

Problematiek en cliënttevredenheid

Onderzoek binnen een jeugdhulpverleningsinstelling

M. Kerkman
Juni 2009

Studentnummer 3123774
Masterthesis orthopedagogiek
Werkveld Jeugdzorg
Universiteit Utrecht

Onder begeleiding van
Mevr. Dr. H. E. Storsbergen
Mevr. Drs. J. Liber

In opdracht van Leger des Heils UJL/OCG,
Mevr. Drs. Y. Meijer

Samenvatting

Inleiding: In deze cross-sectionele studie is onderzocht of er een relatie bestaat tussen emotionele- en gedragsproblematiek van het kind en cliënttevredenheid van ouders en adolescenten binnen de jeugdhulpverlening. Internationale literatuur over dit onderwerp levert geen eenduidige resultaten op. **Methode:** Er is sprake van drie groepen participanten; adolescenten (12-18 jaar) ($N = 22$), ouders van adolescenten ($N = 21$) en ouders van kinderen (6-11 jaar) ($N = 23$). **Resultaten:** Correlaties zijn berekend tussen totale problematiek, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en gemiddelde cliënttevredenheid. Bij geen van de groepen is een significant verband aangetoond tussen problematiek van het kind en tevredenheid over de ontvangen hulpverlening. Er bestaan geen significante verschillen op gemiddelde tevredenheid per hulpvorm, hulpverleningsgeschiedenis of aanvullende vormen van behandeling. Wel wordt bij de groep adolescenten een negatief verband aangetoond tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid op de subschaal Informatie. Leeftijd en behandelduur blijken geen significante predictoren voor cliënttevredenheid op de subschaal Informatie. **Discussie en conclusie:** De onderzoeksresultaten van deze studie komen overeen met andere studies, waarbij tevens geen relatie kon worden vastgesteld tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid. Het is waarschijnlijk dat de resultaten van dit onderzoek beïnvloed zijn door het kleine aantal participanten, veroorzaakt door een hoge non-respons. Dit maakt de onderzoeksresultaten moeilijk generaliseerbaar. Deze studie levert een bijdrage aan consistentie binnen de literatuur en verdere theorieontwikkeling op het gebied van cliënttevredenheid. **Trefwoorden:** Cliënttevredenheid, problematiek, jeugdhulpverlening.

Summary

Objective: This cross-sectional research examined the relationship between emotional and behavioral problems of children and client satisfaction of parents and adolescents in mental health care in the Netherlands. International literature provides no consistency about this subject. **Method:** Three groups of participants have been included in this study; adolescents (age 12-18) ($N = 22$), parents of adolescents ($N = 21$) and parents of children (age 6-11) ($N = 23$). **Results:** Correlations have been computed between total problems, internalizing problems, externalizing problems and average client satisfaction. No significant relationships have been found in any of the groups between mental health problems of the child and client satisfaction about the received care. Also there were no significant differences found in client satisfaction when corrected for type of received treatment, history of treatment or supplement

care. However, a significant negative correlation was found between severity of problems and client satisfaction of adolescents on the subscale Information. Age and duration of treatment are no significant predictors for client satisfaction on this subscale. ***Discussion and conclusion:*** The results of this study correspond with other research, in which also no relationship could be demonstrated between emotional en behavioral problems and client satisfaction. It is likely that the outcomes of this study have been affected by the small number of participants in each group, caused by a high non-respons rate. Here for the generalizability of the results are limited. This study contributes to consistency in the literature about client satisfaction and to theoretic development around this subject.

Introductie

In 2007 is het totaal aantal 0- tot 18-jarigen in Nederland 3.564.452 (CBS). Hiervan maken 66.233 jeugdigen (1,9%) gebruik van de geïndiceerde jeugdzorg (overwegend jongeren tussen 0 en 18 jaar, een klein gedeelte is tussen 18 en 23 jaar). Het betreft cliënten die op 1 januari 2007 in zorg waren en cliënten die in 2007 zijn ingestroomd. Deze 66.233 cliënten hebben in totaal in 2007 84.249 hulpverleningstrajecten ontvangen. Zij maakten zowel gebruik van ambulante hulpverlening, pleegzorg, dagbehandeling, residentiële hulpverlening en crisisopvang (MOgroep Jeugdzorg, 2008a). De MOgroep Jeugdzorg (2008b) constateert dat er een groeiende behoefte is aan jeugdzorg en voorziet dat de komende jaren de vraag naar jeugdzorg in Nederland zal blijven toenemen. De verwachting is dat met name de behoefte aan ambulante hulpverlening en pleegzorg zal stijgen (Stevens et al., 2009).

Cliënttevredenheid

Een uitgangspunt van de Wet op de Jeugdzorg, die per 1 januari 2005 in werking is getreden, is dat de cliënt centraal dient te staan (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2005). Wegens de grotere cliëntgerichtheid is er vanuit de kwaliteitszorg meer aandacht gekomen voor cliënttevredenheidsonderzoek binnen de jeugdzorg (Ramos et al., 2006). Cliënttevredenheid wordt gedefinieerd als de mate waarin de cliënt tevreden is met bepaalde aspecten van het hulpverleningssysteem (Gerkensmeyer & Austin, 2005).

Het onderzoeken van cliënttevredenheid dient verschillende belangen. Cliënttevredenheidsonderzoek wordt gebruikt om tot verbeteringen te komen in de hulpverlening en draagt bij aan het ontwikkelen van effectieve interventies. Het fungeert als indicator voor kwaliteit en effectiviteit van de geboden hulpverlening (Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000; Garland, Aarons, Hawley & Hough, 2003; Garland, Haine &

Lewczyk Boxmeyer, 2007; Lambert, Salzer & Bickman, 1998; Pekarik & Guidry, 1999; Ramos et al., 2006; Van Yperen & Veerman, 2006). Tevens is er steeds meer empirisch bewijs dat tevredenheid van ouders¹ over de hulpverlening gerelateerd is aan behandeluitkomsten van het kind (Gerkenmeyer & Austin, 2005; Summers, Hoffman, Marquis, Turnbull & Poston, 2005), dat cliënttevredenheid van de ouder het optimisme over een gunstige ontwikkeling van het kind verhoogt (Garland et al., 2007; Gerkenmeyer, Austin & Miller, 2006) en de betrokkenheid en participatie van ouders in de hulpverlening versterkt (Blader, 2007; Gerkenmeyer & Austin, 2005).

Internationaal gezien is er tot op heden relatief weinig onderzoek gedaan naar het meten van cliënttevredenheid binnen de hulpverlening (Garland et al., 2000; Garland et al., 2007). Er bestaan weinig theoretische gronden en onvoldoende ontwikkelde theoretische modellen en concepten als basis om cliënttevredenheid te kunnen onderzoeken (Avis, Bond & Arthur, 1995; Garland et al., 2007; Gerkenmeyer et al., 2006; Priebe, Kaiser, Huxley, Roder-Wanner & Rudolf, 1998). Gerkenmeyer en Austin (2005) beschrijven dat in de 34 studies over cliënttevredenheid die zij onderzocht hebben, er geen enkele een conceptueel kader bevatte. Aan veel cliënttevredenheidsonderzoek ligt het model ten grondslag dat tevredenheid, of een positieve houding ten aanzien van de hulpverlening, het gevolg is van de perceptie van de cliënt dat er aan zijn/haar verwachtingen over de hulpverlening is voldaan. Dit model bevat echter een aantal conceptuele moeilijkheden; zoals dat attributies een rol spelen in verwachtingen en het gegeven dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor de relatie tussen verwachtingen waaraan voldaan wordt en tevredenheid (Avis et al., 1995).

Variabelen en hun samenhang met cliënttevredenheid

In internationaal cliënttevredenheidsonderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn verschillende variabelen (o.a. cliëntfactoren) en hun samenhang met cliënttevredenheid onderzocht. Verscheidene studies hebben aangetoond dat tevredenheid beïnvloed wordt door variabelen die niet gerelateerd zijn aan de ontvangen hulpverlening, zoals demografische kenmerken van cliënten, diagnose en chroniciteit van de aandoening. Desalniettemin bestaat er nog veel onduidelijkheid over de mate waarin cliënttevredenheid samenhangt met *ernst* van probleemgedrag (Garland et al., 2007) en levert onderzoek naar de samenhang tussen type/ernst van emotionele- en gedragsproblemen en cliënttevredenheid geen eenduidige

¹ Waar wordt gesproken over ouders, worden biologische ouders en/of andere primaire opvoeders/verzorgers van het kind bedoeld.

resultaten op (Garland et al., 2000). Sommige studies vinden een verband tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid, in andere studies wordt dit verband niet aangetoond.

Veel nationale onderzoeken waarin cliënttevredenheid is gemeten, zijn evaluatieve studies naar de effectiviteit van bestaande methodieken/interventies in de jeugdzorg. Daarentegen zijn er in Nederland weinig studies uitgevoerd waarin de relatie tussen cliënttevredenheid en andere variabelen is onderzocht.

