordelaar is geweest. Slechts bij 8% van de doelen zijn de beoordelaars het niet met elkaar eens over de gegeven score.

4.3.2 Reden van beëindiging

In tabel 15 staan de beëindigingsredenen van de cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot en met 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten.

Tabel 15.

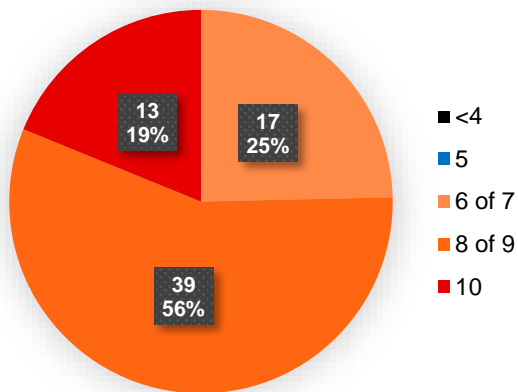
Reden beëindiging deelstudie 3 (N=514).

Variabelen	Respondenten OG	
	Aantal	%
- De hulp is in overeenstemming beëindigd	373	72,6%
- De hulp is eenzijdig beëindigd door de cliënt	30	5,8%
- De hulp is eenzijdig beëindigd door Bureau Jeugdzorg of Elker	9	1,8%
- Externe omstandigheden of overmacht	5	1,0%
- Reden onbekend	35	6,8%
- Beëindigd omdat de cliënt doorstroomt naar de GGZ	5	1,0%
- Beëindigd omdat de cliënt doorstroomt binnen Elker	57	11,1%

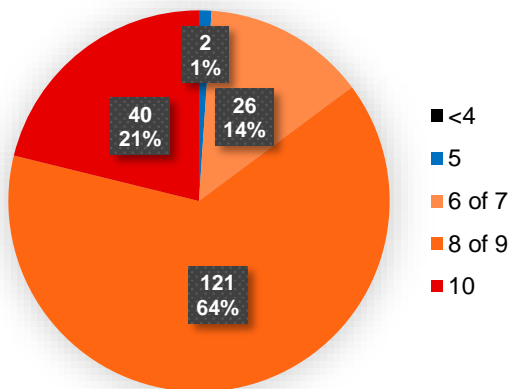
Zoals is af te lezen in de tabel hebben de meeste cliënten (72,6%) de zorg in overeenstemming beëindigd. 5,8% van de cliënten heeft de hulp zelf voortijdig beëindigd.

4.3.3 Cliënttevredenheid

Cliënttevredenheid is gemeten aan de hand van de exit-vragenlijst. Van de 514 cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot en met 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten hebben 69 jongeren en 189 ouders/verzorgers een exit-vragenlijst ingevuld. De jongeren geven gemiddeld een 8,2 met een standaarddeviatie van 1,14 en de ouders/verzorgers geven gemiddeld een 8,5 met een standaarddeviatie van 1,08. In figuur 3 en figuur 4 zijn de verdelingen van de rapportcijfers weergegeven.



Figuur 3. Verdeling rapportcijfers jongeren (N=69)



Figuur 4. Verdeling rapportcijfers ouders/verzorgers (N=189)

Naast de rapportcijfers hebben de cliënten ook antwoord gegeven op tien stellingen. In tabel 16 is dit weergegeven.

Tabel 16.*Reacties op de stellingen van de exit-vragenlijst*

Stelling	Helemaal niet mee eens		Niet mee eens		Mee eens		Helemaal mee eens	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Domein verloop van de hulp								
-De hulp van Elker is goed verlopen	1	0,4%	6	2,3%	105	39,9%	151	57,4%
-Elker besliste met mij, in plaats van over mij	2	0,8%	6	2,3%	93	35,8%	159	61,2%
-Ik voelde me serieus genomen door Elker	0	0,0%	1	0,4%	85	32,3%	177	67,3%
-De hulpverleners van Elker deden hun werk goed	0	0,0%	3	1,1%	82	31,1%	179	67,8%
Domein resultaat en toekomst								
-Ik heb voldoende geleerd om na de hulp zelf verder te gaan	3	1,2%	10	3,9%	131	50,8%	114	44,2%
-Elker heeft mij goed geholpen met de dingen die ik belangrijk vond	1	0,4%	2	0,8%	118	45,6%	138	53,3%
-Ik weet waar ik terecht kan als ik hulp nodig heb	0	0,0%	6	2,3%	102	39,1%	153	58,6%
-Ik heb door de hulp van Elker meer vertrouwen in de toekomst	2	0,8%	15	5,8%	117	45,3%	124	48,1%
-Ik ben door Elker geholpen met waarvoor ik kwam	3	1,2%	17	6,6%	106	41,1%	132	51,2%
-Er is voldoende bereikt door de hulp van Elker	2	0,8%	23	8,8%	115	43,9%	122	46,6%

Zoals uit tabel 16 is af te lezen zijn de meeste cliënten zeer tevreden over de hulp. 99,6% van de cliënten die een exit-vragenlijst hebben ingevuld geeft aan dat ze zich serieus genomen voelden en dat de hulpverleners hun werk goed deden. 95% van de cliënten geeft aan dat ze na de hulp zelf verder kunnen.

4.4 Samenvatting van de resultaten

In dit hoofdstuk werden de resultaten van onderhavig onderzoek gepresenteerd. Dit is gedaan aan de hand van de drie verschillende deelstudies. In deelstudie 1 is er gekeken naar de kenmerken van de doelgroep. Hierbij is er gebruik gemaakt van twee verschillende datasets. De eerste dataset bestaat uit cliënten van OG die in de periode van 25 juli 2011 tot en met 30 juni 2013 de module OG hebben afgesloten (respondenten OG). Dit zijn 514 cliënten waarvan 54,5% man en 45,5% vrouw. Het grootste gedeelte van deze cliënten valt onder de leeftijdscategorie van vier tot en met acht jaar. De meeste jongeren wonen, bij afsluiting van de zorg, in een één-oudergezin of in een twee-oudergezin.

