

# Samen werken volgens het Willem Kleine Schaars-model

Een N=3 studie binnen  
de forensische jeugdpsychiatrie

December 2017

dr. I.L. Bongers  
prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen

Onderzoeksgroep Forensische Geestelijke Gezondheidszorg

## Colofon

### *Opdrachtgever & financiering*

AKS training

### *Projectleiding*

Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen      GGzE/Tranzo, Tilburg University

### *Projectuitvoering*

Dr. I.L. Bongers      GGzE

Drs. M. Peeters      GGzE

Drs. W. Swinkels      GGzE

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	4
<b>Summary</b> .....	4
<b>Inleiding</b> .....	5
<b>Methode</b> .....	7
<i>Setting</i> .....	7
<i>Deelnemers</i> .....	7
<i>Meetinstrumenten studie</i> .....	7
<i>Procedure</i> .....	9
<i>Analyseplan</i> .....	9
<b>Resultaten</b> .....	11
<i>Modelgetrouwheid</i> .....	11
<i>Samenwerking jongeren en zaakwaarnemers</i> .....	11
<i>Gedragmaten gerapporteerd door de jongeren</i> .....	14
<i>Gedragmaten gerapporteerd door groepsleiding</i> .....	16
<b>Discussie</b> .....	18
<i>Aanbevelingen</i> .....	20
<i>Conclusie</i> .....	20
<b>Referenties</b> .....	21
<b>Bijlage 1: toelichting berekening reliable change index</b> .....	23

# Samenvatting

## Samenvatting

Een goede samenwerking tussen jongeren en hulpverleners stimuleert de behandelmotivatie en hangt bovendien samen met behandel succes. Een veelbelovende methodiek, waarbij de therapeutische relatie als uitgangspunt wordt genomen, is het Willem Kleine Schaars (WKS)-model. Deze methodiek wordt al bij verschillende instellingen in Nederland en Duitsland gebruikt (<http://www.kleineschaars.com/nl/>; Kleine Schaars, 2009). Het WKS-model is opgebouwd uit bewezen werkzame elementen; het WKS-model als geheel is naar ons weten nog niet eerder onderzocht. Het doel van dit onderzoek was derhalve om de doeltreffendheid van het WKS-model te onderzoeken in meerdere N=1 studies. Bij drie jongeren is na elk gesprek met de zaakwaarnemer een korte vragenlijst over de samenwerking afgenomen. Deze herhaalde metingen zijn met behulp van een visuele analyse geanalyseerd. Het gevonden patroon in de samenwerking is vervolgens gerelateerd aan de volgende gedragsmaten: autonomie, zelfvertrouwen, gedragsproblemen, emotionele problemen en oppositioneel gedrag. Jongeren zijn tevreden over de samenwerking met de hulpverlener en de onderlinge samenwerking lijkt toe te nemen tijdens de studie. Twee van de drie jongeren laten een verbetering op autonomie zien. Zelfvertrouwen, emotionele problemen, gedragsproblemen en oppositioneel gedrag laten daarentegen een wisselend beeld zien. De onderhavige studie geeft een eerste inzicht in de doeltreffendheid van het WKS-model om de samenwerking tussen cliënten en hulpverleners te stimuleren. In vervolgonderzoek dient dit verder onderzocht te worden.

## Summary

A positive therapeutic alliance between patients and staff workers stimulates the engagement and is associated with treatment success. A promising treatment that takes the therapeutic relationship as a starting point is Willem Kleine Schaars (WKS)-model. This treatment has been used in various institutions in the Netherlands and Germany (<http://www.kleineschaars.com/nl/>; Kleine Schaars, 2009). Although the WKS-model is based on evidenced based factors, the WKS-model has not been investigated before. The purpose of this study is therefore to examine the effectiveness of the WKS-model of adolescents admitted to a hospital for youth forensic psychiatry in three N=1 studies. Three adolescents evaluated the alliance with the staff worker after each of the 12 sessions with a short alliance questionnaire (Session Rating Scale). For analyzing these repeated measurements, a visual analysis was used. The observed pattern in the alliance is associated to the following behavioral characteristics and problems of the adolescents: autonomy, self-confidence, behavioral problems, emotional problems and oppositional behavior. Overall, the adolescents were satisfied with the alliance with the staff worker and the alliance increases during the study. Two out of three adolescents showed an improvement in autonomy, while the results for self-confidence, emotional problems, behavioral problems and oppositional behavior were indefinite. The study gives a first insight into the effectiveness of the WKS-model to improve the therapeutic alliance. The effectiveness of the WKS-model has to be further investigated.

# Inleiding

Het belang van een goede samenwerking tussen hulpverleners en cliënten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt keer op keer onderschreven door wetenschappelijk onderzoek (Harder, Knorth & Kalverboer, 2012; Byers & Lutz, 2015; Scholte, 2017). Een goede samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener stimuleert de motivatie van de jongere en hangt samen met therapie succes (Brauers e.a., 2016; Karver e.a., 2006). In de afgelopen jaren zijn diverse meetinstrumenten ontwikkeld en geëvalueerd waarmee het niveau van de therapeutische samenwerking kan worden vastgesteld (Duppong Hurley e.a., 2013; Lamers e.a., 2015; Janse e.a., 2014). Methodieken die de therapeutische relatie als uitgangspunt nemen, zijn er echter nog niet veel. Een veelbelovende methodiek die bij verschillende instellingen in Nederland en Duitsland wordt gebruikt, is het Willem Kleine Schaars (WKS)-model (<http://www.kleineschaars.com/nl/>; Kleine Schaars, 2009).

Het WKS-model is een sociotherapeutische interventie die veel wordt gebruikt binnen klinische settings. De cliënt en de samenwerking tussen cliënt en begeleider staan hier centraal. Het belangrijkste uitgangspunt is dat iedere cliënt de regie heeft over zijn/haar mogelijkheden. Om zicht te krijgen op de mogelijkheden waar iemand regie over kan dragen, is het zetten van een kader en het toetsen van dit kader van groot belang. In het WKS-model ondersteunen begeleiders cliënten zo dat zij, binnen hun eigen mogelijkheden, vorm kunnen geven aan hun leven en zelf keuzes en beslissingen kunnen nemen. Volgens dit model komt strijd tussen cliënt en begeleider veelal voort uit over- of ondervraging door de begeleider. Om dit te voorkomen, wordt in het model de begeidersrol opgesplitst. Elke jongere heeft een zaakwaarnemer en een onafhankelijke procesbegeleider die hem/haar begeleiden; deze twee begeleiders zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en beide zijn noodzakelijk in het begeleidingsproces. De zaakwaarnemer heeft de regie over de dagelijkse ondersteuning en geeft opdrachten aan de jongere. De procesbegeleider ondersteunt de communicatie tussen de jongere en de zaakwaarnemer; hij/zij geeft geen eigen mening en ondersteunt de jongere bij het vinden van oplossingen zodat hij of zij niet over- of ondervraagd wordt. Dit levert een duidelijke rolverdeling op voor de jongeren én voor de begeleiders. Hierdoor wordt de begeleiding van jongeren op maat gemaakt zodat zij, binnen hun eigen mogelijkheden, de grootst mogelijke autonomie kunnen behouden in hun behandeling (Venneman, Evers & Claessens, 2016).

De rolverdeling en de samenwerkingsrelatie, zoals beschreven binnen het WKS-model, sluiten aan bij de belangrijke facetten van een samenwerkingsrelatie-model (Bordin, 1979) en het sociale competentie model (Bartels, 2001). Volgens Bordin is een samenwerkingsrelatie opgebouwd uit drie componenten: (1) overeenkomstige doelen, (2) overeenstemming wat betreft taken en verantwoordelijkheden en (3) de mate van de band/klik die er is tussen therapeut en cliënt. Deze gerichtheid op taken en verantwoordelijkheden komt in het WKS-model terug in de rol van de zaakwaarnemer. De zaakwaarnemer formuleert samen met de jongere doelen en geeft daarna opdrachten om de gestelde doelen te bereiken die een jongere binnen zijn/haar mogelijkheden en vaardigheden kan oplossen. De zaakwaarnemer legt de autonomie bij de jongere en spoort deze aan om in oplossingen te denken. Op deze manier worden de krachten van de jongere naar boven gehaald. Dit sluit aan bij het sociale competentie model van Bartels (2001) welke stelt dat door doelen te formuleren, die binnen de mogelijkheden en vaardigheden van de jongere liggen, een jongere niet wordt overvraagd en er een balans komt tussen het niveau van taken en vaardigheden. De taak van de procesbegeleider is om zicht te krijgen op de belevingswereld van de jongere en om, net als de zaakwaarnemer, een band met de jongere te krijgen en te maken (zie ook Bordin, 1979). Een manier om dit te bereiken, is de jongere te ondersteunen en te helpen bij het formuleren van een oplossing op

de opdrachten van de zaakwaarnemer en geen eigen mening te geven. Zo sluit de procesbegeleider aan bij de jongere en zijn/haar ideeën over de opdrachten en de oplossing. De onafhankelijkheid van de procesbegeleider maakt het mogelijk om zicht te krijgen op de belevingswereld van de cliënt. In het WKS-model worden vooral de taken van de verschillende begeleiders begrensd; dit maakt dat het voor een jongere duidelijk is welke begeleider waar verantwoordelijk voor is en wie opdrachten geeft. Door de duidelijkheid biedt het WKS-model de jongere de mogelijkheid om zich optimaal te ontwikkelen, wordt zicht gehouden op dat wat buiten bereik ligt, wordt verwaarlozing voorkomen en wordt respect getoond voor mogelijkheden en vaardigheden van de jongere. Deze goede samenwerkingsrelatie wordt gezien als de sleutel tot succes in de behandeling (Bordin, 1979; Karver e.a., 2006; Byers & Lutz, 2015).