Onderstaand zijn de bevindingen van verschillende (inter)nationale studies bij adolescenten, ouders en volwassenen beschreven. De belangrijkste verbanden die naar voren komen in de literatuur zijn opgenomen in tabel 1.

Tabel 1. *Variabelen die samenhang vertonen met cliënttevredenheid*

Variabelen die samenhangen met cliënttevredenheid	Adolescenten (12-18 jaar)	Ouders van kinderen (6-11 jaar)	Ouders van adolescenten (12-18 jaar)	Volwassenen
Ernst van de problematiek/ diagnose/ symptomen (hoe ernstiger de problemen, hoe lager de cliënttevredenheid)	Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000 (lft. 13-18 jaar, YSR)	Godley, Fiedler & Funk, 1998 (lft. 9-18 jaar, 55% 13-18 jaar)	Godley, Fiedler & Funk, 1998 (lft. 9-18 jaar, 55% 13-18 jaar)	Atkinson & Caldwell, 1997 (depressie); Carscaddon, George & Wells, 1990; Hasler et al., 2004 (eeten persoonlijkheidsstoornis); Hoff, Rosenheck, Meterko & Wilson, 1999; Lebow, 1983 (depressie); Ruggeri et al., 2007 (angst/depressie); Wyshak & Barsky, 1995 (depressie)
Duur van de hulp (hoe langer de hulp, hoe hoger de cliënttevredenheid)	Garland, Aarons, Saltzman & Kruse, 2000 (lft. 13-18 jaar, YSR)			Gaston & Sabourin, 1992
Leeftijd (hoe jonger het kind, hoe hoger de cliënttevredenheid)	Shapiro, Welker, Jacobson, 1997 (lft. 11-17 jaar, YSR en CBCL)	Ramos et al., 2006 (lft. 1-15 jaar, 63% 4-6 jaar, C-toets); Summers, Hoffman, Marquis Turnbull & Poston, 2005 (0-12 jaar)		

Noot. Verbanden zijn aangetoond in (inter)nationaal wetenschappelijk onderzoek. Auteurs, leeftijd van participanten en meetinstrument(en) zijn weergegeven.

Ernst van de problematiek en cliënttevredenheid

In een nationale studie (Ramos et al., 2006) is onderzocht in hoeverre de tevredenheid van ouders, wiens kinderen (semi-) residentiële of ambulante hulpverlening ontvingen, is toe te schrijven aan kenmerken van de instelling en/of de cliënt. Er wordt geconstateerd dat een

hogere mate van externaliserende problematiek, samengaat met een lager rapportcijfer voor algehele tevredenheid. Hierbij moet de kanttekening geplaatst worden dat het rapportcijfer, ook bij aanwezigheid van externaliserende problematiek, hoog was (nooit lager dan een 8). De validiteit van het rapportcijfer staat tevens ter discussie.

Naast de verbanden die zijn aangetoond tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid (zie tabel 1), zijn er tevens ambivalente resultaten bekend. Brannan, Sonnichsen en Heflinger (1996) vinden geen verband tussen de problematiek van het kind (5-18 jaar; merendeel 12-18 jaar) en de tevredenheid van adolescenten en ouders over de hulpverlening. In een studie van Luk en collega's (2001) wordt geen relatie gevonden tussen problemen/symptomen van het kind (5-16 jaar, $M = 9$ jaar) en de tevredenheid van ouders. De onderzoeksgroep is echter relatief klein en homogeen qua type problematiek, het betreft enkel kinderen met aanhoudende (gediagnosticeerde) gedragsproblemen. Ook Shapiro, Welker en Jacobson (1997) vinden geen samenhang tussen type en ernst van emotionele- en gedragsproblemen en tevredenheid van adolescenten. Mogelijk is de range van ernst van de problemen te beperkt in dit onderzoek (Garland et al., 2000).

Cliënttevredenheid binnen de volwassenenhulpverlening is aanzienlijk vaker onderzocht dan de tevredenheid van ouders over de hulpverlening aan hun kind (Blader, 2007). Ruggeri et al., (2007) vinden geen verband tussen psychopathologie in het algemeen en cliënttevredenheid van volwassenen. Wel vinden zij relaties tussen cliënttevredenheid en specifieke psychopathologie. Mogelijk wordt dit mede verklaard door de vaak langdurige aard van de betreffende stoornissen. Lehman en Zastowny (1983) toonden eerder al aan dat cliënten met een chronische aandoening minder tevreden zijn over de geboden hulpverlening dan cliënten met minder langdurige klachten.

Anderzijds is er onderzoek bekend waarin geen verschil in tevredenheid wordt gevonden tussen cliënten met verschillende problematiek (Pekarik & Guidry, 1999).

Leeftijd, behandelduur en cliënttevredenheid

In verschillende studies naar de variabelen die samenhangen met cliënttevredenheid, zijn verbanden aangetoond tussen *leeftijd* van het kind en *behandelduur* en cliënttevredenheid. De betreffende studies zijn opgenomen in tabel 1. Tevens zijn er onderzoeken bekend die andere resultaten vaststellen. Zo vindt Verhoef (2008) geen verband tussen leeftijd en de tevredenheid van adolescenten (12-18 jaar) en ouders.

Hoewel Garland en collega's (2000) en Gaston en Sabourin (1992) een positief verband aantonen tussen cliënttevredenheid en duur van de hulp, tonen De Boer, Heera, Van Langen,

Muffels en Mul (2006) een negatief verband aan tussen behandelduur en tevredenheid van ouders van kinderen jonger dan 12 jaar over de jeugdhulpverlening.

Concluderend kan gesteld worden dat de literatuur weinig consistentie biedt of ernst van de problematiek van het kind van invloed is op cliënttevredenheid binnen de jeugdhulpverlening. Binnen de volwassenenhulpverlening is meer onderzoek gedaan op dit gebied, de resultaten zijn eenduidiger. De meeste studies vinden hier een samenhang tussen (type) problematiek en cliënttevredenheid (zie ook tabel 1).

Doel van het onderzoek

In verscheidene studies wordt aanbevolen om verder onderzoek te doen naar variabelen die mogelijk samenhangen met cliënttevredenheid, waaronder type en ernst van emotionele- en gedragsproblemen van jeugdigen (Garland et al., 2003; Garland et al., 2007, Gerkensmeyer & Austin, 2005, Godley, Fiedler & Funk, 1998). De problematiek van een cliënt is mogelijk een factor die cliënttevredenheid beïnvloedt. Dit onderzoek beoogt antwoord te geven op de vraag: *Is er een relatie tussen de problematiek van het kind (6-18 jaar), zoals deze wordt ervaren en gerapporteerd door ouders en adolescenten, en cliënttevredenheid van ouders en adolescenten van een jeugdhulpverleningsinstelling in Nederland (UJL/OCG)?* Deze vraagstelling bevat de deelvragen:

- *Is er een relatie tussen de problematiek van de adolescent, zoals de adolescent deze zelf ervaart, en tevredenheid van adolescenten (12-18 jaar) over de hulpverlening?*
- *Is er een relatie tussen de problematiek van de adolescent, zoals de ouder deze ervaart, en tevredenheid van ouders van adolescenten (12-18 jaar) over de hulpverlening?*
- *Is er een relatie tussen de problematiek van het kind, zoals de ouder deze ervaart, en tevredenheid van ouders van kinderen (6-12 jaar) over de hulpverlening?*

Op basis van de onderzochte literatuur, is de verwachting dat adolescenten met een grotere mate van probleemgedrag (zoals gerapporteerd door de adolescent zelf), een lagere cliënttevredenheid rapporteren dan adolescenten met een mindere mate van probleemgedrag (Garland et al., 2000). Tevens wordt gehypothetiseerd dat ouders van kinderen en adolescenten met een grotere mate van probleemgedrag (zoals gerapporteerd door ouders), minder tevreden zijn over de hulpverlening dan ouders waarvan het kind minder probleemgedrag vertoont (Godley et al., 1998).

Mocht er een significant verband bestaan tussen problematiek en tevredenheid over de geboden hulpverlening, dan zal dit moeten worden meegenomen in de opzet en interpretatie

van cliënttevredenheidsonderzoek. Ramos en collega's (2006) stellen dat verschillen in cliënttevredenheid moeten kunnen worden toegeschreven aan de geboden hulpverlening, niet aan kenmerken van de individuele cliënt, om tot indicaties voor verbetering van de hulp te kunnen komen. In dit onderzoek is ernst van de problematiek het belangrijkste cliëntkenmerk waarvan de invloed op cliënttevredenheid wordt onderzocht.

