

Mixed methods onderzoek naar de inzet van toegepast psychologen in de ambulante jeugd-ggz.

Student: Mirthe Heijs

Studentnummer: 3820548

Begeleider: dr. W.E. Kupers

Tweede beoordelaar: dr. A.A. de Boer

Aantal woorden: 10 889

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Masterthesis Orthopedagogiek

Juni 2023

Samenvatting

Onderzoek naar de effectiviteit van interventies toont aan dat personen met problemen op het gebied van gedrag en/of leren over het algemeen beter af zijn met behandeling dan zonder behandeling (Duncan et al., 2010; Hardy et al., 2019). Om te zorgen voor lange termijn behoud, transfer en generalisatie van de resultaten van behandeling (Falcomata & Wacker, 2013) kunnen toegepast psychologen worden ingezet als aanvulling op specialistische ggz-behandeling door een orthopedagoog of psycholoog. De inzet van de toegepast psycholoog is echter nog niet uitvoerig onderzocht. Het doel van dit onderzoek is om inzicht te geven in het proces en de uitkomsten van zorgtrajecten van toegepast psychologen met de volgende vragen:

1. Voor welke doelen wordt de hulp van een toegepast psycholoog ingezet?
2. Wat voor interventies worden ingezet door toegepast psychologen?
3. Is het type behandeldoel gerelateerd aan de mate van doelrealisatie?
4. Is er een verandering in welzijn en tevredenheid van cliënten gedurende het zorgtraject van een toegepast psycholoog?

Bovenstaande onderzoeksvragen zijn beantwoord door middel van mixed methods onderzoek bij 37 cliënten. Toegepast psychologen worden met name ingezet bij leer- en onderwijsproblemen en internaliserende problematiek. Tijdens de behandeling analyseren zij gedrag in dagelijkse situaties en helpen zij bij het oefenen van gedrag. Het lijkt niet uit te maken met welk doel de toegepast psycholoog wordt ingezet, wanneer gekeken wordt naar doelrealisatie. Ten slotte blijft het welzijn en de tevredenheid van de meeste cliënten stabiel gedurende het zorgtraject en is er weinig restproblematiek. De resultaten van dit onderzoek dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, vanwege de kleine steekproef en vanwege het feit dat de meerderheid van de onderzochte trajecten nog niet is afgerond.

Keywords: toegepaste psychologie, transfer, uitkomsten, doelen, interventies, doelrealisatie, welzijn, tevredenheid, mixed methods

Abstract

Research shows that clients with social and psychological problems generally improve more with treatment than without, although there is still much room for improvement (Duncan et al., 2010; Hardy et al., 2019). To ensure the benefits of treatment are preserved, as well as to bring forth transfer and generalization (Falcomata & Wacker, 2013), treatment of an applied psychologist may be supplementary to that of a psychologist or orthopedagogue. The outcomes of treatments of applied psychologists are however insufficiently researched. The aim of this study was to gain insight into the methods and outcomes of treatments of applied psychologists, with the following questions:

1. For which treatment goals are applied psychologists deployed?
2. Which interventions are used in treatments by applied psychologists?
3. Is the type of treatment goal related to the level of goal achievement?
4. Is there a change in well-being and satisfaction of clients along the course of treatment by an applied psychologist?

These questions have been answered by carrying out mixed methods research with a sample of 37 clients. Applied psychologists mainly treat clients with learning problems, education-related problems and internalizing problems. During treatment, applied psychologists analyze and influence behavior in everyday situations. There is no apparent difference in goal achievement when it comes to different goals. Lastly, well-being and satisfaction remain stable during treatment for the majority of clients. These results should be interpreted with caution, due to the small sample and the fact that the treatment of most clients has not yet been completed.

Keywords: applied psychology, transfer, outcomes, treatment goals, interventions, goal achievement, well-being, satisfaction, mixed methods

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methodes	10
Onderzoeksdesign	10
Populatie en steekproef	10
Onderzoeksprocedure en instrumenten	11
Data-analyse	13
Resultaten	15
Onderzoeksvraag 1 - Doelen	15
Onderzoeksvraag 2 - Interventies	17
Interventies algemeen	17
Interventies per doel	20
Onderzoeksvraag 3 - Doelrealisatie	23
Hoofddoelen en doelrealisatie	23
Context en doelrealisatie	25
Onderzoeksvraag 4 - Welzijn en tevredenheid	26
Welzijn	26
Tevredenheid	27
Verloop welzijn en tevredenheid afgeronde trajecten	28
Conclusie en discussie	30
Beperkingen en aanbevelingen	33
Krachten	36
Literatuurlijst	38
Bijlagen	45
Bijlage 1. Evaluatieformulier doelen	45
Bijlage 2. ORS	46
Bijlage 3. SRS	47

Mixed methods onderzoek naar de inzet van toegepast psychologen in de ambulante jeugd-ggz.

In de ambulante jeugd-ggz wordt met individuele interventies gepoogd om problemen van jeugdigen met betrekking tot gedrag en/of leren op te lossen of te verbeteren. Zo is bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie een effectieve interventie voor de preventie en behandeling van angstproblematiek en depressie (Crowe & McKay, 2017; Reynolds et al., 2012; Scaini et al., 2016). Daarnaast is de inzet van psycho-educatie effectief voor verschillende psychische stoornissen (Verhulst, 2020). Ondanks het feit dat deze veelgebruikte interventies over het algemeen effectief zijn, profiteert niet iedereen en blijven de effecten uit voor sommige jeugdigen (Barlow, 2010; Bowie et al., 2016; Hardy et al., 2019; Lambert, 2011). Lange termijn behoud en generalisatie van de resultaten van gedragsinterventies worden daarnaast vaak niet gerapporteerd of behaald (Falcomata & Wacker, 2013; Stokes & Osnes, 1989 in Mace et al., 2010; May & Kahnweiler, 2000; Tannenbaum & Yukl, 1992). Zo is er na succesvolle behandeling van angststoornissen met exposure, in veel gevallen geen behoud van het resultaat en komt de angst terug (return of fear). In de studie van Mystkowski en anderen (2006) is er bijvoorbeeld een terugkeer van angst bij 62% van de gevallen. Het feit dat interventies weinig zijn afgestemd op het dagelijks leven van cliënten, is mogelijk een verklaring voor de beperkte effectiviteit (Podlesnik et al., 2017).

Om naast verbetering van gedrag in de context waarin de interventie plaatsvindt (de behandelkamer van de psycholoog of orthopedagoog) ook verbetering te zien in de context waarin het probleem zich voordoet, bijvoorbeeld thuis of op school, blijkt af en toe lastig (Fisher et al., 2015; Stokes & Baer, 1977; [naam instelling], z.d.; Baldwin & Ford, 1988). Voortgang in individuele behandeling in de jeugd-ggz betekent namelijk niet dat het aangeleerde gedrag ook altijd wordt toegepast na afloop van de behandeling en/of wordt toegepast in andere contexten (Falcomata & Wacker, 2013; Podlesnik et al., 2017). Het is echter wenselijk dat er bij cliënten blijvende gedragsverandering plaatsvindt in het dagelijks leven (Stokes & Baer, 1977). Daarom experimenteert een instelling voor jeugd-ggz met kortdurende trajecten waarin een toegepast psycholoog wordt ingezet om de gedragsverandering in de school- of thuiscontext te vergroten, aanvullend op trajecten bij orthopedagogen en psychologen ([naam instelling], z.d.). Een toegepast psycholoog is namelijk gespecialiseerd in het onderzoeken, beoordelen, verklaren en beïnvloeden van gedrag in de praktijk (NBTP, 2021). Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te geven in het proces en de uitkomsten van deze trajecten, door de doelen, interventies, mate van doelrealisatie en het welzijn en de tevredenheid van cliënten te analyseren.

Het is van belang dat resultaten van gedragsinterventies niet alleen te zien zijn in de context waarin de interventie plaatsvindt, maar ook gegeneraliseerd worden naar andere contexten, met andere personen, in andere tijden en ook na afloop van de interventie. Dit wordt transfer genoemd (Stokes & Osnes, 1989; Baer et al., 1968). Transfer houdt in dat eerder opgedane kennis en vaardigheden beïnvloeden hoe nieuwe kennis en vaardigheden worden opgedaan en uitgevoerd. Wanneer kennis vanuit eerdere ervaringen toegepast kan worden op nieuwe ervaringen, vindt transfer plaats (Cormier & Hagman, 1987). De mate waarin gedrag gegeneraliseerd wordt zegt iets over de mate waarin therapeutische interventies, voor gedragsverandering in het dagelijks leven effectief zijn (Stokes & Baer, 1977).

Er zijn verschillende factoren die transfer bevorderen. Een factor die transfer bevordert is bijvoorbeeld het aanbieden van behandeling in verschillende contexten (Shiban et al., 2013; Todd et al., 2012; MacKillop & Lisman, 2005; MacKillop & Lisman, 2008; Vervliet et al., 2007). Naast verschillende contexten, helpt het wanneer de context waarin geoefend wordt, lijkt op de context van het dagelijks leven van de cliënt (Luis-Ruiz et al., 2020; Stokes & Baer, 1977). Hoe meer de situatie waarin geoefend wordt, lijkt op de situatie waarin het gedrag uiteindelijk vertoond moet worden, hoe groter de transfer zal zijn. De cliënt herkent dan namelijk componenten uit de situatie die aanleiding geven om bepaald gedrag te gaan vertonen (Cormier & Hagman, 1987). Wanneer bijvoorbeeld een jongere met externaliserende gedragsproblematiek wil leren om anders te reageren in situaties die voor hem of haar lastig zijn, is het mogelijk om in de behandelkamer te oefenen met het opsteken van een vinger, maar kan het zijn dat het in de klas alsnog niet lukt om dit te doen ([naam instelling], z.d.). Omdat de toegepaste psychologen hun behandeling inzetten in de school- of thuiscontext, kunnen zij interactiepatronen observeren en hier een interventie op inzetten (Knot-Dickscheit et al., 2016; Patterson et al., 1992). Niet elke situatie hoeft geoefend te worden, zolang de cliënt in voldoende verschillende situaties heeft geoefend om het gedrag in alle situaties toe te passen (Stokes & Baer, 1977).

Tijdens het zorgtraject actief kunnen oefenen met nieuw gedrag leidt eveneens tot een grotere transfer (Cascio, 1998). Voordat gedrag kan worden toegepast in het dagelijks leven, moet het gedrag geoefend en onthouden worden. Bij het oefenen kan een toegepaste psycholoog helpen, door bijvoorbeeld met een angstige cliënt mee te fietsen naar school en tijdens het fietsen te helpen bij het reguleren van de spanning en gedachten van de cliënt. De hulp kan afgebouwd worden, door op den duur telefonisch de cliënt bij te staan tijdens de fietsrit, totdat het de cliënt lukt om zelfstandig naar school te fietsen. Met oefenen en herhalen wordt enerzijds

een nieuwe strategie aangeleerd om bepaald gedrag te vertonen en anderzijds zorgt het voor automatisering van gewenst gedrag (Jonides, 2004; Podlesnik, 2017).

Wanneer een getrainde vaardigheid geoefend wordt, is het bevorderlijk voor de transfer dat er ondersteuning geboden wordt (Wilson, 2008). De toegepast psycholoog kan deze ondersteuning bieden, door interventies toe te passen in het dagelijks leven van de cliënt (Vereniging Hogescholen, 2018). Zo kan de toegepast psycholoog bijvoorbeeld meedraaien met de dagelijkse bezigheden in de thuiscontext en gaandeweg aan de cliënt leren om anders te reageren, bijvoorbeeld om eerst een vervelend broertje te negeren alvorens te reageren ([naam instelling], z.d.). Begeleiding en steun van de toegepast psycholoog zorgen ervoor dat de vaardigheid makkelijker in de praktijk wordt toegepast en zorgen voor generalisatie en behoud (Baldwin & Ford, 1988; Hoekstra, 1999).

Waar psychologen en orthopedagogen met name theoretische kennis hebben opgedaan, hebben toegepast psychologen veel praktijkkennis (Vereniging Hogescholen, 2018; [naam instelling], z.d.). Toegepast psychologen kunnen parallel aan het traject bij de gedragswetenschapper worden ingezet, om met een intensief kortdurend traject datgene wat de cliënt heeft geleerd bij de gedragswetenschapper toe te passen in het dagelijks leven. Tevens kunnen toegepast psychologen worden ingezet wanneer verandering uitblijft. Een traject van een toegepast psycholoog is daarmee aanvullend op de behandeling van psychologen en orthopedagogen. De toegepast psycholoog observeert de gedragspatronen thuis of op school, leert de cliënt vaardigheden aan en helpt de cliënt ter plekke om het gedrag daadwerkelijk te oefenen en toe te passen. Toegepast psychologen worden kortom ingezet om gedrag te beïnvloeden in de sociale context van de cliënt (Vereniging Hogescholen, 2018; [naam instelling], z.d.).

