

University of Groningen

Elke glimlach die je verzendt komt twee keer terug

Huyghen, Anne-Marie N.; Metselaar, Janneke; Post, Wendy J.; Von Rudnay, Ilonka N.; Knorth, Erik J.

Published in:
Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Huyghen, A-M. N., Metselaar, J., Post, W. J., Von Rudnay, I. N., & Knorth, E. J. (2020). Elke glimlach die je verzendt komt twee keer terug: Betrouwbaarheid en validiteit van de SMILEY 9-12, een instrument om de tevredenheid van kinderen met hun behandeling in de jeugdhulp te meten. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 59(4), 195-213. [3].

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Elke glimlach die je verzendt komt twee keer terug

Betrouwbaarheid en validiteit van de SMILEY 9-12, een instrument om de tevredenheid van kinderen met hun behandeling in de jeugdhulp te meten

Every smile you send will come back twice

Reliability and validity of the SMILEY 9-12, an instrument to measure children's satisfaction with their treatment in child and youth care

Anne-Marie N. Huyghen, Janneke Metselaar, Wendy J. Post, Ilonka N. von Rudnay & Erik J. Knorth

Dit artikel is gepubliceerd in

Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk

Jrg. 59, nr. 4, pag. 195-213

Dr. Anne-Marie N. Huyghen is als docent orthopedagogiek verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, basiseenheid Orthopedagogiek: Gedrag, Opvoeding en Kinderrechten. E-mail: A.M.N.Huyghen@rug.nl.

Dr. Janneke Metselaar is als lector zorg voor jeugd verbonden aan NHL Stenden Hogeschool Leeuwarden. E-mail: Janneke.Metselaar@nhlstenden.com.

Dr. Wendy J. Post is als universitair hoofddocent statistiek en methodologie verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, basiseenheid Orthopedagogiek: Gedrag, Opvoeding en Kinderrechten. E-mail: W.J.Post@rug.nl.

Drs. Ilonka N. von Rudnay is als orthopedagoog generalist verbonden aan Cardea, een organisatie voor gespecialiseerde jeugd- en opvoedhulp in de regio's Holland Rijnland en Haaglanden. E-mail: i.vonrudnay@cardea.nl.

Prof. dr. Erik J. Knorth is als emeritus hoogleraar orthopedagogiek/jeugdzorg verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, basiseenheid Orthopedagogiek: Gedrag, Opvoeding en Kinderrechten. E-mail: E.J.Knorth@rug.nl.

Elke glimlach die je verzendt komt twee keer terugⁱ

Betrouwbaarheid en validiteit van de SMILEY 9-12, een instrument om de tevredenheid van kinderen met hun behandeling in de jeugdhulp te metenⁱⁱ

Every smile you send will come back twice

Reliability and validity of the SMILEY 9-12, an instrument to measure children's satisfaction with their treatment in child and youth care

SAMENVATTING

Cliënttevredenheid wordt beschouwd als een belangrijke indicator van de kwaliteit van de jeugdhulp die kinderen en jongeren ontvangen. Om deze te meten voor 9-12 jarige kinderen die gespecialiseerde jeugdhulp in groepsverband ontvangen, is de SMILEY 9-12 ontwikkeld. Het instrument, bestaande uit 26 items in de vorm van visueel analoge schalen (VAS), brengt op zes domeinen de ervaringen van kinderen in kaart: informatieverstrekking, behandelomgeving, expertise hulpverleners, relatie met hulpverlener, voortgang hulpverlening en behandeluitkomsten. De SMILEY 9-12 is op constructvaliditeit en betrouwbaarheid getest in een sample van 594 kinderen die hulp ontvingen van 20 verschillende jeugdhulporganisaties in Nederland. Toepassing van Mokken Schaalanalyse voor Polytome items (MSP) resulteerde in een finale versie met 18 items, die als een matig sterke ($H=0.43$) en betrouwbare ($Rho=0.91$) schaal kan worden beschouwd om cliënttevredenheid bij kinderen te meten. Deze versie toont 'steekproef onafhankelijkheid' voor kenmerken als leeftijd, sekse, hulpfase, type ontvangen hulpverlening, en wijze van afname (groepsgewijs vs. individueel). Kinderen die in groepsverband ambulante hulp of dagbehandeling krijgen blijken (iets) meer tevreden te zijn dan kinderen in residentiële zorg. We gaan aan het eind van dit artikel in op de implicaties van onze bevindingen voor de praktijk van de jeugdhulp en het toekomstig onderzoek.

Kernwoorden: SMILEY 9-12, kinderen, tevredenheid over behandeling, psychometrische kwaliteit

ABSTRACT

Client satisfaction is regarded as a key indicator for the quality of care delivered to children and adolescents. With the aim to measure this among 9- to 12-year-old children who receive specialized treatment in a group context, the SMILEY 9-12 was developed. The instrument, comprising 26 items designed as visual analogue scales (VAS), enable the mapping of children's experiences in six domains: information provision, treatment environment, expertise professionals/therapists, relationship with professional/therapist, progress during treatment, and treatment outcomes. Construct validity and reliability of the SMILEY 9-12 were evaluated in a sample of 594 children who received psychosocial treatment in 20 different child and youth care organisations in the Netherlands. Mokken Scale analysis for Polychotomous items (MSP) resulted in a final version with 18 items which can be considered as a moderately strong ($H=0.43$) and reliable ($Rho=0.91$) scale for measuring client satisfaction of children. This version shows 'sample independency' on characteristics like age, gender, treatment phase, type of intervention children received, and setting of data collection (in groups vs. individually). Children who received ambulatory/outpatient treatment or day treatment appear to be (a bit) more satisfied compared to children in residential

care. In the conclusion we reflect on the implications our study might have for the field of child and youth care and for future research.

Keywords: SMILEY 9-12, children, treatment satisfaction, psychometric qualities

Inleiding

Cliënttevredenheid wordt beschouwd als een belangrijke indicator van de kwaliteit van de jeugdhulp die kinderen en jongeren ontvangen (Garland, Haine, & Boxmeyer, 2007; Peper & Smeets, 2020; Ramos et al., 2006). Om de uitkomsten van vormen van of interventies in de jeugdhulp te bepalen stelt Van Yperen (2003a) voor tenminste drie criteria mee te nemen: het percentage uitval (voortijdige beëindiging van de hulp), de mate waarin behandeldoelen zijn bereikt, en cliënttevredenheid; ook anderen hanteren deze criteria (zie bijv. Hawley & Weisz, 2005). Alle drie de criteria dienen meegenomen te worden om behandeluitkomsten te bepalen; wanneer bijvoorbeeld enkel doelrealisatie of cliënttevredenheid wordt gemeten is het beeld over de uitkomsten in feite onvolledig (Edlund, Young, Kung, Sherbourne, & Wells, 2003; Garland, Aarons, Hawley, & Hough, 2003). Niettemin zullen we in dit artikel focussen op het criterium 'cliënttevredenheid' omdat ons onderzoek daarop was gericht.

Wat betreft *cliënttevredenheid* is de gedachte dat naarmate deze groter is, er meer tegemoet is gekomen aan de hulpbehoeften van cliënten. Het meten ervan wordt in Nederland, maar ook internationaal steeds belangrijker bij het evalueren van hulpverleningsprogramma's (Solberg, Larsson, & Jozefiak, 2015). Wanneer gegevens worden verzameld over cliënttevredenheid ligt het voor de hand deze te benutten bij het zo goed mogelijk afstemmen van het hulpaanbod op deze behoeften. Het kan dan ook een stimulans betekenen om de zorg verder te optimaliseren (Knorth, Meijers, Brouwer, Jansen, & Du Prie, 2004; Ramos et al., 2006). Daarnaast is het voor de medewerkers in de jeugdhulp van belang zich een beeld te vormen van de mate van cliënttevredenheid bij de zorggebruikers; wanneer er op bepaalde punten onvrede is, kan ingezet worden op het achterhalen van de redenen hiervoor en op het werken aan relevante oplossingen. Dit kan er tevens toe bijdragen dat voortijdige uitval vermindert en uitkomsten verbeteren (cf. Garland, Saltzman, & Aarons, 2000).