Methode

Procedure en steekproef

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen jeugdhulpverleningsinstelling UJL/OCG, onderdeel van het Leger des Heils. Door middel van een clustersteekproef zijn alle ouders en adolescenten vanaf 12 jaar, die op het meetmoment als cliënt geregistreerd stonden, benaderd voor het onderzoek. Deelname was geheel vrijwillig. Het betrof cliënten vanuit verschillende hulpvormen, in een verschillend stadium van behandeling. Wegens het grote aantal onderzoekseenheden, de vereiste anonimiteit ter verkleining van over- of onderrapportage, de kleinere kans op sociaal wenselijke antwoorden en het gegeven dat men tijd nodig heeft om vragenlijsten in te vullen, is gekozen voor een schriftelijke afname. In totaal zijn 429 ouders en 150 adolescenten benaderd met de vraag drie vragenlijsten in te vullen, een cliënttevredenheidsvragenlijst; C-toets 2007 (Stichting Alexander), een gedragsvragenlijst; CBCL (Achenbach, 1991a; Verhulst, Van de Ende & Koot, 1996) of YSR (Achenbach, 1991b; Verhulst, Van de Ende & Koot, 1997) en een korte vragenlijst betreffende de behandeling. Ouders zijn apart benaderd, zowel vaders als moeders zijn gevraagd de vragenlijsten in te vullen voor hun kind.

Wegens een laag responspercentage zijn acties ondernomen bij verschillende afdelingen om de respons te verhogen. De respons van de adolescenten is met 3,3% gestegen na de genomen acties, die van ouders is gelijk gebleven. Uiteindelijk hebben 35 adolescenten (respons 23,3%) en 74 ouders (respons 17,2%) gereageerd. Echter, niet alle personen hebben alle vragenlijsten ingevuld, waardoor slechts een gedeelte van de participanten daadwerkelijk betrokken kon worden in het onderzoek. Tevens is n.a.v. de beschikbare data en ter bevordering van de validiteit van de onderzoeksresultaten, besloten om ouders van kinderen van 0-5 jaar uit te sluiten van het onderzoek. Bij deze leeftijdsgroep wordt een andere vorm van behandeling geboden en de gedragsproblemen van het kind zijn soms lastiger te duiden.

Ouders zijn gescheiden in twee groepen, naar aanleiding van de leeftijd van het kind en bijbehorende problemen. Onderstaand zijn per onderzoeksgroep de kenmerken beschreven.

Adolescenten

De groep adolescenten ($N=22$) bestaat uit zestien meisjes (73%) en zes jongens (27%). De leeftijd varieert van 12 tot en met 18 jaar, de gemiddelde leeftijd is 14,4 jaar ($SD = 1.82$). De meeste adolescenten ontvangen 24-uurs opvang/behandeling (40%), gevolgd door ambulante hulpverlening (30%), gezinshuizen (25%) en kamer-/zelfstandigheidstraining (5%). De duur van de hulpverlening varieert van 2 tot 122 maanden, de gemiddelde duur is 31 maanden ($SD = 28.79$). Een hulpverleningsduur van 12 (9%) resp. 14 (9%) maanden komt het meest voor. Alle adolescenten bevinden zich in lopende hulpverleningstrajecten.

Van 77% van de adolescenten zijn beide ouders autochtoon. Allochtone vaders zijn afkomstig uit Suriname en Marokko, allochtone moeders uit Suriname en Polen. De meest voorkomende schoolopleiding van adolescenten is VMBO/MAVO (30%), gevolgd door HAVO (25%).

Ouders van adolescenten (12-18 jaar)

De respondenten ($N=21$) zijn veertien moeders en zeven vaders. Van de ouders is 91% autochtoon, één ouder is afkomstig uit Suriname, van één ouder ontbreekt de culturele achtergrond. Het meest voorkomende opleidingsniveau van ouders is MBO (53%). Van vier ouders is het opleidingsniveau onbekend.

De ouders hebben gerapporteerd over negentien adolescenten (in enkele gevallen hebben beide ouders over hetzelfde kind gerapporteerd), het betreft acht jongens (42%) en elf meisjes (58%). De leeftijd van de adolescenten loopt uiteen van 12 t/m 18 jaar, de meest voorkomende leeftijden zijn 12 jaar (21%) en 13 jaar (26%). De gemiddelde leeftijd is 14,4 jaar ($SD = 2.01$). De meeste gezinnen krijgen ambulante hulpverlening (68%), gevolgd door 24-uurs opvang/behandeling van de adolescent (16%) en kamer-/zelfstandigheidstraining gericht op de adolescent (16%). De duur van de hulpverlening loopt uiteen van 2 tot 41 maanden. De gemiddelde duur is 16 maanden ($SD = 12.15$). Bij één gezin is de hulpverlening inmiddels afgesloten.

Ouders van kinderen (6-11 jaar)

De respondenten ($N=23$) zijn veertien moeders en negen vaders. 91% van de ouders is autochtoon, allochtone ouders zijn afkomstig uit Aruba en Turkije, van één ouder ontbreekt de culturele achtergrond. Het meest voorkomende opleidingsniveau van ouders is MBO (38%). Van drie ouders is het opleidingsniveau onbekend.

De ouders hebben gerapporteerd over achttien kinderen (in enkele gevallen hebben beide ouders over hetzelfde kind gerapporteerd), het betreft elf jongens (61%) en zeven

meisjes (39%). De leeftijd loopt uiteen van 6 t/m 11 jaar, de meest voorkomende leeftijd is 11 jaar (39%). De gemiddelde leeftijd is 8,8 jaar ($SD = 2.16$). De meeste gezinnen ontvangen ambulante hulpverlening (44%), gevolgd door 24-uurs opvang/behandeling van het kind (29%) en dagbehandeling voor het kind (17%). Eén kind woont in een gezinshuis. Van één kind ontbreekt de hulpvorm. De duur van de hulpverlening loopt uiteen van 2 tot 60 maanden. De gemiddelde duur is 17 maanden ($SD = 16.30$). Van twee gezinnen is de hulpverlening inmiddels afgesloten.

Meetinstrumenten

Ernst problematiek: De problematiek van kinderen en adolescenten is gemeten met de CBCL (Child Behavior Checklist 6-18 jaar/2001) (Achenbach, 1991a; Verhulst et al., 1996) en de YSR (Youth Self Report/2001) (Achenbach, 1991b; Verhulst et al., 1997). De YSR is een, van de CBCL afgeleide, zelfbeoordelingvragenlijst voor jongeren van 11 t/m 18 jaar. Omdat de C-toets geschikt is vanaf een leeftijd van 12 jaar, is de YSR in dit onderzoek tevens aangeboden aan jongeren vanaf 12 jaar.

De CBCL en de YSR zijn in basis gelijk; zij meten vaardigheden en probleemgedrag van kinderen, zoals deze door ouders (CBCL) en de jongere zelf (YSR) ervaren worden. In dit onderzoek is alleen het probleemgedeelte van de vragenlijsten gebruikt. De scores op 112 resp. 113 stellingen over emotionele- en gedragsproblemen worden opgeteld en geven een score voor Totaal Probleemgedrag, die de ernst van de problemen weergeeft. De totale probleemscore is opgebouwd uit de scores op acht smallebandfactoren. Deze clusteren tevens rond twee bredebandfactoren; Internaliserend gedrag (angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, somatische problemen) en Externaliserend gedrag (regelbrekend gedrag, agressief gedrag).

De CBCL en de YSR worden wereldwijd gebruikt om vaardigheden en probleemgedrag van kinderen in kaart te brengen. De betrouwbaarheid en validiteit van de oorspronkelijke Amerikaanse CBCL van Achenbach (1991a) is tevens bevestigd voor de Nederlandse vertaling (Verhulst, Koot & Van der Ende, 1994). De psychometrische eigenschappen van de CBCL en de YSR zijn voor het laatst in 2009 beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN). Zowel de CBCL als de YSR heeft een goede beoordeling voor uitgangspunten bij de testconstructie, kwaliteit van het testmateriaal en de handleiding, normen en een voldoende criteriumvaliditeit. De CBCL heeft een goede begripsvaliditeit en een voldoende betrouwbaarheid. De YSR heeft een voldoende begripsvaliditeit en een goede betrouwbaarheid (Kievit, Tak & Bosch, 2002; Cito, 2001-

2009). Op het moment van dit onderzoek waren er nog geen Nederlandse normen beschikbaar voor de gebruikte versies van beide vragenlijsten.

Cliënttevredenheid: Cliënttevredenheid van ouders en jongeren is gemeten met de C-toets 2007 (Stichting Alexander). Hoewel er in Nederland nog geen consensus heerst over het meetinstrument dat cliënttevredenheid het beste weergeeft, geven veel instellingen momenteel de voorkeur aan de C-toets, die periodiek kan worden ingezet (Ramos et al., 2006). Uit onderzoek van de MO-groep Jeugdzorg (2008a) blijkt dat 63% van de zorgaanbieders die gegevens m.b.t. cliënttevredenheid beschikbaar hebben gesteld, de C-toets gebruiken.

De C-toets meet cliënttevredenheid d.m.v. 21 stellingen op vijf schalen: Contact (5 items, bijvoorbeeld: 'Medewerkers zijn vriendelijk'), Deskundigheid (4 items, bijvoorbeeld: 'Ik krijg goede adviezen'), Verloop van de hulp (4 items, bijvoorbeeld: 'We werden meteen geholpen toen dat nodig was'), Informatie (4 items, bijvoorbeeld: 'Ik ken de inhoud van het hulpverleningsplan') en Doel en Resultaat (4 items, bijvoorbeeld: 'Ik verwacht dat de doelen behaald worden'). Tevens is er de mogelijkheid voor instellingen om maximaal 6 extra (eigen vormgegeven) stellingen op te nemen. Alle items worden gescoord op een vierpuntsschaal (van 'helemaal niet mee eens' tot 'helemaal mee eens'). Eveneens wordt er een rapportcijfer gevraagd voor algemene tevredenheid en wordt er met twee open vragen informatie gegenereerd over wat de cliënt goed en minder goed vindt gaan bij de betreffende instelling. Er zijn aparte versies voor adolescenten en voor ouders.

