

# Meten van gebruikersoordeel in de jeugd-ggz; kwalitatieve methoden en tevredenheidsvragenlijsten

J. VANDERFAEILLIE, T. STROOBANTS, D. VAN WEST, C. ANDRIES

**ACHTERGROND** Kwaliteitsvolle jeugdhulp en besluitvorming in jeugdhulpverlening moeten bij voorkeur gebaseerd zijn op een combinatie van empirische onderzoeksgegevens, het klinisch oordeel van hulpverleners en het oordeel en de voorkeuren van gebruikers. Ook dient de hulp sociaal en cultureel aan te sluiten op de hulpvrager. Wat betreft het gebruikersoordeel wordt vaak gebruikgemaakt van tevredenheidsmetingen en in het bijzonder tevredenheidsvragenlijsten.

**DOEL** Kritisch analyseren van de determinanten van tevredenheid en tevredenheidsvragenlijsten als meetmethode in de jeugdhulp.

**METHODE** Niet-uitputtend literatuuronderzoek.

**RESULTATEN** Het onderzoek toont dat tevredenheid geen indicator is voor effectiviteit, dat tevredenheid verschilt afhankelijk van het perspectief en dat aan de vragenlijst als methode nadelen verbonden zijn.

**CONCLUSIE** Kwalitatieve methoden lijken meer aangewezen om het gebruikersoordeel in de jeugdhulp te verzamelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)6, 424-432

**TREFWOORDEN** gebruikersoordeel, jeugdhulp, jeugdhulpverlening, tevredenheid, vragenlijsten



ARTIKEL



Er bestaat een groeiende consensus dat kwaliteitsvolle jeugdhulp en besluitvorming inzake jeugdhulpverlening gebaseerd moeten zijn op een combinatie van empirische onderzoeksgegevens, het klinisch oordeel van hulpverleners, het oordeel van gebruikers, hun voorkeuren en een (culturele) fit tussen de hulp en de hulpvrager (Aarons e.a. 2010). Voor het oordeel van gebruikers wordt vaak gebruikgemaakt van tevredenheidsmetingen.

In deze bijdrage gaan we dieper in op het nut en de nadelen van tevredenheidsmetingen. Bij de voorbereiding ervan werd een niet-uitputtend literatuuronderzoek uitgevoerd, resulterend in relevant empirisch en conceptueel materiaal waarop de tekst is gebaseerd. Na een schets van het kader waarin tevredenheidsmetingen hun oorsprong vonden, hebben we oog voor de eigenaar van de tevredenheid en waarover deze tevreden is. Vervolgens bespreken

we hoe tevredenheid kan worden gemeten en welke de determinanten ervan zijn. We ronden af met een discussie. We willen de huidige praktijken van cliënttevredenheidsmetingen ter discussie stellen en een bijdrage leveren aan de zinvolheid ervan.

## Nieuwe visies op jeugdhulp

Meerdere maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende aandacht voor kwaliteit, kinderrechten en *empowerment* hebben bijgedragen aan het belang dat vandaag de dag wordt gehecht aan het oordeel van de cliënt over hulpverlening. Deze ontwikkelingen maken dat jongeren en hun ouders in jeugdhulp steeds meer als gelijke partners worden beschouwd met rechten, plichten en verantwoordelijkheden. Gezinnen en jongeren zijn geen passieve en afhankelijke consumenten van hulp. Ze zijn

actieve gebruikers en hun mening over de geleverde diensten is belangrijk.

Een belangrijke aanzet komt vanuit het kwaliteitsdenken en het decreet (een Vlaamse wet) betreffende de kwaliteit in gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003. Het decreet werd pas op 1 maart 2014 operationeel in de Bijzondere Jeugdbijstand met de wijziging op 14 februari 2014 van het besluit van de Vlaamse regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand. Het decreet bepaalt dat instellingen door middel van zelfevaluatie moeten aantonen hoe ze hun processen, structuren en resultaten bewaken, beheersen en voortdurend verbeteren. De gebruiker kreeg hierin een centrale plaats. Instellingen worden aangespoord om gebruikers in staat te stellen om hun wensen en behoeften kenbaar te maken. Er wordt immers niet meer aanvaard dat hulp op zich goed is. Jeugdhulpverlening dient zich te verantwoorden tegenover opdrachtgevers, financiers, maatschappij én gebruikers.

Ook het decreet rechtspositie van 7 mei 2004 benadrukt dat jongeren en ouders worden betrokken bij het proces van besluitvorming wanneer hulp wordt opgestart. Ze hebben het recht om mede vorm en inhoud te geven aan de hulp en de condities die daaraan ten grondslag liggen. Een minderjarige moet instemmen met de hulp, heeft vrije keuze inzake hulp en mag hulp stopzetten wanneer hij of zij het wenst, zonder dat latere hulp van dezelfde voorziening in het gedrang komt.