Het in kaart brengen van cliënttevredenheid kan ook gezien worden tegen de achtergrond van het bredere concept *cliëntparticipatie*. Immers, door bij een cliënt na te gaan in welk opzicht deze meer of minder tevreden is, krijgt deze een stem in het hulpverleningsproces. Er is de laatste jaren in beperkte mate onderzoek gedaan naar de rol en betekenis van cliëntparticipatie in de jeugdhulpverlening (Knorth, Van den Bergh, & Verheij, 2018; Metselaar, Knorth, Van Yperen, Van den Bergh, & Horstman, 2016; Southwell & Fraser, 2010; Ten Brummelaar, Harder, Kalverboer, Post, & Knorth, 2018a) en in de jeugd-GGZ (Becker et al., 2014; Salloum, Johnco, Lewin, McBride, & Storch, 2016). Daarbij komt naar voren dat de mening van kinderen en jongeren gewoonlijk minder van belang wordt geacht dan die van de ouders. Zo stellen Van der Valk en collega's (2013), die onderzoek deden naar de gang van zaken bij echtscheiding in Nederland, dat slechts één op de drie jeugdigen aangeeft te hebben meegepraat over de contacten en de zorg na het uiteengaan van de ouders (zie ook Martin, Petr, & Kapp, 2003). Thoburn, Lewis en Shemmings (1996) noemen vier redenen waarom kinderen, jongeren en hun ouders *allen* actief zouden moeten participeren in processen van hulpverlening. Ten eerste is het belangrijk aandacht te schenken aan de informatie waarover jeugdigen en hun ouders beschikken; zij weten als geen ander wat de sterke en zwakke punten zijn bij zichzelf en in hun gezin, welke hulp eerder heeft plaats gehad, en wat zij met het oog op de toekomst zouden willen of juist niet willen. Hulpverleners dienen dan ook nota te nemen van

de opvattingen en wensen die cliënten (jeugdigen en ouders) hebben met betrekking tot de hulpverlening. Ten tweede hebben cliënten simpelweg het recht om geïnformeerd te worden over en betrokken te worden in het proces van hulpverlening, casu quo de beslissingen die daarbij worden genomen (zie ook Bouma, López López, Knorth, & Grietens, 2018). Een derde reden is die van 'empowerment'; actieve participatie van de cliënt in het hulpproces draagt er gewoonlijk toe bij dat deze zich minder machteloos voelt en beter kan functioneren als partner. Ten vierde laat onderzoek zien dat actieve deelname van cliënten in het proces van zorg en hulpverlening veelal gepaard gaat met meer positieve uitkomsten (zie ook Metselaar et al., 2016; Metselaar, Van Yperen, Van den Bergh, & Knorth, 2015; Ten Brummelaar et al., 2018a).

Ondanks het voorgaande is er in empirisch onderzoek weinig aandacht voor cliënttevredenheid in de jeugdhulp. In een recente systematische review over het gebruik van cliëntfeedback in de geestelijke gezondheidszorg (Bergman et al., 2018) wordt ook aangegeven dat deze studies bij jongeren tussen de 11-18 jaar schaars zijn en meer aandacht behoeven, en daarnaast dat meer onderzoek bij kinderen jonger dan 10 jaar noodzakelijk is. Baker (2007) geeft in een review een aantal verklaringen voor het gebrek aan aandacht voor cliënttevredenheid in de jeugdhulp. Ten eerste zijn er niet veel instellingen die systematisch gegevens verzamelen over cliënttevredenheid, en als ze het al doen wordt er niet goed (volledig) over gerapporteerd. Vervolgens zijn er nogal wat methodologische haken en ogen aan het verzamelen van cliëntfeedbackgegevens, zoals het tot stand brengen van een representatieve steekproef, het verkrijgen van data waarbij hulpverleners die intermediair zijn 'objectief' blijven, en – last but not least – het gebruik van meetinstrumenten met goede psychometrische eigenschappen. Alhoewel er de laatste jaren wel instrumenten zijn ontwikkeld voor volwassenen (zie bijv. Spiro, Dekel, & Peled, 2009) en adolescenten (Athay & Bickman, 2012; Simmons et al., 2014), is er voor zover wij weten nog niet een instrument voorhanden, waarmee de tevredenheid met de behandeling bij kinderen met gedrags- en emotionele problemen in de leeftijd van 9-12 jaar op een betrouwbare wijze kan worden bepaald. Tegelijk is er wel behoefte aan een wetenschappelijk onderbouwd instrument op dit terrein (Garland et al., 2007; Jurrius & Rutjes, 2006).ⁱⁱⁱ

Om dit te realiseren is het allereerst noodzakelijk kinderen *zelf* te laten aangeven welke aspecten van de hulp waarmee zij te maken hebben voor hen van belang zijn (Von Rudnay, 2005a; Welling, 2001). Vanuit dit uitgangspunt is in een samenwerking tussen drie organisaties – Cardea en de afdelingen Orthopedagogiek van de Universiteit Leiden en de Rijksuniversiteit Groningen – een traject gestart om het bedoelde instrument, genaamd de SMILEY 9-12 (*Scale for Measuring Individual Experiences of Young children in child and youth care*; Von Rudnay, 2005a, 2005b) te ontwikkelen en te toetsen. De SMILEY 9-12 is ontwikkeld voor en in samenwerking met kinderen in de bedoelde leeftijdsgroep en heeft betrekking op thema's zoals het geven van informatie, kenmerken van de zorgomgeving, deskundigheid van hulpverleners, de relatie met hulpverleners, voortgang in de behandeling, en de uitkomsten van de ontvangen hulp. Hierbij is aangesloten bij de thema's die blijkens onderzoek (Welling, 2001, 2003) het meest relevant zijn voor deze kinderen.

Cliënttevredenheid meten bij kinderen

De SMILEY 9-12 is ontwikkeld om cliënttevredenheid bij kinderen van 9-12 jaar te meten, die *specialistische* psychosociale groepsbehandeling ontvangen – ambulante, in dagbehandeling of in 24-uurs zorg. We maken hierbij gebruik van het principe van een zgn. visuele analoge schaal (VAS). Dit houdt in dat een respondent met het zetten van een kruisje op een rechte lijn met aan beide uitersten twee tegenovergestelde beweringen aangeeft met welke bewering hij of zij meer of minder affiniteit heeft. Blijkens onderzoek is gebruik van visueel analoge schalen een betrouwbare en valide

methode om de subjectieve gemoedstoestand van respondenten in kaart te brengen (Miller & Ferris, 1993), ook bij kinderen (Berghmans et al., 2017).

Echter, het meten van cliënttevredenheid gaat vaak gepaard met een zgn. 'plafond-effect' (McLeod, 2001) of met een negatief scheve verdeling van de scores (Athay & Bickman, 2012): "In onderzoek waarbij aan het eind van de behandeling gebruik wordt gemaakt van een vragenlijst voor het bepalen van de cliënttevredenheid, zien we vaak een 'plafond-effect', dat wil zeggen dat een meerderheid van de cliënten een score geeft aan het positieve uiteinde van de schaal" (McLeod, 2001, p. 178). Shirk en Karver (2003) geven bij een verhandeling over de vaardigheden van kinderen om een therapeutische behandeling te evalueren aan dat zij "... nog meer dan volwassenen de neiging hebben tot positieve 'bias'. Als 'bewijs' hiervoor kunnen we aanvoeren dat (tevredenheids)oordelen van kinderen vaak clusteren aan het positieve uiteinde van een beoordelingschaal" (p. 461) (zie ook Athay & Bickman, 2012; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997). Volgens Smith-Ancuna, Durlak en Kaspar (1991) brengt een sterk plafond-effect met zich mee dat het goed differentiëren van scores aan het positieve uiteinde van de schaal lastig is en dat de mogelijkheid om verdere vooruitgang te meten erdoor vermindert. Verder kan dit een bedreiging voor de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten opleveren doordat het een goede schatting van de centrale tendentie en variantie in de data bemoeilijkt. Een implicatie hiervan zou kunnen zijn dat alleen scores aan het positieve uiteinde van de schaal beschouwd worden als uitdrukking van een 'echte' positieve waardering, terwijl dat niet of minder geldt voor scores dichtbij dat positieve uiteinde. Dit kwam ook naar voren in promotie-onderzoek van Metselaar (2011). Zij ontdekte in een multiële casestudie dat kinderen die rapporteerden 'tevreden' te zijn over de zorg die ze hadden ontvangen, niet zoveel vooruitgingen in termen van positieve gedragsveranderingen als de kinderen die aangaven 'heel erg tevreden' te zijn (p. 130). Zij concludeerde dat alleen de kinderen die aangaven 'heel erg tevreden' te zijn beschouwd konden worden als de kinderen die 'echt tevreden' waren.