Het WKS-model is opgebouwd uit bewezen werkzame elementen. Zo is het belang van een goede samenwerkingsrelatie tussen volwassen patiënten en hulpverleners al vaak aangetoond (Norcross e.a., 2011) en ook bij jongeren zijn er indicaties voor een relatie tussen de samenwerking en de behandeluitkomst (Florsheim e.a., 2000; Karver e.a., 2006). Binnen residentiële instellingen is nog weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen de samenwerking tussen jongeren en hulpverleners en het behandel succes. Er zijn wel studies die het verloop van de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener hebben onderzocht (Lamers e.a., 2016; Duppong Hurley e.a., 2013; Duppong Hurley e.a., 2015; Bickman e.a., 2012). Hieruit blijkt dat jongeren in het begin een goede samenwerking ervaren, maar dat hoe de samenwerking ervaren wordt daarna afneemt en dat tegen het einde van de opname de samenwerking weer langzaam toeneemt (Duppong Hurley e.a., 2013; Bickman e.a., 2012). Het is echter, juist in residentiële instellingen, belangrijk om aandacht te besteden aan de samenwerking tussen jongeren en hulpverleners omdat jongeren hier vaak niet zelf kiezen voor de behandeling (Byers e.a., 2015). Dit geldt vooral voor de klinische jeugdpsychiatrie waar veel jongeren eerdere negatieve ervaringen hebben gehad en onveilig gehecht zijn waardoor zij vaak niet open staan voor hulpverleners (Byers e.a., 2015; Zegers e.a., 2006). Daarbij heeft de mate van gehechtheid invloed op het opbouwen van de samenwerking (Zegers e.a., 2006). Studies laten juist zien dat een positieve samenwerking, hoe moeilijk die ook te bereiken is, leidt tot een beter behandel succes (Karver e.a., 2006). Door de duidelijke rollen en taken van de begeleiders in het WKS-model is de verwachting dat het vertrouwen makkelijker gewonnen kan worden en wordt het eenvoudiger voor jongeren om de samenwerking aan te gaan. Daarmee wordt de kans op behandel succes vergroot.

Het WKS-model als geheel is naar ons weten nog niet eerder onderzocht. Het doel van dit onderzoek is derhalve de doeltreffendheid van het WKS-model te onderzoeken in meerdere N=1 studies. In het project is gekeken naar de verandering in de samenwerkingsrelatie tussen de jongere en de zaakwaarnemer. Het WKS-model is doeltreffend als:

- de samenwerking tussen de jongeren en begeleiding wordt vergroot,
- autonomie en zelfvertrouwen toenemen en
- er een vermindering van probleemgedrag van de jongeren wordt gevonden.

De volgende twee onderzoeksvragen staan centraal: (1) Hoe ervaren de jongeren de samenwerking met de zaakwaarnemer bij het bespreken van de doelen en verandert de samenwerking? en (2) Laten de jongeren tijdens de studie een klinisch relevante verandering zien op autonomie, zelfvertrouwen, gedragsproblemen en emotionele problemen?

# Methode

## **Setting**

Deze studie is uitgevoerd binnen De Catamaran (GGzE, Eenheid Kind en Jeugd). Dit is een kliniek voor forensische jeugdpsychiatrie en orthopsychiatrie. De Catamaran bestaat uit vijf afdelingen waarvan drie specifiek voor de forensische jeugdpsychiatrie en twee voor de orthopsychiatrie. Binnen De Catamaran wordt sinds 2010 gewerkt volgens het WKS-model. Inhoudelijk betekent dit dat iedere jongere die wordt opgenomen een zaakwaarnemer krijgt toegewezen en een procesbegeleider mag kiezen.

## **Deelnemers**

Alle jongeren die in de periode van mei 2016 tot en met november 2016 opgenomen zijn, en een in het WKS-model getrainde zaakwaarnemer toegewezen kregen, konden meedoen aan de pilotstudie. Van de in totaal 26 opgenomen cliënten zijn zeven cliënten geïnccludeerd. Hiervan zijn er twee cliënten tussentijds uitgeplaatst, is één cliënt gestopt omdat het niet goed ging met hem en is het bij één cliënt niet gelukt de metingen rond de gesprekken met de zaakwaarnemer te starten. Dit betekent dat drie jongeren de studie hebben afgerond, deze waren alle drie opgenomen binnen de kliniek voor forensische jeugdpsychiatrie. Op het moment van includeren waren de jongeren minder dan drie maanden opgenomen. Het waren jongens van 18 en 19 jaar oud, met een gedragsstoornis en veroordeeld voor delicten. Zie Tabel 1 voor een overzicht van verdere achtergrondkenmerken.

## **Meetinstrumenten studie**

### **Session Rating Scale (SRS)**

De SRS is gebruikt om de tevredenheid over de samenwerking met de zaakwaarnemer te meten (Hafkenscheid, 2010). In het huidige project vult de cliënt de vragenlijst in na elk gesprek met de zaakwaarnemer. Deze bestaat uit vier items: (1) de relatie met de therapeut, (2) behandelde of besproken doelen en onderwerpen, (3) de aanpak of de werkwijze van de behandelaar en (4) algehele tevredenheid met het behandelcontact. De SRS wordt gescoord met een visuele analoge schaal van 0 tot 10. De interne consistentie is hoog met Cronbach's alpha's van 0,85 en 0,95 over de eerste vijf sessies (Janse e.a., 2014).

### **Kidscreen-27**

Met de Kidscreen-27 is in deze studie autonomie geoperationaliseerd. De Kidscreen-27 is een instrument om kwaliteit van leven in kaart te brengen (Ravens-Sieberer e.a., 2014). Hierbij wordt gekeken naar functioneren op fysiek, emotioneel, sociaal en cognitief vlak. De 27 items zijn verdeeld over vijf subschalen; in deze studie is alleen de schaal 'autonomie/relatie met ouders/geldzaken' gebruikt. De items worden beantwoord op een vijf-punts Likertschaal van 'nooit' tot 'altijd' of 'helemaal niet' tot 'helemaal'. De interne consistentie van de Kidscreen-27 is goed met een Cronbach's alpha van 0,81 voor autonomie (Ravens-Sieberer e.a., 2014).

### **Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA)**

De CBSA is een zelfrapportage-vragenlijst die inzicht geeft in de competentiebeleving en gevoel van eigenwaarde van jongeren van 12 tot 18 jaar (Treffers e.a., 2002). Hiermee is het zelfvertrouwen van de jongeren gemeten. De CBSA bestaat uit zeven subschalen; in deze studie is de schaal globaal gevoel van eigenwaarde gebruikt. De interne consistentie van deze schaal is goed met een Cronbach's alpha van 0,80 (Treffers e.a., 2002).