De tweede dataset bestaat uit cliënten die in de periode van 25 juli 2011 tot 25 juli 2012 hebben deelgenomen aan de module OG en tevens hebben meegedaan aan het onderzoek TakeCare (respondenten TakeCare). Deze groep bestaat uit 112 cliënten waarvan 40,2% man en 59,8% vrouw. Het grootste gedeelte van deze cliënten valt onder de

leeftijdscategorie van twaalf tot en met vijftien jaar. De Mann Whitney toets laat zien dat de groep respondenten van TakeCare significant verschilt van de respondenten OG op de variabelen leeftijd. De Chi2 toets laat geen significant verschil zien op de variabele geslacht. Ook op de variabele woonplek laat de Mann Whitney toets geen significant verschil zien.

Het significante verschil in leeftijd wordt veroorzaakt door de groep cliënten in de leeftijdscategorie nul tot en met drie jaar. Deze groep is in het TakeCare onderzoek niet meegenomen. Als deze groep niet wordt meegenomen laat de Mann Whitney toets geen significant verschil zien tussen beide groepen op de variabele leeftijd. Ook op de andere variabelen worden in deze vergelijking geen significante verschillen gevonden. De steekproef wordt, met inachtneming van deze kanttekening, representatief gevonden.

Van de respondenten OG zijn in totaal 2834 doelen bekend. Deze doelen vallen voornamelijk in de domeinen opvoeding en gedrag.

De respondenten TakeCare hebben verschillende vragenlijsten ingevuld. Uit deze vragenlijsten blijkt dat de ouders/verzorgers van deze cliënten aangeven dat er vooral sprake is van gedragsproblematiek en problematiek met leeftijdsgenootjes bij het kind. Ook blijkt dat ouders/verzorgers positief scoren op het bieden van positief ouderschap. Ouders/verzorgers geven tevens aan voldoende discipline en supervisie te bieden. Sociale steun wordt als problematisch ervaren. Het grootste gedeelte van de ouders/verzorgers geeft aan (veel) problemen te ervaren rondom het sociale netwerk. Over het algemeen geven de ouders/verzorgers aan dat de gezinnen redelijk functioneren.

In deelstudie 2 is er gekeken naar de trajecten die de cliënten binnen Elker hebben gevolgd. Hieruit blijkt dat het grootste gedeelte van de cliënten naast de module OG ook voor, tijdens en na een andere hulp vorm hebben gevolgd. De hulpvormen die hierbij het meeste voorkomen zijn spoedzorg, pleegzorg, het MKD en Ambulante Begeleiding.

In deelstudie 3 is er gekeken naar de uitkomsten van de geboden hulp. Dit is gedaan aan de hand van de drie prestatie-indicatoren:

1. Mate van doelrealisatie
2. Reden van beëindiging
3. Cliënttevredenheid

Hieruit blijkt dat het grootste gedeelte van de doelen is gehaald. Slechts in 19% van de gevallen is een doel niet gehaald of is de situatie verslechterd. Ook is de consensus tussen deze scores erg hoog. In 72,6% van de gevallen is de zorg in overeenstemming beëindigd. Slechts een kleine groep cliënten (5,8%) heeft de hulp zelf voortijdig beëindigd. De laatste prestatie-indicator, cliënttevredenheid, is gemeten aan de hand van de exit-vragenlijst. Hieruit

blijkt dat ouders/verzorgers erg tevreden zijn over de geboden hulp. De jongeren geven een gemiddeld rapportcijfer van 8,2 en de ouders/verzorgers een 8,5.

5. Conclusie en discussie

Er is in onderhavig onderzoek gekeken naar de doeltreffendheid van de module OG binnen Elker. De doeltreffendheid van de module is onderzocht aan de hand van drie deelvragen. In paragraaf 5.1 wordt de conclusie van de eerste deelvraag besproken “Wat zijn de kenmerken van de doelgroep van OG?”. In paragraaf 5.2 wordt de conclusie van de tweede deelvraag besproken “Welke hulp is ontvangen?”. In paragraaf 5.3 wordt de conclusie van de derde deelvraag besproken “Wat zijn hiervan de uitkomsten in termen van reden beëindiging, cliënttevredenheid en doelrealisatie?”. In paragraaf 5.4 wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag. Paragraaf 5.5 richt zich op de sterke punten en beperkingen van onderhavig onderzoek. Tot slot worden er in paragraaf 5.6 aanbevelingen gedaan voor de praktijk.

5.1 Kenmerken van de doelgroep

5.1.1 Kenmerken

OG is een module voor ouders/verzorgers van kinderen van nul tot achttien jaar (Elker, 2010). Uit het onderzoek blijkt dat de doelgroep van OG voornamelijk bestaat uit ouders/verzorgers van cliënten in de leeftijdscategorie vier tot en met acht jaar en twaalf tot en met vijftien jaar. Het grootste gedeelte van deze cliënten is vrijwillig in zorg en woont in een twee oudergezin (40,9%).

De module richt zich op het versterken van de eigen krachten van het gezin. Er wordt gewerkt aan de communicatie en het gezinsklimaat (Elker, 2010). Uit onderzoek van Roosma en Tönjes (2008) blijkt dat hulp aan huis programma's leiden tot een vermindering van gedragsproblemen en een afname van ouderlijke stress. Ook uit de resultaten van onderhavig onderzoek blijkt dat de module zich richt op deze aspecten. De doelen van deze cliënten gaan voornamelijk over de opvoeding, de gezinsverhoudingen, de ouder/verzorger en het gedrag van het kind. Veerman en de Meyer (2006) geven aan dat er binnen de module met de cliënten wordt gewerkt aan het gebruik maken van het sociale netwerk. Opvallend is dat er in dit onderzoek weinig doelen (1,2%) zijn gevonden die zich richten op het sociale netwerk.