Doel van het onderzoek

Het belangrijkste doel van dit onderzoek was na te gaan wat de psychometrische kenmerken zijn van de SMILEY 9-12. Het gaat om een nieuw instrument. We zijn met name geïnteresseerd in de constructvaliditeit en betrouwbaarheid van het instrument, waarbij we verwachten dat de SMILEY 9-12 een valide overall-score wat betreft cliënttevredenheid zal opleveren. Daarbij zullen we speciaal aandacht besteden aan het hiervoor besproken 'plafond effect' en aan de steekproef-onafhankelijkheid van de scores (zie hierna). Tevens zullen we de congruente validiteit van het instrument bepalen.

Methode

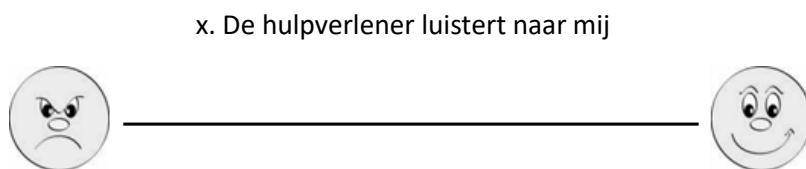
Deelnemers en setting

De SMILEY 9-12 is afgenomen bij kinderen die jeugdhulp ontvangen van 20 verschillende organisaties in de Nederlandse jeugdhulp, corresponderend met 84 aparte zorglocaties. De organisaties liggen verspreid over heel Nederland en zijn geselecteerd op grond van hun uiteenlopende geografische posities. Een volgend inclusie criterium is dat de kinderen die deelnemen in de leeftijd zijn van 9 t/m 12 jaar en behandeling in een groepssetting ontvangen. Kinderen met (licht) verstandelijke beperkingen nemen niet deel. De genoemde criteria resulteerden in een onderzoeksgroep van 594 kinderen^{iv}, waarvan 426 jongens (71.7%) en 168 meisjes (28.3%). Er waren 314 kinderen in de leeftijd 9-10 jaar (52.9%) en 280 kinderen in de leeftijd 11-12 jaar (47.1%). Drie soorten jeugdhulp waren vertegenwoordigd: 137 kinderen (23.1%) kregen ambulante behandeling in een groep; 352 kinderen

(59.3%) bezochten een centrum voor dagbehandeling; en 105 kinderen (17.7%) ontvingen residentiële behandeling. De kinderen waren in verschillende stadia van het hulpverleningsproces: een kleine minderheid (11.1%) was net met de hulpverlening begonnen; een meerderheid (60.9%) verkeerde in de middenfase van de behandeling; en 28% was in de eindfase. Voor 11 kinderen was deze laatste informatie niet voorhanden.

Instrument

De SMILEY 9-12 is ontwikkeld om cliënttevredenheid te meten onder kinderen van 9-12 jaar die gespecialiseerde jeugdhulp ontvangen (Huyghen, Von Rudnay, Metselaar, & Knorth, 2010). Op zes domeinen worden de ervaringen van kinderen in beeld gebracht: informatieverstrekking, behandelomgeving, expertise van de hulpverlener, relatie met de hulpverlener, voortgang van de hulpverlening, en de behandeluitkomsten. Het instrument bestaat uit twee delen, te weten een serie van 26 items en een score die tevredenheid *overall* uitdrukt. De items worden voorgelegd in de vorm van een visueel analoge schaal of VAS. Hieronder is een voorbeeld van zo'n item weergegeven in Figuur 1 (zie voor de gehele SMILEY 9-12 Appendix 1 bij dit artikel).



Figuur 1. Visueel analoge schaal voor item x

De VAS bestaat uit een 10 cm lange lijn onder ieder van de 26 items. Kinderen markeren op de lijn het punt dat het beste weergeeft wat zij vinden of wat hun gevoel is. Hen wordt uitgelegd dat zij helemaal aan de rechterkant een kruisje moeten zetten wanneer zij het volledig eens zijn met de uitspraak boven de lijn, en vice versa. In aanvulling wordt gevraagd om hun algehele tevredenheid (soort 'rapportcijfer'). De werkbladen van de SMILEY 9-12 zijn geel, omdat dit de kleur is die kinderen blijkens een pilotstudie het meest plezierig vinden (Von Rudnay, 2005b). Verder geeft zwarte tekst op een gele achtergrond een goed contrast dat optimale leesbaarheid biedt voor de respondenten. Een onderzoeksassistent zet na afloop van een sessie de gemeten afstanden van de scores om in getallen tussen 1 en 10 door te meten waar het kruisje is gezet (waarde tot 1 decimaal achter de komma).

Procedure

Jeugdhulpinstellingen werden met een verzoek tot deelname benaderd door leden van het onderzoeksteam. Studenten die een Masteropleiding Orthopedagogiek volgden in Leiden of Groningen werden ingezet als onderzoeksassistent; zij bezochten de instellingen voor het afnemen van de vragenlijst bij de kinderen. Zij ontvingen van tevoren een korte training met betrekking tot de achtergronden en toepassing van de SMILEY 9-12, waarbij zij instructies ontvingen om volgens een strikt protocol te werk te gaan. Voor elk kind afzonderlijk werd toestemming tot deelname gevraagd bij de ouders in de vorm van een ondertekende instemmingsverklaring ('informed consent'). Wanneer voor een kind toestemming werd verkregen, werd het betreffende kind zelf benaderd door de meest bij het kind betrokken instellingsmedewerker. Wanneer een kind niet wilde deelnemen werd dit uiteraard gerespecteerd.

De kinderen vulden de SMILEY 9-12 in groepsverband (53.2%) of individueel (47.8%) in, afhankelijk van wat de betreffende instelling het beste leek. Wanneer de vragenlijst in groepsverband werd ingevuld, werd er op toegezien dat de kinderen niet elkaar konden beïnvloeden, dit door tafels waaraan kinderen zaten flink uit elkaar te plaatsen en door ervoor te zorgen dat het stil was tijdens het invullen van de lijsten. Wanneer kinderen klaar waren met invullen werd hen gevraagd de vragenlijst in een envelop te doen en deze dicht te plakken, ook om het vertrouwelijke karakter van de verkregen informatie te beklemtonen. De kinderen kregen een stickervel als dank voor hun deelname.

Data-analyse

Als eerste werden beschrijvende statistieken zoals gemiddelden, medianen, standaarddeviaties, ranges en boxplots van de VAS-scores gegenereerd, onder andere om na te gaan of er sprake was van een scheve verdeling van de scores en of zich plafond-effecten voordeden. De resultaten lieten zien dat er geen sprake was van een normale verdeling en dat de verwachte scheefheid en plafond-effecten duidelijk zichtbaar waren. Meer specifiek zagen we dat de verdeling van VAS-scores een piek liet zien van ontevreden kinderen en een piek van heel erg tevreden kinderen (een meerderheid). In veel verdelingen werd ook een piek ergens in het midden gevonden. Dit suggereert dat er drie soorten antwoorden kunnen worden onderscheiden: ontevreden, matig tevreden, en heel erg tevreden.

Op basis hiervan hebben we besloten de data verder te analyseren met behulp van een zgn. Mokken Schaalanalyse. Het gaat hier om een nonparametrisch item-respons-theorie model voor polytome items. In dit model wordt uitgegaan van aantrekkelijke meetkenmerken zoals monotoon niet-afnemende (non-decreasing) responsfuncties en elkaar niet kruisende (non-intersected) responsfuncties. De assumpties wat betreft de data waarop het model is gebaseerd zijn nonparametrisch. Dat wil zeggen dat de data niet hoeven te voldoen aan de strenge assumpties van parametrische functies (Molenaar & Sijtsma, 2000; Sijtsma & Molenaar, 2002). In Appendix 2 lichten we verder toe welke aannames gelden voor het mogen uitvoeren van een Mokken Schaalanalyse.

