

Cliëntontevredenheid en ‘drop-out’ in de jeugdhulp

Inez Berends

Drop-out is een bekend fenomeen in de jeugdhulp, waarbij cliënten of gezinnen het behandeltraject niet met succes afronden. Zij zijn ontevreden, gestelde doelen zijn niet behaald en/of zij komen simpelweg niet meer opdagen voor de bijeenkomsten. Jeugdhulporganisaties willen graag weten hoe zij dreigende drop-out kunnen herkennen én waar mogelijk voorkomen. In deze korte verkenning wordt een samenvattend overzicht gegeven van factoren waarvan uit onderzoek blijkt dat zij samenhangen met ontevredenheid en drop-out, hoe deze signalen tijdens de uitvoering van het hulptraject gesignaleerd en benut kunnen worden én hoe de hulpverlener in het algemeen kan werken aan het voorkomen van drop-out en het maximaliseren van outcome. Dit overzicht is niet uitputtend, maar moet gezien worden als een eerste aanzet voor een verder gesprek over cliëntontevredenheid, drop-out of discontinuïteit in de jeugdhulp in de praktijk.

Intermezzo: wat is drop-out en waarom is het belangrijk om hierover te praten?

In de literatuur worden allerlei verschillende definities voor het begrip ‘drop-out’ gehanteerd, bijvoorbeeld:

- De cliënt heeft het behandelcontact verbroken voordat de behandeling is afgerond en de beoogde doelen zijn bereikt.
- De cliënt heeft niet het volledig aantal sessies / het volledige protocol doorlopen dat oorspronkelijk gepland is of heeft tussendoor sessies gemist.
- De cliënt is van mening dat de behandeling klaar is, maar de therapeut denkt daar anders over.

Ook zijn er onderzoeken die spreken over discontinuïteit in plaats van drop-out. Discontinuïteit kan dan betrekking hebben op het (voortijdig of tussentijds) onderbreken van de behandelrelatie, maar ook op het niet continu begeleiden van een cliënt wanneer er meerdere hulpverleners of organisaties betrokken zijn én op het niet continu vastleggen of delen van informatie waardoor de cliënt steeds opnieuw zijn of haar verhaal moet doen.

Zelfs wanneer een (theoretisch) effectieve interventie wordt ingezet zoals bedoeld en bij de juiste doelgroep, kan cliëntontevredenheid, drop-out of discontinuïteit optreden.

In dit kader is het handig om onderscheid te maken tussen **specifiek werkzame elementen** in een behandeling (de kenmerken van de interventie die aantoonbaar bijdragen aan het oplossen of het verlichten van een probleem) en **algemeen werkzame elementen** in een behandeling (de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep). Voorbeelden van algemeen werkzame elementen zijn een goede structurering van de interventie (duidelijk doelstelling, planning en fasering), een geborgde uitvoering van de interventie zoals beoogd, goede opleiding en training van behandelaar en goede werkomstandigheden van de behandelaar (caseload en begeleiding). Ook het routinematig monitoren routinematig van de effectiviteit van de behandelen worden gezien als een algemeen werkzame factor.

Wat deze specifieke en algemeen werkzame elementen in een specifieke situatie zijn en hoe deze worden ingezet, bepalen samen met **eigenschappen van de cliënt en de therapeut** het uiteindelijke behandelresultaat.

Variabelen die samenhangen met drop-out

Er zijn een aantal statische factoren die samenhangen met een grotere kans op drop-out:

- Een lange geschiedenis van hulpverlening / Eerdere verplaatsingen (met name bij pleegzorg)
- Veel verschillende behandelaars in het verleden
- Wanneer de cliënt meerdere hulpverlenende partijen heeft: fragmentatie van zorg of gebrekkige informatiedeling
- Type problematiek: externaliserende gedragsproblemen, gehechtheidsproblemen, persoonlijkheidsproblemen, eetstoornissen
- Transitiemomenten in het leven van de cliënt
- Cliënt/ouders hebben een niet-westerse migratieachtergrond
- Client/ouders hebben een lager onderwijsniveau gevolgd
- Cliënt/ouders hebben een lagere sociaal economische status

Hoewel deze factoren niet direct te veranderen zijn, is het goed om te bedenken dat deze kenmerken de kans op drop-out vergroten.