De C-toets is gebaseerd op kwaliteitscriteria (o.a. KWIS) binnen de jeugdzorg en op resultaten van evaluatieonderzoeken bij cliënten in deze sector (Ramos et al., 2006).

De eerste versie van de C-toets (2003) is in verschillende studies onderzocht. De C-toets 2003 had een acceptabele factoriële betrouwbaarheid en validiteit, maar de subdimensies waren onvoldoende specifiek (Ramos et al., 2006). De betrouwbaarheden van de schalen kwamen als goed naar voren, variërend van $\alpha = .77$ tot $\alpha = .94$ (Jumelet, Welling, Jurrius & Havinga, 2003). In de C-toets 2007, die in dit onderzoek is ingezet, zijn de schalen aangepast. Uit onderzoek blijkt dat de betrouwbaarheid van zowel de jongeren- als de oudervragenlijst zeer goed is (jongerenversie $\alpha = .93$; ouderversie $\alpha = .95$). De betrouwbaarheid van de schalen varieert bij de jongerenversie van $\alpha = .66$ tot $\alpha = .82$, bij de ouderversie van $\alpha = .78$ tot $\alpha = .89$ (Havinga, van den Bergh & Jurrius, 2007). De betrouwbaarheid van deze schalen wordt als goed aangemerkt, met uitzondering van de schaal Informatie van de jongerenversie ($\alpha = .66$), deze is voldoende bij onderzoek op groepsniveau (Lagerweij, 2006).

Omdat de betrouwbaarheid van de C-toets 2007 nog weinig onderzocht is, is er in dit onderzoek een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd (zie tabel 4). De homogeniteit van de

items van de C-toets is nagegaan voor iedere groep. De Cronbach's alpha is berekend per schaal en voor de C-toets in het geheel. De schaal informatie blijkt onvoldoende betrouwbaar bij de groep adolescenten ($\alpha = .23$). Toch zijn alle items meegenomen in het onderzoek. Uit ander onderzoek (Havinga et al., 2007) blijkt dat deze schaal in de jongerenversie wel betrouwbaar is ($\alpha = .66$). Het is zeer waarschijnlijk dat de betrouwbaarheid in dit onderzoek wordt beïnvloed door het kleine aantal participanten binnen deze groep ($N = 22$). De totale betrouwbaarheid voor de vragenlijst voor zowel adolescenten ($\alpha = .87$) als ouders ($\alpha = .97$ en $\alpha = .99$) is goed. Hierin zijn tevens de extra stellingen opgenomen (4 extra items voor adolescenten, 6 extra items voor ouders).

Behandeling: De vragenlijst betreffende behandeling is voor dit onderzoek samengesteld (aparte versies voor ouders en voor adolescenten) en geeft een algemeen beeld van de vorm/ inhoud, duur en frequentie van de behandeling (ook van buiten de instelling). Tevens komen hulpverleningsgeschiedenis en eventuele diagnose van het kind aan bod.

Data-analyse

Iedere groep is apart onderzocht. Om zo min mogelijk informatie verloren te laten gaan, zijn bij de C-toets missende data vervangen door het groepsgemiddelde van de schaal, als er meer dan twee scores per schaal ontbraken. Hiervoor is eerst met een Mann-Whitney-U-test onderzocht of er een significant verschil was tussen de seksen op die schaal, dit bleek bij de betreffende groepen en schalen niet het geval. Frequentieanalyses zijn berekend om gemiddelden en standaarddeviaties van problematiek en tevredenheid te genereren. Eenzijdige t-toetsen zijn ingezet om de verschillen in gemiddelde tevredenheid en problematiek tussen de groepen te toetsen op significantie.

Hoewel er bij alle groepen sprake is van een klein aantal participanten ($N < 25$), is er gebruik gemaakt van parametrische bivariate correlatieanalyses. Pearson's productmomentcorrelaties zijn uitgevoerd om mogelijke verbanden tussen de variabelen problematiek en tevredenheid te berekenen. Voorwaarde voor het gebruik van deze parametrische test bij kleine steekproeven, is de assumptie dat de variabelen normaal verdeeld zijn (De Vocht, 2002; Field, 2005). Met Kolmogorov-Smirnov analyses is aangetoond dat alle betrokken variabelen overeenkomen met een normaalverdeling. Cliënttevredenheid is in alle analyses de afhankelijke variabele. Omdat er op basis van de literatuur een negatief verband verwacht wordt tussen problematiek van het kind en cliënttevredenheid, wordt er eenzijdig getoetst ($H_0: \rho = 0$, $H_1: \rho \neq 0$). Voor alle analyses is een alpha van .05 aangehouden om significantie vast te stellen.

Omdat de variabele hulpvorm een categorische variabele is, is het niet mogelijk een correlatie te berekenen. Om de invloed van de hulpvorm op cliënttevredenheid te onderzoeken, is gebruik gemaakt van een Kruskal-Wallis toets. Deze toets is tevens gebruikt om te analyseren of er significante verschillen bestaan tussen tevredenheid van cliënten met een verschillende hulpverleningsgeschiedenis of met aanvullende vormen van behandeling.

Resultaten

Problematiek

In tabel 2 en 3 is zichtbaar in welke mate problematiek wordt gerapporteerd in de verschillende groepen participanten. Tabel 2 toont aan dat ouders van kinderen gemiddeld het meeste probleemgedrag bij hun kind rapporteren. Adolescenten behalen de laagste gemiddelde score op totaal probleemgedrag. In de groep ouders van adolescenten is de range van gerapporteerd probleemgedrag het grootst.

Tabel 3 bevat aantallen cliënten die een score rapporteren binnen de klinische range. Er is een uitsplitsing gemaakt naar de twee bredebandfactoren (internaliserend en externaliserend probleemgedrag) en de acht smallebandfactoren cq. syndroomschalen (1 t/m 8). Op de bredebandfactoren is zichtbaar dat ouders van adolescenten en ouders van kinderen een vergelijkbare mate van internaliserend probleemgedrag rapporteren (bij 52% van de kinderen/adolescenten). De gemiddelde score op internaliserende problematiek is hoger bij ouders van adolescenten ($M = 61.86$), in vergelijking met ouders van kinderen ($M = 58.74$) (zie tabel 2). Dit verschil is echter niet significant ($t(22) = -1.22, p = .235$). Ouders van kinderen rapporteren van alle groepen het meeste externaliserende probleemgedrag (bij 65% van de kinderen). Adolescenten rapporteren het minste internaliserende en externaliserende probleemgedrag. Internaliserende problematiek (27%) wordt hier iets vaker gerapporteerd dan externaliserende problematiek (23%). De gemiddelde score op internaliserende problematiek ($M = 52$) ligt echter lager dan die van externaliserende problematiek ($M = 54.36$) (zie tabel 2). Bij de smallebandfactoren valt op dat er binnen de groep ouders van kinderen veel denkproblemen (thought problems) worden gerapporteerd (bij 48% van de kinderen).

Tevens is er informatie verzameld over eventuele diagnoses die bij het kind of de adolescent gesteld zijn. Adolescenten rapporteren dat er bij 18 van hen (82%) geen diagnose is gesteld. Bij één adolescent (4,5%) is de diagnose borderline gesteld. Van drie adolescenten is geen informatie bekend op dit gebied. Ouders van adolescenten rapporteren dat er bij elf adolescenten (58%) geen diagnose is gesteld. Bij drie adolescenten (16%) is er sprake van ADHD en bij twee adolescenten (11%) is er sprake van borderlineproblematiek. Van drie

adolescenten hebben de ouders geen informatie verschaft over een eventuele diagnose. Ouders van kinderen rapporteren dat er bij negen kinderen (50%) geen diagnose is gesteld. Bij twee kinderen (11%) is er sprake van ADHD, bij twee kinderen is er sprake van een hechtingsstoornis (11%), bij één kind is de diagnose autisme gesteld (6%) en bij één kind (6%) is een hechtingsstoornis en ODD gediagnosticeerd. Van drie kinderen is informatie over een mogelijke diagnose onbekend.