De gegevens werden geanalyseerd met behulp van het Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 20) en het programma voor Mokken Schaalanalyse voor Polytome items (MSP).

Na bestudering van de data is bepaald dat een score van 10 wordt gehercodeerd tot 2 (betekenis: héél erg tevreden). Alle scores kleiner dan 4 zijn gehercodeerd tot 0 (betekenis: ontevreden). De overige scores zijn omgezet naar 1 (betekenis: matig tevreden). Deze keuze was ingegeven door inhoudelijke gronden (héél erg tevreden, ontevreden, 'er tussenin') alsook door hoe de schalen zich gedroegen bij de verschillende afkappunten. De gegevens werden met de automatische zoekprocedure in MSP geanalyseerd, waarbij gecheckt werd met verschillende diagnostische criteria (H-coëfficiënt en crit-waarden) welke items wel en niet voldeden aan de assumpties van het Mokkenmodel.

Per combinatie van afkappunten gebruikten we de volgende procedure om tot een selectie van items te komen. We zijn begonnen met de 'default' zoekprocedure binnen MSP. Hierop gebaseerd is een eerste selectie van items gemaakt die tezamen een Mokken schaal vormen die aan minimale vereisten voldoet. Hierna werden de crit-waarden per item met betrekking tot de item restscores gecheckt (dit is een 'diagnosticum' voor schending van de non-intersection assumptie). Om ervoor te zorgen dat Rho geïnterpreteerd kan worden als betrouwbaarheidsmaat voor de hele schaal, zijn alle items met een crit-waarde (betrekking hebbend op de intersection assumptie) boven de 80 verwijderd. Vervolgens is gecontroleerd voor steekproef-onafhankelijkheid door toepassing van de 'compare subgroups' optie en de test-optie in MSP. Items met crit-waarden voor 'equal item step

ordering' groter dan 80 werden beschouwd als items zonder invariante rangorde, en zijn verwijderd. Aansluitend bekeken we hoe de nu ontstane schaal zich gedroeg voor de verschillende subgroepen zoals sekse (jongens, meisjes), leeftijd (9-10; 11-12), type interventie (ambulant, dagbehandeling, residentieel), fase van hulpverlening (begin, midden, einde), en wijze van dataverzameling (groepsgewijs, individueel).

De convergente validiteit van de schaal werd bepaald door de geschatte posities van de kinderen op de itemset van de SMILEY 9-12, die voldeed aan de modelveronderstellingen van de Mokken schaal, te correleren met de overall tevredenheidsscore (het 'rapportcijfer'). Voorts werden gemiddelde scores vergeleken voor de verschillende subgroepen. We kunnen dan bijvoorbeeld nagaan of een verwacht verschil in tevredenheid tussen aan de ene kant kinderen in de residentiële zorg – we denken hier de minste tevredenheid te zullen aantreffen (cf. Anschütz & Kreijen, 2017; Knorth, Meijers, Brouwer, Jansen, & Du Prie, 2004; Ramos et al., 2006) – en aan de andere kant kinderen die ambulante hulp of dagbehandeling ontvangen ook door middel van het nieuwe instrument wordt gemeten.

Resultaten

Respons

Er waren 478 kinderen (80,5%) die op alle items een respons hebben gegeven. Het item 'Ik vind het eten en drinken lekker' (item 26) liet veruit de meeste missende waarden zien (12,5%). In de loop van de jaren dat het onderzoek plaats vond^v stelden kinderen over dit item de meeste vragen. Daarom is dit item verwijderd. Er waren 531 kinderen die op de resterende 25 items een antwoord gaven. Kinderen met 'missings' (n = 63) lieten op de subgroep-variabelen sekse, leeftijd, hulpverleningsfase en wijze van dataverzameling geen afwijkende scores zien in vergelijking tot de kinderen zonder 'missings'. Echter, er was wel een relatie tussen aantal missende waarden en type interventie ($p < .001$): van de kinderen die ambulante hulp ontvingen waren er meer met 'missings' (44,4%) dan met volledig ingevulde SMILEYS (20,5%), terwijl er van de kinderen die dagbehandeling of residentieële hulp ontvingen juist minder met 'missings' waren (11,1% resp. 44,4%) dan met volledig ingevulde SMILEYS (18,1% resp. 60,4%). Daarom kan niet worden aangenomen dat de missende gegevens 'completely at random' (MCAR) waren. We hebben geen aanwijzingen om te veronderstellen dat de missende gegevens een relatie hebben met de positie van de items op de Mokkenschaal (een indicatie voor 'missings not at random', MNAR). Derhalve gaan we uit van 'missing at random' (MAR).

Schaalconstructie en evaluatie

De 'default' zoekprocedure in MSP resulteerde in exclusie van vier items, namelijk item 7 ('Ik weet wie er informatie over mij heeft'), item 8 ('Ik weet hoe lang de hulp ongeveer gaat duren'), item 10 ('Ik heb dezelfde hulpverlener als in het begin van de hulp'), en item 23 ('De hulp is dicht bij mijn huis'). De overige items resulteerden in een matig sterke en betrouwbare schaal met 21 items ($H = 0.42$; $Rho = 0.92$). Gebruik makend van de test optie in MSP bleek dat 534 kinderen deze nu voorliggende schaal volledig hadden ingevuld. Bij onze check op invariante rangordes bij alle subgroepen bleek dat bij twee items de assumptie van steekproef-onafhankelijkheid niet standhield. Het ging om item 19 ('Er zijn goede regels in de groep') en item 25 ('Ik heb een plek om even alleen te zijn'). Na verwijdering van deze twee items uit de lijst bleek dat item 4 ('Ik weet waarvoor ik hulp krijg') een te grote crit-waarde had bij het checken van de rest-scores. Daarom is ook dit item uit de lijst geschrapt.

In Tabel 1 staan de nu resulterende 18 items omschreven, waarbij qua volgorde de zgn. ‘populariteit’ van een item wordt aangehouden. Zo is item 14 het minst populair (laagste gemiddelde item score), hetgeen betekent dat het op dit item (‘Ik kan meebeslissen over de hulp’) het moeilijkst is kinderen tevreden te stellen. Bij item 12 (‘Mijn ouder(s) of verzorger(s) worden goed op de hoogte gehouden van de hulp’) gaat dat gemakkelijker. De finale versie van de SMILEY 9-12 met 18 items (vanaf hier: SMILEY 9-12#) is matig sterk ($H = 0.43$) en betrouwbaar ($Rho = 0.91$). De crit-waarden voor steekproefonafhankelijkheid zijn alle voldoende laag.

Tabel 1. Resultaten van de Mokken Schaalanalyse: SMILEY 9-12# met items in volgorde van ‘populariteit’

Item	‘Populariteit’	H-coëfficiënt
1. Ik kan meebeslissen over de hulp (14) ¹	0.72	0.38
2. Ik ben erbij als het hulplan wordt gemaakt (13)	0.83	0.37
3. De hulpverlener heeft mij gevraagd wat ik van de hulp vind (16)	0.92	0.38
4. Ik weet hoe er aan het hulplan wordt gewerkt (6)	0.93	0.41
5. Ik weet hoe ik een klacht kan indienen (9)	0.94	0.34
6. De hulpverlener heeft tijd voor mij (3)	1.03	0.46
7. De groepsruimten zien er gezellig uit (24)	1.05	0.42
8. De hulpverlener luistert naar mij (2)	1.07	0.48
9. Ik weet aan welk hulplan wordt gewerkt (5)	1.09	0.42
10. De hulpverlener houdt zich aan afspraken (17)	1.14	0.47
11. Door de hulp gaat het nu beter met mij (22)	1.15	0.45
12. De hulpverlener is vriendelijk (1)	1.15	0.51
13. Ik voel me veilig in de groep (18)	1.16	0.46
14. Als er iets aan de hand is, kan ik snel om hulp vragen (11)	1.17	0.45
15. De hulp helpt mij goed (21)	1.18	0.49
16. De hulpverlener helpt mij met het hulplan (15)	1.19	0.48
17. Er worden leuke activiteiten met de groep gedaan (20)	1.20	0.43
18. Mijn ouder(s) of verzorger(s) worden goed op de hoogte gehouden van de hulp (12)	1.20	0.42

N = 534; H = 0.43; Rho = 0.91

¹ De getallen tussen sluithaakjes verwijzen naar de nummering van de items in de originele SMILEY 9-12 (zie Appendix 1).