Wanneer cliënten ontevreden zijn, wordt de kans groter dat zij stoppen met de behandeling. Ontevredenheid van cliënten hangt samen met de volgende dynamische factoren:

- Cliënt heeft geen vertrouwen in hulpverlening an sich
- Cliënt ervaart dat behandeling te veel tijd kost
- Cliënt is het niet eens met de inhoud van de behandeling
- Cliënt is teleurgesteld over de opbrengst van de behandeling
- Wanneer hulpverleningsplan geen einddatum heeft
- Wanneer de aanpak niet gestructureerd uitgewerkt/geprotocolleerd is (gaandeweg ontwikkeld maatwerk)
- Wanneer behandeling door minder ervaren behandelaar/therapeut wordt uitgevoerd

Deze factoren zijn beïnvloedbaar. Door bij signalering van deze factoren te handelen in plaats van doorgaan op de reeds ingeslagen weg, kan de ontevredenheid verkleinen en wordt de kans op drop-out ook weer kleiner.

Factoren die samenhangen met een kleinere kans op drop-out:

Consequent wordt als belangrijke factor in onderzoek gevonden dat een goede alliantie (= samenwerkingsrelatie) tussen cliënt, ouder en behandelaar voorspellend is voor hogere tevredenheid, betere outcome en minder drop-out/discontinuïteit. Hoe langer de hulp, hoe belangrijker de rol van alliantie.

Bij een goede alliantie is er sprake van:

- o Een positieve emotionele band of 'klik' (positieve en veilige relatie);
- o Overeenstemming over het samenwerkingsdoel (aansluiten bij motivatie van cliënt);
- o Overeenstemming over de aanpak om dat doel te bereiken (samen beslissen en samenwerken).

Bij een goede alliantie voelt de cliënt zich onvoorwaardelijk gesteund en begrepen door de hulpverlener, en ervaart eigen regie in het traject (heeft invloed op doelen en aanpak). Deze factoren hangen weer samen met een lagere mate van drop-out.

Bij een goede meervoudige alliantie met meerdere gezinsleden zijn ook twee andere aspecten belangrijk:

- o Een veilige behandelcontext waarin gezinsleden zich veilig genoeg voelen om zich open en kwetsbaar op te stellen;
- o Solidariteit tussen gezinsleden: het gevoel samen voor een vraagstuk te staan waar ieder een aandeel in heeft (volgt uit onderlinge betrokkenheid en emotionele band).

In een crisissetting ligt de focus wat betreft alliantie vooral op de positieve band tussen cliënt en behandelaar. De alliantie wordt dan omschreven door cliënten als het ontvangen van emotionele steun, het gevolg van voldoende tijd en ruimte krijgen om hun verhaal te vertellen en te praten over gevoelens en de problemen waar zij tegenaan lopen.

Persoonlijke kenmerken van de hulpverlener die samenhangen met een hogere mate van alliantie zijn: flexibel, eerlijk, ervaren, respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk, warm en open.

Technieken die bijdragen aan een hogere mate van alliantie zijn: exploratief te werk gaan, diepgaand zijn, reflectie op thema's, steunend zijn, successen uit het verleden zien en benadrukken, accurate interpretaties geven, faciliteren bij het uitdrukken van emoties, actief zijn, bevestigen, begrip tonen en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt.

De leeftijd van de cliënt kan van invloed zijn op de mate waarin alliantie ontstaat. Het bouwen aan alliantie met kinderen is soms lastig. Kinderen hebben soms moeite om de noodzaak van de behandeling te begrijpen. Het kan dan voorkomen dat ouders gemotiveerd zijn voor de behandeling, maar de kinderen niet. Bij oudere kinderen kan daarnaast meespelen dat hun behoefte aan autonomie hun belemmert bij het laten groeien van een band met de behandelaar.