Tabel 1: Achtergrondkenmerken geïncludeerde cliënten

	<b>Cliënt 1</b>	<b>Cliënt 2</b>	<b>Cliënt 3</b>
Leeftijd	19	18	18
Leeftijd bij eerste klinische opname	16	-	16
Leeftijd bij eerste contact met politie	13	14	-
Totaal IQ	82	Disharmonisch	97
DSM IV classificatie bij opname	Gedragstoornis beginnend in de adolescentie	Gedragstoornis beginnend in de kindertijd	Gedragstoornis beginnend in de adolescentie
	Misbruik van cannabis	Misbruik van cannabis	Stoornis in de impulsbeheersing
	Posttraumatische stress-stoornis	Ouder-kind relatieprobleem	NAO Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit
	Acculturatieprobleem	Acculturatieprobleem	
	Identiteitsprobleem		
Strafrechtelijke maatregel bij opname	Voorwaardelijke PIJ	Voorwaardelijk PIJ	Schorsing
Delicten waarvoor veroordeeld	Geweldsdelict en/of wapenbezit	Geweldsdelict en/of wapenbezit	Geweldsdelict en/of wapenbezit
	Vermogensdelict met en zonder geweld	Vermogensdelict zonder geweld	Vermogensdelict zonder geweld
		Ordeverstoring	

-- leeftijd onbekend



### **Youth Self Report (YSR) en Child Behavior Checklist (CBCL)**

Met de YSR en CBCL zijn de emotionele problemen en gedragsproblemen van de jongeren gemeten (Achenbach & Rescorla, 2001). De YSR is ingevuld door de jongeren en de CBCL is ingevuld door de zaakwaarnemer. De instrumenten bestaan uit 113 tot 118 items, die beantwoord worden op een driepunts Likertschaal die loopt van 'helemaal niet' tot 'duidelijk of vaak'. De items zijn onder te verdelen in twee brede schalen: internaliserende (emotionele problemen) en externaliserende (gedragsproblemen) problemen en acht subschalen. Alleen de schalen internaliserende en externaliserende problemen zijn gebruikt in deze studie; deze hebben een goede interne consistentie met een Cronbach's alpha voor de YSR en CBCL tussen de 0,72 en 0,95 (Verhulst e.a., 1996 & 1997).

### **Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS)**

De FIOS is een observatieschaal waarmee de zaakwaarnemer het functioneren van de jongeren scoort (Van Nieuwenhuizen & Bongers, 2011). Het gedrag wordt geobserveerd op zes schalen; in deze studie is de schaal oppositioneel gedrag gebruikt. De interne consistentie van de FIOS is goed met een Cronbach's alpha van 0,85 voor de schaal oppositioneel gedrag.

### ***Procedure***

Zaakwaarnemers hebben de jongeren gevraagd of ze wilden deelnemen aan de studie. Met uitzondering van de SRS, zijn alle vragenlijsten ingevuld tijdens de halfjaarlijkse Routine Outcome Monitoring (ROM) meting. Als de ROM-meting niet aansloot op de studie, is een extra meting toegevoegd. De SRS is ingevuld via de Therapeutic Outcome Monitoring System (TOMS) app. Deze is geïnstalleerd op iPad's die speciaal voor dit doel beschikbaar zijn gesteld aan de zaakwaarnemers. Onderzoekmedewerkers hebben instructies gegeven aan de zaakwaarnemers over het gebruik van de app en het geven van feedback aan de jongere over de score op de SRS. Met de SRS zijn de gesprekken tussen een jongere en zijn zaakwaarnemer in de eerste periode van de opname gevolgd. Bij de start van de studie was een jongere maximaal drie maanden opgenomen; daarna zijn er 12 wekelijkse gesprekken geweest. Na elk gesprek is door een jongere de SRS ingevuld.

De zaakwaarnemers die betrokken waren bij de studie waren allemaal getraind in het WKS-model en werkten minimaal een half jaar met het WKS-model. Met behulp van een checklist (zie Tabel 2 in resultatensectie) is nagegaan of de gesprekken uitgevoerd werden zoals bedoeld door het WKS-model. Een gesprek met een jongere is geobserveerd of besproken met een collega zaakwaarnemer. Op basis hiervan is de checklist ingevuld en is de modelgetrouwheid van het gesprek beoordeeld. De modelgetrouwheid van de drie zaakwaarnemers wordt in de resultaten sectie besproken.

### ***Analyseplan***

De studie bestond uit drie N=1 studies die gestandaardiseerd en gestructureerd geanalyseerd en beschreven zijn. Voordat de N=1 studies zijn uitgevoerd is de modelgetrouwheid van de zaakwaarnemers beoordeeld. Alle scores op de vragenlijsten zijn vergeleken met de normgroepen uit de handleiding van de vragenlijsten.

De eerste onderzoeksvraag (Hoe ervaren de jongeren de samenwerking met de zaakwaarnemer bij het bespreken van de doelen en verandert deze samenwerking?) is beantwoord met behulp van de SRS die de jongeren na elk gesprek met de zaakwaarnemer hebben ingevuld. Met een gestructureerde visuele analyse is de verandering in de score op de SRS tussen de jongere en zaakwaarnemer over de tijd in kaart gebracht. Op die manier is vastgesteld of er sprake is van een toename, een afname of van een stabiel patroon in de samenwerking zoals gemeten met de SRS. Stappen van de visuele analyse zijn

gebaseerd op Lane en Gast (2014). Allereerst zijn de sessies opgedeeld in een eerste helft en tweede helft. Daarna is voor elke helft de mediaan (de middelste waarde) bepaald en de spreiding rondom de mediaan is berekend met behulp van de volgende formule:  $\pm 0,25 \times \text{mediaan}$ . De spreiding is in de grafieken weergegeven met twee stippellijnen, ook wel de stabiliteitslijn genoemd. Wanneer één of meerdere scores van de cliënt buiten de stabiliteitslijnen lagen, waren de gerapporteerde scores niet stabiel. Scores die binnen de stabiliteitslijnen lagen, zijn vergelijkbare scores en gaven aan dat de samenwerking stabiel was. De verandering over de tijd is in de visuele analyse vastgesteld door de mediaan van de eerste helft te vergelijken met de mediaan van de tweede helft. Wanneer de mediaan in de tweede helft hoger was dan in de eerste helft dan was er een toename in de samenwerking, was deze lager dan was er een afname in de samenwerking.

Voor de tweede onderzoeksvraag (Laten de jongeren een klinisch relevante verandering zien op autonomie, zelfvertrouwen, gedragsproblemen en emotionele problemen?) is de Reliable Change Index berekend; deze geeft aan of een jongere een klinisch relevante verandering op de gedragsmaten - in dit geval autonomie, zelfvertrouwen, emotionele problemen, gedragsproblemen en oppositioneel gedrag - laat zien. In de formule van de Reliable Change Index is de verandering in de score gecorrigeerd voor de onbetrouwbaarheid van een instrument. Een betrouwbare verandering betekent dat deze verandering groter is dan  $(-1,96)$ ; dan wordt gesproken over een klinisch relevante verbetering of verslechtering (zie Bijlage 1 voor een toelichting op de berekening van de RCI). De RCI is de meest gebruikte maat om individuele verandering aan te tonen (Nugter, Buwalda, Dhondt, & Draisma, 2012).

# Resultaten

In onderstaande paragrafen wordt allereerst de modelgetrouwheid van de drie zaakwaarnemers beschreven. Daarna wordt ingegaan op veranderingen die de drie jongeren rapporteerden tijdens de studie. De scores op de SRS en de samenwerking tussen de jongeren en de zaakwaarnemers worden aan de hand van de stabiliteit beschreven. Daarna worden de resultaten op de gedragsmaten die door de jongeren zijn gescoord, beschreven te weten: autonomie, zelfvertrouwen, emotionele problemen en gedragsproblemen. Als laatste worden de resultaten op gedragsmaten die door de groepsleiding zijn gescoord, beschreven te weten: emotionele problemen, gedragsproblemen en oppositioneel gedrag.

## *Modelgetrouwheid*

Met behulp van de checklist is op de zes kritische ingrediënten van het WKS-model allereerst gecontroleerd of de zaakwaarnemers de gesprekken met de jongeren voerden zoals het hoort volgens het WKS-model (zie Tabel 2). Eén zaakwaarnemer scoorde op alle zes de punten positief en handelde volledig volgens het WKS-model. Twee van de drie zaakwaarnemers weken ieder op één van de zes punten af. Voor één zaakwaarnemer betrof dit dat hij geen gebruik maakte van de agenda en voor de andere zaakwaarnemer dat deze niet kon verwijzen naar de procesbegeleider omdat de jongere deze nog niet had. Dit betekent dat de resultaten in dit rapport zijn gebaseerd op een niet volledig modelgetrouw uitgevoerd WKS-model.