De effectiviteit van een interventie, zoals het zorgtraject van een toegepast psycholoog, kan onderzocht worden door de mate van doelrealisatie en/of de mate van tevredenheid en welzijn van de cliënt in kaart te brengen (Van Yperen et al., 2017). Zowel cliënttevredenheidsonderzoek als onderzoek naar doelrealisatie en veranderingsonderzoek gericht op welzijn, geven eerste empirische aanwijzingen voor effecten van interventies (Van Yperen et al., 2017). Het algemene doel van gedragsinterventies in de ambulante jeugd-ggz is om gedragsverandering te veroorzaken. Het specifieke doel, en daarmee ook de interventie, verschilt per cliënt. Het meten van doelrealisatie geeft inzicht in de mate waarin hulpvragen worden beantwoord (Bonke et al., 2006). Tevredenheid gaat over de beoordeling van cliënten van het nut of het resultaat van de interventie en over de beoordeling van de kwaliteit van het behandelcontact binnen de therapie. Welzijn gaat over de ervaren kwaliteit van het persoonlijk

leven, welbevinden en gezondheid van de cliënt buiten de therapie (Van Yperen et al., 2017; Hafkenscheid, 2010; WHOQOL Group, 1995).

Naar de behandelingen van toegepast psychologen is nog niet uitvoerig onderzoek gedaan, het is immers een jong beroep (Van Herk, 2021). Naar behandelingen van reguliere psychologen is reeds onderzoek gedaan. Onderzoek naar het welzijn en de tevredenheid van cliënten, laat zien dat er bij volwassen cliënten veel restproblematiek is na afloop van de behandeling bij een psycholoog (Hafkenscheid et al., 2010). Bij adolescenten die in behandeling zijn voor psychiatrische problematiek en gedragsproblemen is de restproblematiek minder volgens onderzoek van Boon et al. (2012). Adolescenten gaan daarnaast gedurende kortdurende en langer durende zorgtrajecten bij een psycholoog vooruit in welzijn (Boon et al., 2012). Daarnaast bleek de tevredenheid met de behandelrelatie een goede voorspeller voor welbevinden (Hafkenscheid et al., 2010; Boon et al., 2012). De therapeutische relatie en aandacht voor de problematiek zijn dan ook werkzame elementen van interventie (Bordin, 1979; Emmerling & Whelton, 2009; Duncan, 2014; Foolen et al., 2013). De therapeutische alliantie gaat om de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, waarbij tussen beiden overeenstemming is over de doelen en taken van behandeling (Bordin, 1979; Emmerling & Whelton, 2009; Duncan, 2014). Een betere kwaliteit van de gestelde doelen vergroot daarnaast de kans op effectieve hulpverlening (Van Yperen et al., 2003; Van Yperen & Van der Steege, 2006; Van Yperen et al., 2017). De kans daarop wordt nog eens vergroot wanneer cliënten betrokken worden bij het formuleren van de doelen, omdat dit zorgt voor een betere match tussen wat de cliënt nodig heeft en wat de cliënt aan ondersteuning krijgt (De Boer & Kuijper, 2021; Van Yperen & Van der Steege, 2006). Ten slotte heeft ook het monitoren van de voortgang invloed op de effectiviteit (Winkelhorst et al., 2013; Harmon et al., 2007; Lambert, 2007; Reese et al., 2009).

Al met al is er veel onderzoek gedaan naar de inzet van psychologen, de effectiviteit van veelgebruikte interventies en werkzame factoren. Wat uit onderzoek naar voren komt is dat interventies die over het algemeen effectief zijn, voor sommige cliënten niet effectief zijn (Hardy et al., 2019). Om ook voor deze cliënten verandering te bewerkstelligen, is wellicht de inzet van een toegepast psycholoog bevorderlijk. Omdat de behandeling van een toegepast psycholoog plaatsvindt in de dagelijkse context van de cliënt, kan deze behandeling mogelijk zorgen voor transfer (Podlesnik et al., 2017). De resultaten van de inzet van toegepast psychologen zijn echter nog niet uitvoerig onderzocht. Onderzoek hiernaar kan bijdragen aan kennis over de mate waarin de inzet van een toegepast psycholoog zorgt voor een verandering

in welzijn en kan bijdragen aan kennis over de geschiktheid van de inzet van een toegepast psycholoog bij verschillende doelen.

Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te geven in het zorgtraject van toegepast psychologen. In dit onderzoek staan de volgende vier onderzoeksvragen centraal:

1. Voor welke *doelen* wordt de hulp van een toegepast psycholoog ingezet?
2. Wat voor *interventies* worden ingezet door toegepast psychologen?
3. Is het type *behandeldoel* gerelateerd aan de mate van *doelrealisatie*?
4. Is er een verandering in *welzijn* en *tevredenheid* van cliënten gedurende het zorgtraject van een toegepast psycholoog?

Methode

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is het zorgtraject van individuele cliënten die in behandeling zijn bij een toegepast psycholoog geanalyseerd met gebruik van een mixed methods design (Flick, 2018). Er is gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve analyses. De doelen en interventies zijn op individueel niveau onderzocht, evenals de uitkomsten van de behandeling van de toegepast psycholoog wat betreft welzijn en tevredenheid (Hafkenscheid, 2010). Daarnaast is de mate van doelrealisatie op groepsniveau onderzocht voor verschillende soorten doelen (Van Loon et al., 2015). Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. De gebruikte data zijn (naast binnen de ggz-instelling) bewaard op de beveiligde Y-schijf van de Rijksuniversiteit Groningen.

Populatie en steekproef

De doelpopulatie van het onderzoek is cliënten die in behandeling zijn bij een toegepast psycholoog in de ambulante jeugd-ggz. De steekproef is een convenience sample (Van Loon et al., 2015) en bestaat uit 37 trajecten van de toegepast psychologen van een enkele instelling voor jeugd-ggz. De individuele cliënten vormen gedetailleerde voorbeelden voor de algemene groep van jeugdigen die in behandeling zijn bij een toegepast psycholoog (Flick, 2018). De cliënten zijn gemiddeld 12 jaar. Van de cliënten uit de steekproef is 52,8% vrouw en 47,2% man. In Tabel 1 is te vinden welke trajecten zijn gebruikt voor de verschillende onderzoeksvragen.

Tabel 1

Steekproef per Onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Steekproefomvang	Aantal afgeronde trajecten	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
1	37	6 van de 37	Alle beschikbare trajecten	Trajecten zonder informatiebeschrijving
2	35 van de 37	6 van de 35	Alle beschikbare trajecten met voorgestelde	Trajecten zonder voorgestelde interventies en

3	9 van de 37	3 van de 9	interventies en/of interview Alle beschikbare trajecten met geëvalueerde doelen	zonder interview Trajecten zonder evaluatie per doel en/of trajecten met enkel beginmetingen
4	25 van de 37	4 van de 25	Alle beschikbare trajecten met minimaal twee scores op de ORS en SRS	Trajecten met minder dan twee scores op de ORS en SRS

Onderzoeksprocedure en instrumenten

Onderzoeksvraag 1

De data van 37 zorgtrajecten zijn gebruikt voor de resultaten. De *doelen* voor de inzet van de toegepast psycholoog zijn door de gedragswetenschapper ingevuld aan de start van de trajecten bij de toegepast psycholoog. Het formulier waarop de *doelen* zijn ingevuld stond in een digitale map van de instelling. Wanneer gedragswetenschappers de inzet van een toegepast psycholoog wenselijk achtten, vulden zij het formulier in. Bij 10 trajecten is het formulier ingevuld door de toegepast psycholoog in plaats van de gedragswetenschapper, omdat het traject bij de toegepast psycholoog was gestart voordat het formulier aanwezig was. Op het formulier kon in een tabel ten eerste het veld onder ‘Naam, cliëntkenmerken (evt. Classificatie) en hulpvraag’ ingevuld worden. Daarnaast konden onder ‘Doelen TP’ 1 tot 5 *doelen* worden ingevuld. Tevens was er de mogelijkheid om onder ‘Voorstel middelen, materialen en (gedragstherapeutische) interventies’ een voorstel te doen voor wat de toegepast psycholoog in kan zetten. De ingevulde formulieren zijn geanonimiseerd en in Excel gezet.

Onderzoeksvraag 2

De ingezette *interventies* zijn door middel van een kort interview bij 3 toegepast psychologen in kaart gebracht voor 15 van de 37 zorgtrajecten. De *interventies* zijn met een expertinterview (Flick, 2018) uitgevraagd aan de hand van de volgende vraag: “Wat heeft u tijdens het traject ingezet bij cliënt X?”. Vervolgens is door één van de onderzoekers een overzicht gemaakt van alle *interventies*, middelen en materialen die de toegepast psychologen hebben genoemd. Dit overzicht is in Excel gezet en daarbij is per cliënt ($n = 15$) aangegeven welke *interventies* zijn ingezet.

De *interventies* die door de gedragswetenschappers worden voorgesteld om in te zetten, zijn verzameld aan het begin van 31 van de 37 zorgtrajecten. De gedragswetenschappers konden bij het invullen van het formulier (dat te vinden is in een digitale map van de instelling) aangeven welke *interventies* mogelijk ingezet kunnen worden bij de behandeling van de doelen onder ‘Voorstel middelen, materialen en (gedragstherapeutische) interventies’. Ook hiervoor geldt dat 10 formulieren ingevuld zijn door de toegepast psychologen, omdat het traject al in gang was gezet en de gedragswetenschapper het formulier nog niet had ingevuld.

Onderzoeksvraag 3

Voor het analyseren van de mate van *doelrealisatie* zijn data gebruikt van 9 van de 37 trajecten. Aan het begin van de 9 trajecten is door de behandelaar ingevuld wat de doelen van het zorgtraject zijn. Iedere cliënt had minimaal 1 en maximaal 5 doelen. In totaal hadden de 9 cliënten 28 doelen, gemiddeld 3 per cliënt. De mate van *doelrealisatie* is door de cliënt, ouders, toegepast psycholoog en/of gedragswetenschapper per doel beoordeeld met een cijfer. De *doelrealisatie* is gemeten ter evaluatie (T1) en ter eindevaluatie (T2). De timing van het tussentijdse evaluatiemoment (T1) verschilt per cliënt en werd afgestemd tussen de gedragswetenschapper en toegepast psycholoog. Het moment van eindevaluatie (T2) vond plaats nadat duidelijk was dat het traject bij de toegepast psycholoog kon worden afgerond. Dit is bijvoorbeeld tijdens of direct na het laatste behandelmoment of tijdens of direct na een afsluitende afspraak die niet meer gericht is op behandeling. Per doel is het laatst ingevulde cijfer gebruikt. Voor 12 doelen is het laatste meetmoment T1 en voor 16 doelen is dit T2. De cijfers zijn omcirkeld op een formulier dat in een digitale map van de instelling stond, dat zowel geprint als digitaal ingevuld kon worden (zie Bijlage 1). De cijfers zijn per doel uitgevraagd en hebben een schaal van 1 tot 10. Wanneer voor hetzelfde doel van dezelfde cliënt cijfers zijn gegeven door meerdere personen (bijvoorbeeld een cijfer vanuit het perspectief van de cliënt en de toegepast psycholoog), zijn die cijfers gemiddeld.

Onderzoeksvraag 4

Het *welzijn* en de *tevredenheid* van cliënten is in kaart gebracht door middel van de Session Rating Scale (SRS) en de Outcome Rating Scale (ORS) (Hafkenscheid et al., 2010; Miller & Duncan, 2004). Dit is een eenvoudig feedbacksysteem waarmee het *welzijn* van de cliënt in de afgelopen week (ORS) en de *tevredenheid* over de behandeling van die dag en de therapeutische relatie (SRS) wordt gescoord door de cliënt (zie Bijlage 2 en Bijlage 3). Zowel de ORS als de SRS heeft een hoge interne consistentie en daarmee een hoge betrouwbaarheid. De Cronbach's alfa van de ORS is .91 en van de SRS .90 (Hafkenscheid et al., 2010).

Beide vragenlijsten hebben vier items. De cliënt markeert de score per item op een lijn van 1 tot 10 centimeter, de score is de dichtstbijzijnde centimeter. Hoe meer dit aan de linkerkant van de lijn is, hoe negatiever, hoe meer aan de rechterkant van de lijn, hoe positiever. De scores op de vier items zijn opgeteld en vormen de totaalscore (Hafkenscheid et al., 2010). De totaalscore heeft daarmee een range van 4-40.

Om geïncludeerd te worden in het onderzoek moesten er op minimaal twee momenten vragenlijsten zijn ingevuld, zodat de scores konden worden vergeleken. 25 cliënten hebben de SRS-ORS na minimaal twee behandelsessies ingevuld.