Los van alliantie wordt in de literatuur nog een extra factor genoemd die bijdraagt tot lagere drop-out. Cliënten die in hun eigen netwerk steunfiguren hebben, maken vaker hun hulpverleningstrajecten met tevredenheid af.

Uit onderzoek bleek overigens geen structureel verband tussen hulpverleningskader, opvoedingsstress van ouders en psychosociaal functioneren van kinderen, geslacht en alliantiekwaliteit.

Tot slot, soms zijn er persoonlijke omstandigheden van de cliënt of het gezin die niet gerelateerd aan de behandeling of logistieke redenen om traject af te breken. Daar heeft de hulpverlener geen invloed op.

Tijdig signaleren van ontevredenheid

Behandelaars schatten de mate van alliantie vaak hoger in dan cliënten/ouders. Uit onderzoek blijkt dat therapeuten toch vaak (75%) al zien aankomen dat cliënten het traject gaan onderbreken of vroegtijdig stopzetten, maar dat slechts in een kwart van deze gevallen de therapeut of behandelaar het gesprek met de cliënt aangaat over deze twijfels. Een gemiste kans, want een verstoorde alliantie kan namelijk in veel gevallen hersteld worden. Ook is het overstappen naar een andere behandelaar die een betere samenwerkingsrelatie heeft met de cliënt een optie om uiteindelijk drop-out te voorkomen en alsnog de gewenste behandeluitkomsten te bereiken.

Eerder bleek dat de kwaliteit van de alliantie een belangrijke voorspeller is voor tevredenheid, drop-out en outcome van jeugdhulptrajecten. Er zijn meetinstrumenten waarmee alliantie tijdens een traject gemeten en gemonitord kan worden, zoals de Werkalliantie vragenlijst (WAI-SF), de WAV-12 – verkorte vorm en de ORS/SRS (Feedback-informed treatment-methodiek).

Alle drie de meetinstrumenten maken onderscheid tussen de drie dimensies die een rol spelen bij alliantie (tevredenheid over band, doelen en aanpak). De FIT-methodiek gaat nog een stap verder, want legt ook de relatie met de welbevinden van de cliënt op vier domeinen (persoonlijk, relationeel, sociaal en algemeen). De combinatie van feedback over de voortgang (ORS) en de alliantie (SRS) zorgt ervoor dat de behandeling maximaal kan worden afgestemd op de cliënt, tijdens de behandeling en in samenspraak met de cliënt.

Met deze instrumenten wordt tijdens de behandeling bijgehouden of de cliënt tevreden is, of er voldoende aan de doelen van de behandeling is gewerkt en of er progressie zit in de te leren vaardigheden of de afname van de problematiek. Het verschil met alleen praten met de cliënt over voortgang is dat het systematisch meten en vergelijken van metingen het mogelijk maakt om ontwikkelingen in tevredenheid te zien en vroegtijdig te signaleren wanneer de behandeling niet meer goed aansluit op de cliënt. Dit type herhaalde metingen en de benutting daarvan zijn dus geen 'extra taak', maar zijn juist een werkzaam onderdeel in effectieve hulp.

Werken aan voorkomen drop-out en maximaliseren outcome

Het is dus van groot belang dat hulpverleners de alliantie zoals ervaren door ouders en hulpverleners monitoren, om alliantiefeedback vragen, en inzetten op alliantieverbetering in casussen waarin sprake is van minder goede of dalende allianties.