Ten slotte moet sinds de invoering van het Globaal Plan (Vervotte 2006) Vlaamse jeugdhulp onder meer gepast, empowerend en participatief zijn (Grietens & Mercken 2006). Met gepast wordt bedoeld dat de inhoud, vorm, frequentie en intensiteit van hulp moeten aansluiten op de vraag van het gezin en de jongere. Hulp is empowerend wanneer cliënten worden aangemoedigd om eigen krachten aan te boren en eigen natuurlijke steunbronnen en die uit hun directe omgeving aan te spreken. Gedurende de periode van hulp leren cliënten vaardigheden waardoor ze opnieuw controle krijgen over hun eigen leven (Verzaal 2005). Hulp moet resulteren in een versterking van de cliënt die na een periode van hulp zijn of haar problemen zelf de baas is. Met participatief wordt bedoeld dat hulpverlening gebeurt in dialoog met de gebruiker. Hulpverleners geven gebruikers een stem in het hulpverleningsproces op het micro- (relatie hulpverlener-cliënt), meso- (binnen de voorziening als organisatie) en macroniveau (cliëntenverenigingen).

Wil duidelijk zijn of hulp voldoet aan verwachtingen van gebruikers en aan de genoemde principes, dan moet men informatie verzamelen over de ervaringen van gebruikers met deze hulp.

## AUTEURS

**JOHAN VANDERFAEILLIE**, hoofddocent, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie, Vrije Universiteit Brussel.

**TIM STROOBANTS**, onderzoeker, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie, Vrije Universiteit Brussel.

**DIRK VAN WEST**, docent, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie, Vrije Universiteit Brussel.

**CAROLINE ANDRIES**, hoofddocent, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie, Vrije Universiteit Brussel.

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr J. Vanderfaeillie, Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen, Vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie, Vrije Universiteit Brussel, Pleinlaan 2, 1050 Brussel, België.

E-mail: johan.vanderfaeillie@vub.ac.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-11-2014.

## Belang van mening van cliënten

Het betrekken van cliënten bij hulpverlening en het verzamelen van gegevens over hun ervaringen is belangrijk om twee redenen: 1. effectiviteit en 2. optimaliseren van hulp. Een goede overeenkomst tussen cliënt en hulpverlener over het probleem, de doelen van de hulp en de aanpak van het probleem, resulteert in effectievere hulp (Van Yperen 2003). Een gebrek aan overeenkomst kan leiden tot uitval. Mening van de cliënt over de hulp kunnen worden aangewend om de hulp te verbeteren.

Het betrekken van cliënten bij beslissingen omtrent de hulp en het verzamelen van informatie over hun ervaringen met hulp waren in Vlaanderen tot voor kort niet vanzelfsprekend. Zo werd het kwaliteitsdecreet slechts recent (tien jaar na de stemming erover) operationeel in de bijzondere jeugdbijstand. Uit eerdere bevestigingen bleek dat de cliëntenbetrokkenheid in de hulp- en dienstverlening van de bijzondere jeugdbijstand moest worden vergroot. Instellingen rapporteerden dat er ruimte was voor verbetering inzake: 1. maximaal betrekken van cliënten bij het opmaken, evalueren en bijsturen van het handelingsplan, 2. het bevragen van cliënten over hoe zij de hulpverlening ervaren om de begeleiding te kunnen optimaliseren, 3. het op de hoogte brengen van cliënten over hoe informatie wordt opgeslagen en gebruikt, en weten hoe ze hierin

inzage kunnen hebben en, ten slotte, 4. het betrekken van cliënten bij de evaluatie van de klachtenprocedure (Heytens 2006). Kortom, sinds een tiental jaar is de mening van de cliënt over de verkregen hulp steeds belangrijker geworden.

### Wie is tevreden?

In jeugdhulpverlening is niet steeds duidelijk wie de cliënt is. Immers, in situaties van maatschappelijke noodzaak zijn de ouders en jongeren zelden degenen die om hulp vragen. Vaak zijn de cliënten ouders die om hulp vragen bij de opvoeding van hun kinderen. De aanwezigheid van problemen is een beslissing van ouders en/of andere opvoeders. In andere gevallen kloppen jongeren aan bij hulpverleners met problemen die zij ervaren in hun ontwikkeling of met hun ouders.

Cliënten zijn dus de ouders of de jongeren. Vaak zullen echter de kinderen van hulpvragende ouders en ouders van een hulpvragende jongere bij de hulpverlening worden betrokken. Hierbij kunnen belangenconflicten ontstaan. De begeleiding kan immers door het kind ervaren worden als een afwijzing of straf. Ook de ouders die op gesprek gevraagd worden, kunnen het niet eens zijn met een voorstel tot begeleiding.

Bovendien mag zelfs in geval van bereidheid van zowel ouders en jongeren tot begeleiding er niet van worden uitgegaan dat ouders en jongeren even tevreden zullen zijn over de begeleiding. Jongeren hoeven immers niet tevreden te zijn met datgene waarmee ouders tevreden zijn en vice versa (Garland e.a. 2007; Jumelet e.a. 1999). De hulpverlener moeten zich van deze verschillen bewust zijn. Het wijst tevens op het belang om de tevredenheid van de verschillende partijen te meten.