Data-analyse

Onderzoeksvraag 1

De *doelen* die ingevuld zijn door de behandelaren zijn gecodeerd door middel van een inductieve thematische analyse, om inzicht te krijgen in de soorten *doelen* die behandeld worden door toegepast psychologen (Braun & Clarke, 2006; Flick, 2018). Het coderen bestond uit drie fases: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen. Ten eerste zijn de *doelen* in een Excel-bestand ingevoerd, waarna open gecodeerd is door de *doelen* te lezen en op basis daarvan codes op te stellen. Voorts zijn gelijke of vergelijkbare codes samengevoegd, om veelvoorkomende thema's in de *doelen* te achterhalen (axiaal coderen). Vervolgens zijn verbanden en patronen gezocht en de axiale codes geclusterd (selectief coderen). Ten slotte is gecontroleerd of de opgestelde codes de beschreven *doelen* dekken (Boeije & Blijenbergh, 2019). De *doelen* zijn beschreven en gepresenteerd in een tabel.

Onderzoeksvraag 2

De ingezette *interventies* zijn geclusterd door middel van een inductieve thematische analyse (Braun & Clarke, 2006; Flick, 2018) en gepresenteerd in een tabel. Daarnaast zijn de voorgestelde *interventies* voor de *doelen* van 31 zorgtrajecten, gekoppeld aan de *doelen* en gepresenteerd in een tabel. Ook is aangegeven hoe vaak de *interventies* zijn ingezet.

Onderzoeksvraag 3

De mate van *doelrealisatie* is geanalyseerd context en per doel zoals gecodeerd voor onderzoeksvraag 1. Daarmee is de *doelrealisatie* op groepsniveau vergeleken. Uiteindelijk is het verschil in mate van *doelrealisatie* tussen de 5 hoofddoelen (leer- en onderwijsproblemen, internaliserende problematiek, sociaal-emotionele problematiek, opvoedingsproblematiek en externaliserende problematiek) en tussen 3 verschillende contexten (thuis, school, algemeen) vergeleken. De relatie tussen het soort doel en mate van *doelrealisatie* is geanalyseerd door middel van ANOVA met significantieniveau $p = .05$ (Agresti, 2018) met behulp van IBM SPSS

Statistics 26. Daarnaast zijn de data gepresenteerd in boxplots en zijn de beschrijvende gegevens getoond.

Onderzoeksvraag 4

Om in te kunnen gaan op de eventuele (significante) veranderingen in *welzijn* en *tevredenheid*, zijn de uitkomsten van de SRS-ORS voor de cliënten met minimaal twee meetmomenten van de SRS-ORS ($n = 25$) geanalyseerd met behulp van de Reliable Change Index (RCI). Voor de berekening van de RCI is gebruikgemaakt van de psychometrische eigenschappen en normatieve gegevens voor de ORS en SRS uit het onderzoek van Hafkenscheid et al. (2010). De ORS heeft een alfa van .91 en de SRS van .90, de ORS heeft een standaarddeviatie van 9,3 en de SRS een standaarddeviatie van 5,9.

Met de RCI is berekend of er een statistisch significant verschil is tussen de beginmeting (T0) en eindmeting (T2). Zie Tabel 2 voor de metingen die gebruikt zijn voor de score van de beginmeting (T0) en eindmeting (T2). De berekening van de RCI houdt rekening met meetfouten van de SRS-ORS, en de RCI-waarde geeft aan of de verandering in *welzijn* en/of *tevredenheid* statistisch betrouwbaar is (Van Yperen et al., 2017). $RCI \geq 1.96$ houdt sterke vooruitgang in; $1.65 \leq RCI < 1.96$ enige vooruitgang; $1.65 > RCI > -1.65$ betekent dat de score stabiel is; $-1.65 \geq RCI > -1.96$ houdt enige achteruitgang in; en ten slotte houdt $RCI \leq -1.96$ sterke achteruitgang in (Schweizer et al., 2020; Van Yperen et al., 2017).

Daarnaast is gekeken hoeveel van de 25 trajecten op of beneden de klinische cut-off score van 25 voor de ORS en 36 voor de SRS scoren (Miller & Duncan, 2004), om naast verandering in *welzijn* en *tevredenheid* (geanalyseerd met de RCI) ook de mate van *welzijn* en *tevredenheid* te analyseren. De resultaten van de SRS-ORS zijn voor de afgeronde trajecten ($n = 4$) ten slotte gevisualiseerd met grafieken. Op basis van de grafieken is een beschrijvende analyse gegeven van het patroon van uitkomsten tijdens het zorgtraject van de toegepast psycholoog (Van Yperen et al., 2017).

Tabel 2

Gebruik Metingen SRS-ORS voor T0 en T2 RCI

Meetmoment	Cliënt met <6 meetmomenten	Cliënt met ≥ 6 meetmomenten	Cliënt met ≥ 9 meetmomenten
T0	Eerste meting	Eerste twee metingen gemiddeld	Eerste drie metingen gemiddeld
T2	Laatste meting	Laatste twee metingen gemiddeld	Laatste drie metingen gemiddeld

Resultaten

Onderzoeksvraag 1 - Doelen

Door middel van een thematische analyse van de 120 doelen van 37 cliënten van toegepast psychologen, zijn 5 hoofdcodes en 17 subcodes opgesteld (zie Tabel 3). De 37 cliënten hadden gemiddeld 3 doelen, minimaal 1 en maximaal 5. De doelen beschrijven waar de inzet van de toegepast psycholoog zich op richt en bevatten in sommige gevallen de interventie die de toegepast psycholoog inzet. Toegepast psychologen helpen ten eerste cliënten met leer- en onderwijsproblemen. Deze cliënten hebben moeite met het zelfstandig opstarten of uitvoeren van een taak. De toegepast psycholoog kan met de cliënt een stappenplan oefenen en intrainen op school (“X kan alle stappen van zijn hulpkaart uitvoeren”) en kan de cliënt observeren tijdens het starten of werken aan een taak op school (“Er is zicht op de factoren die X doen blokkeren tijdens het starten aan een taak”). Ook worden toegepast psychologen ingezet bij cliënten met internaliserende problematiek, zoals cliënten die somber of overprikkeld zijn, angstig zijn, zich zorgen maken, zich niet kunnen ontspannen, last hebben van stress, negatieve gedachten hebben of traumatiserende gebeurtenissen hebben meegemaakt. De toegepast psycholoog kan bijvoorbeeld een angstige cliënt ondersteunen tijdens blootstelling aan een dagelijkse situatie waar de cliënt angst voor heeft ontwikkeld (“Exposure oefeningen samen doen met X zodat angst vermindert”). Daarnaast kunnen ook cliënten met sociaal-emotionele problematiek geholpen worden door een toegepast psycholoog. Dit zijn cliënten wiens gedachten over zichzelf in relatie tot de ander belemmerend kunnen zijn voor de relatie met zichzelf en/of de ander. Dit kan de vorm aannemen van gebrek aan sociale vaardigheden, faalangst of een negatief zelfbeeld. Een toegepast psycholoog kan in dat geval bijvoorbeeld kennis bijbrengen over wat een zelfbeeld inhoudt (“X weet dat een zelfbeeld gaat over de leuke en minder leuke dingen aan jezelf”). Bovendien worden toegepast psychologen ingezet bij opvoedingsproblematiek van ouders en beroepsopvoeders zoals leerkrachten. Een ouder of leerkracht kan bijvoorbeeld behoefte hebben aan handvatten voor de benadering van een kind/leerling met een specifieke hulpvraag, deze kan de toegepast psycholoog bieden op basis van observaties of verklarende analyses (“De leerkracht heeft advies over hoe hij X het beste kan begeleiden”). Ten slotte worden toegepast psychologen ingezet bij externaliserende problematiek, zoals moeite met het reguleren van emoties of respons-inhibitie. Ook daarbij kan een toegepast psycholoog uitleggen wat de specifieke triggers zijn voor de cliënt en wat gedaan kan worden om het gedrag te veranderen (“Moeder en X weten wat triggers zijn voor boosheid bij X en wat maakt dat X weer rustig wordt d.m.v. bijvoorbeeld een emotiethermometer”).

Tabel 3*Doelen 37 Trajecten*

Hoofddoel	<i>n</i>	Subdoel	<i>n</i>	Voorbeelden doelen
Leer- en onderwijsproblemen	39	Taakaanpak	36	“X kan alle stappen van zijn hulpkaart uitvoeren”
		Taakinitiatie	3	“Er is zicht op de factoren die X doen blokkeren tijdens het starten aan een taak”
Internaliserende problematiek	39	Stemmingsproblematiek	12	“X weet wat hij kan doen om zich weer beter te gaan voelen (actief blijven, in contact)”
		Angst	7	“Exposure oefeningen samen doen met X zodat angst vermindert”
		Internaliserende problematiek niet anders gespecificeerd	6	“X past aangeleerde strategieën uit de behandeling toe en evalueert en stelt deze bij met TP (bijv. betreft exposure, stemming, zelfbeeld)”
		Daginvulling	4	“Moeder maakt met TP een dagschema passend bij zichzelf en bij X”
		Stress	4	“X past samen met haar omgeving helpende strategieën toe als zij stress heeft”
		Belemmerende gedachten	4	“Delen van mijn zorgen en deze met behulp van TP ordenen/structureren en omzetten in acties”
		Trauma	2	“X bespreekt/ordent situaties uit het verleden door middel van het maken van een levenslijn voor de verwerking hiervan en signaleert of er dingen zijn waar zij zo mee zit dat het haar functioneren belemmert”

Sociaal-emotionele problematiek	16	Sociale vaardigheden	9	“X is vaardiger in samenwerking met leeftijdsgenootjes”
		Zelfbeeld	4	“X weet dat een zelfbeeld gaat over de leuke en minder leuke dingen aan jezelf”
		Faalangst	3	“X leert omgaan met foutjes maken”
Opvoedingsproblemen	15	Opvoedingsvaardigheden	9	“X heeft kennis van helpende strategieën om de situatie te veranderen of anders te reageren op zijn kinderen”
		Leerkrachtvaardigheden	6	“De leerkracht heeft adviezen over hoe hij X het beste kan begeleiden”
Externaliserende problematiek	11	Gedragsproblematiek niet anders gespecificeerd	6	“Zicht krijgen op gedrag X en zijn omgeving voor opstellen van verklarende analyse”
		Emotieregulatie	4	“Moeder en X weten wat triggers zijn voor boosheid bij X en wat maakt dat X weer rustig wordt d.m.v. bijvoorbeeld een emotiethermometer”
		Respons-inhibitie	1	“X reageert niet op geluiden van andere kinderen in de klas”

Onderzoeksvraag 2 – Interventies

Interventies algemeen

Voor 15 trajecten is bij 3 toegepast psychologen uitgevraagd welke interventies zij hebben ingezet. Allereerst zijn er algemene aspecten te noemen met betrekking tot de inzet van een toegepast psycholoog. Zo bieden toegepast psychologen begeleiding in de thuiscontext, de schoolcontext en in het algemeen. De begeleiding is gericht op het netwerk van de cliënt en kan plaatsvinden met ouders, de school of de cliënt. In de interviews kwam tevens naar voren dat de doelen die aan het begin van het zorgtraject zijn opgesteld, kunnen veranderen gedurende het zorgtraject. Het doel verschuift naar het probleem dat op basis van observaties, gesprekken of een uitblijvend resultaat voorliggend lijkt. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat gedachten de

cliënt belemmeren bij het aanleren van de juiste taakaanpak, wordt eerst een interventie ingezet om helpende gedachten te verzinnen. Of bijvoorbeeld wanneer de hulpvraag in eerste instantie gericht is op concentratieproblemen, maar gaandeweg duidelijk wordt dat de cliënt weinig zelfvertrouwen heeft en geen foutjes durft te maken, wordt daar eveneens een interventie op ingezet.