Tabel 2. *Problematiek - gemiddelden en standaarddeviaties per groep*

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Adolescenten (<i>N</i> =22)		
Totaal probleemgedrag	53.55	9.13
Internaliserend gedrag	52.00	8.77
Externaliserend gedrag	54.36	10.03
Ouders van adolescenten (<i>N</i> =21)		
Totaal probleemgedrag	61.19	16.46
Internaliserend gedrag	61.86	15.83
Externaliserend gedrag	61.10	16.14
Ouders van kinderen (<i>N</i> =23)		
Totaal probleemgedrag	64.35	9.75
Internaliserend gedrag	58.74	12.26
Externaliserend gedrag	65.96	9.14

Noot. Scores > 63 = klinisch, scores 60-63 = klinisch grensgebied

Tabel 3. *Problematiek- aantallen en percentages klinische range per groep*

	Adolescenten (<i>N</i> =22)		Ouders adolescenten (<i>N</i> =21)		Ouders kinderen 6-11 jaar (<i>N</i> =23)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Total problems	3	14	11	52	12	52
Internalizing problems	6	27	11	52	12	52
Externalizing problems	5	23	11	52	15	65
1. Anxious/Depressed	0	0	7	33	1	4
2. Withdrawn/Depressed	0	0	4	19	8	35
3. Somatic problems	1	5	6	29	2	9
4. Social problems	1	5	6	29	6	26
5. Thought problems	1	5	6	29	11	48
6. Attention problems	2	9	6	29	4	17
7. Rule-breaking	2	9	7	33	8	35
8. Aggressive problems	2	9	7	33	9	39

Cliënttevredenheid

Uit tabel 4 blijkt dat ouders van kinderen de hoogste algemene tevredenheid ($M = 3.32$) rapporteren, gevolgd door ouders van adolescenten ($M = 3.30$) en adolescenten zelf ($M = 3.21$). De verschillen tussen groepen op gemiddelde tevredenheid zijn niet significant bevonden tussen adolescenten en ouders van adolescenten ($t(21) = -1.30, p = .207$), tussen adolescenten en ouders van kinderen ($t(21) = -1.60, p = .125$) en tussen ouders van kinderen en ouders van adolescenten ($t(22) = 0.20, p = .840$). De range van de gemiddelde tevredenheidsscore loopt van 1 tot 4, waarbij een score van 1 aangeeft dat cliënten helemaal niet tevreden zijn over de hulpverlening, een score van 4 houdt in dat cliënten heel tevreden zijn. Gezien de gemiddelden van iedere groep, kan geconcludeerd worden dat alle groepen in het algemeen tevreden zijn over de hulpverlening. Ouders van kinderen (6-11 jaar) zijn het meest tevreden over het contact met hulpverleners en het minst tevreden over het verloop van de hulp. Ouders van adolescenten (12-18 jaar) zijn het meest tevreden over het contact met hulpverleners en hun deskundigheid. Het minst tevreden zijn zij over het verloop van de hulp. Adolescenten zijn het meest tevreden over de deskundigheid van de hulpverleners en het minst tevreden over de informatie die zij krijgen over de hulpverlening. In de bijlage zijn de gemiddelde scores van alle groepen per item weergegeven.

Tabel 4. *Cliënttevredenheid— gemiddelden, standaarddeviaties en betrouwbaarheid (α)*

	Adolescenten ($N=22$)			Ouders adolescenten ($N=21$)			Ouders kinderen ($N=23$)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
Contact	3.37	0.36	.61	3.43	0.47	.85	3.50	0.58	.91
Deskundigheid	3.42	0.46	.79	3.43	0.58	.93	3.30	0.73	.94
Verloop hulp	3.30	0.42	.68	3.10	0.46	.62	3.18	0.50	.70
Informatie	3.00	0.40	.23	3.25	0.61	.84	3.24	0.50	.74
Doel&resultaat	3.08	0.43	.68	3.33	0.43	.72	3.35	0.57	.90
Totaal	3.21	0.32	.87	3.30	0.44	.97	3.32	0.52	.99
Rapportcijfer	7.79	1.17	-	7.67	1.15	-	7.93	1.40	-

Noot. Range gemiddelde score = 1- 4. Range rapportcijfer = 0-10. Totaal aantal items adolescenten: $N = 25$, ouders: $N = 27$.

Correlaties

Per groep participanten zijn correlaties berekend tussen totale problematiek, internaliserende problematiek en externaliserende problematiek en gemiddelde cliënttevredenheid per schaal (contact, deskundigheid, verloop van de hulp, informatie, doel en resultaat) en in totaal. De resultaten van de correlaties per schaal staan vermeld in tabel 5.

Adolescenten

Er is geen significante relatie gevonden tussen totaal probleemgedrag en totale tevredenheid van adolescenten over de hulpverlening ($r = -.23, p = .151$). Als er apart wordt gekeken naar externaliserende problematiek ($r = -.30, p = .090$) en internaliserende problematiek ($r = -.26, p = .120$), worden ook hier geen significante verbanden gevonden met totale tevredenheid bij een alpha van .05. Externaliserende problematiek is wel significant gecorreleerd met totale tevredenheid bij een alpha van .10. Als de correlaties berekend worden per subschaal van cliënttevredenheid, blijken er matige significante negatieve verbanden te bestaan tussen de subschaal Informatie en totale problematiek ($r = -.49, p < .05$), internaliserende problematiek ($r = -.42, p < .05$) en externaliserend problematiek ($r = -.38, p < .05$). Hoe hoger de mate van problematiek, hoe lager de tevredenheid op de schaal Informatie. Hierbij is het verband met internaliserende problematiek iets sterker dan met externaliserende problematiek. Totale problematiek (waaronder internaliserende- en externaliserende problematiek) verklaard ongeveer een kwart ($R^2 = .24$) van de variantie op de subschaal Informatie van cliënttevredenheid.

Er is een partiële correlatie uitgevoerd, om na te gaan of het verband tussen totale problematiek en tevredenheid op de subschaal Informatie beïnvloed wordt door andere variabelen. Er is gecontroleerd voor leeftijd en duur van de hulpverlening. Bij correctie voor leeftijd daalt de verklaarde variantie naar 22% ($r = -.47, p = <.05$). Als er wordt gecorrigeerd voor duur van de hulp, daalt de verklaarde variantie tevens naar 22% ($r = -.47, p = <.05$). Als er tegelijkertijd wordt gecorrigeerd voor leeftijd en duur van de hulpverlening, bestaat er geen significant verband.

In een stapsgewijze multiële regressieanalyse zijn leeftijd, duur van de hulpverlening en problematiek van het kind opeenvolgend opgenomen als onafhankelijke variabelen. Hieruit blijkt dat alleen totale problematiek van het kind een relevante significante voorspeller is van tevredenheid op de subschaal Informatie ($F(1,18) = 6.27, p < .05, R = .51$). Totale problematiek verklaard ongeveer een kwart ($R^2 = .26$) van de variantie op de subschaal Informatie. Leeftijd ($b = -.07, t = -0.31, p = .759$) en duur van de hulpverlening ($b = .01, t =$

.06, $p = .953$) zijn geen significante predictoren voor cliënttevredenheid op de subschaal Informatie.

Ouders van adolescenten (12-18 jaar)

Er bestaat geen significant verband tussen totale problematiek van de adolescent en totale tevredenheid van ouders over de hulpverlening ($r = -.08$, $p = .359$), ook niet als dit wordt gespecificeerd naar internaliserende problematiek ($r = .08$, $p = .371$) en externaliserende problematiek ($r = -.09$, $p = .345$). Ook zijn er geen significante verbanden gevonden tussen problematiek, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en subschalen van tevredenheid.

Ouders van kinderen (6-11 jaar)

Er is geen significant verband geconstateerd tussen totale problematiek van het kind en totale tevredenheid van ouders over de hulpverlening ($r = -.08$, $p = .353$). Ook correlatieanalyses voor internaliserende problematiek ($r = .10$, $p = .325$) en externaliserende problematiek ($r = -.06$, $p = .391$) leveren geen significante resultaten op. Tevens worden er geen significante verbanden gevonden met subschalen van cliënttevredenheid.

Omdat er, bij de beide groepen ouders, geen significante lineaire verbanden zijn aangetoond tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid, zijn er geen regressieanalyses uitgevoerd en hoeft er tevens niet gecontroleerd te worden voor leeftijd en duur van de hulpverlening.