### Waarover tevreden?

Cliënttevredenheid wordt vaak gedefinieerd als het perspectief van cliënten op de hulp die ze krijgen (Harris & Poertner 1998). Een andere vaak gebruikte definitie stelt dat cliënttevredenheid de relatie betreft tussen verwachtingen over een begeleiding en de concrete ervaringen ermee (Sitzia & Wood 1997). Een dergelijke definitie resulteert niet in een heldere inhoudsbepaling van het concept (Baker 2007). De afwezigheid van een inhoudsbepaling heeft als gevolg dat de inhoud van de cliënttevredenheid wordt bepaald door de vragen/items die men aan gebruikers voorlegt. Dit gebrek aan duidelijkheid omtrent de inhoud wordt bovendien in de hand gewerkt door een gebrek aan overeenkomst tussen de verschillende perspectieven over wat belangrijk is en waarover men feedback moet vragen.

Zo toont onderzoek aan dat jongeren voornamelijk relationele aspecten en uitkomsten van de hulp belangrijk

vinden en dat ze over deze aspecten feedback geven, terwijl ouders meer geïnteresseerd zijn in het logistieke aspect (de coördinatie van de gekregen hulp) en de continuïteit van de hulp (Aarons e.a. 2010). Dit betekent tevens dat het er wel degelijk toe doet welke onderwerpen de items/vragen dekken, hoe ze tot stand zijn gekomen en wie ze geformuleerd heeft (gebruiker, hulpverlener, onderzoeker).

Hoewel het voor de hand ligt om gebruikers te betrekken bij het formuleren van de vragen, blijkt dit nog geen gangbare praktijk. Een internationale literatuurstudie naar de totstandkoming van cliënttevredenheidsvragenlijsten toonde dat van 39 vragenlijsten voor slechts 2 lijsten cliënten de voornaamste informatiebron waren. Voor 5 andere vragenlijsten werden de items verkregen in samenwerking met professionals en cliënten (Harris & Poertner 1998). De items van alle andere vragenlijsten waren gebaseerd op meningen van professionals, onderzoekers en literatuur. Hierdoor staat de validiteit van deze laatste vragenlijsten ter discussie.

Wat het Nederlandstalige taalgebied betreft, oogt de situatie positief. De *Cliënten-toets* (C-toets) werd in 2004 ontwikkeld in samenwerking met cliënten, professionals en wetenschappers. Na een evaluatie in 2005 werd het instrument opnieuw besproken met cliënten en cliëntenraden door middel van groepspanels, focusgroepen en individuele interviews met jongeren en ouders. Dit proces resulteerde in de laatste versie van het instrument de C-toets versie 2007 (Jurrius e.a. 2007).

De *Exit-vragenlijst* werd ontwikkeld op basis van een niet-uitputtend literatuuronderzoek. De bruikbaarheid en praktische relevantie van het instrument werden onderzocht met feedback van professionals en cliënten (Jurrius e.a. 2008).

De items van de *Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect* (De Meyer e.a. 2004) werden gegenereerd op basis van ervaringen van wetenschappers in evaluatie en follow-uponderzoek.

Een veel in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gebruikt instrument is de *GGZ Jeugdthermometer*. De eerste jeugdthermometer (2003) was gebaseerd op de *GGZ volwassenenthermometer*, die werd ontwikkeld in samenwerking met cliënten, professionals en wetenschappers. Tussen 2003 en 2005 werd de jeugdthermometer uitgebreid getest bij tientallen instellingen in de jeugd-ggz (Bransen e.a. 2005). Kortom, cliënten werden betrokken bij de ontwikkeling van 3 van de 4 Nederlandstalige tevredenheidsmeetinstrumenten.

### DIMENSIES VAN CLIËNTTEVREDENHEID

In de literatuur vinden we heel wat verschillende dimensies van cliënttevredenheid. Een eerste dimensie is een globaal tevredenheidsoordeel over de hulp. Daarnaast

worden in het domein van jeugdhulp vaak de dimensies: effectiviteit van de praktijkwerker, assessmentvaardigheden en kwaliteit van de hulpverleningsrelatie inclusief het feit dat ouders zich gerespecteerd voelen door de professionals, aangetroffen. Minder frequent worden de dimensies verwachtingen van hulp en cultuursensitieve competenties bevraagd (Harris & Poertner 1998).

Instrumenten ontwikkeld voor het domein van de geestelijke gezondheid omvatten vaak de dimensies: mening over de praktijkmedewerker, kwaliteit van de dienstverlening, tevredenheid inzake de werkrelatie met de therapeut en uitkomsten. Minder frequent worden de dimensies: tevredenheid met de fysieke omgeving, procedures, aard van de behandeling, toegang tot de voorziening, financiële drempels en tijd tussen aanmelding en eerste afspraak in kaart gebracht (Harris & Poertner 1998).