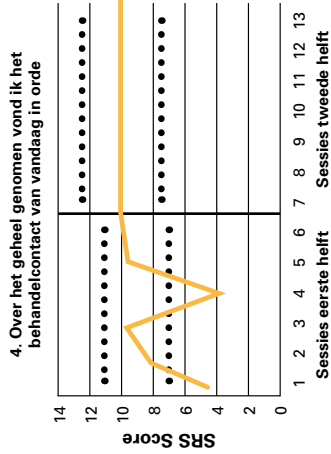
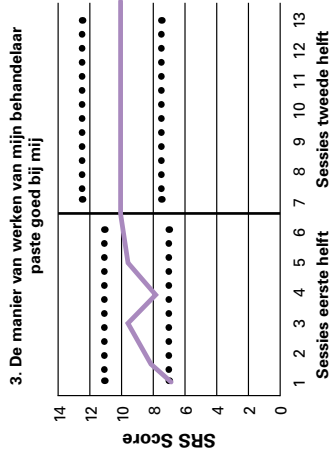
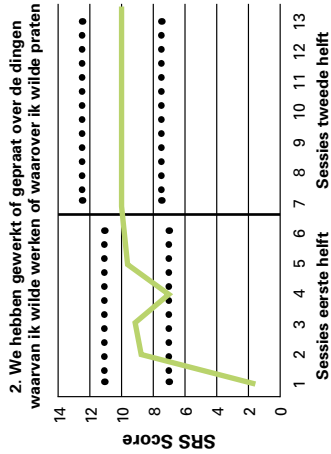
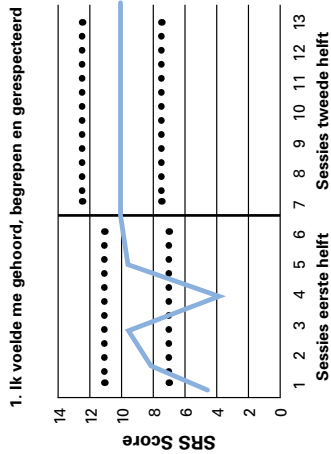
**Tabel 2: Modelgetrouwheid drie zaakwaarnemers**

<b>Criteria checklist</b>	<b>Aantal zaakwaarnemers dat criterium toepast</b>
1. Maakt gebruik van de agenda volgens WKS-model	2
2. Maakt gebruik van de confronterende ik- boodschap	3
3. Geeft de opdracht zelf met een oplossing te komen	3
4. Toetst de aangedragen oplossingen	3
5. Formuleren van afspraak	3
6. Wijst op de rol van de procesbegeleider	2

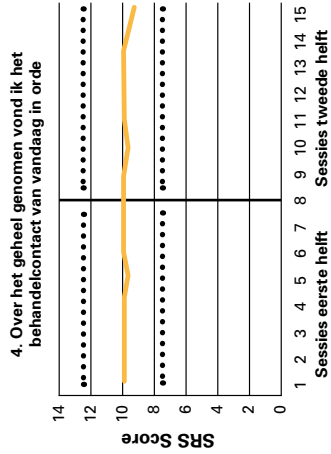
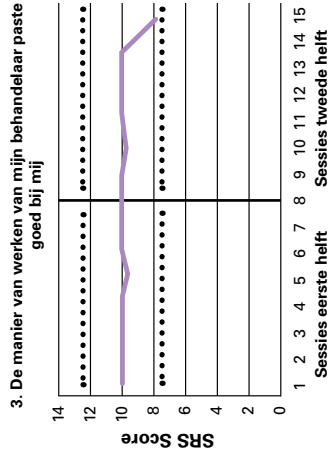
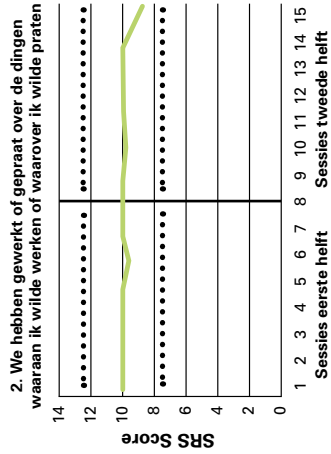
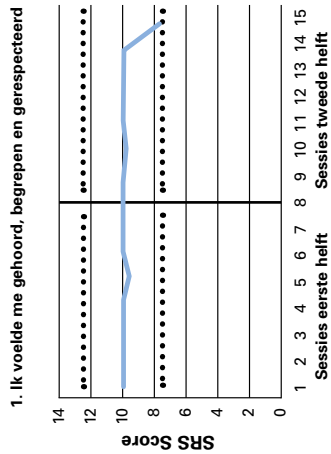
## *Samenwerking jongeren en zaakwaarnemers*

In Figuur 1 staan de scores van de 4 items van de SRS weergegeven voor de drie cliënten. Met behulp van de SRS is de samenwerking tussen de jongeren en de zaakwaarnemers in kaart gebracht. De grafieken zijn op twee manieren met behulp van de visuele analyse geïnterpreteerd. De stabiliteit van de gerapporteerde scores is beoordeeld en daarna is gekeken of de mediaan op de sessies uit de eerste helft verschilde van de mediaan op de sessies uit de tweede helft.

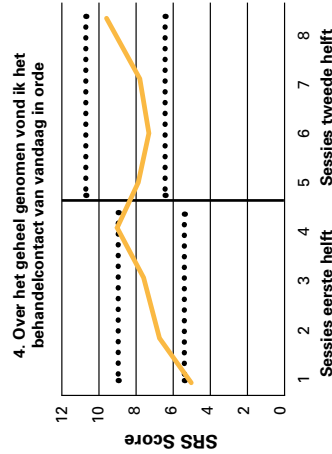
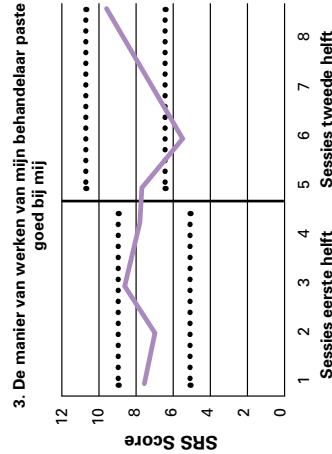
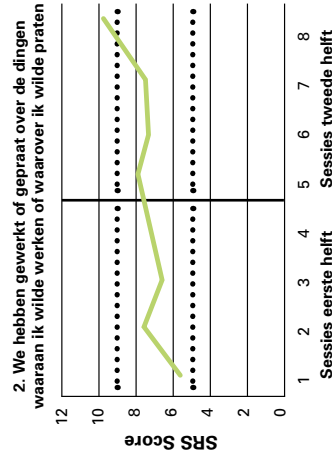
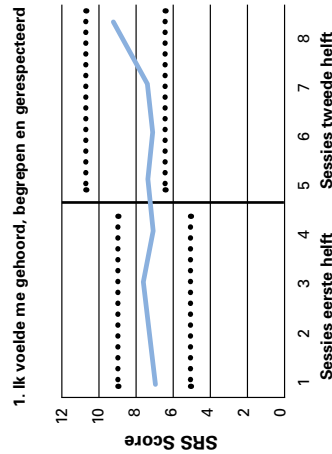
*Cliënt 1*



*Cliënt 2*



*Cliënt 3*



**Figuur 1 Samenwerking tussen jongeren en zaakwaarnemers gescoord door cliënten met de SRS**

*Noot: Stippelijnen geven de grenzen aan waar binnen de scores stabiel zijn.*

### Stabiliteit gerapporteerde scores

Uit Figuur 1 blijkt dat Cliënt 1 in de eerste helft van de sessies de minst stabiele score laat zien. Voor alle items van de SRS scoort de cliënt in de eerste helft één of twee sessies lager dan de stabiliteitslijn in de grafiek; dit geeft aan dat hij de samenwerking met de zaakwaarnemer niet elke keer hetzelfde ervaart. In de eerste sessie scoort hij alle items lager dan de stabiliteitslijn (ondergrens stabiliteit = 6,6; SRS item 1 = 3,4; SRS item 2 = 1,7; SRS item 3 = 6,3; SRS item 4 = 4,3). Na de eerste sessie scoort hij alleen nog in de vierde sessie van de eerste helft twee items onder de stabiliteitsgrens, te weten SRS item 1: 'ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd' en SRS item 4: 'over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde'. Na deze vierde sessie zijn alle scores van de sessies, zowel de eerste als de tweede helft, binnen de stabiliteitslijnen voor cliënt 1.