Tabel 5. *Pearson's productmomentcorrelaties (r) tussen problematiek en schalen van tevredenheid*

	Adolescenten (N=22)			Ouders adolescenten (N=21)			Ouders kinderen (N=23)		
	T	IN	EX	T	IN	EX	T	IN	EX
Contact	-.20	-.29 ⁺	-.30 ⁺	-.11	-.05	-.06	.11	.17	-.02
Deskundigheid	-.18	-.25	-.26	-.02	.13	-.07	.07	.07	-.04
Verloop hulp	-.02	.02	-.12	-.17	.00	-.19	.05	.08	-.14
Informatie	-.49*	-.42*	-.38*	-.03	.13	-.08	.17	.10	.08
Doel&resultaat	.01	-.10	.00	.01	.12	.03	-.05	.01	-.15

Noot. * = $p < .05$, ** = $p < .01$, ⁺ = $p < .10$

T = Totale problematiek, IN = Internaliserende problematiek, EX = Externaliserende problematiek

Hulpvorm en behandeling

Met een Kruskal-Wallis toets is nagegaan of de tevredenheid van cliënten verschilt per hulpvorm die zij ontvangen. Dit bleek zowel voor adolescenten ($N = 22$) ($Chi^2 = 3.92$, $df = 3$, $p = .271$), als ouders van adolescenten ($N = 21$) ($Chi^2 = 3.71$, $df = 2$, $p = .157$) en ouders van kinderen ($N = 23$) ($Chi^2 = 2.73$, $df = 3$, $p = .435$), niet het geval te zijn. Tevens is nagegaan of er verschillen bestaan in tevredenheid van cliënten met een verschillende hulpverleningsgeschiedenis (bijvoorbeeld ambulante hulpverlening, residentie of pleeggezin). Zowel bij de groep adolescenten ($N = 22$) ($Chi^2 = 3.38$, $df = 7$, $p = .300$), ouders van adolescenten ($N = 21$) ($Chi^2 = 8.05$, $df = 7$, $p = .329$) en ouders van kinderen ($N = 23$) ($Chi^2 = 9.57$, $df = 7$, $p = .214$) zijn geen significante verschillen gevonden. Ook zijn er geen significante verschillen naar voren gekomen op gemiddelde cliënttevredenheid van adolescenten of ouders van adolescenten/kinderen die aanvullende behandelingen vanuit andere organisaties ontvangen (bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining, gesprekstherapie, fysiotherapie, speltherapie). Dit geldt voor de groep adolescenten ($N = 22$) ($Chi^2 = 2.00$, $df = 2$, $p = .368$), ouders van adolescenten ($N = 21$) ($Chi^2 = 0.10$, $df = 2$, $p = .953$) en ouders van kinderen ($N = 23$) ($Chi^2 = 2.44$, $df = 4$, $p = .656$).

Discussie en conclusie

In deze studie is onderzocht of er een verband bestaat tussen ernst van de problematiek van het kind en cliënttevredenheid van adolescenten en ouders over de jeugdhulpverlening. Op basis van literatuur is verondersteld dat een hogere mate van problematiek gepaard zou gaan met een lagere cliënttevredenheid. Resultaten zijn berekend voor drie groepen participanten, te weten adolescenten (12-18 jaar), ouders van adolescenten (12-18 jaar) en ouders van kinderen (6-11 jaar).

Uit de resultaten komt naar voren dat er bij de groep adolescenten geen significant verband bestaat tussen ernst van de problematiek van de adolescent en cliënttevredenheid over de ontvangen hulpverlening. Dit geldt zowel voor totale problematiek, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek en de subschalen van cliënttevredenheid. Wel wordt er een matig significant negatief verband gevonden tussen ernst van de problematiek (totale problematiek, externaliserende problematiek en internaliserende problematiek) en cliënttevredenheid op de subschaal Informatie. Hoe hoger de mate van problematiek, hoe lager de tevredenheid op de schaal Informatie. Internaliserende problematiek heeft hierbij een ietwat groter effect dan externaliserende problematiek. Tabel 3 toont aan dat 27% van de adolescenten ($N = 22$) een klinische score op internaliserende problematiek rapporteert en

23% een klinische score op externaliserende problematiek. Echter, ook 5% van de adolescenten rapporteert een score in het grensgebied op externaliserende problematiek. De spreiding van externaliserend probleemgedrag ($SD = 10.30$) is groter dan die van internaliserend probleemgedrag ($SD = 8.77$). Totale problematiek verklaard ongeveer een kwart van de variantie op de subschaal Informatie van cliënttevredenheid. Leeftijd en behandelduur blijken geen significante predictoren voor cliënttevredenheid op deze subschaal. Het gegeven dat er een negatief verband gevonden is tussen problematiek en de subschaal Informatie van cliënttevredenheid, behoeft nadere discussie. Uit betrouwbaarheidsanalyses komt naar voren dat deze subschaal onvoldoende betrouwbaar is voor de groep adolescenten. Het is waarschijnlijk dat dit resultaat binnen het huidige onderzoek beïnvloed is door het kleine aantal participanten binnen de groep adolescenten. Niettemin komt de subschaal Informatie ook in ander onderzoek (Havinga et al., 2007) naar voren als de minst betrouwbare (doch voldoende) subschaal. De subschaal Informatie bevat evenveel items als de meeste andere subschalen. Adolescenten zijn gemiddeld het minst tevreden over deze subschaal, in vergelijking met andere subschalen. De resultaten op dit gebied dienen dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Binnen de groep adolescenten zijn geen significante verschillen gevonden op gemiddelde cliënttevredenheid per hulpvorm, hulpverleningsgeschiedenis of aanvullende vormen van behandeling.

Bij de groepen ouders van adolescenten en ouders van kinderen zijn geen significante verbanden gevonden tussen ernst van de problematiek van het kind en tevredenheid van ouders over de hulpverlening. Ook niet op het gebied van de subschalen van cliënttevredenheid, of als er gespecificeerd wordt naar internaliserende of externaliserende problematiek. Er bestaan tevens geen significante verschillen op gemiddelde tevredenheid per hulpvorm, hulpverleningsgeschiedenis of aanvullende vormen van behandeling.

Als er gekeken wordt naar algehele tevredenheid van alle groepen, behaalt de groep adolescenten de laagste score, in vergelijking met de scores van ouders van adolescenten en ouders van kinderen (tabel 4). Dit kan verklaard worden vanuit het gegeven dat ouders vaak op vrijwillige basis hulp zoeken, maar adolescenten vaak zelf niet kiezen voor hulpverlening. Zij worden hiertoe gestimuleerd door ouders, leerkrachten of andere betrokkenen, hetgeen de score op algehele tevredenheid kan drukken (Garland et al., 2000).

Aangezien er zowel binnen de groep adolescenten, ouders van adolescenten, als ouders van kinderen geen verband is gevonden tussen ernst van de problematiek en algehele cliënttevredenheid, worden de eerder gestelde nulhypothese voor iedere groep aangenomen.

Relatie met ander onderzoek

De onderzoeksresultaten van deze studie komen overeen met andere studies (Brannan et al., 1996; Luk et al., 2001, Shapiro et al., 1997), waarbij tevens geen relatie kon worden vastgesteld tussen ernst van de problematiek en cliënttevredenheid.

De resultaten met betrekking tot gemiddelde mate van problematiek binnen de onderzoeksgroepen (tabel 2) komen tevens overeen met ander onderzoek. Uit een cross-cultureel onderzoek van Crijnen, Achenbach en Verhulst (1999) blijkt dat totaal probleemgedrag en externaliserend probleemgedrag afneemt naarmate het kind ouder wordt. Internaliserende problemen nemen toe naarmate de leeftijd stijgt. Ouders van adolescenten (12-18 jaar) rapporteren in dit onderzoek gemiddeld meer internaliserende problematiek en minder totale problematiek en externaliserende problematiek, dan ouders van kinderen (6-11 jaar). Het feit dat ouders van kinderen meer externaliserend dan internaliserend gedrag rapporteren, is te verklaren doordat dit meer tot uiting komt in het gedrag van het kind en dus makkelijker observeerbaar is voor ouders (Verhulst et al., 1994).

In dit onderzoek is bij alle groepen participanten geen relatie aangetoond tussen duur van de hulpverlening en cliënttevredenheid. Dit is in strijd met ander onderzoek (Garland et al., 2000; Gaston & Sabourin, 1992; De Boer et al., 2006). Wel moet in ogenschouw genomen worden dat de spreiding van deze variabele voor adolescenten (*range* = 2-122 maanden, *SD* = 28.79), ouders van adolescenten (*range* = 2-41 maanden, *SD* = 12.15) en ouders van kinderen (*range* = 2-60 maanden, *SD* = 16.30) groot is, hetgeen de resultaten kan vertekenen. Een grote spreiding impliceert dat het gemiddelde geen nauwkeurige representatie van de data is.

Beperkingen van het onderzoek

Om de onderzoeksresultaten op juiste wijze te kunnen interpreteren, dienen er een aantal kanttekeningen geplaatst te worden bij dit onderzoek.

In dit onderzoek is sprake van een hoge non-respons. Als gevolg hiervan zijn de onderzoeksresultaten van iedere groep gebaseerd op een klein aantal participanten. Dit kan de uitkomsten vertekenen en de onderzoeksresultaten moeilijk generaliseerbaar maken naar de populaties (Baarde & De Goede, 2001). Het is aannemelijk dat de hoge non-respons veroorzaakt is door het feit dat cliënten is gevraagd drie vragenlijsten in te vullen, hetgeen wellicht een te grote belasting was. Tevens is er vlak vóór de uitvoering van deze studie een pilot-onderzoek naar de YSR gedaan, onder dezelfde cliëntenpopulatie adolescenten. Hierdoor hebben adolescenten in korte tijd tweemaal dezelfde vragenlijst opgestuurd gekregen, hetgeen de motivatie voor medewerking aan dit onderzoek mogelijk heeft verlaagd.

Bij navraag blijkt dat adolescenten tevens niet hebben geparticipeerd, omdat zij er niet zeker van waren dat hun gegevens anoniem zouden blijven.