In Tabel 2 zien we hoe de SMILEY 9-12# het doet in de verschillende subgroepen. De schaal is voor alle subgroepen matig sterk. Voor de subgroepen betreffende sekse, leeftijd en wijze van dataverzameling zijn de maximale crit-waarden voor de rest-scores kleiner dan 80, hetgeen betekent dat de Rho beschouwd kan worden als een betrouwbaarheidscoëfficiënt. Voor al deze subgroepen is de schaal betrouwbaar. Voor de subgroepen betreffende type interventie en fase van hulpverlening zijn de crit-waarden te groot om Rho als betrouwbaarheidsmaat te mogen interpreteren.

Hoewel de ‘non-intersection’ assumptie voor de subgroepen ‘type interventie’ en ‘fase van hulpverlening’ wordt geschonden, kan de positie van de kinderen wel geschat worden omdat de aanname van monotoniciteit door de data niet wordt geschonden. Voor alle subgroepen geldt $H > 0.40$.

Tabel 2. Drie indicatoren voor hoe de SMILEY 9-12# presteert in verschillende subgroepen, alsmede subgroepgemiddelden M met SD- en *p*-waarden (N = 534)

Subgroepen	N ¹	H-coëfficiënt	Rho-coëfficiënt	Rest score max crit	M	SD	<i>p</i>
Sekse							.17
jongens	379	0.44	0.91	66	1.06	0.37	
meisjes	155	0.43	0.91	21	1.09	0.39	
Leeftijd							.09
9-10	280	0.45	0.92	45	1.08	0.40	
11-12	254	0.41	0.91	69	1.04	0.37	
Type hulpverlening							.01
ambulante hulp	111	0.44	0.92	41	1.08	0.35	
dagbehandeling	325	0.44	0.92	91	1.08	0.38	
residentiële hulp	98	0.40	0.91	87	0.96	0.41	
Fase van hulpverlening							.43
begin	59	0.45	0.92	96	1.02	0.36	
midden	324	0.42	0.91	133	1.05	0.39	
einde	143	0.44	0.92	111	1.09	0.39	
Wijze van dataverzameling							.22
individueel	254	0.43	0.91	23	1.10	0.39	
groepsgewijs	280	0.43	0.91	73	1.03	0.37	

¹ Door 'missings' kan de optelling afwijken van 534.

Subgroepanalyses (zie rechterzijde Tabel 2) laten zien dat er geen verschillen in tevredenheidsscores zijn tussen jongens en meisjes, tussen kinderen in de twee leeftijdsgroepen of tussen kinderen in de verschillende fasen van hulpverlening. Ook is er geen verschil tussen kinderen die individueel dan wel in een groep de SMILEY 9-12 hebben ingevuld. Er is wel een significant verschil ($p=.01$) tussen kinderen die verschillende typen hulp hebben ontvangen: kinderen in residentiële zorg zijn minder tevreden dan kinderen die ambulante hulp of dagbehandeling ontvangen.

Onderzoek naar de correlatie tussen de gemiddelde schaalscores van alle kinderen en hun 'overall' tevredenheidsscore (vraag A – zie Appendix 1) laat zien dat 26 % van de variantie in de schaalscores wordt verklaard door de overall score ($r = 0.51$).

Discussie

Het doel van ons onderzoek was na te gaan in hoeverre de SMILEY 9-12 een valide en betrouwbaar instrument is om de 'tevredenheid' van kinderen in de leeftijd van 9 -12 jaar over de door hen ontvangen hulp in kaart te brengen. Daartoe is de vragenlijst afgenomen in een steekproef van 594 kinderen die in groepsverband verschillende vormen van jeugdhulp ontvangen: ambulante hulp, dagbehandeling of residentiële hulp. Zoals verwacht laat de schaal een 'plafond effect' zien: de neiging van cliënten om aan de plus-zijde van een beoordelingscontinuüm te gaan zitten of, andersgezegd: cliënten zijn doorgaans redelijk tevreden over de zorg die zij hebben ontvangen (zie ook Lemmens & Donker, 1990; Van Yperen, 2003a, p. 8). De resultaten vormden de aanleiding om scores te transformeren naar een 3-puntsschaal, waarbij de oorspronkelijke maximum-score van 10 werd opgevat als indicator van 'echte' tevredenheid en de scores 1 t/m 3 gelden als indicator van evidente ontevredenheid.^{vi}

De toegepaste Mokken Schaalanalyse for Polytome items (MSP) heeft geresulteerd in een steekproefonafhankelijke schaal met 18 items, die naar de gangbare maatstaven beschouwd kan worden als een matig sterke en betrouwbare schaal om het concept 'cliënttevredenheid' bij kinderen van 9-12 jaar te meten. Het onderzoek laat zien dat het item met de hoogste 'populariteitscore' – aan dat item kan het meest gemakkelijk worden voldaan – (namelijk 'Mijn ouders of verzorgers worden goed op de hoogte gehouden van de hulp') danig verschilt van het item met de laagste 'populariteitscore' (namelijk 'Ik kan meebeslissen over de hulp'): 1.20 versus 0.72.

Dat kinderen minder gemakkelijk tevreden zijn over hun participatie bij de besluitvorming is niet verbazingwekkend; verschillende studies laten zien dat er juist op dit punt nog het nodige te doen is, casu quo dat kinderen meer inspraak willen ten aanzien van de zorg die zij (zullen) ontvangen (zie bijv. Anschütz & Kreijen, 2017; Bouma et al., 2018; Southwell & Fraser, 2010; Ten Brummelaar, López López, & Knorth, 2018b). Peper en Smeets (2020) concluderen op basis van een door hen verricht literatuuronderzoek "... dat het belangrijk is dat kinderen hun mening kunnen geven over beslissingen die er over hen genomen worden. Het besproken onderzoek toont aan dat jonge kinderen niet alleen hun mening *willen* geven, maar hiertoe vaak ook *in staat* zijn" (p. 141-142). Kinderen naar hun mening vragen biedt vanuit een oogpunt van (ortho)pedagogische hulpverlening ook een uitgelezen kans voor (versterkte) relatievorming tussen kinderen en hulpverleners. Van Bijleveld, Dedding en Bunders-Aelen (2015) concluderen op basis van een state-of-the-art review dat er een wederkerig verband bestaat tussen participatie van kinderen bij beslissingen die hen aanbelangen en de relatie die zij ontwikkelen met de hulpverlener(s) in kwestie; het een faciliteert het ander. We komen hier verderop (bij Implicaties) nog op terug.

De congruente validiteit van de SMILEY 9-12# wordt ondersteund door de bevinding dat de gemiddelde schaalscore binnen de onderzoeksgroep significant correleert met het 'rapportcijfer' (score A) dat kinderen als maat voor tevredenheid toekennen aan de hulp die zij ontvangen. Overigens zou dit de vraag kunnen oproepen of afname van de SMILEY 9-12# dan wel zoveel meerwaarde heeft boven het laten geven van een 'rapportcijfer'. Het antwoord is dat het door ons onderzochte instrument meer mogelijkheden biedt dan het rapportcijfer om op een gedifferentieerde wijze te analyseren waar de (on)tevredenheid van kinderen in zorg op berust (zie ook Persson, Hagquist, & Michelson, 2017). Ook zien we dat in toenemende mate gepleit wordt voor het horen van kinderen – en dat is meer dan hen vragen om een rapportcijfer te geven – in het kader van de evaluatie van jeugdzorgvoorzieningen (zie bijv. Grietens, 2011; Persson et al., 2017; Simmons et al., 2014). De SMILEY 9-12# kan hier naar ons oordeel voor een specifieke leeftijdsgroep een belangrijke bijdrage aan leveren.