De begeleiding kan bestaan uit verschillende interventies (Tabel 4). Voor de meeste cliënten geldt dat er meerdere doelen zijn en er meerdere interventies worden ingezet. In totaal zijn voor de 15 trajecten 169 interventies ingezet, gemiddeld ongeveer 11 per cliënt. Ten eerste wordt bij veel cliënten een vorm van psycho-educatie ingezet, waarmee kennis over de soort problematiek in het algemeen of van de specifieke cliënt wordt bijgebracht. De psycho-educatie kan gegeven worden aan de cliënt zelf, maar bijvoorbeeld ook aan ouders of leerkrachten. Daarnaast krijgt iedere cliënt begeleiding en hulp bij het oefenen, doordat de toegepast psycholoog bijvoorbeeld gedrag aanstuurt in dagelijkse situaties en/of voordoet. Bovendien worden er veelvoudig onderdelen ingezet om de analyses van de problematiek te verscherpen, zoals verkennende gesprekken en observaties. Tevens geven toegepast psychologen aan iedere cliënt handvatten, stappenplannen en strategieën voor wat te doen in welke situatie, dit kan bijvoorbeeld gericht zijn op een specifieke situatie, op de aanpak van een taak of de indeling van de dag. Ook wordt er bij veel cliënten gebruikgemaakt van een vorm van cognitieve gedragstherapie. Zo kunnen zowel ouders, leerkrachten als cliënten hun gedachten spuien en ordenen door te ventileren bij de toegepast psycholoog tijdens het zorgtraject. De toegepast psychologen kunnen tijdens het zorgtraject tevens een beloningssysteem inzetten of met de cliënt leuke dingen doen, om aan te sluiten bij de motivatie van de cliënt. Verder is het mogelijk om een interventie in te zetten in de omgeving of samen met de omgeving van de cliënt ter bevordering van de situatie van de cliënt. Ten slotte wordt er enkele keren gebruik gemaakt van hulpmiddelen, medicatie, interventies gericht op plannen en organiseren en e-health modules.

Tabel 4*Ingezette Interventies 15 Trajecten*

Interventies geclusterd	<i>n</i>	Interventies specifiek	<i>n</i>
Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	32	Psycho-educatie	13
		Uitleg emoties	9
		Thermometer	7
		Stop-denk-doe	1
		Signaleringsplan	1
		Trap van boosheid	1
Hulp bij oefenen	32	Begeleiding	15
		Gedrag aansturen in situatie	10
		Voordoan	7
Analyse	25	Verkennde gespreksvoering	12
		Observatie	8
		SGG	4
		GAS	1
Stappenplan/strategie	23	Handvatten/handleiding (wat te doen in welke situatie)	15
		Taakaanpak	7
		Dagschema	1
Cognitieve gedragstherapie	20	Ventileren	10
		Exposure	3
		Comet	3
		5G-schema	2
		Denk goed voel je goed	1
		Piekercircels	1
Aansluiten bij de motivatie van de cliënt	14	Beloningssysteem	7
		Leuke dingen doen	7
Omgeving	10	Samen1Plan	5
		Stut en steun (zorgen dat omgeving snapt hoe het werkt en het volhoudt)	4
		Afspraken	1
Hulpmiddel niet gespecificeerd	6	Hulpmiddel	6
Medicatie	4	Medicatie	4
Plannen en organiseren, zorgen voor haalbaarheid	2	Planner	1
		Opdelen van materiaal	1
E-health	1	Minddistrict	1
Totaal	169	Totaal	169

Interventies per doel

Op basis van de interventies die zijn voorgesteld bij 99 doelen van 31 trajecten, is een overzicht gecreëerd van interventies die ingezet kunnen worden per doel (Tabel 5). Bij sommige doelen worden meerdere interventies ingezet, gemiddeld ongeveer 1,5 per doel. De meeste interventies zijn voorgesteld voor de behandeling van leer- en onderwijsproblemen (47%). Daarnaast is te zien dat dezelfde soorten interventies ingezet kunnen worden bij verschillende uiteenlopende soorten doelen. Zo wordt het opstellen van een stappenplan ingezet bij 53% van de subdoelen en 80% van de hoofddoelen, het verscherpen van de analyse bij 53% van de subdoelen en 100% van de hoofddoelen, het bijbrengen van kennis over de problematiek in het algemeen of specifiek voor de situatie van de cliënt bij 59% van de subdoelen en 80% van de hoofddoelen, het geven van cognitieve gedragstherapie bij 35% van de subdoelen en 40% van de hoofddoelen en het gebruik van e-health modules bij 41% van de subdoelen en 60% van de hoofddoelen. Met name het stappenplan, de analyse en vormen van psycho-educatie kunnen bij veel soorten doelen worden ingezet.

Tabel 5

Voorgestelde Interventies 99 Doelen

Hoofddoel	Subdoel	Voorgestelde interventies geclusterd	<i>n</i>	Voorgestelde interventies specifiek	<i>n</i>
Leer- en onderwijsproblemen	Taakaanpak	Stappenplan/strategie	21	Stappenplan	10
				Taakaanpak kaart	4
				Hulpkaart	3
				Stippestappen	2
				Stappen Meichenbaum	2
	Aansluiten bij de motivatie van de cliënt		13	Beloningssysteem	5
				Cliënt laten meedenken binnen kaders	3
				Leuke dingen doen / spelelement (als beloning)	3
	Analyse		13	Positief bekrachtigen	2
				GAS	9
Plannen en organiseren, zorgen voor haalbaarheid		10	Observatie	4	
			Duidelijkheid en kaders, afgebakende opdracht	5	
			Korte doe-instructies	3	
				Weektaak haalbaar maken, planning maken	2

	Hulp bij oefenen	10	Ondersteunen bij oefenen in de klas	2
			Op weg helpen, taken opstarten	2
			Tussendoor stimuleren	2
			Samenwerken met groepje	2
			Werken aan instructietafel	2
	Taakinitiatie	2	Analyses GAS	2
Internaliserende problematiek	Stemmingsproblematiek	Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	Noodplan	2
			Uitwerken verhaal hoe werkt het bij mij	1
			Levenslijn	1
	Cognitieve gedragstherapie	3	Exposure	1
			5G-schema	1
			Alternatief gedrag bedenken	1
Analyses	1	Observatie	1	
E-health	1	Minddistrict	1	
Angst	Stappenplan/strategie	6	Overzicht met emotieregulatiestrategieën	5
			Stappenplan	1
	Cognitieve gedragstherapie	1	Exposure	1
Internaliserende problematiek niet anders gespecificeerd	Analyses	2	Observatie	2
	Stappenplan/strategie	2	Stappenplan	2
	Cognitieve gedragstherapie	1	Exposure	1
Daginvulling	Stappenplan/strategie	2	Aanbieden dagstructuur/dagschema	1
			Stabilisatieoefeningen	1
	E-health	1	Minddistrict	1
Stress	Stappenplan/strategie	2	Stabilisatieoefeningen	2
	E-health	2	Minddistrict	2
	Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	2	Levenslijn	2

	Belemmerende gedachten	Cognitieve gedragstherapie	3	COMET	3
	Trauma	Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Levenslijn	1
		Stappenplan/strategie	1	Stabilisatieoefeningen	1
		E-health	1	Minddistrict	1
Sociaal-emotionele problematiek	Sociale vaardigheden	Analyse	1	SGG-schema	1
		Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Thermometer/batterij	1
		Aansluiten bij de motivatie van de cliënt	1	Beloningssysteem	1
		Stappenplan/strategie	1	Stappenplan	1
		E-health	1	Minddistrict	1
		Cognitieve gedragstherapie	1	Exposure	1
	Zelfbeeld	Cognitieve gedragstherapie	1	COMET	1
		E-health	1	Minddistrict	1
		Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Uitwerken verhaal hoe werkt het bij mij	1
		Analyse	1	Observatie	1
Faalangst		Stappenplan/strategie	2	Taakaanpak kaart	2
		Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Levenslijn	1
Opvoedingsproblemen	Opvoedingsvaardigheden	Omgeving	3	Opstellen 'contract'/afspraken	3
		Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	2	BPTG	2
		Stappenplan/strategie	2	Aanbieden dagstructuur	2
		E-health	2	Minddistrict	2
Leerkrachtvaardigheden		Analyse	4	GAS	2
				SGG-schema	1
				Observatie	1
		Plannen en organiseren, zorgen voor haalbaarheid	2	Weektaak haalbaar maken	1
				Afgebakende taken aanbieden	1

		Aansluiten bij de motivatie van de cliënt	1	Beloningssysteem/positief bekrachtigen	1
		Hulp bij oefenen	1	Instructietafel	1
Externaliserende problematiek	Gedragsproblematiek	Analyse	4	SGG-schema	3
				Observatie	1
problematiek	niet anders gespecificeerd	Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	3	BPTG	2
				Stoplicht	1
		Aansluiten bij de motivatie van de cliënt	1	Beloningsschema	1
	Emotieregulatie	Analyse	2	Observatie	1
				SGG-schema	1
		Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Emotiethermometer	1
	Responsinhibitie	Kennis over problematiek (op maat of algemeen)	1	Thermometer	1
Totaal			147		147

Onderzoeksvraag 3 - Doelrealisatie

Hoofddoelen en doelrealisatie

De doelrealisatie van de 28 doelen van 9 cliënten zijn met elkaar vergeleken. Iedere cliënt heeft minimaal 1 en maximaal 5 doelen, gemiddeld heeft iedere cliënt 3 doelen. In totaal zijn er 28 doelen verdeeld over 5 hoofddoelen met elkaar vergeleken (Tabel 6). Om de doelrealisatie per doel te vergelijken is een ANOVA uitgevoerd. Als voorwaarde voor het uitvoeren van een ANOVA wordt gesteld dat de variantie voor iedere groep gelijk is (Agresti, 2018), dit kan getest worden met de Levene's test. De variantie in doelrealisatie tussen de verschillende doelen is gelijk ($F(4,23) = 1,102; p = .379$).

Tabel 6

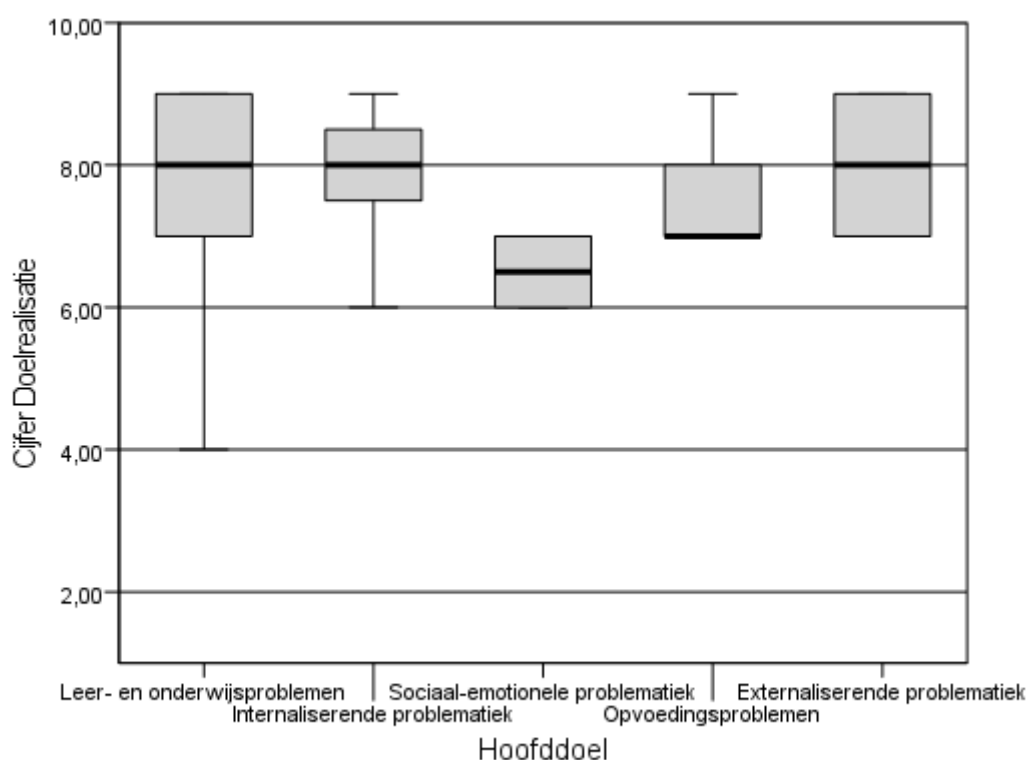
Doelen 9 cliënten

Doel	<i>n</i>
Leer- en onderwijsproblemen	9
Internaliserende problematiek	12
Sociaal-emotionele problematiek	2
Opvoedingsproblematiek	3
Externaliserende problematiek	2
Totaal	28

In Figuur 1 zijn verschillen te zien tussen de cijfers die gegeven worden aan de doelrealisatie voor de verschillende soorten doelen. De cijfers voor leer- en onderwijsproblemen, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek zijn het hoogst, die van sociaal-emotionele problematiek en opvoedingsproblemen het laagst. Het verschil in cijfer dat aan de doelrealisatie gegeven wordt bij verschillende soorten doelen is echter niet significant ($F(4,23) = 0,602; p = .665$) (Tabel 7).