5.1.2 Problematiek

Om inzicht te krijgen in de problematiek van de cliënten die bij Elker de module OG volgen, is er gebruik gemaakt van de data die is verzameld voor het TakeCare onderzoek. Uit onderhavig onderzoek blijkt echter dat deze groep significant verschilt van de respondenten OG op de variabelen leeftijd. Dit verschil wordt veroorzaakt door de groep cliënten in de leeftijdscategorie nul tot en met drie jaar. Als deze groep niet wordt meegenomen in de

berekening wordt er geen significant verschil gevonden tussen beide groepen. De TakeCare steekproef wordt, met inachtneming van deze kanttekening, representatief geacht.

Uit onderhavig onderzoek blijkt dat de ouders van deze cliënten naast gedragsproblemen bij het kind, ook ervaren dat het kind problemen heeft met leeftijdsgenootjes. Ook ervaren deze ouders/verzorgers zelf problemen rondom het eigen sociale netwerk. Uit deelstudie 1a blijkt echter dat er binnen de module OG weinig doelen gericht zijn op het versterken van het sociale netwerk. Veel doelen richten zich op de opvoeding en de gezinsverhoudingen terwijl uit de data van het TakeCare onderzoek juist blijkt dat ouders/verzorgers relatief tevreden zijn over hun eigen opvoedvaardigheden. De module OG lijkt op deze onderdelen niet goed aan te sluiten op de problematiek van deze cliënten.

5.2 Het hulpverleningstraject

In deelstudie 1b is gekeken naar de hulpverlening zelf en het traject waarin de module wordt aangeboden. Hieruit blijkt dat de gemiddelde duur van de module OG 271, 4 dagen is. Dit is binnen de vooraf afgesproken maximale duur van een jaar (Elker, 2011). De module OG wordt vaak in geschakelde en/of gestapelde vorm aangeboden. De hulpvormen die het meeste met OG worden gecombineerd zijn Pleegzorg, het Medisch Kleuterdagverblijf en Ambulante Begeleiding. De hulp vorm die het vaakst vooraf gaat aan de module is Spoedzorg. De module OG lijkt een logisch vervolg op de module Spoedzorg. Bij de module Spoedzorg is er sprake van een acute crisis waarbij de veiligheid van de jongere in gevaar is of een spoedeisende hulpvraag die betrekking heeft op het veilig opvoeden van de jongere/het kind (Elker, 2011). Als de crisissituatie is aangepakt kan er binnen de module OG vervolgens gewerkt worden aan het verbeteren van het gezinsklimaat en voorkomen van een volgende crisissituatie.

5.3 Uitkomsten

Roosma en Tönjes (2008) geven in hun onderzoek aan dat hulp aan huis programma's effectief bijdragen aan de afname van gedragsproblemen. Onderhavig onderzoek ondersteunt deze uitkomst. Er wordt een hoge doelrealisatie gevonden op de doelen die gaan over de gedragsproblemen bij kinderen. Uit eerder onderzoek van Veerman en de Meyer (2006) bleek dat hulp aan huis programma's effectief opvoedings- en opgroei problemen bestrijdt. Ook uit onderhavig onderzoek blijkt dat de doelen rondom de opvoeding in 82,9% van de gevallen deels gehaald of gehaald zijn.

Een hoog percentage cliënten heeft de hulp in overeenstemming beëindigd. Slechts 5,8% van de cliënten heeft de hulp voortijdig beëindigd en 1,8% van de cliënten is geëindigd met de zorg door de keus van Bureau Jeugdzorg of Elker. Saxon, Ricketts en Heywood (2010) vonden in hun onderzoek dat de voornaamste reden van voortijdige beëindiging van de zorg, de wens van de cliënt om te stoppen is, deze uitkomsten worden door onderhavig onderzoek ondersteund.

Uit onderhavig onderzoek blijkt een hoge cliënttevredenheid bij ouders en verzorgers. Dit ondersteunt de uitkomsten die Roosma en Tönjes (2008) vonden in hun onderzoek naar de cliënttevredenheid bij ouders en verzorgers die mee hebben gedaan aan Hulp aan Huis programma's. Op basis van de gegevens van McNeil, Nicholas, Szechy en Lach (1998) en Trotter (2008) die in hun onderzoeken aantonen dat een hoge cliënttevredenheid vaak samen gaat met een verbetering/voortuitgang, is de verwachting dat er ook sprake is van een verbetering/voortuitgang bij de cliënten uit onderhavig onderzoek.

5.4 Beantwoording van de hoofdvraag

In onderhavig onderzoek werd getracht een antwoord te geven op de vraag "Hoe doeltreffend is de module OG binnen Elker?". Veerman en Van Yperen (2008) geven aan dat dit onderzocht kan worden door middel van onderzoeken naar cliënttevredenheid, verandering en doelrealisatie. Ook uit de onderzoeken van Ruble, McGrew en Toland (2012), McNeil, Nicholas, Szechy en Lach (1998) en Trotter (2008) blijkt dat onderzoek naar doelrealisatie en cliënttevredenheid informatie kan bieden over de effectiviteit van een interventie. In onderhavig onderzoek is in navolging hiervan gekeken naar de doelrealisatie, reden beëindiging en de cliënttevredenheid.

Gebleden is dat de doelgroep van OG ook daadwerkelijk de doelgroep is die de module beoogt te helpen. Tevens blijkt dat er sprake is van een hoge mate van doelrealisatie, een positieve reden van beëindiging en een hoge mate van cliënttevredenheid. Deze indicatoren wijzen op een hoge mate van doeltreffendheid. Toch zijn er enkele kanttekeningen waardoor er geen eenduidig antwoord kan worden gegeven op de hoofdvraag. Uit onderhavig onderzoek blijkt namelijk dat er relatief weinig doelen gericht lijken te zijn op de problematiek die aanleiding is voor de hulpverlening (deelstudie 1). Ook uit onderzoek van Van der Steege (2005) blijkt dat ondanks de afname van probleemgedrag en de opvoedingsbelasting er nog aanzienlijk veel problemen in gezinnen zijn nadat zij een Hulp aan Huis module hebben gevolgd. Het lijkt er op dat de module doeltreffend is maar het blijft de vraag of bij aanvang van de hulp wel de juiste doelen zijn gesteld.