Uit dit overzicht kunnen we opmaken dat er met tevredenheidsmetingen naast een globaal tevredenheidsoordeel twee overkoepelende thema's in kaart worden gebracht. Het eerste betreft de tevredenheid met het proces: de structuur (frequentie, intensiteit, duur, toegankelijkheid, gepastheid, aard en inhoud van de interventie) en de cliënt-hulpverlenerrelatie. Het tweede onderwerp betreft de perceptie van de effecten en uitkomsten van de hulp (probleemreductie en doelrealisatie).

Hierbij moeten we opmerken dat een globaal tevredenheidsoordeel vaak wordt gemeten met eendimensionale maten. Deze scores bieden echter weinig aanknopingspunten inzake verbetering. In geval van een negatieve score maken ze het niet mogelijk het probleemdomein te identificeren.

### Determinanten van tevredenheid

Zowel kenmerken van hulp als cliëntkenmerken zijn geassocieerd met tevredenheid. Hulpkenmerken geassocieerd met cliënttevredenheid zijn: de mate waarin respect getoond wordt voor culturele verschillen (Damashek e.a. 2011; Kapp & Vela 2004), heldere verwachtingen ten aanzien van de cliënt (Kapp & Vela 2004), afwezigheid van verbale en fysieke agressie (Kaplan e.a. 2001), zorg die voldoet aan kwaliteitsstandaarden (Edlund e.a. 2003), de mate waarin de omgeving en het gezin van de jongere worden betrokken (Damashek e.a. 2011), een focus op probleemoplossing in tegenstelling tot een focus op persoonlijkheidsverandering (Lebow 1982), een goede therapeutische relatie (Hawley & Weisz 2005) en de aard van de hulp (ambulante hulp en pleegzorg worden positiever ervaren dan residentiële zorg) (Ramos e.a. 2006).

Over de duur van de hulp worden gemengde resultaten gevonden. Met de C-toets werd gevonden dat korter durende hulp geassocieerd is met een hogere tevredenheid

(Jurrius e.a. 2011; Ramos e.a. 2006). Anderen vonden dat zowel de tevredenheid van jongeren als die van ouders geassocieerd was met meer therapie sessies en een langere begeleiding (Garland e.a. 2000; 2007; Shapiro e.a. 1997).

Tevredenheid correleert met cliëntkenmerken. Een eerste kenmerk is het perspectief. Vaak is er slechts een beperkte associatie tussen de tevredenheidsscores van jongeren en die van hun ouders (Aarons e.a. 2010; Garland e.a. 2007; Hawley & Weisz 2005; Lambert e.a. 1998). Demografische kenmerken zoals leeftijd, etniciteit, opleidingsniveau en inkomen zijn eveneens geassocieerd met tevredenheidsscores. Jongere adolescenten en hun ouders zijn meer tevreden dan oudere adolescenten en hun ouders (Ramos e.a. 2006; Shapiro e.a. 1997). Blanke jongeren en ouders hebben hogere tevredenheidsscores dan niet-blanke jongeren en ouders (Garland e.a. 2007; Ramos e.a. 2006). Laag opgeleide cliënten en cliënten met een lager inkomen zijn meer tevreden dan hoger opgeleide cliënten en cliënten met een hoger inkomen (Harris & Poertner 1998; Revicki 2004).

Wat instroomkenmerken betreft, zijn jongeren met een lichtere problematiek en ouders met minder opvoedingsstress vaak meer tevreden met de interventie dan jongeren met een ernstigere problematiek of ouders met meer opvoedingsstress (Garland e.a. 2003; 2007). Cliënten met positievere verwachtingen en een grotere bereidheid om in therapie te gaan, hebben hogere tevredenheidsscores (Garland e.a. 2000; 2007). Een grotere tevredenheid houdt ook verband met een grotere motivatie om de behandeling te continueren (Kaplan e.a. 2001).

Van de besproken kenmerken wordt tevredenheid het *beste* voorspeld door cliëntkenmerken. Hulpkenmerken met uitzondering van de therapeutische relatie zijn niet meer geassocieerd met tevredenheidsscores wanneer in dezelfde analyses ook cliëntkenmerken worden opgenomen (zie bijvoorbeeld Hawley & Weisz 2005; Ramos e.a. 2006).

### Relatie van tevredenheid met uitkomsten

Vaak worden resultaten van tevredenheidsonderzoek gebruikt als bewijs voor doeltreffendheid of werkzaamheid (Van Yperen e.a. 2008). Echter, de associatie van uitkomsten in termen van probleemreductie en/of toename van pro sociaal gedrag enerzijds en tevredenheidsscores anderzijds is klein ( $r < 0,30$ ; Cohen (1988)) (vergelijk Damashek e.a. 2011; Kaplan e.a. 2001; Lunnen e.a. 2008; Trotter 2008). Bovendien is de associatie van tevredenheid met cliëntkenmerken vaak groter dan de associatie ervan met effecten (vergelijk Garland e.a. 2003; 2007; Lambert e.a. 1998; Shapiro e.a. 1997).