Figuur 1

Doelrealisatie per Hoofddoel



Tabel 7

Doelrealisatie per Hoofddoel

Hoofddoel	N	Gemiddelde cijfer	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
Leer- en onderwijsproblemen	9	7,6	1,7	4,0	9,0
Internaliserende problematiek	12	7,9	0,9	6,0	9,0
Sociaal-emotionele problematiek	2	6,5	0,7	6,0	7,0

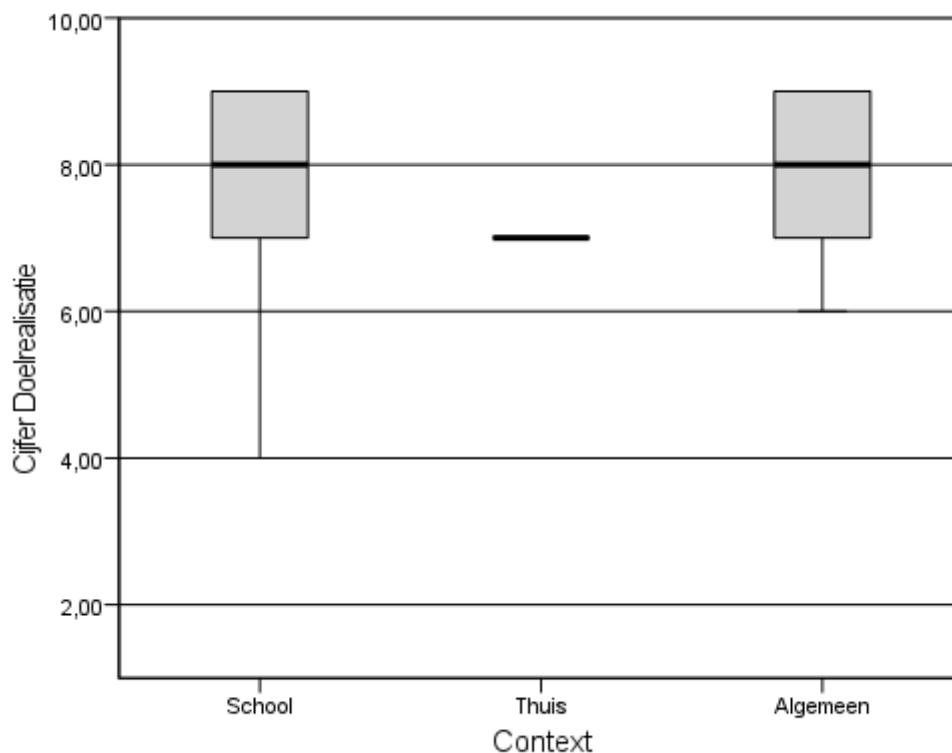
Opvoedingsproblematiek	3	7,7	1,2	7,0	9,0
Externaliserende problematiek	2	8,0	1,4	7,0	9,0
Totaal	28	7,4	1,2	4,0	9,0

Context en doelrealisatie

Ook is gekeken of de mate van doelrealisatie verschilt per context waar het doel zich op richt. De contexten zijn school, thuis en algemeen. De voorwaarde van gelijke variantie is getest met de Levene's test, hieraan is voldaan ($F(2,25) = 0,3082; p = .064$). De doelrealisatie is gemiddeld lager wanneer de behandeling gericht is op de thuiscontext ($M = 7,0; SD = 0,0$), dan wanneer de behandeling gericht is op de schoolcontext ($M = 7,6; SD = 1,6$) of niet gericht is op een specifieke context ($M = 7,9; SD = 1,0$), zie Figuur 2. Het verschil in de mate van doelrealisatie per context is echter niet significant ($F(2,25) = 0,604; p = .555$). Zie ook Tabel 8.

Figuur 2

Doelrealisatie per Context



Tabel 8*Doelrealisatie per Context*

Context	N	Gemiddelde cijfer	Standaarddeviatie	Minimum	Maximum
School	11	7,6	1,6	4,0	9,0
Thuis	3	7,0	0,0	7,0	7,0
Algemeen	14	7,9	1,0	6,0	9,0
Totaal	28	7,7	1,2	4,0	9,0

Onderzoeksvraag 4 - Welzijn en Tevredenheid***Welzijn***

Het welzijn van 25 cliënten is geanalyseerd aan de hand van scores op de ORS. De ORS heeft een range van 4-40. De scores zijn geanalyseerd met behulp van de Reliable Change Index (Tabel 9). Bij 22 cliënten is het welzijn stabiel gebleven gedurende het zorgtraject. Bij 3 cliënten is er een significant verschil in score op de baselinemeting en de vervolgmeting. Bij 2 cliënten is er sterke achteruitgang in welzijn te zien en bij 1 cliënt sterke vooruitgang. Daarnaast valt op te merken dat het grotendeels nog lopende trajecten zijn (16% afgerond, 84% niet afgerond). Tijdens de beginmeting (T1) scoort 28% lager of gelijk aan de cut-off score van 25 voor de ORS, tijdens de eindmeting (T2) is dit 16%.

Tabel 9*Welzijn van Cliënten gemeten met de Outcome Rating Scale (N = 25)*

Cliënt	Status	Aantal metingen	T1	T2	RCI	Interpretatie RCI
1	Afgesloten	12	36	38	0,51	Stabiel
3	Afgesloten	2	32	36	1,01	Stabiel
4	In uitvoering	21	38	40	0,51	Stabiel
5	Afgesloten	2	40	39	-0,25	Stabiel
8	In uitvoering	3	35	40	1,27	Stabiel
11	In uitvoering	3	33	32	-0,25	Stabiel
12	In uitvoering	8	35	36	0,25	Stabiel
13	Afgesloten	4	32	38	1,52	Stabiel
14	In uitvoering	11	36	39	0,76	Stabiel
15	In uitvoering	4	15	19	1,01	Stabiel
16	In uitvoering	9	23	27	1,01	Stabiel
17	In uitvoering	4	21	26	1,27	Stabiel
18	In uitvoering	7	40	32	<u>-2,03</u>	<u>Sterke achteruitgang</u>

19	In uitvoering	5	35	38	0,76	Stabiel
20	In uitvoering	9	22	30	<u>2,03</u>	<u>Sterke vooruitgang</u>
21	In uitvoering	7	33	38	1,27	Stabiel
22	In uitvoering	10	36	37	0,25	Stabiel
23	In uitvoering	5	33	39	1,52	Stabiel
30	In uitvoering	5	33	33	0,00	Stabiel
31	In uitvoering	2	25	19	-1,52	Stabiel
36	In uitvoering	3	38	24	<u>-3,55</u>	<u>Sterke achteruitgang</u>
37	In uitvoering	3	27	30	0,76	Stabiel
39	In uitvoering	5	36	36	0,00	Stabiel
41	In uitvoering	4	25	30	1,27	Stabiel
42	In uitvoering	2	19	25	1,52	Stabiel
Totaal		150	31	33	0,51	Stabiel

Noot. De scores lager of gelijk aan de cut-off score van 25 zijn dikgedrukt.

Tevredenheid

De scores van dezelfde 25 cliënten op de Session Rating Scale (range van 4-40) zijn eveneens geanalyseerd behulp van de Reliable Change Index (Tabel 10). Bij 17 van de 25 cliënten is de tevredenheid stabiel. Bij 8 cliënten is er een significant verschil in tevredenheid tijdens de baselinemeting en tijdens de vervolgmeting. 3 cliënten laten enige vooruitgang in tevredenheid zien en 3 cliënten sterke vooruitgang. Bij 1 cliënt is er echter enige achteruitgang in tevredenheid en bij 1 cliënt sterke achteruitgang. Tijdens de beginmeting (T1) scoort 88% lager of gelijk aan de cut-off score van 36 voor de SRS, tijdens de eindmeting (T2) is dit 92%.

Tabel 10

Tevredenheid van Cliënten gemeten met de Session Rating Scale (N = 25)

Cliënt	Status	Aantal metingen	T1	T2	RCI	Interpretatie RCI
1	Afgesloten	12	36	39	1,14	Stabiel
3	Afgesloten	2	31	26	<u>-1,89</u>	<u>Enige achteruitgang</u>
4	In uitvoering	21	39	36	-1,14	Stabiel
5	Afgesloten	2	37	31	<u>-2,27</u>	<u>Sterke achteruitgang</u>
8	In uitvoering	3	34	36	0,76	Stabiel
11	In uitvoering	3	36	36	0,00	Stabiel
12	In uitvoering	8	34	32	-0,76	Stabiel
13	Afgesloten	4	28	31	1,14	Stabiel
14	In uitvoering	11	28	33	<u>1,89</u>	<u>Enige vooruitgang</u>
15	In uitvoering	4	15	21	<u>2,27</u>	<u>Sterke vooruitgang</u>
16	In uitvoering	9	30	33	1,14	Stabiel
17	In uitvoering	4	24	36	<u>4,55</u>	<u>Sterke vooruitgang</u>

18	In uitvoering	7	31	36	<u>1,89</u>	<u>Enige vooruitgang</u>
19	In uitvoering	5	37	Missing	Missing	Missing
20	In uitvoering	9	36	39	1,14	Stabiel
21	In uitvoering	7	29	34	<u>1,89</u>	<u>Enige vooruitgang</u>
22	In uitvoering	10	35	33	-0,76	Stabiel
23	In uitvoering	5	36	33	-1,14	Stabiel
30	In uitvoering	5	33	35	0,76	Stabiel
31	In uitvoering	2	35	36	0,38	Stabiel
36	In uitvoering	3	27	29	0,76	Stabiel
37	In uitvoering	3	32	33	0,38	Stabiel
39	In uitvoering	5	36	36	0,00	Stabiel
41	In uitvoering	4	27	33	<u>2,27</u>	<u>Sterke vooruitgang</u>
42	In uitvoering	2	34	34	0,00	Stabiel
Totaal		150	32	33	0,38	Stabiel

Noot. De scores lager of gelijk aan de cut-off score van 36 zijn dikgedrukt.

Verloop welzijn en tevredenheid afgeronde trajecten

In Figuur 3 is het verloop te zien van het welzijn en de tevredenheid van vier afgeronde trajecten. Enkel het verloop van deze trajecten is geanalyseerd, omdat bij de trajecten die in uitvoering zijn nog geen uitspraken gedaan kunnen worden over het volledige verloop van welzijn en tevredenheid tijdens het zorgtraject bij een toegepast psycholoog. De scores op zowel welzijn (ORS) als tevredenheid (SRS) hebben een schaal van 4-40.

Voor cliënt 1 geldt dat het welzijn ($RCI = 0,51$) stabiel is gebleven wanneer de beginmeting en eindmeting worden vergeleken. De cliënt begon met een relatief hoge welzijnsscore van 35. Vervolgens ging het welzijn van de cliënt over de eerste vijf metingen significant vooruit naar een score van 40. Ten slotte daalde het welzijn en bleef rond de 38, wat maakt dat er over de gehele behandelduur geen significante verandering in welzijn is. De score op tevredenheid van cliënt 1 laat ongeveer eenzelfde patroon zien als welzijn en blijft eveneens stabiel ($RCI = 1,14$). In het begin van het traject ligt de score rond 36, daarna stijgt de score naar 40, later daalt de score naar 34, maar stijgt daaropvolgend weer naar 40 en blijft uiteindelijk rond 38.

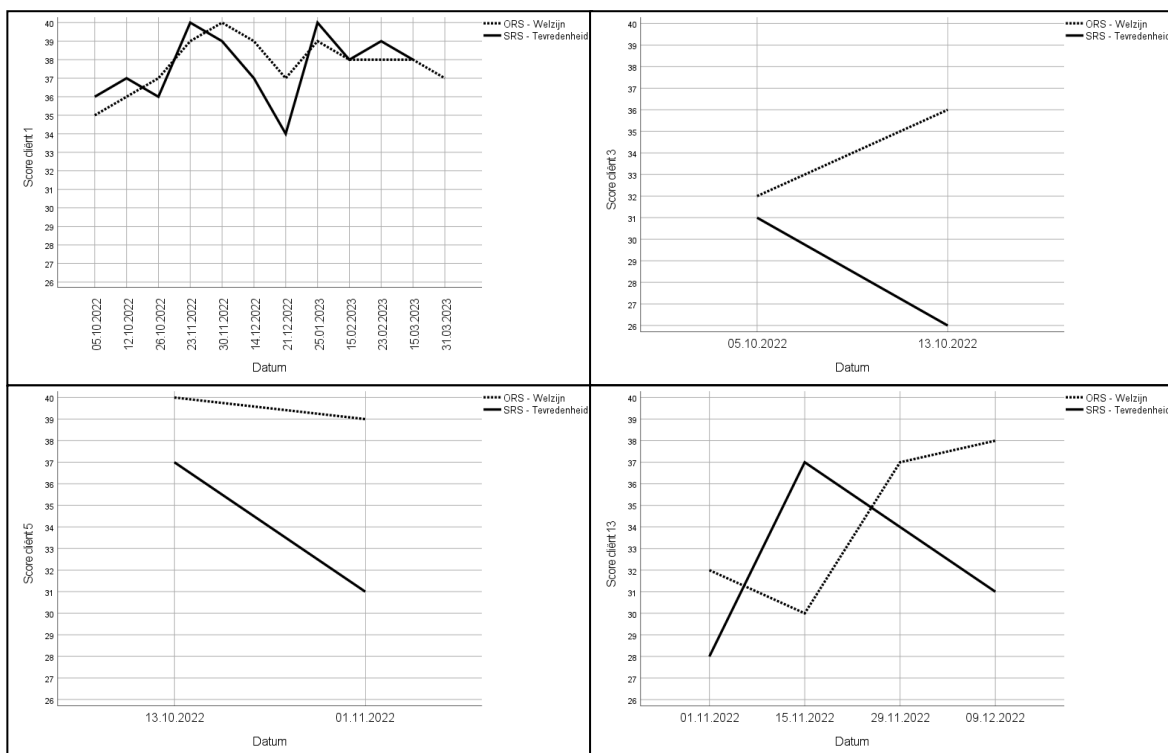
Voor cliënt 3 geldt dat er enkel twee momenten zijn waarop het welzijn en de tevredenheid zijn gemeten. De score op welzijn ligt eerst op 32, daarna op 36. Dit is een stijging in score die niet significant is, het welzijn blijft stabiel ($RCI = 1,01$). De score op tevredenheid daalt van 31 naar 26, er is daarmee sprake van enige achteruitgang in tevredenheid ($RCI = -1,89$).