5.5 Sterke kanten en beperkingen van het onderzoek

Scriven (1994) beschrijft in zijn artikel drie termen van het evalueren van een programma. Allereerst beschrijft Scriven de “black box evaluation”. Hiermee wordt bedoeld dat er alleen gekeken wordt naar de effectiviteit van een interventie, maar niet naar de inhoudelijke aspecten die ervoor zorgen dat een interventie werkt. Het tegenovergestelde is de “white box evaluation”, bij deze benadering worden ook alle werkzame elementen in de interventie onderzocht. Deze benadering biedt weliswaar veel informatie maar is ook lastig te realiseren. Scriven beschrijft een derde manier van evalueren die tussen deze beide varianten in zit, namelijk de “grey box evaluation”. In onderhavig onderzoek is er door middel van “grey box evaluation” gekeken naar de doeltreffendheid van de module OG. Er is gekozen om te werken met meerdere datasets om een zo volledig mogelijk beeld te kunnen geven van de doelgroep en haar problematiek. Dit is samen met de grote onderzoeksgroep een sterke kant van het onderzoek. Er is hierbij niet alleen gekeken naar de uitkomsten van de module maar ook naar het traject zelf.

Echter, er zijn ook enkele beperkingen gebleken. In het TakeCare onderzoek is de groep cliënten in de leeftijdscategorie van nul tot drie jaar niet meegenomen. Dit maakt het lastiger de twee datasets met elkaar te vergelijken. Daarnaast zijn de verschillen in de groepen heel basaal getoetst. Er is alleen gekeken naar de kenmerken leeftijd, sekse en woonsituatie. Ook is er in het TakeCare onderzoek geen duidelijke registratie geweest met betrekking tot de gevolgde module van de cliënten binnen een bepaalde instelling. Er is in onderhavig onderzoek gekozen voor de cliënten waarbij de specifieke module is aangegeven, hierdoor zijn er mogelijk enkele cliënten uitgesloten die in het onderzoek geïncludeerd hadden kunnen worden.

Daarnaast is er in onderhavig onderzoek gebruik gemaakt van de gegevens uit het registratieprogramma van de instelling. In 2012 is de instelling gebruik gaan maken van een ander registratieprogramma, hierdoor missen er enkele gegevens van cliënten uit onderhavig onderzoek. Een andere beperking van het gebruik maken van het registratieprogramma is dat er fouten kunnen zijn gemaakt tijdens het registreren, zo kan het voorkomen dat een zorg vorm niet is opgestart maar dat dit niet goed is geregistreerd. Ook kan het voorkomen dat een einddatum niet op tijd is doorgegeven. De duur van de zorg lijkt dan erg lang te zijn terwijl het al veel eerder is beëindigd.

Ook de afspraken omtrent de exitvragenlijsten vormen een beperking van onderhavig onderzoek. De exitvragenlijst wordt afgenomen als de zorg binnen Elker is afgelopen, de cliënttevredenheid gaat dus over het hele traject en niet alleen over de module OG.

Een laatste beperking wordt gevormd door de invloeden van de praktijk. Er is geprobeerd om de SDQ te implementeren binnen de regioteams van Elker om ook van een derde onderzoeksgroep, de actuele cliënten van OG, gegevens te verzamelen. Het is echter niet gelukt om binnen de beschikbare tijd voor onderhavig onderzoek de SDQ te implementeren binnen deze regioteams. Van Aggelen en Van Dam (2008) laten zien dat praktijkmedewerkers behoefte hebben aan voldoende uitleg, instructie en sturing als het gaat om nieuwe vragenlijsten. Hier is in de implementatie van de SDQ rekening mee gehouden. Er is een presentatie gemaakt met daarin uitleg over alle stappen rondom de vragenlijst. Zo wordt er uitleg gegeven over het administratieve gedeelte maar wordt er ook ingegaan op de manier waarop je de lijst kunt gebruiken in het contact met de cliënt. Op die manier wordt geprobeerd het afnemen van de SDQ in te bedden in het proces. Dit is volgens Veerman en Van Yperen (2008) een belangrijk aspect in een implementatieproces. Dit proces heeft binnen de instelling meer tijd gekost dan verwacht. Dit is jammer want deze cliënten hadden een goed beeld kunnen bieden van de problematiek van de actuele doelgroep.

5.6 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van onderhavig onderzoek wordt een aantal aanbevelingen gedaan.

5.6.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- Het lijkt zinvol gebruik te maken van vragenlijsten die zicht geven op de problematiek van cliënten. Het is daarbij aan te raden gebruik te maken van meerdere vragenlijsten om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de gezinssituatie. Met deze kennis over de problematiek heeft de instelling in de toekomstige situatie, waarin Bureau Jeugdzorg niet meer verantwoordelijk is voor het aanleveren van de doelen, de mogelijkheid de hulpverleningsdoelen beter te laten aansluiten op de problematiek.
- Ook biedt het structureel afnemen van vragenlijsten de mogelijkheid probleemreductie te meten. Dit biedt meer informatie over de effectiviteit van de interventie en biedt cliënten en hulpverleners de kans de vooruitgang niet alleen te merken, maar ook te zien.
- Daarnaast lijkt het, op basis van de uitkomsten van onderhavig onderzoek, zinvol binnen de hulpverlening aandacht te besteden aan het versterken van het sociale netwerk van de cliënt. Ook met oog op de transformatie van de jeugdzorg is dit van belang. Salih (2013) beschrijft dat het versterken van het sociale netwerk een belangrijk onderdeel van de jeugdzorg zal worden.