Daarnaast zijn determinanten van tevredenheid evenmin geassocieerd met een grotere effectiviteit. Zo voorspelde in het onderzoek van Damashek e.a. (2011) respect voor culturele verschillen en een grotere betrokkenheid van de context en het gezin bij de behandeling een grotere tevredenheid; beide factoren voorspelden echter geen grotere doelrealisatie. Kaplan e.a. (2001) vonden dat kinderen en ouders die klachten hadden over het personeel duidelijk minder tevreden waren, maar dit was niet geassocieerd met een gerapporteerde probleemreductie. Kortom, cliënttevredenheid en doeltreffendheid/werkzaamheid zijn twee verschillende dingen (Chaffin & Friedrich 2004; Lambert e.a. 1998) met verschillende predictoren.

### Het meten van cliënttevredenheid

Het meten van cliënttevredenheid kan met vragenlijsten die op papier of via het internet worden ingevuld, individuele en groepsinterviews, observatie, klachtenprocedures, een ombudspersoon en een cliëntenraad. Deze methodes betreffen zowel vormen van formele cliëntenraadpleging als vormen van spontane feedback.

Voor formele cliëntenraadpleging wordt de schriftelijke vragenlijst vermoedelijk het meest gebruikt. Schriftelijke vragenlijsten hebben het voordeel dat ze snel af te nemen zijn bij grote groepen, gemakkelijk te verwerken zijn en dat hun psychometrische eigenschappen kunnen worden onderzocht. Bovendien is het mogelijk herhaalde metingen met elkaar te vergelijken waardoor evoluties inzake tevredenheid kunnen worden gezien. Ten slotte kunnen de scores vergeleken worden met normen indien deze voorhanden zijn.

Ondanks de voordelen verbonden aan het gebruik van een cliënttevredenheidsvragenlijst, zijn er belangrijke nadelen. Het betreft problemen inzake representativiteit en antwoordpercentages, responsbias, hoge scores, vaardigheden van cliënten, sociale wenselijkheid, vertrouwelijkheid en *recall*bias (Baker 2007; Harris & Poertner 1998) (zie **TABEL 1**).

### LAGE RESPONS

Cliënttevredenheidsmetingen met schriftelijke vragenlijsten, al dan niet online ingevuld, kampen vaak met lage responspercentages. Dit is het gevolg van een moeilijk bereiken van de cliënten na de hulpverlening als gevolg van foute adressen en telefoonnummers, het niet lezen van post enzovoort. Sommige cliënten voelen zich beledigd door het onpersoonlijke karakter van een cliënttevredenheidsvragenlijst. De kans dat cliënten de vragenlijst beantwoorden, is groter wanneer de hulp in overleg werd beëindigd, bij langer durende begeleidingen en bij een positieve evaluatie van de effecten (Lebow 1983).

Manieren om de respons te vergroten zijn: cliënten de vragenlijst persoonlijk overhandigen, ze meerdere keren uitnodigen om de vragenlijst in te vullen, aangeven wat met de informatie zal worden gedaan en waartoe ze kan leiden, en benadrukken dat het een kans is om uitdrukkelijk hun mening te uiten. Daarnaast kunnen een op voorhand geadresseerde en gefrankeerde envelop, een vergoeding bij antwoorden en dergelijke helpen om het responspercentage te verhogen. Een combinatie met een telefonische bevraging van cliënten die de schriftelijke vragenlijst niet hebben beantwoord, blijkt een efficiënte wijze van bevraging.

### BIAS

Lage responspercentages zetten de representativiteit van de verkregen informatie onder druk. De vraag is of de verkregen antwoorden het cliëntperspectief weerspiegelen. Dit is vermoedelijk niet het geval. Onderzoek toonde immers aan dat degenen die niet reageren minder tevreden zijn met de hulp (Baker 2007; Lebow 1983) en de hulp vaker voortijdig beëindigen (Harris & Poertner 1998). Deze laatste bevinding wijst op het belang van gehele cohorten cliënten te bevragen en niet slechts die cliënten die worden aangetroffen in de instelling of die de begeleiding voleindigen.

Een ander belangrijk probleem is *acquiescent response bias* (Shuman & Presser 1996). Dit fenomeen betreft de neiging van respondenten om akkoord te gaan met voorgelegde stellingen ongeacht hun inhoud. Dit maakt dat positief geformuleerde items vaak leiden tot positieve antwoorden en negatief geformuleerde items tot negatieve scores. De bewoording van de items kan het fenomeen versterken. Evaluatieve antwoordmogelijkheden (bijvoorbeeld slecht, matig of uitstekend) lijden minder onder dit fenomeen dan antwoordmogelijkheden die verwijzen naar attitudes (weinig tevreden, matig tevreden, zeer tevreden). Daarnaast hebben oudere personen, lager opgeleide personen en personen met een minder goede gezondheid een sterkere neiging tot *acquiescent response bias* (Ross e.a. 1995). Een manier om de invloed van dit fenomeen te beperken is zowel positieve als negatieve items te includeren in de schaal.

Vaak worden hoge scores verkregen met cliënttevredenheidsvragenlijsten. Dit is vermoedelijk een van de redenen waarom cliënttevredenheidsmetingen zo populair zijn. Een verklaring is dat de items onvoldoende sensitief zijn om ontevredenheid te meten. Het is dus goed items te includeren die naar ontevredenheid zoeken (Lunnen e.a. 2008). Een andere oplossing is om cliënten via open vragen de mogelijkheid te geven negatieve kritiek te formuleren. Immers, negatieve kritiek wordt gemakkelijker geformuleerd.