In 2023 verscheen de publicatie 'werk maken van allianties in de zorg voor jeugd' (Onstenk, Hilbrink en van Hattum). Hierin wordt een overzicht gepresenteerd van werkzaam gebleken strategieën om alliantie te bevorderen; het resultaat van een uitgebreid literatuuronderzoek. Zij komen tot de volgende opsomming:

- ✓ Het werken aan het gezamenlijk stellen van doelen en deadlines met cliënten
- ✓ Het werken aan empathisch vermogen van de hulpverlener (tonen van begrip en verplaatsen in ander)
- ✓ Het werken met een combinatie aan strategieën (team trainen in alliantie-bevorderende strategieën én samen met cliënt onderwerp sessie bepalen én met gezin culturele normen en waarden bespreken en wat belangrijk is voor cliënt zodat behandeling daarop afgestemd kan worden)
- ✓ Het benutten van cliëntfeedback
- ✓ Het gebruik van humor, mits er al wederzijds respect en gevoel van acceptatie is.
- ✓ Het gebruik van tools gericht op shared decision making (zie ook: <https://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-hulp> & <https://www.nji.nl/effectieve-jeugdhulp/keuzehulp-jeugd-gezin>)
- ✓ Het nemen van tijd (de tijd nemen voor het gesprek en extra tijd om jongere, gezin te ondersteunen bijv. in voorbereiding van het gesprek.
- ✓ Het werken aan houdingsaspecten van de hulpverlener (betrouwbaar zijn, oprecht, openhartig, niet oordelend, biedt praktische hulp).

Naast het werken aan alliantie kan de hulpverlening zich richten op de andere dynamische factoren waarvan we weten dat deze samenhangen met drop-out. Geef de cliënt perspectief en werk met een hulpverleningsplan waarin streefdatums gekoppeld zijn aan concrete behandeldoelen. Werk met interventies of gestructureerde/geprotocolleerde handelingsplannen waarin doelen gekoppeld zijn aan beoogde acties, en borg de uitvoering daarvan zoals bedoeld. Afwijken kan (is soms zelfs wenselijk), maar blijf ook dan doel en taakgericht werken. Bij gezinnen waar meerdere risicofactoren voor minder goede alliantie spelen, is het verstandig om een meer ervaren behandelaar in te zetten.

Gebruikte referenties

Greef, M. de (2019). *Addressing the Alliance* (dissertatie). Enschede: Ipskamp.

Harder, A. T., Bastiaanssen, I. L. W., Knorth, E. J., & Kuiper, C. H. Z. (2020). Algemeen werkzame factoren en specifiek werkzame elementen in hulp en onderwijs aan uithuisgeplaatste jeugdigen. In A. Harder, E. Knorth, & C. Kuiper (editors), *Uithuisgeplaatste jeugdigen: Sleutels tot succes in behandeling en onderwijs* (blz. 86-100). SWP Uitgeverij.

Karekla, M., Konstantinou, P., Ioannou, M., Kareklas, I. (2019). The Phenomenon of Treatment Dropout, Reasons and Moderators in Acceptance and Commitment Therapy and Other Active Treatments: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology in Europe*, 1(3), 1-36.

Kullgard, N., Holmqvist, R., & Andersson, G. (2022). Premature dropout from psychotherapy: prevalence, perceived reasons en consequences as rated by clinicians. *Clinical Psychology in Europe*, 4(2), Article e6695.

Naert, J., Roose, R., Rapp, R.C., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: a systematic review. *Children and Youth Services Review*, 75, 116-126.

Onstenk, E., Hilbrink, E. & Hattum, M. van (2023). *Werk maken van allianties in de zorg voor jeugd. Literatuuroverzicht van strategieën om allianties te bevorderen*. Nijmegen: HAN University of Applied Sciences.

Prescott, D.S., Maeschalck, C.L. & Miller, S.D. (2017). *Feedback-Informed Treatment in Clinical Practice: Reaching for Excellence*. Washington: American Psychological Association.

Ruud, T., & Friis, S. (2022). Continuity of care and therapeutic relationships as critical elements in acute psychiatric care. *World Psychiatry*, 21(2), 241-242.

Swift, J.K., Greenberg, R.P. (2012). Premature discontinuation in adult psycho-therapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.

Wolf, N., Oppen, P. van, Hoogendoorn, A.W., Balkom, A.J.L.M, & Visser, H.A.D. (2022). Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Cognitive Behavior Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 658693. doi: 10.3389/fpsy.2022.658693

Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*. Utrecht: NJi.