5.6.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

- Het is aan te raden vervolgonderzoek te doen naar de probleemreductie. Zoals uit het onderzoek blijkt, komen er in de vragenlijsten die zijn gebruikt in het TakeCare onderzoek ook andere problemen naar voren dan waar de module zich op richt. Het is aan te bevelen om bijvoorbeeld met dezelfde instrumenten die ook in onderhavig onderzoek zijn gebruikt, in het vervolg voor- en nametingen te doen om zodoende de probleemreductie in kaart te brengen.
- Omdat in het TakeCare onderzoek de groep cliënten van nul tot en met drie jaar niet is meegenomen, lijkt het tevens zinvol vervolgonderzoek te doen naar de problematiek van ook deze cliënten bij OG. Ouders van deze cliënten ervaren mogelijk andere problemen dan ouders van kinderen in een oudere leeftijdscategorie.
- Zoals aangegeven in de beperkingen van dit onderzoek is er basaal gekeken naar de verschillen tussen de onderzoeksgroep en de steekproef. Dit komt onder andere doordat er in het TakeCare onderzoek gekeken is naar andere kenmerken dan de kenmerken die binnen de instelling worden geregistreerd. Zo is er bijvoorbeeld niet aangegeven in welk juridisch kader een cliënt is aangemeld. Het lijkt zinvol bij vervolgonderzoeken ook deze kenmerken van cliënten mee te nemen zodat deze groepen op meerdere variabelen met elkaar kunnen worden vergeleken. Het is hierbij aan te raden om als onderzoeker contact op te nemen met zorginstellingen en na te gaan wat zij registreren van cliënten. De onderzoeksdata kunnen op deze manier nog beter worden benut.

Literatuur

- Baarda, D. B., & de Goede, M. P. M. (2006). *Basisboek methoden en technieken, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(6), 585-592.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(6), 319-327.
- Benneker, P. (2010). *Ontwikkelingsonderzoek naar de nieuwe methodiek ambulante gezinshulp*. (Unpublished Masterthesis). Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Berg-Le Clercq, T., Zoon, M., & Kalsbeek, A. (2012). *Wat werkt in multiprobleemgezinnen?* Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., van der Veldt, M. C., & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Bovend'Eerd, T. J. H., Botell, R. E., & Wade, D. T. (2009). Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: A practical guide. *Clinical Rehabilitation*, *23*(4), 352-361.
- Bower, P., & Gilbody, S. (2010). The current view of evidence and evidence-based practice. In M. Barkham, G. E. Hardy & J. Mellor-Clark (Eds.), *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies* (pp. 3). Chichester, UK.: John Wiley & Sons Ltd.

- Burns, B. J., Hoagwood, K., & Mrazek, P. J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 2(4), 199-254.
- C4Youth. (2013). *Codeboek C4Youth TI in zorg (basismeting)*. Unpublished manuscript.
- Copley, J., & Allen, S. (2009). Using all the available evidence: Perceptions of paediatric occupational therapists about how to increase evidence-based practice. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 7(3), 193-200.
- Damashek, A., Bard, D., & Hecht, D. (2012). Provider cultural competency, client satisfaction, and engagement in home-based programs to treat child abuse and neglect. *Child Maltreatment*, 17(1), 56-66.
- Elgar, F., Waschbusch, D., Dadds, M., & Sigvaldason, N. (2007). Development and validation of a short form of the alabama parenting questionnaire. *Journal of Child & Family Studies*, 16(2), 243-259.
- Elker. (2010). *Methodiekboek orthopedagogische gezinsbehandeling*. Groningen: Elker.
- Elker. (2011). *Zorgwijzer*. Groningen: Elker Jeugd- en opvoedhulp.
- Elker. (2013). Elker dichtbij. Retrieved November 19, 2013, from <http://intranet/Elker-Dichtbij%3A-een-update.html>
- Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Psychometric properties of the alabama parenting questionnaire. *Journal of Child & Family Studies*, 15(5), 595-614.
- Goedhart, A., Treffer, F. & Van Widenfelt, B. (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. *Maandblad Geestelijke volkgezondheid*, 58, 1018-1035.

- Ghesquière, P. (1993). *Multi- problem gezinnen. problematische hulpverleningssituaties in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(5), 581-586.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Zandberg, T. (2006). *Residentiële jeugdzorg in beeld. een overzichtsstudie naar de doelgroep, werkwijzen en uitkomsten*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1998). Treatment completion and therapeutic change among children referred for outpatient therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(4), 332-340.
- Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren. (2006). *Prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. naar een integrale gezamenlijke visie en implementatie*. Den Haag: Inter Provinciaal Overleg.
- Maarsingh, E., Oostindiër, J., & Verbeek, N. (2011). *De doelenboom als categoriseringsinstrument . zicht op de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de doelenboom in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg*. (Unpublished Bachelor Thesis). Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Matos, A. R., & Sousa, L. M. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.
- McNeil, C. B., & Herschell, A. D. (1998). Treating multi-problem, high stress families: Suggested strategies for practitioners. *Family Relations*, 47(3), 259-62.

McNeill, T., Nicholas, D., Szechy, K., & Lach, L. (1998). Perceived outcome of social work intervention: Beyond consumer satisfaction. *Social Work in Health Care*, 26(3), 1-18.

Miller, I. W., Ryan, C. F., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 168.

Jeugdwet wettekst, §4.1 (2013).

Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift.

Nederlands Jeugdinstuut. (2013b). Gezinsvragenlijst (GVL). Retrieved November 20, 2013, from [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Gezinsvragenlijst-\(GVL\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Instrumenten-en-Richtlijnen/Gezinsvragenlijst-(GVL))

Nederlands Jeugdinstuut. (2013a). Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG). Retrieved October 10, 2013, from [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Orthopedagogische-Gezinsbehandeling-\(IOG\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Orthopedagogische-Gezinsbehandeling-(IOG))

Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(2), 149-166.