**TABEL 1** Problemen van een cliënttevredenheidsvragenlijst en mogelijke oplossingen

Nadelen vragenlijsten	Oplossingen
Lage responspercentages	Spreek cliënten persoonlijk aan Gebruik reeds geadresseerde en gefrankeerde enveloppen Vergoed het invullen Monitor het invullen en bezorg indien nodig de vragenlijst meerdere keren Maak duidelijk waartoe de informatie zal worden gebruikt Benadruk het belang voor de gebruiker zelf
Gebrekkige representativiteit <i>Acquiscent response bias</i>	Bevraag cohorten Vermijd vragen naar attitudes Gebruik positieve én negatieve items
Hoge absolute scores	Gebruik ook items die ontevredenheid meten Gebruik open vragen
Kunnen lezen en schrijven	Neem vragen mondeling af (interview, telefonisch, ...)
Sociale wenselijkheid <i>Hello-goodbye-effect</i>	Garandeer anonimiteit Organiseer een bevraging door externen Gebruik peer-bevraging
Vertrouwelijkheid	Garandeer anonimiteit Beperk de verzameling van demografische gegevens
Recallbias	Organiseer de bevraging binnen een redelijke termijn na het afronden van de hulp

leerd bij open vragen (Harris & Poertner 1998). Dit betekent ook dat hoge tevredenheidsscores *niet* mogen worden geïnterpreteerd als ‘afwezigheid van problemen’. Het lijkt tevens aangewezen om negatieve scores als meer valide te beschouwen dan positieve scores (Baker 2007).

#### VORM VAN AFNAME

Het invullen van een cliënttevredenheidsvragenlijst vereist vaardigheden inzake lezen en reflectie. Het impliceert dat cliënten er tijd voor maken en inspanningen leveren. Onvoldoende vaardigheden kunnen leiden tot misverstanden en niet-valide antwoorden. Een mondelinge afname van de vragenlijst of een interview kunnen hieraan tegemoetkomen. Het is echter wel duidelijk dat omwille van sociale wenselijkheid en machtsverhoudingen dit interview niet kan worden gedaan door een professional die met het gezin heeft gewerkt.

Sociale wenselijkheid en onzekerheid over de gevolgen van de antwoorden op het verloop van de verdere hulp en/of toekomstige hulp zijn problemen van alle tevredenheidsmetingen. Hier moet ook het *hello-goodbye-effect* worden genoemd. Het betreft het feit dat het op het einde van een behandeling moeilijk is om tegen de hulpverlener die zich heeft ingespannen te zeggen dat er weinig is veranderd. Hierdoor zegt de cliënt toch maar tevreden te zijn. Deze problemen zijn minder bij een anonieme bevraging en spelen voornamelijk bij een telefonische bevraging of

interview. Een oplossing voor dit probleem is garanderen van de anonimiteit, garanderen dat de antwoorden geen invloed zullen hebben op de toekomstige hulp en een bevraging door externen. Een goedkope oplossing is peer-bevraging door onpartijdige of (ex-)cliënten.

We stelden dat sociaal wenselijke antwoorden kunnen worden voorkomen met een anonieme tevredenheidsmeting. Dit impliceert dat demografische gegevens slechts beperkt mogen worden verzameld. Immers, bij voldoende demografische gegevens kan een combinatie ervan toch de identificatie van een cliënt mogelijk maken.

Recent onderzoek stelt het belang van anonimiteit ter discussie. In dit onderzoek werden respondenten in de ene conditie benaderd met een uitnodigingstekst waarin men benadrukte dat de behandelaar geen inzage had in de antwoorden. In de tweede conditie benadrukte men dat de behandelaar inzage kreeg. Vervolgens werd het effect op het responspercentage, aantal expliciete weigeringen en verkregen antwoorden nagegaan. Hieruit bleek dat garanderen van de anonimiteit geen effect had op het responspercentage, op het aantal expliciete weigeringen, op de schaalscores en de antwoordverdelingen. Er werd meer spreiding gevonden in antwoorden van de niet-anonieme groep. Deze conditie bevat meer extreme opvattingen. Anonimiteit zorgt er dus niet voor dat mensen zich vrijer (en eventueel zelfs extremer) kunnen uitdrukken (Draisma e.a. 2013).

Ten slotte gaat het vaak over retrospectieve bevragingen. Allerlei vormen van recallbias kunnen de resultaten beïnvloeden.

## DISCUSSIE

Tot voor kort waren cliënttevredenheid en effectiviteit in de Vlaamse jeugdhulp braakliggend terrein. De laatste jaren bestaat er steeds meer interesse om cliënttevredenheid en effectiviteit te meten en te begrijpen. Uit onze analyse blijkt dat cliënttevredenheid geen indicator is voor effectiviteit. Tevredenheid is geassocieerd met cliënt-, structuur- en proceskenmerken van de interventie. Bovendien verschillen de resultaten van een tevredenheidsmeting naargelang het perspectief. De verschillen betreffen niet alleen de mate van tevredenheid, ze betreffen ook de aspecten van de hulp die belangrijk worden gevonden en waarover een tevredenheidsoordeel wordt gegeven.