Tevens bestaan de steekproeven van ouders voornamelijk uit autochtone participanten (in beide groepen 91%). Cross-cultureel onderzoek wijst uit dat etniciteit en verschillende culturen van invloed zijn op rapportage van ouders over emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten (Crijnen et al., 1999; Roberts, Alegria, Roberts & Chen, 2005). De Boer en collega's (2006) bevinden dat allochtone ouders een significant hoger rapportcijfer geven voor algemene tevredenheid dan autochtone ouders. In ander nationaal onderzoek (Ramos et al., 2006) komt naar voren dat allochtone ouders minder tevreden zijn over de hulpverlening dan autochtone ouders. Dit betekent dat de resultaten uit dit onderzoek niet gegeneraliseerd kunnen worden naar etnische minderheidsgroepen of naar populaties cliënten waaronder zich matig tot veel allochtone cliënten bevinden.

Dit onderzoek is cross-sectioneel van aard. De beperking van dit type onderzoek is dat er één meetmoment is, waarbij data wordt verzameld bij een specifieke populatie. Byalin (1993) geeft aan dat in cross-sectionele studies naar cliëntenpopulaties tevreden cliënten vaak oververtegenwoordigd zijn. Ook Lebow (1983) beschrijft dat cliënten die minder tevreden zijn over de hulpverlening, minder snel participeren in onderzoek. Ook cliënten die minder stabiel zijn, meer stress ervaren en een grotere mate van geestelijke problemen hebben, participeren minder snel. Een lage respons kan dan leiden tot een "zelf-selectie van tevreden cliënten" (Byalin, 1993, p. 71). Ook in dit onderzoek is de gemiddelde tevredenheid hoog bij alle groepen ($M > 3.20$) en zijn de gemiddelde rapportcijfers voor algehele tevredenheid bij alle groepen tussen de 7 en de 8.

Lebow (1983) stelt daarnaast dat cliënttevredenheidsonderzoeken zijn vertekend door sociale wenselijkheid. Cliënten zijn geneigd zich erg tevreden te presenteren, ondanks de mate van kwaliteit van de hulpverlening. Het is aannemelijk dat dit tevens gebeurt bij de tevredenheid van adolescenten en ouders over de hulpverlening. Zij willen mogelijk de hulpverleningsinstantie niet bekritisieren. De mate van tevredenheid van ouders over de hulpverlening aan hun kind is vaak een overtrokken vorm van de werkelijke tevredenheid (Young, Nicholson & Davis, 1995). Een theoretische verklaring hiervoor die vaak aangewend wordt, is dat de cliënt zelf een keuze heeft gemaakt voor een bepaalde vorm van hulpverlening, en diegene niet wil erkennen dat de hulpverleningsinstelling afwijkt van zijn/haar perceptie dat er een juiste keuze gemaakt is. Dit maakt dat de cliënt een positievere houding aanneemt ten aanzien van de instelling en de hulpverlening (Kaplan, Busner, Chibnall & Kang, 2001).

Conclusie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Concluderend kan gesteld worden dat dit onderzoek aantoont dat algehele cliënttevredenheid van adolescenten en ouders binnen de jeugdhulpverlening, niet samenhangt met ernst van de problematiek van het kind. Deze studie levert een bijdrage aan consistentie binnen de literatuur en verdere theorieontwikkeling op het gebied van cliënttevredenheid. Het is van belang om dergelijke invloeden op cliënttevredenheid te onderzoeken, zodat de mate van cliënttevredenheid werkelijk kan worden toegeschreven aan de geboden hulpverlening, in plaats van aan kenmerken van de individuele cliënt. Het is dan ook aanbevolen om binnen Nederland meer onderzoek te doen naar variabelen die van invloed kunnen zijn op cliënttevredenheid, zodat uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoek nauwkeuriger geïnterpreteerd kunnen worden en beter op waarde geschat. Dit is van belang, gezien het feit dat conclusies uit dergelijke onderzoeken mede fungeren als indicator voor effectiviteit en kwaliteit van de geboden hulpverlening. Cliënttevredenheid is dan een prestatie-indicator (Van Yperen & Veerman, 2006). Tevens is het van belang om de C-toets, het instrument dat steeds vaker binnen jeugdzorginstellingen wordt gebruikt om tevredenheid van cliënten te meten, uitgebreider te onderzoeken op validiteit en betrouwbaarheid, met name op het niveau van de subschalen.

Referenties

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Youth Self Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Atkinson, M. J., & Caldwell, L. (1997). The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. *Journal of affective disorders*, 44, 169-175.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 316-322.
- Baarda, D. B., & Goede, M. P. M. de (2001). *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Blader, J. C. (2007). Longitudinal assessment of parental satisfaction with children's psychiatric hospitalization. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34 (2), 108-115.
- Boer, A. de, Heera, S., Langen, M. van, Muffels, L., & Mul, M. (2006). *Een onderzoek naar cliënttevredenheid in de jeugdhulpverlening*. Ongepubliceerde masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- Brannan, A. M., Sonnichsen, S. E., & Heflinger, C. A. (1996). Measuring satisfaction with children's mental health services: validity and reliability of the satisfaction scales. *Evaluation and Program Planning*, 19 (2), 131-141.
- Byalin, K. (1993). Assessing parental satisfaction with children's mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 16, 69-72.
- Carscaddon, D. M., George, M., & Wells, G. (1990). Rural community mental health consumer satisfaction and psychiatric symptoms. *Community Mental Health Journal*, 26 (4), 309-318.
- Cito (2001-2009). Gevonden op 30 januari 2009, op http://toetswijzer.kennisnet.nl/toets.asp?Mode=Uitgever&uit_id=10
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist Syndrome Constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 569-574.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using SPSS*. London: SAGE Publications Ltd.

- Garland, A. F., Aarons, G. A., Hawley, K. M., & Hough, R. L. (2003). Relationship of youth satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatric Services, 54* (11), 1544-1546.
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Saltzman, M. D., & Kruse, M. I. (2000). Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Mental Health Services Research, 2* (3), 127-139.
- Garland, A. F., Haine, R. A., & Lewczyk Boxmeyer, C. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning, 30*, 45-54.
- Gaston, L., & Sabourin, S. (1992). Client satisfaction and social desirability in psychotherapy. *Evaluation and Program Planning, 15*, 227-231.
- Gerkenmeyer, J. E., & Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 32* (1), 61-73.
- Gerkenmeyer, J. E., Austin, J. K., & Miller, T. K. (2006). Model testing: Examining parent satisfaction. *Archives of Psychiatric Nursing, 20* (2), 65-75.
- Godley, S. H., Fiedler, E. M., & Funk, R. R. (1998). Consumer satisfaction of parents and their children with child/ adolescent mental health services. *Evaluation and Program Planning, 21*, 31-45.
- Hasler, G., Moergeli, H., Bachmann, R., Lambreva, E., Buddeberg, C., & Schnyder, U. (2004). Patient satisfaction with outpatient psychiatric treatment: The role of diagnosis, pharmacotherapy and perceived therapeutic change. *Canadian Journal of Psychiatry, 49* (5), 315-321.
- Havinga, L., Van den Bergh, L., & Jurrius, K. (2007). *C-toets 2007: Resultaten van 7 instellingen*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Hoff, R. A., Rosenheck, R. A., Meterko, M., & Wilson, N. J. (1999). Mental illness as a predictor of satisfaction with inpatient care at Veterans Affairs Hospitals. *Psychiatric Services, 50* (5), 680-685.
- Jumelet, H., Welling, M., Jurrius, K., & Havinga, L. (2003). *Verantwoording C-toets*, Amsterdam: Stichting Alexander.
- Kaplan, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child adolescent state psychiatric hospital. *Psychiatric Services, 52* (2), 202-206.
- Kievit, T., Tak, J. A., & Bosch, J. D. (2002). *Handboek Psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Lagerweij, N. (2006). *MTS 3, college 4: Betrouwbaarheid en validiteit*. [PowerPoint presentatie]. Gevonden op 18 mei 2009, op http://www.blackboard.uu.nl/webapps/portal/frameset.jsp?tab_id= 2_1&url=%2fwebapps%2fblackboard%2fexecute%2flauncher%3ftype%3dCourse%26id%3d_13263_1%26url%.
- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (2), 270-279.
- Lebow, J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Evaluation and Program Planning, 6*, 211-236.
- Lehman, A. F., & Zastowny, T. R. (1983). Patient satisfaction with mental health services: A meta-analysis to establish norms. *Evaluation and Program Planning, 6*, 265-274.
- Luk, E. S., Staiger, P., Mathai, J., Wong, L., Birleson, P., & Adler, R. (2001). Evaluation of outcome in child and adolescent mental health services: children with persistent conduct problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 6*, 109-124.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag.
- MOgroep Jeugdzorg (2008a). *Brancherapport zorgaanbieders Jeugdzorg 2007*. Utrecht: MOgroep.
- MOgroep Jeugdzorg (2008b). Inzet: *Begrotingsbehandeling Jeugd en gezin 2008*. Utrecht: MOgroep.
- Pekarik, G., & Guidry, L. L. (1999). Relationship of satisfaction to symptom change, follow-up adjustment, and clinical significance in private practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 30* (5), 474-478.
- Priebe, S., Kaiser, W., Huxley, P. J., Roder-Wanner, U. U., & Rudolf, H. (1998). Do different subjective evaluation criteria reflect distinct constructs? *Journal of Nervous and Mental Disease, 186* (7), 385-392.
- Ramos, C., Stams, G. J., Stoel, R., Faas, M., Yperen, T. van, & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent, 27* (3), 157-168.
- Roberts, R. E., Alegria, M., Roberts, C. R., & Chen, I. G. (2005). Concordance of reports of mental health functioning by adolescents and their caregivers. A comparison of European, African and Latino Americans. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193* (8), 528-534.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Salvi, G., Christofalo, D., Bonetto, C., & Tansella, M. (2007).