Ook cliënt 5 heeft enkel twee meetmomenten. Het welzijn van cliënt 5 blijft stabiel (RCI = -0,25) en is relatief hoog. Het begint met een score van 40 en gaat vervolgens naar 39. De tevredenheid daalt van 37 naar 31, dit is een sterke achteruitgang in tevredenheid (RCI = 2,27).

Het welzijn van cliënt 13 begint met een score van 32, daalt vervolgens naar 30 en stijgt later naar 38. Deze vooruitgang in welzijn is niet significant, het welzijn blijft stabiel (RCI = 1,52). De tevredenheid gaat van 28 naar 37, en eindigt uiteindelijk op 31. De tevredenheid is dus eerst gestegen en later gedaald. Al met al is de tevredenheid niet significant veranderd, maar stabiel gebleven (RCI = 1,14).

Figuur 3

Verloop Welzijn en Tevredenheid Afgeronde Trajecten



Conclusie en discussie

Dit onderzoek had als doel om inzicht te geven in het proces en de uitkomsten van zorgtrajecten van toegepast psychologen. In dit onderzoek stonden de volgende vier onderzoeksvragen centraal:

1. Voor welke *doelen* wordt de hulp van een toegepast psycholoog ingezet?
2. Wat voor *interventies* worden ingezet door toegepast psychologen?
3. Is het type *behandeldoel* gerelateerd aan de mate van *doelrealisatie*?
4. Is er een verandering in *welzijn* en *tevredenheid* van cliënten gedurende het zorgtraject van een toegepast psycholoog?

De zorgtrajecten van toegepast psychologen zijn aanvullend op de behandeling van een psycholoog en/of orthopedagoog. Toegepast psychologen kunnen problemen op verschillende gebieden oplossen (NBTP, 2021). Met name het gebruik van een stappenplan, het verscherpen van de analyse en vormen van psycho-educatie kunnen bij veel soorten doelen worden ingezet door een toegepast psycholoog. De doelen waarvoor een toegepast psycholoog wordt ingezet sluiten hierbij aan, deze doelen zijn namelijk hoofdzakelijk gericht op het analyseren en oefenen van gedrag in de context.

De inzet van de toegepast psycholoog richt zich op doelen die te maken hebben met uiteenlopende vormen van problematiek. Uit de resultaten blijkt dat toegepast psychologen met name worden ingezet met het doel om leer- en onderwijsproblemen en internaliserende problematiek te behandelen. Dit betekent dat gedragswetenschappers de inzet van de toegepast psycholoog met name van toegevoegde waarde voor deze soorten problematiek. Voor leer- en onderwijsproblemen is de inzet van de toegepast psycholoog waarschijnlijk wenselijk, omdat de toegepast psycholoog iedere cliënt begeleidt en hulp biedt bij het oefenen in dagelijkse situaties. Herhaling en frequent en intensief een-op-een begeleiding bieden blijkt belangrijk in de behandeling van leer- en onderwijsproblemen (Vellutino et al., 2004; Verhulst, 2020) evenals het betrekken van gezin en school (Grietens et al., 2014) en het combineren van directe instructie met het systematisch aanleren van oplossingsstrategieën (Swanson et al., 1999). De toegepast psycholoog is hiervoor geschikt, omdat de toegepast psycholoog is opgeleid om gedrag te onderzoeken, beoordelen en beïnvloeden in de praktijk (NBTP, 2021). Toegepast psychologen sturen het gedrag van de cliënt aan en oefenen met de cliënt in de praktijk, wat bijdraagt aan de transfer (Podlesnik et al., 2017; Wilson, 2008; Baldwin & Ford, 1988; Hoekstra, 1999). Behandeling in verschillende contexten (Todd et al., 2012; Shiban et al., 2013; MacKillop & Lisman, 2005; MacKillop & Lisman, 2008; Vervliet et al., 2007) die daarbij lijken op de context van het dagelijks leven van de cliënt (Luis-Ruiz et al., 2020; Stokes & Baer, 1977)

zorgen namelijk voor herkenning van componenten uit de situatie die aanleiding geven om bepaald gedrag te gaan vertonen (Cormier & Hagman, 1987). De toegepast psycholoog kan behandeling geven in de onderwijscontext en daarmee direct ondersteunen bij de taakaanpak en taakinitiatie, door aanwijzingen te geven, te helpen met opstarten en voor te doen. Hiertoe kan de toegepast psycholoog eveneens een beloningssysteem inzetten, wat zorgt voor een toename in gewenst gedrag (Skinner, 1988).

Bij internaliserende problematiek kan de toegepast psycholoog de analyses verscherpen in verschillende contexten, door observaties te doen en gesprekken te voeren. Dit wordt veelvuldig door toegepast psychologen gedaan. Toegepast psychologen zijn immers meer dan gedragswetenschappers opgeleid om in de praktijk te observeren en aan de hand daarvan gedrag te interpreteren en verklaren (NBTP, 2021; Vereniging Hogescholen, 2018). Vanwege het feit dat geobserveerd wordt in het dagelijks leven, wordt inzicht verkregen in de rol van de omgeving, naast het gedrag van de cliënt. Dit is van belang omdat problemen niet alleen samenhangen met factoren in de cliënt zelf, maar ook in het gezin en de omgeving (Grietens et al., 2014; Verschueren & Koomen, 2016). De in de context opgedane inzichten kunnen dienen als basis voor psycho-educatie over de manier waarop de problematiek zich uit bij de cliënt. Toegepast psychologen maken dan ook veel gebruik van de effectieve interventie psycho-educatie (Verhulst, 2020). Hiermee wordt aan de cliënt of het systeem om de cliënt heen kennis bijgebracht over een vorm van problematiek, of de manier waarop de problematiek zich uit, of versterkt wordt bij de cliënt of wat helpt om de problematiek te verminderen. Hierbij kan de toegepast psycholoog stappenplannen, strategieën en handvatten voor de cliënt en/of omgeving bedenken en helpen om deze te oefenen in de dagelijkse situaties, wat bijdraagt aan de transfer (Shiban et al., 2013; Luis-Ruiz et al., 2020). Deze strategieën kunnen gericht zijn op een specifieke situatie, op de aanpak van een taak of de indeling van de dag. Ook maken toegepast psychologen gebruik van verschillende vormen van cognitieve gedragstherapie, een effectieve interventie voor angst en depressie (Crowe & McKay, 2017; Reynolds et al., 2012; Scaini et al., 2016). De toegepast psycholoog kan hierbij ondersteuning bieden in situaties waarin de cliënt aan angstige of depressieve gevoelens wordt blootgesteld (Luis-Ruiz et al., 2020; Stokes & Baer, 1977; Podlesnik et al., 2017).

Over het algemeen zijn de cijfers die gegeven worden ten behoeve van de doelrealisatie redelijk hoog. Het soort doel en de context waar de behandeling zich op richten lijken daarnaast niet significant uit te maken voor de mate van doelrealisatie. Ondanks dat de cijfers positief zijn, blijven het welzijn en de tevredenheid met name stabiel gedurende het zorgtraject. Dit sluit niet aan bij de bevindingen van Boon et al. (2012). In hun onderzoek laten meer cliënten

significante vooruitgang in welzijn (ORS) zien dan in dit onderzoek. De score op welzijn (ORS) is echter in dit onderzoek vaker hoog dan in het onderzoek van Hafkenscheid et al. (2010). Het welzijn van de meeste cliënten uit dit onderzoek ligt boven de cut-off score, ook al is er geen significante vooruitgang in welzijn. Er is dus weinig restproblematiek (Van Yperen et al., 2017; Geurts et al., 2010). Voor de score op tevredenheid (SRS) geldt echter dat de scores in dit onderzoek vaker laag zijn dan in het onderzoek van Hafkenscheid et al. (2010). Sommige cliënten laten dan wel vooruitgang zien in tevredenheid, maar de tevredenheid van de meeste cliënten ligt onder de cut-off score (Geurts et al., 2010; Van Yperen et al., 2017).

De genoemde verschillen met het onderzoek van Hafkenscheid et al. (2010) en Boon et al. (2012) worden mogelijk verklaard door het feit dat het zorgtraject van de toegepast psycholoog aanvullend is op het traject van een psycholoog en/of orthopedagoog. Het kan zijn dat het welzijn al is verhoogd door de behandeling van de psycholoog en/of orthopedagoog en dat de toegepast psycholoog bijvoorbeeld wordt ingezet om het geleerde toe te passen in de praktijk en het resultaat te behouden (Vereniging Hogescholen, 2018; [naam instelling], z.d.). Wellicht dat de doelen wel zijn behaald, maar dat er geen vooruitgang in welzijn en tevredenheid is, omdat de doelen niet voldoende stabiel zijn geweest en/of niet concreet zijn geformuleerd en/of omdat er geen consensus was over het doel (Van Yperen et al., 2017). Daarnaast was de gemiddelde leeftijd van de cliënten uit het onderzoek van Hafkenscheid et al. (2010) 52 jaar, waar de gemiddelde leeftijd in dit onderzoek 12 jaar is. Mogelijk dat jongere cliënten hun welzijn hoger beoordelen dan oudere cliënten, of dat er bij jongere cliënten sprake is van een hogere mate van sociaal wenselijkheid (Boulet & Boss, 1991). Ook is het mogelijk dat het welzijn stabiel blijft, omdat bij sommige problematieken, zoals bijvoorbeeld jeugdigen met lees- en spellingsproblemen, ondanks adequate behandeling, toch problemen kunnen blijven bestaan (Verhulst, 2020).

Het is positief dat naast de tevredenheid, ook het welzijn en de doelrealisatie zijn gemeten. Zowel cliënttevredenheidsonderzoek als onderzoek naar doelrealisatie en veranderingsonderzoek met analyses van reliable change voor welzijn, geven eerste empirische aanwijzingen voor effecten van interventies (Van Yperen et al., 2017). Daarnaast kunnen cliënten tevreden zijn, maar toch twijfelen over het resultaat van de behandeling (Baracs et al., 2015; Jurrius et al., 2011). Het omgekeerde is in dit onderzoek het geval. Het enkel meten van de tevredenheid zou namelijk voor een verkeerd beeld hebben gezorgd, omdat de scores voor tevredenheid aanleiding geven tot een negatiever beeld dan de scores voor welzijn en de mate van doelrealisatie. Het welzijn blijft veelal stabiel en boven de cut-off score en de doelen zijn over het algemeen bereikt. Dit geeft aan dat er weinig sprake is van restproblematiek. In andere

onderzoeken is er weliswaar sprake van significante effecten, maar hebben de cliënten nog problemen na afronding van de behandeling en profiteert niet iedereen van behandeling (Barlow, 2010; Bowie et al., 2016; Hardy et al., 2019; Lambert, 2011; Van Yperen et al., 2017; Geurts et al., 2010). Dat is hier niet het geval. De inzet van toegepast psychologen zou de restproblematiek kunnen verminderen vanwege de afstemming op het dagelijks leven van cliënten (Podlesnik et al., 2017). Het is echter belangrijk dat cliënten tevreden zijn met de behandeling en de therapeutische relatie, omdat de therapeutische alliantie een grote werkzame factor vormt en problemen in de therapeutische relatie zorgen voor een grotere kans op treatment failure (Knox et al., 2023).