Hiermee willen we zeker niet zeggen dat een cliënttevredenheidsmeting geen nut heeft. Juist omdat ze niet sterk samenhangt met effectiviteitsmaten, levert een tevredenheidsmeting nieuwe informatie op. We kunnen vier belangrijke argumenten aandragen voor het belang van een cliënttevredenheidsmeting.

Een eerste reden is dat een goede cliënttevredenheidsmeting richting kan geven aan een verbetering van de dienstverlening. De meting gebeurt dan liefst niet met eendimensionale instrumenten. De instrumenten moeten multidimensionaal zijn opdat de informatie voldoende gedetailleerd is en duidelijk wordt waar de verbeterpunten zijn gesitueerd.

Een tweede reden is kennisopbouw. Zoals aangegeven, is nog steeds niet heel duidelijk welke de kernelementen zijn van cliënttevredenheid en waarmee cliënttevredenheid is geassocieerd.

Een derde reden is dat cliënttevredenheid niet slechts een

maat biedt voor wat geweest is. Wanneer cliënten tevreden zijn over de gekregen hulp én met de opgebouwde (therapeutische) relaties, vergroot dit de kans dat ze de nodige inspanningen zullen leveren om de begeleiding te voleindigen en in de toekomst opnieuw hulp zullen zoeken indien nodig (Baker 2007; Kaplan e.a. 2001). Cliënttevredenheid wordt dan een maat voor wat ‘zal zijn’.

De vierde reden is dat cliënttevredenheidsmetingen bijdragen aan de empowerment van cliënten. Immers, via tevredenheidsmetingen krijgen cliënten expliciet een stem. Een tevredenheidsmeting moet dan ook deel uitmaken van de voortdurende inspanningen van diensten om de cliënt centraal te stellen en de hulp maximaal af te stemmen op zijn of haar noden.

## CONCLUSIE

Tevredenheidsmetingen zijn slechts zinvol wanneer ze valide en bruikbare resultaten opleveren. We hebben aangetoond dat er problemen zijn bij het gebruik van tevredenheidsvragenlijsten. Ondanks de genoemde voordelen, is het de vraag of de nadelen niet meer doorwegen. Het lijkt erop dat cliënttevredenheidsvragenlijsten te veel de mening van professionals en instellingen bevatten en cliënten te weinig de mogelijkheid geven om hun eigen visie te rapporteren. Vermoedelijk zijn kwalitatieve methoden meer aangewezen om inzicht te verwerven in wat cliënten nu echt denken over de hulp en hoe deze vanuit hun perspectief kan worden verbeterd. Het gebruik van interviews en open vragen maakt mogelijk dat een breed spectrum van waarden en ervaringen wordt ontdekt die anders aan de aandacht zouden ontsnappen en meer valide informatie wordt verkregen. Want slechts met een methode die werkelijk de mening van de cliënt vat, zal een cliënttevredenheidsmeting bijdragen aan een gepaste, empowerende en participatieve hulp.

## LITERATUUR

- Aarons GA, Covert J, Skriner LC, Green A, Marto D, Garland AF. The eye of the beholder: youths and parents differ on what matters in mental health services. *Adm Policy Ment Health* 2010; 37: 459-67.
- Baker AJL. Client feedback in child welfare programs: current trends and future directions. *Child Youth Serv Rev* 2007; 29: 1189-200.
- Bransen M, Kok I, van Wijngaarden B. De aanpassing van de GGZ Jeugdthermometer versie 2003 tot de GGZ Jeugdthermometer versie 2005. Utrecht: Trimbos-instituut; 2005.
- Chaffin M, Friedrich B. Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Child Youth Ser Rev* 2004; 26: 1097-113.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
- Damashek A, Bard D, Hecht D. Provider cultural competence, client satisfaction, and engagement in home-based programs to treat child abuse and neglect. *Child Maltreatment* 2011; 17: 56-66.
- Draisma S, Kemmeren L, Sijtsma F. Cliëntenfeedback: anonimiteit garanderen of niet? Amsterdam: CCG inGeest; 2013.
- Edlund MJ, Young AS, Kung FY, Sherbourne CD, Wells KB. Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care. *Health Serv Res* 2003; 38: 631-45.
- Garland AF, Aarons GA, Hawley KM, Hough RL. Relationship of youth satisfaction with services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1544-6.
- Garland AF, Aarons GA, Saltzman MD, Kruse MI. Correlates of adolescents' satisfaction with mental health services. *Ment Health Serv Res* 2000; 2: 127-39.