- Applications and usefulness of routine measurement of patient's satisfaction with community-based mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (437), 53-65.
- Shapiro, P. J., Welker, C. J., & Jacobson, B. J. (1997). The Youth Client Satisfaction Questionnaire: Development, construct validation and factor structure. *Journal of Child Clinical Psychology*, 26 (1), 87-98.
- Stevens, J., Pommer, E., Van Kempen, H., Zeijl, E., Woittiez, I., Sadiray, K., et al., (2009). *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Summers, J. A., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A., & Poston, D. (2005). Relationship between parent satisfaction regarding partnerships with professionals and age of child. *Topics in Early Childhood Special Education*, 25 (1), 48-58.
- Verhoef, W. G. J. (2008). *Tevredenheid van cliënten en hun ouders in de niet vrijwillige hulpverlening van Bureau Jeugdzorg Noordwest Veluwe*. Ongepubliceerde masterthesis. Universiteit Utrecht.
- Verhulst F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL /4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst F. C., Ende, J. van der, & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self Report (YSR)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit/Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F. C., Koot, H. M., & Ende, J. van der (1994). Differential Predictive Value of Parents' and Teachers' Reports of Children's Problem Behaviors: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22 (5), 531-546.
- Vocht, A. de (2002). *Basishandboek SPSS 10*. Utrecht: Bijleveld Press.
- Wyshak, G., & Barsky, A. (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression. Patient and physician ratings compared. *General Hospital Psychiatry*, 17, 108-114.
- Young, S. C., Nicholson, J., & Davis, M. (1995). An overview of issues in research on consumer satisfaction with child and adolescent mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 4 (2), 219-238.
- Yperen, T. A. van, & Veerman, J. W. (2006). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

BIJLAGE

Tabel I. *Tevredenheid van ouders op alle items- gemiddelden en standaarddeviaties*

	Ouders adolescenten (12-18 jaar) (N=21)		Ouders kinderen (6-11 jaar) (N=23)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Contact</i>				
1. De medewerkers van UJL/OCG zijn vriendelijk.	3.57	0.51	3.65	0.57
2. De medewerkers nemen mij serieus.	3.62	0.50	3.57	0.73
3. Er is begrip voor onze problemen.	3.48	0.60	3.52	0.85
4. Medewerkers van UJL/OCG zijn goed bereikbaar.	3.17	0.58	3.43	0.66
5. Ik heb voldoende contact met de pedagogisch medewerker/ ambulante hulpverlener van mijn kind.	3.33	0.73	3.35	0.57
<i>Deskundigheid</i>				
6. Ik krijg duidelijk antwoord op mijn vragen.	3.43	0.68	3.22	0.80
7. Ik krijg goede adviezen.	3.43	0.68	3.39	0.84
8. Medewerkers van UJL/OCG komen afspraken na.	3.43	0.60	3.39	0.72
9. Medewerkers hebben voldoende kennis om ons te kunnen helpen.	3.43	0.60	3.22	0.80
<i>Verloop van de hulp</i>				
10. We werden meteen geholpen door UJL/OCG toen dat nodig was.	2.48	0.98	2.83	0.94
11. Het eerste contact met UJL/OCG was goed.	3.40	0.50	3.41	0.58
12. Ik ben tevreden over het aantal hulpverleners dat ons gezin bij UJL/OCG heeft gehad.	3.29	0.56	3.31	0.63
13. UJL/OCG werkt goed samen met andere organisaties.	3.24	0.54	3.20	0.55
<i>Informatie</i>				
14. Ik krijg voldoende informatie over de hulp aan mijn kind.	3.29	0.78	3.26	0.81
15. Ik ken de inhoud van het hulpverleningsplan.	3.24	0.70	3.57	0.51
16. Ik weet hoe ik een klacht kan indienen bij UJL/OCG.	3.13	0.84	2.70	0.76
17. Onze persoonlijke gegevens worden zorgvuldig behandeld.	3.35	0.63	3.43	0.51
<i>Doel en resultaat</i>				
18. Ik vind het hulpverleningsplan goed.	3.35	0.48	3.35	0.65
19. Bij beslissingen over de hulp wordt mijn mening belangrijk gevonden.	3.48	0.60	3.43	0.66
20. De hulp helpt ons gezin echt goed.	3.24	0.62	3.26	0.69

21. Ik verwacht dat de doelen behaald worden. <i>Extra stellingen</i>	3.25	0.62	3.35	0.57
22. Ik heb voldoende inspraak in het hulpverleningsplan van mijn kind.	3.24	0.77	3.39	0.58
23. De taal die gebruikt wordt in (hulpverlenings)verslagen is goed te begrijpen.	3.42 (N=19)	0.51	3.48	0.59
24. Bij start van de hulpverlening van UJL/OCG heb ik voldoende informatie gekregen over hoe de hulpverlening zal gaan verlopen.	3.14	0.57	3.22	0.67
25. Ik ben tevreden over de zorg voor mijn kind (eten, kleding, kamer, voorzieningen groep) (<i>indien van toepassing</i>).	3.27 (N=11)	0.65	3.54 (N=13)	0.66
26. Als onze pedagogisch medewerker/ ambulant hulpverlener ziek is, kan ik snel terecht bij een andere hulpverlener van UJL/OCG (<i>indien van toepassing</i>).	3.00 (N=12)	0.60	2.80 (N=15)	0.77
27. Mijn kind ontvangt hulp vanuit verschillende afdelingen van UJL/OCG. Ik vind dat deze hulp goed op elkaar is afgestemd (<i>indien van toepassing</i>).	3.00 (N=6)	0.63	3.17 (N=6)	0.75

Tabel II. *Tevredenheid van adolescenten op alle items- gemiddelden en standaarddeviaties*

	Ouders adolescenten (12-18 jaar) (N=22)	
	M	SD
<i>Contact</i>		
1. Ik voel mij op mijn gemak bij UJL/OCG.	3.18	0.66
2. De medewerkers van UJL/OCG zijn vriendelijk.	3.57	0.50
3. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener neemt mij serieus.	3.41	0.50
4. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener heeft genoeg tijd voor mij.	3.32	0.65
5. Ik kan mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener bij UJL/OCG goed bereiken.	3.38	0.58
<i>Deskundigheid</i>		
6. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener helpt mij met mijn problemen.	3.41	0.59
7. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener geeft goede adviezen.	3.36	0.58
8. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener bij UJL/OCG komt afspraken na.	3.55	0.51
9. Ik vind dat UJL/OCG goed omgaat met mijn ouders/verzorgers.	3.36	0.66

<i>Verloop van de hulp</i>		
10. Ik werd meteen geholpen door UJL/OCG toen dat nodig was.	3.24	0.53
11. Het eerste contact met UJL/OCG was goed.	3.36	0.49
12. Ik ben tevreden over het aantal groepsleiders/ ambulant hulpverleners dat ik bij UJL/OCG heb gehad.	3.45	0.51
13. UJL/OCG werkt goed samen met andere organisaties.	3.15	0.77
<i>Informatie</i>		
14. Ik krijg voldoende informatie over de hulp.	2.95	0.65
15. Ik ken de inhoud van het hulpverleningsplan.	2.73	0.70
16. Ik weet hoe ik een klacht kan indienen bij UJL/OCG.	3.05	0.90
17. Mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener gaat goed om met de informatie die ik doorgeef.	3.27	0.63
<i>Doel en resultaat</i>		
18. Ik vind het hulpverleningsplan goed.	2.96	0.38
19. Ik heb samen met mijn groepsleider/ ambulant hulpverlener de doelen van de hulp bepaald.	2.78	0.62
20. De hulp helpt mij echt goed.	3.10	0.68
21. Ik verwacht dat mijn doelen behaald worden.	3.46	0.67
<i>Extra stellingen</i>		
22. Ik beslis mee over mijn hulpverleningsplan.	2.85	0.67
	(N=20)	
23. De taal die gebruikt wordt in (hulpverlenings)verslagen is goed te begrijpen.	3.00	0.67
	(N=19)	
24. Als mijn eigen groepsleider/ ambulant hulpverlener ziek is, kan ik snel terecht bij een andere hulverlener van UJL/OCG (<i>indien van toepassing</i>).	3.27	0.59
	(N=15)	
25. Bij start van de hulpverlening van UJL/OCG heb ik voldoende informatie gekregen over hoe de hulpverlening zal gaan verlopen (<i>indien van toepassing</i>).	3.00	0.63
	(N=21)	