Panel jeugdzorg. (2006). Intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG). Retrieved October 11, 2013, from [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Orthopedagogische-Gezinsbehandeling-\(IOG\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Intensieve-Orthopedagogische-Gezinsbehandeling-(IOG))

- Rashid, M. (2013). The question of knowledge in evidence-based design for healthcare facilities: Limitations and suggestions. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)*, 6(4), 101-126.
- Reith, W., Hofman, R., Stams, G. J. J. M., & Van Yperen, T. A. (2008). Hulpverleningsdoelen categoriseren met de doelenboom: Ontwikkeling van een categorieënsysteem voor hulpverleningsdoelen in een jeugdzorgzorginstelling. *Kind En Adolescent*, 29(4), 221-234.
- Roosma, D., & Tönjes, H. (2008). Hoofdstuk 10. organisatie praktijkgestuurd effectonderzoek bij hulp aan huis. In T. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit* (pp. 169-184). Delft: Eburon.
- Ruble, L., McGrew, J., & Toland, M. (2012). Goal attainment scaling as an outcome measure in randomized controlled trials of psychosocial interventions in autism. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 42(9), 1974-1983.
- Salih, F. (2013). *Transitie gemeentelijk sociaal domein: Informatie over ontwikkelingen*. Branbant: K2 Brabants Kenniscentrum Jeugd.
- Saxon, D., Ricketts, T., & Heywood, J. (2010). Who drops-out? do measures of risk to self and to others predict unplanned endings in primary care counselling? *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(1), 13-21.
- Scriven, M. (1994). The fine line between evaluation and explanation. *Evaluation Practice*, 15(1), 75-77.
- Stichting Alexander. (2009). In Stichting Alexander (Ed.), *Handleiding exitvragenlijst zorgaanbieders*. Utrecht: MOgroep/Stichting Alexander.

- Sundelin, J., & Hansson, K. (1999). Intensive family therapy: A way to change family functioning in multi-problem families. *Journal of Family Therapy*, 21(4), 419-432.
- Trotter, C. (2008). What does client satisfaction tell us about effectiveness? *Child Abuse Review*, 17(4), 262-274.
- Van Aggelen, M. , & Van Dam, C. (2008). Hoofdstuk 1. Zicht op Effectiviteit bij de Ottho Gerhard Heldringstichting. In J.W. Veerman, & H. Ooms (Eds.), *Zicht op effectiviteit, een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg* (pp. 9-38). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van der Ploeg, J.D. & Scholte, E.M. (2008) *Gezinsvragenlijst GVL Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Steege, M., & Van Yperen, T. (2009). *Raamwerk prestatie-indicator doelrealisatie*. Utrecht: NJI.
- Van der Steege, M. (2005). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'intensieve orthopedagogische gezinsbehandeling (IOG)'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Eijk, L., Verhage, V., Noordik, E., Reijneveld, M., & Knorth, E. (2013). *TakeCare provincie Groningen*. Groningen: C4Youth, de Academische Werkplaats Zorg voor Jeugd Noord-Nederland.
- Van Schot, E., & Van der Steege, M. (1998). *De methodiek van IOG hulp aan huis groningen en drenthe*. Assen: Hulp aan Huis Drenthe.
- Van Yperen, T., & Geurts, E. (2009). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren, definities en spelregels*. Utrecht: NJI.

- Van Yperen, T., Kroes, G., & Bijl, B. (2008). Hoofdstuk 15. meten van doelrealisatie. *Zicht op effectiviteit* (pp. 271-291). Delft: Eburon.
- Van Yperen, T., & Van der Steenhoven, P. (2011). *Toets basisset CJG-indicatoren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, T. A. (2002). Effectonderzoek voor de 'evidence based' praktijk. *Kind En Adolescent*, 23, 82-84.
- Van Yperen, T. A. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Veerman, J. W. (1998). Meten en weten in jeugdzorg. een pleidooi voor bruikbaarheidsonderzoek. *Kind En Adolescent*, 19, 343-357.
- Veerman, J. W. (2005). Wetenschappelijk onderzoek. In J. Hermanns, C. Van Nijnatten, F. Verheij & M. Reuling (Eds.), *Handboek jeugdzorg. deel 1: Stromingen en specifieke doelgroepen* (pp. 75-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veerman, J. W., & de Meyer, R. (2006). *Effectief omgaan met opgroei- en opvoedproblemen, resultaten van hulp aan huis overijssel over de periode 2004-2005*. Nijmegen: Praktikon.
- Veerman, J. W., & Van Yperen, T. (2008). Hoofdstuk 1. wat is praktijkgestuurd effectonderzoek. In T. Van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit* (pp. 17-34). Delft: Eburon.
- Veerman, J. W., Wilschut, M., Ooms, H., & Roosma, D. (2010). *Zicht op effectiviteit van jeugdzorg vereist onderzoeksberedheid en onderzoeksrijpheid van instellingen*. Utrecht: SEIJN.

Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg. (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Bijlage 1.

Toelichting varianten van Orthopedagogische Gezinsbegeleiding.

Binnen Elker Jeugd- en opvoedhulp wordt de module Orthopedagogische Gezinsbegeleiding aangeboden in drie verschillende categorieën. Deze varianten verschillen van elkaar in het aantal huisbezoeken. Bij cliënten in de eerste categorie (ook wel OG 1 genoemd) wordt verwacht dat de doelen behaald kunnen worden bij maximaal 15 huisbezoeken. Bij cliënten in de tweede categorie (ook wel OG 2 genoemd) is er sprake van wat zwaardere problematiek. De verwachting is dat de doelen behaald kunnen worden in 25 huisbezoeken. Bij cliënten in de derde categorie (ook wel OG 3 genoemd) is er sprake van een onveilige en/of een zeer complexe opvoedingssituatie en wordt er intensief ingezet. De verwachting is dat de doelen behaald kunnen worden in 35 huisbezoeken. Naast de huisbezoeken is er ook telefonisch contact en e-mailcontact (Elker, 2010).

Naast de varianten OG1, OG2 en OG 3 wordt ook de module Terug naar Huis aangeboden door de hulpverleners van OG. Dit is een variant waarin door middel van ambulante hulpverlening aan de ouders/verzorgers en een tijdelijke pleegzorgplaatsing er een veilige leefomgeving wordt gecreëerd voor de jongere. Het doel is dat de jongere weer terug kan naar het oorspronkelijke gezin. De hulpverlening vindt bij zowel de pleegouder(s) als de ouder(s) plaats (Elker 2011).