- Garland AF, Haine RA, Lewczyk Boxmeyer C. Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Eval Program Plann* 2007; 30: 45-54.
- Grietens H, Mercken I. *Werkprincipes bij het globaal plan: een aanzet tot uitdieping*. Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek, KULeuven; 2006.
- Harris G, Poertner J. *Measurement of client satisfaction*. Urbana: John Poertner; 1998.
- Hawley KM, Weisz JR. Youth versus parent working alliance in usual clinical care: distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 117-28.
- Heytens P. *Beleidsaanbevelingen voor de kwaliteitszorg in de sector BJB*. In Vyt A, editor. *Werken aan kwaliteit in de bijzondere jeugdbijstand. PROZA als instrument voor integrale kwaliteitszorg*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2006. p. 69-74.
- Jumelet H, De Ruyter D, Kayser T. *Gebruikmaken van cliëntenfeedback in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW; 1999.
- Jurrius K, Bauer J, Rutjes L, Stams GJ. *Databank biedt overzicht van cliënttevredenheidonderzoek. Transitie jeugdzorg kan profiteren van vijf jaar cliënttevredenheidonderzoek*. *Jeugd en Co Kennis* 2011; 5: 30-9.
- Jurrius K, Havinga L, Stams GJ. *Exitvragenlijst Jeugdzorg*. Amsterdam: Stichting Alexander; 2008.
- Jurrius K, Havinga L, Strating G. *De C-toets versie 2007: evaluatie C-toets versie 2004, aanpassing en verantwoording*. Utrecht: MOgroep; 2007.
- Kaplan S, Busner J, Chibnall J, Kang G. *Consumer satisfaction at a child and adolescent state psychiatric hospital*. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 202-6.
- Kapp SA, Vela RH. *The unheard client: assessing the satisfaction of parents of children in foster care*. *Child Fam Soc Work* 2004; 9: 197-206.
- Lambert W, Salzer MS, Bickham L. *Clinical outcome, consumer satisfaction, and ad hoc ratings of improvement in children's mental health*. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 270-9.
- Lebow JL. *Consumer satisfaction with mental health treatment*. *Psychol Bull* 1992; 91: 244-59.
- Lebow JL. *Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings*. *Eval Program Plann* 1983; 6: 211-36.
- Lunnen KM, Ogles BM, Pappas LN. *A multiperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, and end-point functioning*. *Prof Psychol-Res Pr* 2008; 39: 145-52.
- Meyer RE de, Janssen J, Veerman JW. *Handleiding Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect*. Nijmegen: Praktikon; 2004.
- Ramos C, Stams GJ, Stoel R, Faas M, Van Yperen TA, Dekovic M. *Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg*. *Kind en Adolescent* 2006; 27: 157-68.
- Revicki DA. *Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues*. *Gut* 2004; 53: iv40-iv44.
- Ross CK, Steward CA, Sinacore JM. *A comparative study of seven measures of patient satisfaction*. *Med Care* 1995; 33: 392-406.
- Shapiro JP, Welker CJ, Jacobson BJ. *The Youth Satisfaction Questionnaire: development, construct validation, and factor structure*. *J Child Clin Psychol* 1997; 26: 87-98.
- Schuman H., Presser S. *Questions and answers in attitude surveys: Experiments on question form, wording, and context*. Sage; 1996.
- Sitzia J, Wood N. *Patient satisfaction: a review of issues and concepts*. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43.
- Trotter C. *What does client satisfaction tell us about effectiveness?* *Child Abuse Rev* 2008; 17: 262-74.
- Vervotte I. *Gloobaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij ... Opnieuw verbinding maken*. Brussel: Vervotte; 2006.
- Verzaal H. *Empowerment*. In Hermans J, Nijnatten C, Verheij F, Reuling M, editors. *Handboek jeugdzorg deel 2. Methodieken van programma's*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005. p. 49-62.
- Yperen T van. *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW Jeugd; 2003.
- Yperen T van, Bijl R, Veerman JW. *Opzet van praktijkgestuurd effectonderzoek*. In Van Yperen T van, Veerman JW, editors. *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon; 2008. p. 209-243.



## SUMMARY

# Measuring client satisfaction in youth mental health care: qualitative methods and satisfaction questionnaires

J. VANDERFAEILLIE, T. STROOBANTS, D. VAN WEST, C. ANDRIES

- BACKGROUND** Quality youth care and decisions about youth care should ideally be based on a combination of empirical data, the clinical judgment of health professionals and the views and preferences of clients. Additionally, the treatment provided needs to fit in with the client's social and cultural background. Clients' views about their treatment are often collected via satisfaction measurements and particularly via satisfaction questionnaires.
- AIM** To make a critical analysis of the factors that determine both client satisfaction and the content of the satisfaction questionnaires used as a measurement method in youth care.
- METHOD** We made a selective study of the relevant literature.
- RESULTS** Our results show that client satisfaction is not an indicator of the effectiveness of treatment and that the degree of client satisfaction varies according to the client's outlook and perspective. Apparently, there are many disadvantages of using questionnaires as a measurement method.
- CONCLUSION** For the collection of a young person's views, qualitative methods seem to be more effective than questionnaires.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)6, 424-432

**KEY WORDS** satisfaction questionnaires, users' views, youth care, youth care service