Cliënt 2 laat de hele periode van de studie stabiele scores op de SRS zien. Alle sessies scoort cliënt 2 tussen de stabiliteitslijnen, behalve de laatste sessie van de tweede helft. In sessie 15 scoort hij op SRS item 3: 'De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij' lager dan de stabiliteitslijn (SRS item 3 = 7,4). De scores van cliënt 3 vallen bijna allemaal binnen de stabiliteitslijnen. Behalve voor sessie 1 en sessie 8: tijdens sessie 1 scoort hij twee items onder de stabiliteitslijn, te weten SRS item 2: 'we hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten' en SRS item 4: 'over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde' (SRS item 2 = 5,0 & SRS item 4 = 4,9). In sessie 8 scoort hij één item lager dan de stabiliteitslijn, te weten SRS item 3: 'De manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij' (SRS item 3 = 5,4). Dat de scores over het algemeen binnen de stabiliteitslijnen liggen, betekent dat alle drie de cliënten de samenwerking met de zaakwaarnemers als stabiel ervaren en dat er weinig veranderingen zijn in hoe zij de samenwerking ervaren.

### Verandering in de mediaan

Tabel 3 laat voor de drie cliënten de mediaan op de eerste helft en de tweede helft van de sessies zien per item van de SRS. Een hogere mediaan op de tweede helft geeft een verbetering in de ervaren samenwerking met de zaakwaarnemer door de jongere weer. Cliënt 1 rapporteert in de eerste helft van de sessies de hoogste mediaan op SRS item 4: 'Over het geheel genomen vond ik het behandelcontact van vandaag in orde' (mediaan SRS item 4 = 9,3) en de laagste op SRS item 1: 'Ik voelde me gehoord, begrepen en gerespecteerd' (mediaan SRS item 1 = 8,9). Op alle items neemt de mediaan voor cliënt 1 in de tweede helft van de sessies toe naar een waarde 10 en de samenwerking laat dus een toename zien tijdens de studie voor cliënt 1.

De mediaan is voor cliënt 2 op alle items 10, zowel in de eerste helft van de sessies als in de tweede helft. Dit betekent dat hoe cliënt 2 de samenwerking ervaart niet is veranderd tijdens de studie.

In de eerste helft van de sessies heeft cliënt 3 de hoogste mediaan op SRS item 3: 'de manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij' (mediaan SRS item 3 = 7,6) en de laagste op SRS item 2: 'we hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten' (mediaan SRS item 2 = 6,9). In de tweede helft van de sessies neemt de mediaan voor cliënt 3 op alle vier de items toe, de mediaan blijft het hoogst en het laagst op respectievelijk SRS item 3: 'de manier van werken van mijn behandelaar paste goed bij mij' (mediaan SRS item 3 = 8,7) en SRS item 2: 'we hebben gewerkt of gepraat over de dingen waaraan ik wilde werken of waarover ik wilde praten' (mediaan SRS item 2 = 8,1). De betekent dat cliënt 3 tijdens de studie een toename in de samenwerking met de zaakwaarnemer ervaart.

Tabel 3: Mediaan op de eerste helft en tweede helft van de sessies voor de items van de SRS

	<i>Item 1</i>		<i>Item 2</i>		<i>Item 3</i>		<i>Item 4</i>	
	gehoord, begrepen, gerespecteerd		gewerkt waaraan ik wilde		manier van werken paste bij mij		over het geheel het contact in orde	
	1 <sup>ste</sup> helft	2 <sup>de</sup> helft	1 <sup>ste</sup> helft	2 <sup>de</sup> helft	1 <sup>ste</sup> helft	2 <sup>de</sup> helft	1 <sup>ste</sup> helft	2 <sup>de</sup> helft
Cliënt 1	8,9	<b>10</b>	8,8	<b>10</b>	9,1	<b>10</b>	9,3	<b>10</b>
Cliënt 2	10	10	10	10	10	10	10	10
Cliënt 3	7,3	<b>8,3</b>	6,9	<b>8,1</b>	7,6	<b>8,7</b>	7,1	<b>8,2</b>

Noot: Groene medianen geven een toename in de samenwerking aan

#### Gedragmaten gerapporteerd door de jongeren

Achtereenvolgens worden de veranderingen op autonomie, zelfvertrouwen, emotionele problemen en gedragsproblemen gerapporteerd. In de tabellen staan de ruwe scores op de schalen zoals ze gerapporteerd zijn door de jongeren. Deze ruwe scores zijn vergeleken met leeftijdsgenoten. In Tabel 4 en Tabel 5 zijn rangpercentielen opgenomen. Deze geven aan hoeveel procent mannelijke leeftijdsgenoten lager of vergelijkbaar scoort op de schaal. In Tabel 6 is aangegeven in hoeverre de ruwe scores op de schalen vergelijkbaar zijn met normaal gedrag, subklinisch of klinisch gedrag van leeftijdsgenoten. De laatste kolom van de tabellen geeft aan of de verandering in de score een klinische relevante verandering is; dit is bepaald met behulp van de RCI. Wanneer de score op de RCI groter is dan (-)1,96 spreken we van een klinische relevante verandering.

#### Verandering Autonomie

Tabel 4 laat de scores op de autonomie schaal van de Kidscreen-27 zien voor alle drie de cliënten. Cliënt 1 en cliënt 3 rapporteren beide een klinisch relevante verbetering in autonomie; en cliënt 2 rapporteert geen verandering in autonomie. Op de voormeting scoort cliënt 1 in vergelijking met de normgroep laag op autonomie, 18,9% van leeftijdsgenoten scoort lager dan cliënt 1 (autonomie ruwe score = 23; rangpercentiel = 18,9%). Na 3 maanden rapporteert cliënt 1 een toename in autonomie, deze toename is klinisch relevant. Cliënt 1 scoort bij de nameting in vergelijking met leeftijdsgenoten bijna gemiddeld, nog maar 41,1% van de leeftijdsgenoten scoort lager (autonomie ruwe score = 28; rangpercentiel = 41,1%). Cliënt 2 scoort hoog op autonomie (autonomie ruwe score = 35). Dit is de hoogste score op de vragenlijst. Na drie maanden rapporteert cliënt 2 geen verslechtering op autonomie.

In vergelijking met leeftijdsgenoten scoort cliënt 3 extreem laag op autonomie (autonomie ruwe score = 7; rangpercentiel = 0%); na 3 maanden rapporteert cliënt 3 een toename op autonomie (autonomie ruwe score = 21; rangpercentiel = 11,9%). Deze toename op autonomie is klinisch relevant, in vergelijking met leeftijdsgenoten is deze nog steeds erg laag, slechts 11,9% van de jongens scoort vergelijkbaar of lager.

Tabel 4: Klinische relevante verandering (RCI) op Autonomie (Kidscreen-27)

	Voormeting	Nameting	RCI	Klinisch relevante verandering
Cliënt 1	23 (18,9%)	28 (41,1%)	7,31	<b>Verbetering</b>
Cliënt 2	35 (100%)	35 (100%)	0	Geen verandering
Cliënt 3	7 (0%)	21 (11,9%)	20,47	<b>Verbetering</b>

Noot: Weergegeven in de tabel zijn de ruwe scores en de rangpercentielen in vergelijking met mannelijke leeftijdsgenoten.

### Verandering Zelfvertrouwen

In Tabel 5 zijn de scores op de zelfvertrouwen schaal van de CBSA te zien voor alle drie de cliënten. Cliënt 2 en cliënt 3 laten een klinisch relevante toename in zelfvertrouwen zien en cliënt 1 een klinisch relevante afname in zelfvertrouwen. Cliënt 1 scoort aan het begin van de opname bovengemiddeld op zelfvertrouwen in vergelijking met leeftijdsgenoten (zie Tabel 5 Zelfvertrouwen ruwe score = 19; rangpercentiel = 85%). Aan het einde van de studie is het zelfvertrouwen klinisch relevant gedaald, maar vergeleken met leeftijdsgenoten is het nog steeds bovengemiddeld: slechts 27% van de leeftijdsgenoten rapporteerden een hogere score op zelfvertrouwen.

Cliënt 2 laat in vergelijking met leeftijdsgenoten ook een bovengemiddelde score zien op zelfvertrouwen (zie Tabel 5 voormeting zelfvertrouwen ruwe score = 18; rangpercentiel = 73%). Na het volgen van de gesprekken met de zaakwaarnemer rapporteert de cliënt een klinisch relevante toename in het zelfvertrouwen (nameting zelfvertrouwen ruwe score = 20; rangpercentiel = 95%).

Cliënt 3 rapporteert aan het begin van de opname een zeer laag zelfvertrouwen (Tabel 5 voormeting zelfvertrouwen ruwe score = 6; rangpercentiel = 0%) in vergelijking met leeftijdsgenoten. Cliënt 3 rapporteert bij de nameting een hogere score op zelfvertrouwen en dit is een klinisch relevante toename (nameting zelfvertrouwen ruwe score = 12,5; RCI= 20,50). Toch is het zelfvertrouwen in vergelijking met de leeftijdsgenoten nog erg laag, slechts 8% van de jongens in de algemene populaties scoort vergelijkbaar of lager op zelfvertrouwen.