Vanwege de steekproefonafhankelijkheid van de gevonden schaal van 18 items behoefde niet voor elke subgroep een apart instrument te worden ontwikkeld – een groot voordeel – en konden de verschillende subgroepen vergeleken worden. De belangrijkste bevinding hier is dat er geen (noemenswaardige) verschillen zijn qua cliënttevredenheid tussen jongens en meisjes, tussen de twee leeftijdsgroepen, tussen kinderen in verschillende behandelingsfasen, en tussen kinderen die individueel danwel groepsgewijs de SMILEY-schaal hebben ingevuld. Wel is er een verschil als het gaat om het type hulp dat de kinderen ontvangen: kinderen in de residentiële zorg zijn minder tevreden dan kinderen die ambulante hulp of dagbehandeling ontvangen. In een eerdere pilotstudie (Knorth et al., 2004) werd een deels vergelijkbaar resultaat gemeld. Ouders (N = 52) en kinderen (N = 39) uit vijf groepen van een jeugdzorginstelling in Nederland werden bevraagd op tevredenheid over de behandeling. Het ging om vier residentiële groepen en één dagbehandelingsgroep. Wanneer de beoordelingen (rapportcijfer 1-10) door de ouders en kinderen worden samengenomen en gemiddeld, komt dagbehandeling er het beste uit met een score van 8.1. De scores in de residentiële

groepen liggen 0.4 - 0.7 punten lager (p. 32). Wanneer we alleen naar de uitslagen van de kinderen kijken scoort dagbehandeling zelfs gemiddeld een 8.8, terwijl de residentiële groepen gemiddelde kinderscores laten zien tussen de 7.1 en 7.9. Overigens valt op dat ook hier weer duidelijk aan de pluskant van de schaal wordt gescoord, ook door de relatieve 'laagscoorders' (vgl. Van Yperen, 2003a).

Waarom kinderen in de residentiële zorg het minst positief zijn over de hulp die ze ontvangen kan verschillende redenen hebben. Ten eerste is het grote verschil tussen kinderen in de 24-uurs zorg aan de ene kant en kinderen die ambulante hulp of dagbehandeling ontvangen aan de andere kant, dat bij de eerstgenoemde vorm van zorg de aanpak het meest ingrijpend is: het kind verblijft niet langer in de (vertrouwde) thuisomgeving, maar is 24 uur per dag aangewezen op een, aanvankelijk onbekende leefomgeving die hij of zij moet delen met een relatief grote groep andere kinderen. Dat brengt met zich mee dat er mogelijk minder aandacht is of kan zijn voor het individuele kind (Harder & Knorth, 2015). Ten tweede is bekend dat de psychosociale problematiek bij kinderen die worden opgenomen in een residentiële setting aanzienlijk ernstiger en complexer is dan bij kinderen die niet uit huis zijn geplaatst (Harder, Knorth, & Kuiper, 2020; Scholte & Van der Ploeg, 2006; Van der Ploeg & Scholte, 2000). Duidelijk is dat de psychosociale pijn die deze kinderen te verduren hebben (Anglin, 2002) een negatieve weerslag kan hebben op hun beleving van het residentieel verblijf, in casu hun tevredenheid daarover. Ten derde weten we dat een belangrijke pijler onder de mate van tevredenheid over ontvangen hulp wordt gevormd door de kwaliteit van de werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener (Barnhoorn et al., 2013). Dat geldt voor volwassenen, maar evenzo voor kinderen (zie bijv. Van Beek, Hameetman, & Meerdink, 1999). Een waarschijnlijk ongunstige factor in de 24-uurs zorg in dit verband is de frequente wisseling van personeel (Cameron & Boddy, 2008; Colton, 2005); dit maakt het mogelijk minder gemakkelijk voor het kind een bevredigende werkrelatie met een vast staf lid (zoals een pedagogisch medewerker/mentor) op te bouwen.

Sterke punten en beperkingen

We stellen vast dat een redelijk valide en betrouwbaar instrument is ontwikkeld voor een doelgroep (9-12 jarigen) die tot dusverre nauwelijks aandacht kreeg in het wetenschappelijk onderzoek naar het meten van cliënttevredenheid. Het ontwikkelde instrument is op zijn psychometrische kwaliteiten onderzocht in een omvangrijke groep kinderen. De voorzieningen waar deze kinderen zorg ontvangen zijn geografisch goed gespreid en representeren daarmee een belangrijk deel van de hulpverlening voor de doelgroep binnen Nederland.

Daarmee is niet gezegd dat de bevindingen generaliseerbaar zijn naar alle typen psychosociale zorg voor kinderen van 9-12 jaar. Dat was ook niet de doelstelling van ons onderzoek. De focus lag op normaal begaafde kinderen die zorg ontvangen in groepen. Dit betekent dat onze resultaten niet van toepassing kunnen worden verklaard op de zorg die kinderen individueel ontvangen (met name in de ambulante jeugdhulp) of op de voorzieningen voor kinderen met (cognitieve) beperkingen.

Een beperking in dit onderzoek is het feit dat vanwege ontbrekende gegevens het oorspronkelijk sample van 594 cases met 10,1% werd gereduceerd tot een omvang van 534 cases. De 'missings' deden zich het meest voor bij kinderen die ambulante hulp ontvingen. Alhoewel een dataverlies van plm. 10% gezien moet worden als een (zeer) goede score (Veerman & Roosma, 2017a, p. 413), is niet uit te sluiten dat dit invloed heeft gehad op de resultaten. Anderzijds is er geen relatie gevonden tussen geëxcludeerde cases vanwege missende waarden en bio-/demografische kenmerken. Vervolgonderzoek is hier gewenst waarbij de schaalbaarheid van de SMILEY 9-12# en het plafond-effect in een nieuw sample verder zouden kunnen worden bestudeerd (replicatie-onderzoek) en nagegaan wordt of er redenen zijn dat kinderen vragen soms overslaan.

Een andere beperking is de wijze waarop de originele VAS-schaal is teruggebracht tot drie categorieën. De keuze is zowel gebaseerd op inhoudelijke als op statistische gronden. Om te bepalen of deze transformatie naar drie categorieën valide is, is toepassing van dit instrument in vergelijkbare populaties noodzakelijk.

Implicaties

Met het beschikbaar zijn van psychometrische gegevens over de SMILEY 9-12 opent zich de mogelijkheid het instrument in de praktijk van de jeugdhulp te gaan gebruiken. Het instrument kan diensten bewijzen op verschillende niveaus in de uitvoering (Van Yperen, Veerman, & Bijl, 2017):

- op *kindniveau*: wanneer individuele antwoordprofielen duiden op (grote) onvrede, kan dit voor de professional aanleiding zijn met de betreffende kinderen in gesprek te gaan en te bezien waar aspecten in het hulpaanbod verandering behoeven en om mogelijke uitval te voorkomen. Overigens zou hier van de kant van de hulpverlening wel uiterste behoedzaamheid moeten worden betracht; de SMILEY 9-12 wordt immers zonder vermelding van namen ingevuld. Er zou onderaan de lijst kunnen worden toegevoegd dat, wanneer een kind behoefte heeft met bijvoorbeeld een mentor te praten over wat hij/zij heeft ingevuld, dit altijd kan.

- op *groepsniveau*: aggregatie van de SMILEY-scores van alle kinderen die deel uitmaken van een behandel- of leefgroep tot groepscores geeft een goed aanknopingspunt voor professionals om te bezien of de inrichting van het werken in en met de groep bijstelling behoeft.

- op *instellingsniveau*: wanneer een instelling meerdere eenheden herbergt waarin groepsgewijs hulp en ondersteuning wordt geboden aan de doelgroep kan de SMILEY 9-12# ook benut worden in het kader van benchmarken: het vergelijken van de eenheden op de cliënttevredenheidsscores. Onderlinge bespreking van resultaten en mogelijke verbeteracties vormen hier een wenkend perspectief (vgl. Veerman & Roosma, 2017b).

- op *(boven)regionaal niveau*: wanneer meerdere instellingen in een regio (of nog breder) gebruik maken van de SMILEY 9-12# is een benchmark op dat niveau mogelijk. Voor (boven)regionale beleidsvoering kunnen de gegevens een bron van inspiratie vormen.