Bronnen:

Elker.(2010). *Methodiekboek orthopedagogische gezinsbehandeling*. Groningen: Elker.

Elker.(2011). *Zorgwijzer*. Groningen: Elker

Bijlage 2.

Exit-vragenlijst jongeren.

De exit-vragenlijst is een vragenlijst over de hulpverlening en het resultaat van deze hulpverlening. De vragenlijst bestaat uit tien stellingen die door de cliënt en diens ouders/verzorgers moet worden ingevuld. Ouders/verzorgers en jongeren scoren apart. Er zijn vier verschillende antwoordmogelijkheden. Op de vragenlijst wordt aangegeven dat er slechts één antwoord mag worden aangekruist. De stellingen zijn:

1. De hulp van Elker is goed verlopen
2. Ik heb voldoende geleerd om na de hulp zelf verder te gaan
3. Elker heeft mij geholpen met de dingen die ik belangrijk vond
4. Ik weet waar ik terecht kan als ik nog hulp nodig heb
5. Ik heb door de hulp van Elker meer vertrouwen in de toekomst
6. Elker besliste met mij, in plaats van over mij
7. Ik ben door Elker geholpen met waarvoor ik kwam
8. Ik voelde me serieus genomen door Elker
9. Er is voldoende bereikt door de hulp van Elker
10. De hulpverleners van Elker deden hun werk goed

Onder de stellingen wordt de cliënt gevraagd een rapportcijfer te geven. Dit kan door één van de 10 cijfers te omcirkelen.

Bijlage 3.

Het afsluitformulier en woonplek bij einde.

Het afsluitformulier is een formulier dat aan het einde van de zorg moet worden ingevuld door de hulpverlener. Op dit formulier wordt de reden beëindiging en de woonplek bij einde aangegeven. De mogelijkheden van woonplek bij einde zijn als volgt:

1. Alleenstaand
2. Zonder partner, met kinderen
4. Met partner (+ evt. kinderen)
5. Kind in éénoudergezin
6. Kind in twee-oudergezin, beide biologische ouders
7. Kind in twee-oudergezin, één biologische ouder
8. Bij adoptief ouder(s)
9. Zwervend
10. Pleegzorg
11. Netwerk
12. Residentieel
98. Andere samenlevingsvorm
99. Onbekend

Binnen onderhavig onderzoek zijn de categorieën zoals ze hier boven staan samen gevoegd tot zeven categorieën. In tabel 17 staan deze categorieën en de bijbehorende cijfers.

Tabel 17.

Verdeling woonplek bij einde (N=514)

Categorie	Respondenten OG	
	Aantal	Percentage
Kind in een twee oudergezin	210	40,9%
Kind in twee-oudergezin, beide biologische ouders	128	24.9%
Kind in twee-oudergezin, één biologische ouder	80	15.6%
Bij adoptief ouder(s)	2	0.4%
Kind in een één oudergezin	182	35,4%
Kind in één oudergezin	182	35.4%
(netwerk)Pleegzorg	39	7,6%
Pleegzorg	29	5.6%
Netwerk	10	1.9%
Residentieel	10	1,9%
Residentieel	10	1.9%
Zwervend	1	0,2%
Zwervend	1	0.2%
Op zichzelf	14	2,7%
Alleenstaand	3	0.6%
Zonder partner, met kinderen	5	1.0%
Met partner (+ evt. kinderen)	6	1.2%
Onbekend	58	11,3%
Andere samenlevingsvorm	7	1.4%
Onbekend	36	7.0%
Niet ingevuld	15	2.9%

Bijlage 4.

Toelichting op de Doelendatabase van Bureau Jeugdzorg.

De doelendatabase van Bureau Jeugdzorg is een database waarin alle doelen die in het indicatiebesluit kunnen staan, zijn genoteerd. Deze doelen zijn onderverdeeld in vijf domeinen. Ook binnen de domeinen zijn de doelen onderverdeeld in sub-domeinen (zie tabel 18.).

Tabel 18.

Doelendatabase Bureau Jeugdzorg

Domein	Sub-domein	Voorbeeld doel
Het kind	Emoties	Jeugdige functioneert in emotioneel opzicht goed
	Belangrijke gebeurtenissen	Jeugdige heeft vertrouwen in de toekomst
	Hechting	Jeugdige maakt onderscheid tussen vreemden en bekenden
	Uithuisplaatsing	Jeugdige accepteert de huidige woonomstandigheden
	Gezag/autoriteit	Jeugdige accepteert autoriteit/gezag
	Omgang met andere personen	Jeugdige beschikt over leeftijdsadequaate sociale vaardigheden
	Vertrouwen	Jeugdige weet wie hij wel/niet kan vertrouwen
	Afspraken	Jeugdige komt gemaakte afspraken na
	Zelfstandigheid/sturing	Jeugdige maakt eigen keuzes
	Intimiteit/seksualiteit	Jeugdige geeft eigen grenzen aan
	Eetproblematiek	Jeugdige heeft zijn/haar eetgedrag onder controle
	Middelengebruik	Jeugdige gebruikt geen middelen meer
	Takenpakket	Jeugdige draagt verantwoordelijkheden, passen bij de leeftijd of ontwikkelingsniveau
	Justitie	Jeugdige komt niet meer in aanraking met politie
	Normbesef	Jeugdige heeft binding met de samenleving
	Aandacht en concentratie	Jeugdige heeft een verbeterde concentratie
	Cognitief niveau	Jeugdige heeft de achterstand op cognitief gebied verkleind/ingeaald
	Identiteit/zelfbeeld	Jeugdige heeft voldoende eigen identiteit
	Probleembesef	Jeugdige heeft meer inzicht in zijn gedrag
	Cognitieve vaardigheden	Jeugdige handelt adequaat in probleemsituaties
Schoolwerk/dagbesteding	Jeugdige is teruggekeerd naar regulier onderwijs	
Sociaal inzicht en vaardigheden	Jeugdige toont verbeterd sociaal inzicht/inlevingsvermogen	