Tabel 5: Klinisch relevante verandering op Zelfvertrouwen (CBSA)

	<b>Voormeting</b>	<b>Nameting</b>	<b>RCI</b>	<b>Klinisch relevante verandering</b>
Cliënt 1	19 (85%)	18 (73%)	-3,15	<b>Verslechtering</b>
Cliënt 2	18 (73%)	20 (95%)	6,31	<b>Verbetering</b>
Cliënt 3	6 (0%)	12,5 (8%)	20,50	<b>Verbetering</b>

Noot: Weergegeven in de tabel zijn de ruwe scores en de rangpercentielen in vergelijking met mannelijke leeftijdsgenoten.

### Verandering Emotionele problemen en Gedragsproblemen

In Tabel 6 worden de scores op emotionele problemen en gedragsproblemen voor alle drie de cliënten weergegeven. Cliënt 3 laat een klinisch relevante toename zien op de zelf-gerapporteerde emotionele problemen. Cliënt 1 rapporteert bij de voormeting normaal gedrag en geen emotionele- en gedragsproblemen op de YSR (zie Tabel 6). Na drie maanden zijn de emotionele problemen toegenomen (voormeting emotionele problemen = 10 en nameting emotionele problemen = 15). In vergelijking met leeftijdsgenoten zijn de emotionele problemen bij de nameting op een subklinisch niveau. Er is echter geen sprake van een klinisch relevante verandering van de emotionele problemen bij cliënt 1. Voor de gedragsproblemen rapporteert cliënt 1 geen verandering tussen de voormeting en de nameting.

Cliënt 2 rapporteert zowel bij de voormeting als de nameting geen emotionele en gedragsproblemen; de scores zijn vergelijkbaar met normaal gedrag van leeftijdsgenoten. Na drie maanden heeft er volgens de cliënt geen verandering plaatsgevonden van de emotionele problemen en gedragsproblemen.

Bij de voormeting rapporteert cliënt 3 emotionele problemen op een subklinisch niveau en geen gedragsproblemen. Na drie maanden zijn de emotionele problemen afgenomen (voormeting emotionele problemen = 14 en nameting emotionele problemen = 0). Tijdens de nameting zijn er volgens de jongen geen emotionele problemen meer. De gedragsproblemen laten geen verandering zien tijdens de studie volgens de cliënt (voormeting gedragsproblemen = 6 en nameting gedragsproblemen = 5).

Tabel 6: Klinisch relevante verandering op Emotionele problemen en gedragsproblemen (YSR)

	Voormeting	Nameting	RCI	Klinisch relevante verandering
Emotionele problemen				
Cliënt 1	10*	15**	1,49	Geen verandering
Cliënt 2	2*	2*	0	Geen verandering
Cliënt 3	14**	0*	4,18	<b>Verbetering</b>
Gedragsproblemen				
Cliënt 1	7*	8*	0,32	Geen verandering
Cliënt 2	16*	11*	1,61	Geen verandering
Cliënt 3	6*	5*	0,32	Geen verandering

\* ruwe score is vergelijkbaar met normaal gedrag;

\*\* ruwe score is vergelijkbaar met subklinisch probleemgedrag;

\*\*\* ruwe score is in vergelijkbaar met klinisch probleemgedrag

#### *Gedragsmaten gerapporteerd door groepsleiding*

Achtereenvolgens worden de emotionele problemen, gedragsproblemen en oppositionele problemen zoals gerapporteerd door de groepsleiding beschreven. De emotionele problemen en gedragsproblemen zijn gescoord met de CBCL, de oppositionele problemen zijn met behulp van een observatie-instrument (FIOS) gescoord. Het oppositionele gedrag is door de groepsleiding gescoord wanneer de jongere dit gedrag op de groep laat zien. In de tabellen staan de ruwe scores op de schalen. In Tabel 7 staat naast de ruwe scores ook aangegeven in hoeverre de ruwe scores op de emotionele problemen en gedragsproblemen vergelijkbaar zijn met normaal gedrag, subklinisch of klinisch gedrag van leeftijdsgenoten. De laatste kolom van de tabellen geeft aan of de verandering in de score een klinische relevante verandering is, dit is bepaald met behulp van de RCI. Wanneer de score op de RCI groter is dan (-)1,96 spreken we van een klinische relevante verandering.

#### Verandering Emotionele problemen en Gedragsproblemen

In Tabel 7 staan de ruwe scores op de twee schalen emotionele problemen en gedragsproblemen, zoals door de groepsleiding gerapporteerd, weergegeven. De groepsleiding rapporteert over het algemeen meer problemen dan de cliënten zelf. Voor cliënt 1 scoort de groepsleiding tijdens de voormeting de emotionele problemen en gedragsproblemen respectievelijk op klinisch en subklinisch niveau. Bij de nameting rapporteert de groepsleiding een klinisch relevante toename van de emotionele problemen (voormeting emotionele problemen ruwe score = 24 en nameting emotionele problemen ruwe score = 35). De gedragsproblemen veranderen volgens de groepsleiding niet tijdens de studie (voor- en nameting gedragsproblemen ruwe score = 18).

De groepsleiding scoort weinig emotionele problemen voor cliënt 2 bij opname, de score is vergelijkbaar met normaal gedrag van leeftijdsgenoten. Cliënt 2 laat volgens de groepsleiding wel gedragsproblemen op een klinisch niveau zien (voormeting gedragsproblemen = 31 en nameting gedragsproblemen = 29). De groepsleiding rapporteert voor zowel de emotionele problemen als de gedragsproblemen geen klinisch relevante verandering van het gedrag tijdens de studie.

Voor cliënt 3 rapporteert de groepsleiding emotionele problemen en gedragsproblemen op een klinisch niveau in vergelijking met leeftijdsgenoten. De groepsleiding rapporteert voor zowel de emotionele problemen als de gedragsproblemen een klinische relevante afname van het probleemgedrag. In vergelijking met leeftijdsgenoten zijn beide problemen nog steeds op een klinisch niveau in vergelijking met leeftijdsgenoten.



Tabel 7: Klinisch relevante verandering op emotionele problemen en gedragsproblemen (CBCL)

	Voormeting	Nameting	RCI	Klinisch relevante verandering
Emotionele problemen				
Cliënt 1	24***	35**	14,30	<b>Verslechtering</b>
Cliënt 2	5*	4*	1,30	Geen verandering
Cliënt 3	16**	14***	-2,60	<b>Verbetering</b>
Gedragsproblemen				
Cliënt 1	18*	18**	0	Geen verandering
Cliënt 2	31*	29***	1,92	Geen verandering
Cliënt 3	39***	28***	10,57	<b>Verbetering</b>

\* ruwe score is vergelijkbaar met normaal gedrag;

\*\* ruwe score is vergelijkbaar met subklinisch probleemgedrag;

\*\*\* ruwe score is in vergelijkbaar met klinisch probleemgedrag

### Verandering oppositioneel gedrag op de groep

In Tabel 8 staan voor alle drie de cliënten de ruwe scores op het door de groepsleiding geobserveerde oppositioneel gedrag weergegeven. Het oppositioneel gedrag dat cliënt 1 op de groep laat zien is bij de voormeting beneden gemiddeld en bij de nameting gemiddeld (voormeting oppositioneel gedrag = 17 en nameting oppositioneel gedrag = 21). Cliënt 1 laat een klinisch relevante toename van oppositioneel gedrag op de groep zien tijdens de studie.

De groepsleiding observeert bij cliënt 2 bovengemiddeld veel oppositioneel gedrag op de groep (voormeting oppositioneel gedrag = 32). Gedurende de studie laat de cliënt een klinisch relevante afname van oppositioneel gedrag op de groep zien en vermindert het oppositioneel gedrag tot een gemiddeld niveau (nameting oppositioneel gedrag = 29).

Cliënt 3 laat volgens de groepsleiding bovengemiddeld veel oppositioneel gedrag op de groep zien. Dit gedrag op de groep neemt een klinisch relevant af tijdens de studie (voormeting oppositioneel gedrag = 33, nameting oppositioneel gedrag = 31).

Tabel 8: Klinisch relevante verandering geobserveerd oppositioneel gedrag (FIOS)

	Voormeting	Nameting	RCI	Klinisch relevante verandering
Cliënt 1	17	21	-7,90	<b>Verslechtering</b>
Cliënt 2	32	29	5,93	<b>Verbetering</b>
Cliënt 3	33	31	3,95	<b>Verbetering</b>

Noot: Scores van 1-10 zeer laag; 11-20 laag; 21-30 gemiddeld; 31-40 hoog; 41-50 zeer hoog.