In meer algemene zin kan gebruik van de SMILEY 9-12# bijdragen tot een sterkere *cliëntenparticipatie* in de jeugdhulp aan kinderen in de bedoelde leeftijdsgroep. Zoals eerder aangegeven kan de jeugdhulp zijn voordeel doen door kennis te nemen van door kinderen geleverde feedback. Voorts hebben kinderen blijkens het Verdrag voor de Rechten van het Kind (VRK) er recht op actief 'bevraagd' te worden over hun mening (zie Bouma et al., 2018). Door de items in de SMILEY 9-12# in te vullen en erover in gesprek te gaan met bijvoorbeeld de pedagogisch medewerkers, worden kinderen gestimuleerd hun stem te laten horen; het zet hen als het ware in een 'actieve stand' (Grietens, 2011). En dit kan - direct of indirect - bijdragen aan meer positieve uitkomsten (Metselaar et al., 2015, 2016).

We pleiten er sterk voor dit alles gepaard te laten gaan met ondersteunend onderzoek. Dit kan helpen om vragen die er nog liggen, zoals bijvoorbeeld die naar de steekproef-onafhankelijkheid en die naar de impact van de hulpfase waarin een kind verkeert, verder te onderzoeken. Tevens zouden we willen bepleiten om te bezien welke eventuele aanpassingen in de SMILEY 9-12# zoals die er nu ligt nodig zijn om deze geschikt te maken voor kinderen die nu niet waren geïncludeerd in de steekproef, namelijk kinderen die individuele (ambulante) zorg ontvangen en kinderen met (cognitieve) beperkingen.

Tevens zou het aan te bevelen zijn, naast het verzamelen van gegevens over cliënttevredenheid, ook andere data te verzamelen zoals kindkenmerken, kenmerken van de aangeboden hulp, en outcome gegevens die betrekking hebben op het functioneren van het kind na afloop van de ontvangen hulp. Op deze wijze ontstaat een pakket aan data waarmee een impuls kan worden gegeven aan een verdere optimalisering van de zorg voor jeugdigen (Knorth, 2005; Van Yperen, 2003b). Het stelt ons tevens in staat om op een empirisch gefundeerde wijze (beter) te begrijpen aan welke aspecten in de hulpverlening tevredenheid van kinderen gerelateerd is.

Dankbetuiging

Graag danken wij alle kinderen en jeugdhulpinstellingen^{vii} voor hun deelname aan dit project. Dank ook aan de bachelor- en masterstudenten van de Universiteit Leiden en de Rijksuniversiteit Groningen die hebben meegewerkt met de dataverzameling en eerste analyses. Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door financiële ondersteuning van de kant van de gespecialiseerde organisatie voor jeugd- en opvoedhulp Cardea, regio's Holland Rijnland en Haaglanden, en de Rijksuniversiteit Groningen.

Literatuur

- Anglin, J. P. (2002). *Pain, normality and the struggle for congruence. Reinterpreting residential care for children and youth*. New York / London / Oxford: The Haworth Press.
- Anschütz, J., & Kreijen, P. (2017). *Cliëntervaringsonderzoek jeugd 2017. Ervaringen van Rotterdamse cliënten met jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering*. Rotterdam: Gemeente Rotterdam, Afdeling Onderzoek & Business Intelligence.
- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(art nr 32), 1-15. doi:10.1186/1477-7525-2-32
- Athay, M. M., & Bickman, L. (2012). Development and psychometric evaluation of the youth and caregiver Service Satisfaction Scale. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1), 71-77. doi:10.1007/s10488-012-0407-y
- Baker, A. J. L. (2007). Client feedback in child welfare programs: Current trends and future directions. *Children and Youth Services Review*, 29(9), 1189-1200. doi:10.1016/j.childyouth.2007.05.003
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., De Greef, M., Van Grieken, A., Jansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H., & Raat, H. (2013). *Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd*. Den Haag: ZonMw.
- Becker, K. D., Kiser, L. J., Herr, S. R., Stapleton, L. M., Barksdale, C. L., & Buckingham, S. (2014). Changes in treatment engagement of youths and families with complex needs. *Children and Youth Services Review*, 46, 276-284. doi:10.1016/j.childyouth.2014.09.005
- Berghmans, J. M., Poley, M. J., Van der Ende, J., Weber, F., Van de Velde, M., Adriaenssen, P., Himpe, D., Verhulst, F. C., & Utens, E. (2017). A Visual Analog Scale to assess anxiety in children during anesthesia induction (VAS-I): Results supporting its validity in a sample of day care surgery patients. *Pediatric Anesthesia*, 27(9), 955-961. doi:10.1111/pan.13206
- Bergman, H., Kornør, H., Nikolakopoulou, A., Hanssen-Bauer, K., Soares-Weiser, K., Tollefsen, T. K., & Bjørndal, A. (2018). Client feedback in psychological therapy for children and adolescents with mental health problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(art. no. CD011729). doi:10.1002/14651858.CD011729.pub2
- Bouma, H., López López, M., Knorth, E. J., & Grietens, H. (2018). Meaningful participation for children in the Dutch child protection system: A critical analysis of relevant provisions in policy documents. *Child Abuse and Neglect*, 79, 279-292. doi:10.1016/j.chiabu.2018.02.016
- Cameron, C., & Boddy, J. (2006). Staffing, training and recruitment: Outcomes of young people in residential care in three countries. In A. Kendrick (ed.), *Residential child care: prospects and challenges* (pp. 210-225). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Colton, M. (2005). Modelling morale, job satisfaction, retention and training among residential child care personnel. *International Journal of Child and Family Welfare*, 8(2/3), 58-75.
- Day, C., Michelson, D., & Hassan, I. (2011). Child and Adolescent Service Experience (ChASE): Measuring service quality and therapeutic process. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(4), 452-464. doi:10.1111/j.2044-8260.2011.02008.x

- Debets, P., Brouwer, E., Sijtsma, K., & Molenaar, I. W. (1989). MSP: A computer program for item analysis according to a nonparametric IRT approach. *Educational and Psychological Measurement*, 49(3), 609-613. doi:10.1177/001316448904900311
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care? *Health Services Research*, 38(2), 631-645. doi:10.1111/1475-6773.00137
- 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. doi:10.1176/appi.ps.54.11.1544
- Garland, A. F., Haine, R. A., & Boxmeyer, C. L. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 45-54. doi:10.1016/j.evalprogplan.2006.10.003
- Garland, A. F., Saltzman, M. D., & Aarons, G. A. (2000). Adolescent satisfaction with mental health services: Development of a multidimensional scale. *Evaluation and Program Planning*, 23(2), 165-175. doi:10.1016/S0149-7189(00)00009-4
- Grietens, H. (2011). *Kleine stemmen, grote verhalen!? Over pleegkinderen in orthopedagogisch onderzoek*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant (oratie).
- Harder, A. T., & Knorth, E. J. (2015). Uncovering what is inside the 'black box' of effective therapeutic residential youth care. In J. K. Whittaker, J. F. del Valle, & L. Holmes (eds.), *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice* (pp. 217-228). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Kuiper, C. H. Z. (2020). Uithuisplaatsing van jeugdigen: wat, voor wie, en wanneer? In A. Harder, E. Knorth, & C. Kuiper (red.), *Uithuisgeplaatste jeugdigen: Sleutels tot succes in behandeling en onderwijs* (pp. 13-27). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 117-128. doi:10.1207/s15374424jccp3401_11
- Huyghen, A-M. N., Von Rudnay, I. N., Metselaar, J., & Knorth, E. J. (2010). Assessing children's satisfaction with child and youth care: The SMILEY 9-12 Questionnaire. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer, & J. Knot-Dickscheit (eds.), *Inside out: How interventions in child and family care work. An international source book* (pp. 598-600). Antwerpen: Garant Publishers.
- Jurrius, K., Havinga, L., & Stams, G. J. (2008). *Exitvragenlijst Jeugdzorg*. Amsterdam: Stichting Alexander.
- Jurrius, K., & Rutjes, L. (2006). Naar een cliëntfeedbacksysteem in de jeugdzorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 10(3/4), 132-139.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110. doi:10.1037//0022-006x.62.1.100
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366-380. doi:10.1037//0022-006x.65.3.366