Domein	Sub-domein	Voorbeeld doel
	Lichaam	Jeugdige is zindelijk
Het gezin	Persoonlijke problematiek	Ouders hebben hulp voor hun persoonlijke problematiek
	Probleeminzicht	Ouders accepteren de problematiek van hun kind(eren)
	Samen opvoeden	Ouders zitten op één lijn
	Anders opvoeden	Ouders hebben een uithuisplaatsing voorkomen
	Opvoedvaardigheden	Ouders hebben voldoende opvoedvaardigheden
	Opvoedingsinzicht	Ouders stimuleren de ontwikkeling van hun kind(eren)
	Verzorging	Ouders zorgen voor voldoende hygiëne
	Gezag	Ouders stellen regels en grenzen aan de kind(eren)
	Opvoedingsmogelijkheden	Ouders hebben vertrouwen in hun eigen competenties
	Onderlinge gezinsrelaties	Er is een positief gezinsklimaat
	Gezagsverhoudingen	Ouders oefenen hun gezag adequaat uit
	Gezinsconflicten	Ouders lossen gezinsconflicten adequaat op
	Gezinscommunicatie	Ouders en jeugdige(n) hebben een positieve gezinscommunicatie
	Situatie in het gezin	Ouders hebben het huis op orde
Omgeving	Sociaal netwerk	De familierelaties zijn herstelt
	Professioneel netwerk	Jeugdige heeft een positieve vriendenkring
Hulpverlening	Probleemverheldering (jeugdige)	Er is duidelijkheid over de seksuele ontwikkeling
	Probleemverheldering (Ouders)	Er is duidelijkheid over de cognitieve mogelijkheden
	Probleemverheldering (opvoeding)	Er is duidelijkheid over de gezinsverhoudingen
Overige doelen	Veiligheid	De emotionele mishandeling is gestopt
	Ambulante crisisdoelen	Het is duidelijk of de kinderen veilig zijn
	Gesloten jeugdzorg	Het is duidelijk of de jeugdige weer thuis kan wonen

Bron:

Elker.(2013). *Kwaliteitshandboek* . Groningen: Elker

Bijlage 5.

Tabellen kenmerken van de doelgroep als de groep nul t/m drie jaar niet wordt meegerekend.

Tabel 19.

Demografische kenmerken deelstudie 1a (N=425).

Variabelen	Respondenten OG	
	Aantal	Percentage
- Leeftijd		
4 t/m 8 jaar	156	36,7%
9 t/m 11 jaar	73	17,2%
12 t/m 15 jaar	134	31,5%
16 jaar en ouder	62	14,6%
- Sekse		
Man	226	53,2%
Vrouw	199	46,8%
- Juridisch kader		
Vrijwillig	299	70,4%
OTS	80	18,8%
VOTS	13	3,6%
Jeugdreclassering	17	4,0%
Voogdij	16	3,8%
- Woonplek bij einde		
Kind in een twee oudergezin	169	39,8%
Kind in een één oudergezin	152	35,8%
(netwerk)Pleegzorg	33	7,8%
Residentieel	10	2,4%
Zwervend	1	0,2%
Op zichzelf	12	2,8%
Onbekend	48	11,3%

Tabel 20.

Verdeling van de hulpverleningsdoelen van deelstudie 1a (N=2475)

Domein	Sub-domein	Aantal doelen	%
- Kind	1. Emotie	184	7,4%
	2. Gedrag	387	15,6%
	3. Cognitie	57	2,3%
	4. Lichaam	20	0,8%
- Gezin	5. Ouder/verzorger	236	9,5%
	6. Opvoeding	956	38,6%
	7. Gezinsverhoudingen	302	12,2%
	8. Situatie in gezin	113	4,6%
- Omgeving	9. Sociaal netwerk	31	1,3%
	10. Professioneel netwerk	87	3,5%
- Probleembeschrijving	11. Probleemverheldering	44	1,8%
	12. Perspectief	47	1,9%
	13. Overig	11	0,4%

Bijlage 6.

Frequenties van de verschillende hulp vormen.

Tabel 21.

Frequentietabel hulp vormen

Hulp vorm	Aantal		
	Voor	Tijdens	Na
- 24-uurs	3	9	8
- Agressie regulatietraining	1	10	3
- Ambulante begeleiding	4	33	22
- Begeleide omgangsregeling	0	2	1
- Begeleiding	0	0	2
- Behandeling en begeleiding	0	1	2
- Behandeling, begeleiding MKD	1	5	2
- BKB	0	4	5
- Boddaert	5	14	13
- Crisisopvang	21	9	9
- Diagnostiek op indicatie	1	3	2
- Experimenten en projecten intensief ambuland	3	0	0
- Flexbudget	1	3	2
- Gezinsboerderij	0	1	2
- Gezinscoaching	2	2	2
- GGZ	0	1	4
- Groep intensief	1	1	0
- Intake en diagnostiek	0	0	3
- Intake en diagnostiek GGZ	2	19	19
- IOG	1	0	0
- Langdurige gespecialiseerde gezinsbegeleiding	0	0	3
- Langdurige kind gezinsbegeleiding	0	3	2
- MKD	13	45	28
- Netwerkleegzorg	0	5	3
- Nieuwe perspectieven	0	1	0
- Observatie diagnostiek	0	1	0
- OG 1	4	6	11
- OG 2	6	6	8
- OG 3	4	3	4
- Omgangscentrum	1	3	3
- ONS bes	2	10	5
- ONS reg	9	25	10
- Opvang en observatie residentieel	1	1	0
- Pedagogische hulp vanuit verblijf	4	8	12
- Pleegmaat zorgboerderij	0	0	1
- Pleegzorg	47	43	32
- Sociale vaardigheidstraining	1	0	0
- Speltherapie	5	16	11

- Spoedzorg	81	16	9
- Terug naar huis	5	4	1
- Triple p	2	12	7
- Verblijf (k1.6)	0	0	5
- Vertrektraining	0	1	0
- VSM	1	1	2
- Weekendpleegzorg	3	5	6
- Werkprojecten Groningen	0	0	1