## Discussie

Het doel van deze studie was om de doeltreffendheid van het WKS-model te onderzoeken in drie N=1 studies. Het blijkt dat de samenwerking tussen twee van de drie jongeren en de zaakwaarnemers verbetert en dat de autonomie bij twee jongeren een verbetering laat zien in de eerste periode van de opname. De verandering in het zelfvertrouwen en het gedrag laat een wisselend beeld zien.

De jongeren in de studie hebben ernstige gedragsproblemen en hebben al veel hulpverleners meegemaakt voordat ze gedwongen opgenomen zijn bij De Catamaran. Het is daarom niet vanzelfsprekend dat zij direct een positieve houding ten opzichte van hun begeleiders zullen aannemen. Toch vonden we dat de drie jongeren tevreden zijn over de samenwerking met de zaakwaarnemer en deze bij twee van de drie jongeren nog verbetert. Een vergelijkbaar patroon van hoge beginscores op de samenwerkingsrelatie is ook gevonden in een eerdere Amerikaanse studie bij jongeren met een gedragsstoornis in een groepshuis (Duppong Hurley e.a., 2015). Duppong Hurley en collega's hebben de samenwerkingsrelaties gevolgd tijdens de hele opname en vonden dat de samenwerking na de positieve start afnam en tegen het einde van de opname nam de samenwerking weer toe (Duppong Hurley e.a., 2013). Dat in deze studie een soortgelijk patroon gevonden is, met een positief ervaren samenwerking aan het begin van de opname, is bemoedigend. Uit de longitudinale studie van Duppong Hurley en collega's bleek namelijk dat jongeren die een positief traject rapporteren in de samenwerking, op termijn een verbetering in gedrag laten zien en dat ze minder incidenten veroorzaken tijdens opname (Duppong Hurley e.a., 2015). De studie van Duppong Hurley en collega's (2013 en 2015) is uitgevoerd bij jongeren met gedragsproblemen die samenwonen in een woning en begeleid werden door een getrouwd stel. In vergelijking met de huidige studie waren deze kinderen jonger en hadden ze een kortere hulpverleningsgeschiedenis. Dit maakt dat de resultaten uit de studie van Duppong Hurley en collega's niet één-op-één over te nemen zijn; de jongeren uit de instelling waar de huidige studie plaatsvond hebben een complexere problematiek. De complexiteit van de problematiek en het gedrag van jongeren hebben invloed op de samenwerking met de begeleiders (Gerits, Van den Boomen & Evers, 2012). Naarmate begeleiders zich minder bedreigd voelen en minder stress voelen, zijn zij beter in staat de jongeren positief en open te ondersteunen (Allen & Tyrn, 2000; Rose, Jones & Fletcher, 1998). Bij jongeren die onveilig gehecht zijn, wordt daarnaast vaak gezien dat de opname een tijdelijk positief effect laat zien en dat de samenwerking bij aanvang goed is. De kans is echter groot dat het positieve traject aan het begin van de opname omkeert (Zegers e.a., 2006). De studie van Zegers en collega's onderschrijft het belang om veel aandacht te besteden aan de samenwerking tussen de jongere en hulpverlener en om de samenwerking gedurende hele opname te volgen en daar waar nodig bij te sturen (McLeod, 2011).

Een goede samenwerkingsrelatie tussen jongeren en hulpverlener is volgens de zelf-determinatie theorie belangrijk voor het ontwikkelen van autonomie en het kunnen veranderen van gedrag (Ryan & Deci, 2000; Ryan e.a., 2008). Deze theorie veronderstelt dat autonomie en vaardigheden essentieel zijn om interne motivatie te krijgen voor een gedragsverandering en om deze gedragsverandering vol te houden. Wanneer een jongere zich meer gewaardeerd en gerespecteerd voelt in de relatie met de hulpverlener, groeien de vaardigheden en het zelfvertrouwen en daarmee de motivatie om zijn of haar gedrag te willen veranderen. Wanneer de samenwerking met de zaakwaarnemer goed is, neemt de autonomie van de jongeren ook toe volgens de zelf-determinatie theorie. Het lijkt erop dat deze stap in de studie bij twee van de drie jongens gezet is: de autonomie is bij deze jongeren toegenomen.

Door de toename in de samenwerking met de zaakwaarnemer en de toename in autonomie lijken de eerste stappen om tot verandering van gedrag te komen, gemaakt. Het zelfvertrouwen van de jongeren is gedurende deze studie niet veranderd. De gedragsveranderingen die de jongeren in de

studie laten zien, zijn bovendien erg wisselend. Een mogelijke verklaring is dat de onderzochte jongeren aan het begin van hun behandeltraject zaten en op deze gebieden nog behandelvoortgang geboekt kan worden.

### *Beperkingen van de studie*

De studie is gebaseerd op drie N=1 studies; waarin niet door alle zaakwaarnemers conform het WKS-model gewerkt is. Dit betekent dat de resultaten met voorzichtigheid beoordeeld moeten worden en dat er geen causaal verband onderzocht is. De resultaten van de studie kunnen gebruikt worden om verder onderzoek naar de doeltreffendheid van het WKS-model vorm te geven.

Het is erg moeilijk gebleken om jongeren en zaakwaarnemers te includeren voor de studie. Dit heeft verschillende redenen. Ten eerste: binnen de instelling wordt veel gebruikt gemaakt van ROM-metingen die op vaste tijdstippen ingevuld worden. In het huidige project werd gebruik gemaakt van een kleine vragenlijst die vaak ingevuld moest worden. De onbekendheid met deze onderzoeksmethode zorgde voor veel vragen bij de zaakwaarnemers over de tijdsinvestering. De jongeren en zaakwaarnemers die hebben meegedaan aan de studie waardeerden de methode juist erg en het hielp hun inzicht te krijgen in de processen die speelden tijdens de gesprekken. Deze positieve ervaringen hebben helaas niet geleid tot een betere inclusie; ook niet na verlenging van de inclusieperiode. Ten tweede bleek tijdens de studie dat door de vele veranderingen binnen de jeugdzorg en ook binnen de instelling, er niet genoeg aandacht is geweest voor het WKS-model. De continuïteit van implementatie van het WKS-model is daardoor onvoldoende succesvol geweest binnen de Catamaran. Alle medewerkers kennen het WKS-model; het is echter niet vanzelfsprekend dat de medewerkers ook getraind zijn en dat er vervolgotrainingen worden ingepland. De vaardigheden van de medewerkers in het WKS-model verdienen meer aandacht (Knoops, 2017). Doordat niet alle medewerkers goed getraind waren, konden ze niet meedoen aan de studie. Door de opzet van de studie met meerdere N=1 studies konden, ondanks de beperkte instroom, toch de onderzoeksvragen worden beantwoord.

De jongeren in de studie ervaren de samenwerking met zaakwaarnemer positief: aan het einde van de meetperiode scoren de jongeren namelijk de maximale score op de vragenlijst. Het zou kunnen zijn dat jongeren sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven omdat de zaakwaarnemers zagen wat zij invulden. Eerdere studies geven echter aan dat een plafondefect niet samenhangt met sociaal wenselijke antwoorden. Bickman en collega's (2004) hebben aangetoond dat de score van jongeren op de samenwerking niet verandert als ze weten dat de hulpverlener de score ook ziet. De verwachting is dat dit ook geldt voor de jongeren in de huidige studie. In vervolgonderzoek is het goed om niet alleen naar de samenwerking te kijken, zoals jongeren het beoordelen, maar ook zoals zaakwaarnemers het beoordelen. Dit laatste omdat er een grotere samenhang is tussen de verandering in de score op de samenwerking en de behandeluitkomst wanneer de samenwerking door hulpverleners ingevuld wordt (Bickman e.a., 2012; Duppong Hurley e.a., 2015). Ondanks de beperking van de studie, zoals het nog niet volledig geïmplementeerde WKS-model (Knoops, 2017) wat ertoe leidde dat zaakwaarnemers niet volledig conform het WKS-model werkten, konden de onderzoeksvragen beantwoord worden.

## Aanbevelingen

De volgende aanbevelingen zijn geformuleerd om de doeltreffendheid in vervolgstudies te kunnen onderzoeken, rekening houdend met de beperkingen van de huidige studie.