Beperkingen en aanbevelingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste omvatten de gepresenteerde interventies niet alle interventies die worden ingezet door toegepast psychologen. Daarnaast was het in dit onderzoek niet mogelijk om de daadwerkelijk ingezette interventies te koppelen aan de vooraf opgestelde doelen, omdat de doelen na verloop van tijd zijn veranderd. Deze veranderlijkheid is een bekend probleem in praktijkgericht onderzoek (Verschuren, 1994). De middelen, werkzame elementen, doelen en context van de interventie kunnen veranderen (Van Loon et al., 2015). De inzet van de toegepast psycholoog is dan ook een procesinterventie. De situatie van de cliënt is veranderlijk en daar speelt de toegepast psycholoog op in. De doelen veranderen en daarmee de interventies ook.

Een andere beperking van dit onderzoek is de steekproefgrootte. Het feit dat de verschillen in doelrealisatie per doel en per context niet significant zijn, wordt namelijk mogelijk verklaard door de kleine steekproef ($n = 9$). Het kan zijn dat het verschil wel klinisch significant is, maar dat het verschil met deze kleine steekproefomvang (kleiner dan 20) niet statistisch significant is, vanwege de lage power (Stevens, 2002; Cohen, 1977; Guralnick, 1991). Dit is een bedreiging voor de statistische validiteit en het risico op een Type-II fout is daarmee groter (Cook & Reichardt, 1979). Het vergroten van de steekproef vormt met het oog op het vermogen om verschillen in de populatie te onderscheiden, dan ook een belangrijke aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Een andere mogelijke verklaring voor het feit dat de doelrealisatie niet significant verschilt per doel en/of context, is dat de interventie niet betekenisvol lijkt te verschillen per doel en/of context. Dat de inzet van toegepast psychologen overeenkomt op enkele kenmerken, ongeacht het doel waarvoor de toegepast psycholoog wordt ingezet, vormt een bedreiging voor de externe validiteit. Het is mogelijk dat enkel het deelnemen aan geestelijke gezondheidszorg al zorgt voor het realiseren van doelen en verandering in gedrag bij de cliënt (Duncan et al.,

2010). Deelname aan geestelijke gezondheidszorg gaat immers veelal gepaard met aandacht voor de problematiek, de therapeutische alliantie en andere werkzame elementen (Bordin, 1979; Emmerling & Whelton, 2009; Duncan, 2014; Van Loon et al., 2015; Campbell & Stanley, 1963). Daarom wordt aanbevolen om de doelen erg specifiek te formuleren, zodat de groepen duidelijk onderscheiden kunnen worden (Van Loon et al., 2015). Dit is ook belangrijk omdat de helderheid van de doelen van belang is bij het meten van de mate van doelrealisatie (Stelling et al., 2014). Een betere kwaliteit van de gestelde doelen vergroot dus naast bruikbaarere gegevens ook de kans op effectieve hulpverlening (Van Yperen et al., 2003; Van Yperen & Van der Steege, 2006; Van Yperen et al., 2017). Hiertoe is het van belang dat behandeldoelen SMART worden geformuleerd, wat complex blijkt in de praktijk (Poppes et al., 2000). Daarnaast wordt voor de praktijk aanbevolen om cliënten te betrekken bij het formuleren van doelen, omdat dit zorgt voor een betere match tussen wat de cliënt nodig heeft en wat de cliënt aan ondersteuning krijgt (De Boer & Kuijper, 2021; Van Yperen & Van der Steege, 2006). Wanneer de behandeling niet gericht is op de doelen van de cliënt, is het risico op treatment failure groter (Knox et al., 2023).

Dat er geen statistisch significante verschillen zijn gevonden, wordt daarnaast mogelijk verklaard doordat de doelen van de zorgtrajecten zich richten op één soort problematiek per keer, waar cliënten vaak combinaties van problemen hebben (Chorpita et al., 2011; ZonMw, 2012; Van Yperen et al., 2017). Een goede prioritering van doelen en taxatie van veranderbaarheid is daarom van belang (Verschuieren & Koomen, 2016). Aanbevolen wordt om een toegepast psycholoog hierbij te betrekken, omdat een toegepast psycholoog is opgeleid om te observeren en aan de hand daarvan gedrag interpreteren en verklaren (NBTP, 2021; Vereniging Hogescholen, 2018). Zo kan de toegepast psycholoog op basis van observatie en verklarende analyse achterhalen welk probleem op dat moment voorliggend is. Dit is een voordeel, omdat hiermee aangesloten kan worden bij datgene wat nodig is. Een nadeel is dat het analyseren van (de resultaten van) het zorgtraject lastig is wanneer er sprake is van comorbiditeit en verandering. Daarom wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om n=1 onderzoek te doen (Van Yperen et al., 2017). Hiermee wordt het hoogste niveau van de effectladder bereikt (Van Yperen et al., 2017) en kunnen schommelingen in welzijn, tevredenheid en doelrealisatie beter worden geduid, vanwege inzicht in life-events en verandering in doelen. Veranderingen in scores hebben namelijk te maken met gebeurtenissen in het leven van de cliënt (Boon et al., 2012). Daarnaast wordt aanbevolen om de voortgang tijdens zowel het traject van de toegepast psycholoog als het traject van de gedragswetenschapper te monitoren, omdat de trajecten parallel lopen. Daarmee kan het

onderscheid tussen de trajecten en de toegevoegde waarde van de toegepast psycholoog beter worden geanalyseerd (Van Yperen et al., 2017).

Voorts is onafhankelijkheid van metingen niet altijd haalbaar geweest. De doelrealisatie is gemeten per doel. De cliënten hebben echter gemiddeld 3 doelen, waardoor de doelen waarschijnlijk inhoudelijk met elkaar te maken hebben en niet onafhankelijk zijn (Van Yperen et al., 2017). Wanneer een cliënt niet gemotiveerd is voor de behandeling, worden alle doelen die bij de cliënt horen minder snel behaald. Voor de analyses in dit onderzoek werd uitgegaan van onafhankelijkheid van metingen. Dit kan ervoor zorgen dat de mate van doelrealisatie onterecht toegeschreven wordt aan de soort problematiek waar het doel zich op richt, waar in werkelijkheid de kenmerken van de cliënt de verklaring kan zijn voor dit verschil (Van Yperen et al., 2017). Toch heeft het scoren van de realisatie per doel een voordeel, omdat het scoren van de realisatie per cliënt over het algemeen negatiever is dan per doel (Pronk, 2010).

Daarenboven geldt voor vrijwel alle trajecten dat er weinig meetmomenten zijn. Ook dit maakt het moeilijk om veranderingen te onderzoeken. De veranderingen zijn bovendien beter te interpreteren wanneer het aantal meetmomenten overeenkomt met de behandelduur. Een aanbeveling voor de praktijk is derhalve om de ORS en de SRS consistent in te vullen en te tonen aan de cliënt (Duncan, 2014). Het routinematig monitoren van de voortgang is daarbij een algemeen werkzaam element en draagt bij aan de effectiviteit (Van Yperen et al., 2017; Winkelhorst et al., 2013; Harmon et al., 2007; Lambert, 2007; Reese et al., 2009). Het tonen van het verloop van welzijn en tevredenheid aan de cliënt kan een positief effect hebben op de behandeling, het probleembesef, zelfinzicht en motivatie (Boon et al., 2012).

Ook hebben veel van de cliënten aan het begin van het zorgtraject (T1) al een hoge score op welzijn en tevredenheid. Dit betekent dat er niet veel vooruitgang mogelijk is gedurende het traject. De RCI houdt hier geen rekening mee en kijkt enkel naar de significantie van verandering in scores, niet naar de hoogte van de scores. Er is gebaseerd op de RCI een verschil van 5 punten of meer nodig om te spreken van vooruitgang of achteruitgang (Hafkenscheid et al., 2010; Miller & Duncan, 2004). Het is daarmee voor cliënten die beginnen met een score hoger dan 35, niet mogelijk om significante vooruitgang in welzijn of tevredenheid te meten. Daarnaast is de kans om scores te verbeteren kleiner wanneer een cliënt aan het begin van het traject al een hoge score heeft, dit is het statistische effect van regressie naar het gemiddelde. De interne validiteit wordt hiermee bedreigd (Van Yperen et al., 2017; Van Loon et al., 2015; Campbell & Stanley, 1963).

Ten slotte zijn de meeste trajecten nog niet afgerond. Dit is eveneens een bedreiging voor de interne validiteit (Van Loon et al., 2015; Campbell & Stanley, 1963). Aanbevolen wordt

om de doelrealisatie, het welzijn en de tevredenheid nogmaals te analyseren wanneer de trajecten zijn afgerond. Mogelijk dat de cijfers die de cliënten aan het einde van het traject geven, anders zijn dan wanneer het traject nog niet is afgerond. Tevens is het mogelijk dat de veranderingen in welzijn en tevredenheid nog niet volledig toegeschreven kunnen worden aan de interventie van de toegepast psycholoog.

Krachten

Ook kent dit onderzoek een aantal sterke kanten. Dit onderzoek betreft een mixed methods onderzoek waarbij kwalitatieve methoden de kwantitatieve methoden aanvullen. Hierdoor krijgen de context, betekenissen en interpretaties meer ruimte in het onderzoek en wordt de inzet van de toegepast psycholoog veelzijdig geanalyseerd (Greene et al., 2001). Daarnaast is in dit onderzoek gebruik gemaakt van analyses per groep evenals analyses per individu. De combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek op groepsniveau en individueel niveau zorgt voor diepgang. Door de effectiviteit van de inzet van de toegepast psycholoog per individu te analyseren, wordt duidelijk bij welke en hoeveel cliënten effect te zien is van de behandeling. Bij groepsgemiddelden kan het zijn dat er gemiddeld genomen geen verandering te zien is (Van Yperen et al., 2017). Al met al vormen de kwantitatieve en kwalitatieve analyses van uitkomsten voor individuele cliënten gedetailleerde voorbeelden voor de algemene groep van jeugdigen die in behandeling zijn bij een toegepast psycholoog (Flick, 2018).

Ook de gebruikte instrumenten en analysemethoden vormen een kracht van dit onderzoek. Het welzijn en de tevredenheid van cliënten van toegepast psychologen zijn gemeten met respectievelijk de ORS en de SRS. Beide vragenlijsten hebben een hoge interne consistentie en hebben daarmee een hoge betrouwbaarheid. De ORS heeft een Cronbach's alfa van .91 en de SRS heeft een Cronbach's alfa van .90. Beide coëfficiënten zijn dus hoger dan .80 (Hafkenscheid et al., 2010). De scores voor welzijn (ORS) en tevredenheid (SRS) zijn daarnaast geanalyseerd aan de hand van de Reliable Change Index. Deze methode houdt rekening met meetfouten van de ORS-SRS, en de RCI-waarde geeft aan of de verandering statistisch betrouwbaar is (Van Yperen et al., 2017).

Al met al is met dit onderzoek inzicht verkregen in de doelen, interventies, mate van doelrealisatie en verandering in welzijn en tevredenheid van cliënten van toegepast psychologen. Dit is van belang omdat hiermee duidelijk wordt op welke manier het zorgtraject van een toegepast psycholoog aanvullend is op dat van een gedragswetenschapper. Daartoe is ten eerste te concluderen dat het welzijn en de tevredenheid gedurende het zorgtraject van de toegepast psycholoog veelal stabiel blijven. Wellicht dat er meer vooruitgang is (geweest)

tijdens het reguliere behandeltraject bij een gedragswetenschapper of dat er nog verandering optreedt in het verdere verloop van het traject. Daarnaast kan gesteld worden dat toegepast psychologen met succes ingezet worden voor doelen gericht op analyses en oefenen van gedrag in de dagelijkse context van de cliënt. De mate van doelrealisatie is namelijk hoog. Ten slotte komt de inzet van de toegepast psycholoog waarschijnlijk ten goede aan transfer, vanwege het feit dat de interventies die toegepast psychologen veel werkzame elementen voor transfer bevatten.

Literatuurlijst

- Agresti, A. (2018). *Statistical Methods for the Social Sciences* (5th edition). Pearson.
- Baer, D. M., Wolf, M. M., & Risley, T. F. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 1*, 91-97.
- Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: a review and directions for future research. *Personnel Psychology, 41*(1), 63-105.
- Baracs, M. N., Baillieux, C., Van den Heuvel, A., De Jong, M., Kleinjan-Van Zwet, M. M., Mobach, C. E., & Pons, K. (2015). *De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie*. Kinderombudsman.
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist, 65*(1), 13-20.
- Boeije, H., & Blijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek* (3de editie). Boom Lemma.
- Bonke, P., Schouten, J., Nota, P., Deijkers, E., Gransjean, M., Van Zorge, Y., Klijn, T., Posthumus, H., & Van Yperen, T. A. (2006). *Prestatie-indicatoren Jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Landelijke werkgroep prestatie indicatoren.
- Boon, A., De Boer, S., & Ravestijn, E. (2012). De Child outcome rating scale (C-ORS) en de Child session rating scale (C-SRS) – Het belang van de therapeutische alliantie voor het behandelresultaat. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 38*(2), 73-87.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*, 485-491.
- Boulet, J., & Boss, M. (1991). Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 433-437.
- Bowie, C., McLeod, J., & McLeod, J. (2016). ‘It was almost like the opposite of what I needed’: A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counseling and Psychotherapy Research, 0*(0), 1-9.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). ‘Using Thematic Analysis in Psychology’. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Rand McNally College Publishing Company.
- Cascio, W. F. (1998). *Applied Psychology in Human Resource Management* (5de editie). Prentice Hall Press.

- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., ... & Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (1979). *Quasi-experimentation. Design & Analysis Issues for Field Settings*. Rand McNally College Publishing Company.
- Cormier, S. M., & Hagman, J. D. (1987). *Transfer of Learning: Contemporary Research and Applications*. Academic Press.
- Crowe, K., & McKay, D. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 76-87.
- De Boer, A. A., & Kuijper, S. (2021). Students' voices about the extra educational support they receive in regular education. *European Journal of Special Needs Education*, 36(4), 625-641.
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a time*. American Psychological Association.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works*. American Psychological Association.
- Emmerling, M. E., & Whelton, W. J. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(6), 687-698.
- Falcomata, T. S., & Wacker, D. P. (2013). On the use of strategies for programming generalization during functional communication training: A review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 25, 5-15.
- Fisher, W. W., Greer, B. D., Fuhrman, A. M., & Querim, A. C. (2015). Using multiple schedules during functional communication training to promote rapid transfer of treatment effects. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 48, 713-733.
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research* (6th edition). SAGE.
- Foolen, N., Ince, D., De Baat, M., & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Nederlands Jeugdinstituut. Geraadpleegd op 14 januari 2023, van <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-05/Wat%20werkt%20bij%20gedragsproblemen%20en%20gedragsstoornissen.pdf>
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T. A., & Veerman, J. W. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Nederlands Jeugdinstituut/Praktikton.

- Greene, J. C., Benjamin, L., & Goodyear, L. (2001). The Merits of Mixing Methods in Evaluation. *Evaluation, 7*, 25-44.
- Grietens, H, Vanderfaeillie, J., & Maes, B. (2014). *Handboek Jeugdhulpverlening*. Acco.
- Guralnick, M. J. (1991). The Next Decade of Research on the Effectiveness of Early Intervention. *Exceptional Children, 58*, 174-183.
- Hardy, G. E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K., Kothari, G., O'Hara, R., & Parry, G. D. (2019). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research, 29*(3), 403-414.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research, 17*, 379-392.
- Hafkenscheid, A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2010). The Outcome and Session Rating Scales: a cross-cultural examination of the psychometric properties of the Dutch translation. *Journal of Brief Therapy, 7*, 1-12.
- 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.
- Hoekstra, M. R. (1999). *Gedragbeïnvloeding door cursussen. Een studie naar de effecten van persoons-, cursus-, en omgevingskenmerken*. [Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam]. Vrije Universiteit.
- Jonides, J. (2004). How does practice makes perfect? *Nature Neuroscience, 7*(1), 10-11.
- Jurrius, K., Bauer, J., Rutjes, L., & Stams, G.J. (2011). Databank biedt overzicht van cliënttevredenheidsonderzoek. *Jeugd en Co, 5*, 30-39.
- Knot-Dickscheit, J., Huyghen, A. M. N., Janssen, H. J. M., Post, W. J., Haakma, I., & Grietens, H. (2016). Orthopedagogiek maakt verschil! Profiel en toekomst van een discipline in beweging. Acco.
- Knox, S., Miller, C., Twidwell, R. E., & Knowlton, G. (2023). Client perspectives on psychotherapy failure. *Psychotherapy Research, 33*(3), 298-315.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*, 1-14.
- Lambert, M. J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 413-420.

- Luis-Ruiz, S., Caldú, X., Sánchez-Castañeda, C., Pueyo, R., Gerolera, M., & Jurado, M. Á. (2020). Is cognitive training an effective tool for improving cognitive function and real-life behaviour in healthy children and adolescents? A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *116*, 268-282.
- Mace, F. C., McComas, J. J., Mauro, B. C., Progar, P. R., Taylor, B., Ervin, R., & Zangrillo, A. N. (2010). Differential Reinforcement of Alternative Behavior Increases Resistance to Extinction: Clinical Demonstration, Animal Modeling, and Clinical Test of One Solution. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *93*, 349-367.
- MacKillop, J., & Lisman, S. A. (2005). Improving generalizability of extinction to alcohol cues via exposure in multiple contexts. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, *29*(5), 152a-152a.
- MacKillop, J., & Lisman, S. A. (2008). Effects of a context shift and multiple context extinction on reactivity to alcohol cues. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *16*(4), 322-331.
- May, G. L., & Kahnweiler, W. M. (2000). The effect of a mastery practice design on learning and transfer in behavior modeling training. *Personnel Psychology*, *53*, 353-373.
- Miller, S.D., & Duncan, B.L. (2004). *The Outcome and Session Rating Scales: Administration and scoring manual*. Institute for the Study of Therapeutic Change.
- Mystkowski, J. L, Craske, M. G., Echiverri, A. M., & Labus, J. S. (2006). Mental reinstatement of context and return of fear in spider-fearful participants. *Behavior Therapy*, *37*(1), 49-60.
- [Naam instelling] (z.d.). *Rosan zoekt de grenzen op*. [Naam instelling]. Geraadpleegd op 31 mei 2023, van [https://www.\[naaminstelling\].nl/bibliotheek/clientverhalen/-jongeren-/577-rosan-zoekt-de-grenzen-op](https://www.[naaminstelling].nl/bibliotheek/clientverhalen/-jongeren-/577-rosan-zoekt-de-grenzen-op)
- NBTP. (2021). *Over TP*. Geraadpleegd op 15 juni 2023, van <https://www.nbtp.nl/over-tp/>
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Castelia Publishing Company.
- Podlesnik, C. A., Kelley, M. E., Jimenez-Gomez, C., & Bouton, M. E. (2017). Renewed behavior produced by context change and its implications for treatment maintenance: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *50*, 675-697.
- Poppes, P., Vlaskamp, C., & De Geester, K. (2000). De kwaliteit van doelen – een analyse. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, *29*, 463-474.
- Pronk, S. (2010). *Doelrealisatie als prestatie-indicator in de jeugdzorg. Een nadere beschouwing voor Altra 6-12 jaar*. Masterthesis, Vrije Universiteit Amsterdam.

- Reese, R. J., Norsworthy, L. A., & Rowlands, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy Theory, Practice, Training, 46*, 418-431.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 251-262.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 42*, 105-112.
- Schweizer, C., Knorth, E. J., Van Yperen, T. A., & Spreen, M. (2020). Evaluation of 'Images of Self', an art therapy program for children diagnosed with autism spectrum disorders (ASD). *Children and Youth Services Review, 116*, 1-10.
- Shiban, Y., Pauli, P., & Mühlberger, A. (2013). Effect of multiple context exposure on renewal in spider phobia. *Behavior Research Therapy, 51*(2), 68-74.
- Skinner, B. F. (1988). The operant side of behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19*(3), 171-179.
- Stelling, D. C., Vossos, I., Van der Wijk, J. R., Zikken, R., & Harder, A. T. (2014). Goed bedoeld. *Kind & Adolescent Praktijk, 13*(1), 27-31.
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 273-290.
- Stokes, T. F., & Baer, D. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 349-367.
- Stokes, T. F., & Osnes, P. G. (1989). An operant pursuit of generalization. *Behavior Therapy, 20*, 337-355.
- Swanson, H. L., Hoskyn, M., & Lee, C. (1999). *Interventions for students with learning disabilities. A meta-analysis of treatment outcomes*. Guilford Press.
- Tannenbaum, S. I., & Yukl, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology, 43*, 399-441.
- Todd, T. P., Winterbauer, N. E., & Bouton, M. E. (2012). Effects of the amount of acquisition and contextual generalization on the renewal of instrumental behavior after extinction. *Learning & Behavior, 40*(2), 145-157.

- Van Herk, M. (2021). Identiteit. *Vakblad Toegepaste Psychologie*, 1, 5-6.
- Van Loon, D., Van der Meulen, B. F., & Minnaert, A. E. M. G. (2015). *Effectonderzoek in de gedragswetenschappen – een introductie*. Garant.
- Van Yperen, T.A., Booy, Y., & Van der Veldt, M.C. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectieve jeugdzorg*. NIZW jeugd.
- Van Yperen, T. A., & Van der Steege, M. (2006). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. NJI/SWP.
- Van Yperen, T. A., Veerman, J. W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit: Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Lemniscaat.
- Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). Specific reading disability: what have we learned from the past four decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 2-40.
- Vereniging Hogescholen (2018). *Landelijk opleidingsprofiel Toegepaste Psychologie*. Geraadpleegd op 30 maart 2023, van https://www.vereniginghogescholen.nl/system-/profiles/documents/000/000/136/origin-al/toegepaste_psychologie.lop.2018.pdf?1535012804
- Verhulst, F. C. (2020). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Uitgeverij Koninklijke van Gorcum.
- Verschuieren, K., & Koomen, H. (2016). *Handboek Diagnostiek in de leerlingenbegeleiding: Kind en context*. Garant.
- Verschuren, P. (1994). Toegepast evaluatieonderzoek. Mogelijkheden en kansen voor een kwalitatieve benadering. In A.L. Francke & R.A.L Richardson (Ed.), *Evaluatieonderzoek: kansen voor een kwalitatieve benadering* (pp. 12-33). Coutinho B.V.
- Vervliet, B., Vansteenwegen, D., Hermans, D., & Eelen, P. (2007). Concurrent excitators limit the extinction of conditioned fear in humans. *Behavior Research Therapy*, 45(2), 375-383.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 141-162.

Winkelhorst, Y., Hafkenscheid, A., & De Groot, E. (2013). Verhoogt Routine Process Monitoring (RPM) de effectiviteit van behandeling? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 146-156.

ZonMw (2012). *Effectief werken in de jeugdsector*. ZonMw.

Bijlagen

Bijlage 1. Evaluatieformulier doelen

Initialen cliënt:
Initialen Toegepast Psycholoog:
Dit formulier wordt ingevuld door (omcirkel): <i>Cliënt – Ouders/verzorgers – Toegepast Psycholoog – Gedragswetenschapper – Leerkracht – Anders, namelijk: _____</i>
Invulmoment (omcirkel): <i>Begin traject – Evaluatie – Einde traject</i>
Datum: _____

Evaluatie op de doelen

Hieronder kunt u op een schaal van 1 tot 10 aangeven hoe u het op dit moment vindt gaan betreffende de opgestelde doelen. Uw eigen mening is hierbij van belang.

Omcirkel het cijfer die het beste de huidige situatie weergeeft.

Een '1' geeft aan dat het erg slecht gaat met het behalen van het doel.

Een '10' geeft aan dat het erg goed gaat met het behalen van het doel.

Doel 1:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Doel 2:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Doel 3:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Doel 4:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Doel 5:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Einddoel:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eventuele toelichting evaluatie doelen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 2. ORS**Hoe gaat het met jou?**

Initialen cliënt: _____
Initialen Toegepast Psycholoog: _____
Datum van invullen: _____

We willen graag weten hoe het met jou gaat en hoe de dingen in jouw leven gaan. Zet op elke lijn een kruisje. Hoe dichterbij het lachende gezichtje, hoe beter het gaat. Dichterbij het verdrietige gezichtje betekent dat het minder goed gaat.

Ik
(Hoe gaat het met mij?)



Thuis
(Hoe gaan de dingen thuis?)



School
(Hoe gaat het met mij op school?)



Alles
(Hoe gaat alles bij elkaar?)



Bijlage 3. SRS

Hoe vond je het vandaag?

Zet een kruisje op elke lijn om ons te laten weten hoe je het vond.

Luisteren

Je luisterde
niet (altijd)
naar mij



Je luisterde
naar mij

**Hoe belangrijk**

Wat we hebben
gedaan en waar we
over hebben gepraat
was niet zo
belangrijk voor mij



Wat we hebben
gedaan en waar we
over hebben gepraat
was belangrijk voor
mij

**Wat we hebben gedaan**

Ik vond wat we
hebben gedaan
niet fijn



Ik vond wat we
hebben gedaan
fijn

**Alles bij elkaar**

Ik hoop dat we
voortaan iets
anders gaan doen



Ik hoop dat we
voortaan dezelfde
soort dingen gaan
doen