1. In de huidige studie is alleen gemeten hoe de jongere de samenwerking met de zaakwaarnemer ervaart. In een vervolgstudie is het goed om niet alleen deze samenwerkingsrelatie te onderzoeken, maar ook de relatie met de procesbegeleider en deze zowel door de jongeren te laten scoren als door de begeleiders. Door ook naar deze relaties te kijken, wordt er meer inzicht verkregen in de ondersteuning die een jongere ervaart door de zaakwaarnemer en de procesbegeleider.
2. Binnen de Catamaran (GGzE, Eenheid Kind en Jeugd) was ten tijde van de studie het WKS-model niet volledig geïmplementeerd en werkten niet alle medewerkers meer conform het WKS-model. In een vervolgstudie is het van belang dat eerst de implementatiegraad van het WKS-model voldoende is en dat pas daarna de doeltreffendheid onderzocht wordt.
3. Als onderdeel van de vervolgstudie naar doeltreffendheid van het WKS-model is het ook van belang dat naar de rol en betekenis van de inkadering van het WKS-model in de organisatie gekeken wordt. Hoe de multidisciplinaire teams begeleid worden in het uitvoeren van het WKS-model is van invloed op de kwaliteit van de uitvoering. Is er een coördinator aangesteld die verantwoordelijk is voor de implementatie en begeleiding? Zijn er vervolgtrainingen voor de teams? Het goed uitvoeren van een methodiek, zoals het WKS-model, kan complex zijn. Alleen als de medewerkers alle ruimte hebben voor ontwikkeling en niet overvraagd worden kan een methodiek goed geïmplementeerd en uitgevoerd worden.
4. Bij voorkeur maakt de vervolgstudie gebruik van meerdere N=1 studies bij instellingen waar het WKS-model al is ingevoerd. Is het WKS-model nog niet ingevoerd dan zou een observationele studie, met een cohort cliënten die gevolgd zijn voordat het WKS-model ingevoerd is en een cohort cliënten die gevolgd worden nadat het WKS-model ingevoerd is, een goed design zijn.

### *Conclusie*

Op basis van deze studie bij drie cliënten van de Catamaran, kan gezegd worden dat de jongeren tevreden zijn met de samenwerking en dat deze lijkt toe te nemen. Twee van de drie jongeren laten een verbetering in autonomie zien, terwijl zelfvertrouwen, emotionele problemen, gedragsproblemen en oppositioneel gedrag een wisselend beeld laten zien. De huidige studie is een goede aanzet geweest voor een vervolgstudie naar de doeltreffendheid van het WKS-model.

## Referenties

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allen, D., & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behaviour: Impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, *38*, 97–104.
- Bartels, A.A.J. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, *22*, 139-148.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A.R., Lambert, E.W., Doucette, A. Sapyta, J., & Boyd, A.S. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, *31*, 134-148.
- Bickman, L., Vides de Andrade, A.R., Athay, M.M., Chen, J.I., De Nadai, A.S., Jordan-Arthur, B.L., & Karver, M.S. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose matter the most? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *39*, 78-89.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy*, *16*, 252 -260. doi:10.1037/h0085885
- Brauers, M., Kroneman, L., Otten, R., Lindauer, R., & Popma, A. (2016). Enhancing adolescents' motivation for treatment in compulsory residential care: A clinical review. *Children and Youth Services Review*, *61*, 117-125. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.011>.
- Byers, A.N., & Lutz, D.J. (2015). Therapeutic alliance with youth in residential care: Challenges and recommendations. *Residential treatment for children & youth*, *32*, 1-18. DOI: 10.1080/0886571X.2015.1004285
- Duppong Hurley, K., Lambert, M.C., Van Ryzin, M., & Stevens, A. (2015). Examining change in therapeutic alliance to predict youth mental health outcomes. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, *32*, 90-100.
- Duppong Hurley, K., Lambert, M.C., Van Ryzin, M., Sullivan, J., & Stevens, A. (2013). Therapeutic alliance between youth and staff in residential group care: psychometrics of the therapeutic alliance quality scale. *Child Youth Services Review*, *35*, 56-64. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.10.009
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W. C. (2000). Role of the Working Alliance in the Treatment of Delinquent Boys in Community-Based Programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, *29*, 94-107.
- Gerits, L., Van den Boomen, B., & Evers, J. (2012). Klinische Behandeling in de Jeugd GGZ: een pleidooi voor de verbetering van het pedagogisch klimaat en de ondersteuning van groepsbegeleiders. *Metaforum*, *19*, 9-19.
- Hafkenscheid, A. (2010). De outcome rating scale (ORS) en de session rating scale (SRS). Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *36*, 394-403.
- Harder, A.T., Knorth, E.J., & Kalverboer, M.E. (2012). A secure base? The adolescent – staff relationship in residential youth care. *Child and Family Social Work*, *17*, 1-13.
- Janse, P., Boezen-Hilberdink, L., van Dijk, M.K., Verbraak, M.J.P.M., & Hutschemaekers, G.J.M. (2014). Measuring feedback from clients. The psychometric properties of the Dutch outcome rating scale and session rating scale. *European Journal of Psychological Assessment*, *30*, 86-92.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, *26*, 50-65.

- Kleine Schaars, W. (2009). *Gewoon, een kwestie van respect. Ondersteuning in zorg, onderwijs en opvoeding*. Zutphen: AKS trainingen.
- Knoops, M. (2017). *WKS op de Catamaran - auditrapport* maart 2017. Interne notitie GGzE.
- Lamers, A., Delsing, M.J.M.H., Van Widenfelt, B.M., & Vermeiren, R. (2015). A Measure of the Parent-Team Alliance in Youth Residential Psychiatry: The Revised Short Working Alliance Inventory. *Child Youth Care Forum, 44*, 801–817. doi: 10.1007/s10566-015-9306-1
- Lamers, A., Van Nieuwenhuizen, Ch., Twisk, J., De Koning, E., & Vermeiren, R. (2016). Longitudinal results of strengthening the parent-team alliance in child semi-residential psychiatry: does team investment make a difference? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 10*(22). doi: 10.1186/s13034-016-0108-5
- Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014.). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation : An International Journal, 24*, 445-463
- McLeod, B.D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy; A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-616.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*, 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Nugter, M.A., Buwalda, V.J.A., Dhondt, A.D.F., & Draisma, S. (2012). Gebruik van de Honos bij de behandeling van patiënten *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54*, 153-159.
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research, 23*, 791-803.
- Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research, 42*, 163-172.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 67-78.
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist, 10*, 2-5.
- Scholte, R. (2017). Effectiviteit van de jeugdzorg: passen en meten. *Kind en Adolescent, 38*, 91–107, DOI 10.1007/s12453-017-0141-z
- Treffers, Ph.D.A., Goedhardt, A.W., Veerman, J.W., Van den Bergh, B.R.H., Ackaert, L., & De Rijcke, L. (2002). *Handleiding Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Van Nieuwenhuizen, Ch., & Bongers, I.L. (2011). Psychometric evaluation of the Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS) in youngsters with a judicial measure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5*, 5-30. doi: 10.1186/1753-2000-5-30
- Venneman, B., Evers, J., & Claessens, B. (2016). Strijd!? Begeleiden met model WKS binnen GGzE. Eindhoven, GGzE. [https://issuu.com/rolandheeren/docs/wks-boekje\\_strijd\\_bladerbaar\\_1604/70](https://issuu.com/rolandheeren/docs/wks-boekje_strijd_bladerbaar_1604/70)
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis, Erasmus MC.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Zegers, M.A., Schuengel, C., Van IJzendoorn, M.H., & Janssens, J.M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*, 325-334.

## Bijlage 1: Toelichting berekening Reliable Change Index

Een betrouwbare verandering betekent dat een verandering uitgedrukt in de verschillen scores gecorrigeerd wordt voor de standaardmeetfout. Indien deze verandering groter is dan 1,96 dan wordt gesproken over een betrouwbare verbetering. In formule:

$$\text{Verandering} = (X_{T2} - X_{T1}) / S_{\text{diff}}$$

Hierbij is T1 de eerste meting en T2 de eindmeting.  $S_{\text{diff}}$  is de standaardfout van het verschil van de twee metingen.

$$S_{\text{diff}} = \sqrt{2(SE)^2}$$

In de formule is SE de standaardfout van de metingen met de betreffende vragenlijst. Deze wordt als volgt berekend:

$$SE = S_{dT1} \sqrt{1-r_{xx}}$$

$S_{dT1}$  = de standaarddeviatie van de meting op T1

$r_{xx}$  = betrouwbaarheid van de lijst (Cronbach's alpha)

## **Samen werken volgens het Willem Kleine Schaars-model**

Een N=3 studie binnen de forensische jeugdpsychiatrie