- Knorth, E. J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. In E. J. Knorth et al. (red.), *Verschillen onderscheiden. Orthopedagogische hulpverlening en begeleiding bij problematische opvoedings- en onderwijsleersituaties* (pp. 13-41). Utrecht: Uitgeverij Agiel (oratie).
- Knorth, E. J., Meijers, J. P. M., Brouwer, A., Jansen, E., & Du Prie, H. (2004). Changing the horizon: Client feedback as a driving force behind innovations in residential child and youth care. In H. G. Eriksson, & T. Tjelflaat (eds.), *Residential care: Horizons for the new century* (pp. 23-37). Aldershot, UK / Burlington, VT: Ashgate.
- Knorth, E. J., Van den Bergh, P. M., & Verheij, F. (eds.) (2018). *Professionalization and participation in child and youth care: Challenging understandings in theory and practice – Second edition*. Abingdon, UK / New York, NY: Routledge – Taylor and Francis group (Serie: Routledge Revivals).
- Lemmens, F., & Donker, M. (1990). *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten. Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid (NcGv).
- Martin, J. S., Petr, C. G., & Kapp, S. A. (2003). Consumer satisfaction with children's mental health services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(3), 211-226. doi:10.1023/A:1023609912797
- McLeod, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal* (Proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., Van Yperen, T. A., Van den Bergh, P. M., & Horstman, J. (2016). Participatie in de zorg voor jeugd: Werkzame factoren voor de praktijk van de professional. In G. G. Anthonio, & H. Blom (red.), *De participatiesamenleving!? Een positief-kritische beschouwing vanuit een meervoudig perspectief* (pp. 25-45). Leeuwarden: Stenden Uitgeverij.
- Metselaar, J., Van Yperen, T. A., Van den Bergh, P. M., & Knorth, E. J. (2015). Needs-led child and youth care: Main characteristics and evidence on outcomes. *Children and Youth Services Review*, 58, 60-70. doi:10.1016/j.childyouth.2015.09.005
- Miller, M. D., & Ferris, D. G. (1993). Measurement of subjective phenomena in primary care research: The Visual Analogue Scale. *The Family Practice Research Journal*, 13(1), 15-24.
- Molenaar, I. W., & Sijtsma, K. (2000). *User's Manual MSPS for Windows*. Groningen: IEC ProGAMMA.
- Peper, J. S., & Smeets, D. J. H. (2020). Inzichten vanuit de pedagogische wetenschappen en de neuropsychologie. In M. R. Bruning, D. J. H. Smeets, K. G. A. Bolscher, J. S. Peper, & R. de Boer (red.), *Kind in proces: van communicatie naar effectieve participatie* (pp. 123-159). Nijmegen: Wolf Legal Publishers (Meijers-reeks nr. 335).
- Persson, S., Hagquist, C., & Michelson, D. (2017). Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 22(1), 140-151. doi:10.1177/1359104516656722
- Ramos, C., Stams, G. J., Stoel, R., Faas, M., Van Yperen, T. A., & Deković, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 27(3), 157-168. doi:10.1007/BF03060989

- Salloum, A., Johnco, C., Lewin A. B., McBride, N. M., & Storch, E. A. (2016). Barriers to access and participation in community mental health treatment for anxious children. *Journal of Affective Disorders, 196*, 54-61. doi:10.1016/j.jad.2016.02.026
- Scholte, E. M., & Van der Ploeg, J. D. (2006). Residential treatment of adolescents with severe behavioural problems. *Journal of Adolescence, 21*(4), 422-436. doi:10.1016/j.adolescence.2005.05.010
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464. doi:10.1037/0022-006X.71.3.452
- Sijtsma, K., & Molenaar, I. W. (2002). *Introduction to nonparametric item response theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Simmons, M. B., Parker, A. G., Hetrick, S. E., Telford, N., Bailey, A., & Rickwood, D. (2014). Development of a satisfaction scale for young people attending youth mental health services. *Early Intervention in Psychiatry, 8*(4), 382-386. doi:10.1111/eip.12104
- Smith-Acuna, S., Durlak, J. A., & Kaspar, C. J. (1991). Development of child psychotherapy process measures. *Journal of Clinical Child Psychology, 20*(2), 126-131. doi:10.1207/s15374424jccp2002_3
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. (2015). Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3-4-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry, 69*(3), 224-232. doi:10.3109/08039488.2014.971869
- Southwell, J., & Fraser, E. (2010). Young people's satisfaction with residential care: Identifying strengths and weaknesses in service delivery. *Child Welfare, 89*(2), 209-228.
- Spiro, S. E., Dekel, R., & Peled, E. (2009). Dimensions and correlates of client satisfaction: An evaluation of a shelter for runaway and homeless youth. *Research on Social Work Practice, 19*(2), 261-270. doi:10.1177/1049731508329395
- Ten Brummelaar, M. D. C., Harder, A. T., Kalverboer, M. E., Post, W. J., & Knorth, E. J. (2018a). Participation of youth in decision-making procedures during residential care: A narrative review. *Child and Family Social Work, 23*(1), 33-44. doi:10.1111/cfs.12381
- Ten Brummelaar, M. D. C., López López, M., & Knorth, E. J. (2018b). Participatie van jeugdigen in besluiten binnen de jeugdhulp; samen werken aan verbetering van leefsituatie en ontwikkeling. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 57*(3/6), 126-135.
- Thoburn, J., Lewis, A., & Shemmings, D. (1996). Partnership-based practice in child protection work. In M. Hill, & J. Algate (eds.), *Child welfare services: Developments in law, policy, practice and research* (pp. 132-143). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Van Beek, F., Hameetman, M., & Meerdink, J. (1999). *Dat ik niet alleen hun werk ben. Trends in 'kinder-kwaliteitscriteria' over de (semi)residentiële jeugdhulpverlening*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Van Bijleveld, G. G., Dedding, C. W. M., & Bunders-Aelen, J. G. F. (2015). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review. *Child and Family Social Work, 20*(2), 129-138. doi:10.1111/cfs.12082
- Van der Ploeg, J. D., & Scholte, E. M. (2000). Nieuwe programma's voor jeugdigen met ernstige psychosociale problemen nader belicht. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 39*(5), 221-235.

- Van der Valk, I. E., Van den Broek, A., Van Doorn, M., Spruijt, E., Deković, M., & Meeus, W. (2013). *Eindrapport KIES voor het kind. Effectonderzoek naar het preventieve interventieprogramma Kinderen In Echtscheiding Situatie (KIES)*. Utrecht: Universiteit Utrecht (in opdracht van ZonMw).
- Van Yperen, T. A. (2003a). *Resultaten in de jeugdzorg: Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Van Yperen, T. A. (2003b). *Gaandeweg: Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht / NIZW Uitgeverij (oratie).
- Van Yperen, T., Veerman, J. W., & Bijl, B. (red.) (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Veerman, J. W., & Roosma, D. (2017a). Gegevens verzamelen in de praktijk. In T. van Yperen, J. W. Veerman, & B. Bijl (red.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (pp. 399-417). Rotterdam: Lemniscaat.
- Veerman, J. W., & Roosma, D. (2017b). De kroon op het werk: Benutting van uitkomstgegevens. In T. van Yperen, J. W. Veerman, & B. Bijl (red.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector* (pp. 461-479). Rotterdam: Lemniscaat.
- Von Rudnay, I. N. (2005a). *Vragenderwijs. Verbetering van het instrument 'cliëntfeedbacksysteem' voor de jeugdzorg* (Doctoraalscriptie). Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.
- Von Rudnay, I. N. (2005b). *SMILEY 9-12. Scale for Measuring Individual Experiences of Young children in child and youth care*. Leiden: Cardea Jeugdzorg.
- Welling, M. (2001). Een cliëntfeedbacksysteem voor de jeugdzorg. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 6(2), 82-85.
- Welling, M. (2003). *Vraaggericht werken in de jeugdhulpverlening*. Den Haag: Lemma.

Appendix 1

De oorspronkelijke SMILEY 9-12: items en open vragen

Nr.	Omschrijving item
	<i>Manier van omgang</i>
1	De hulpverlener is vriendelijk
2	De hulpverlener luistert naar mij
3	De hulpverlener heeft tijd voor mij
	<i>Informatie</i>
4*	Ik weet waarvoor ik hulp krijg
5	Ik weet aan welk hulpplan wordt gewerkt
6	Ik weet <u>hoe</u> er aan het hulpplan wordt gewerkt
7*	Ik weet wie er informatie over mij heeft
8*	Ik weet hoe lang de hulp ongeveer gaat duren
9	Ik weet hoe ik een klacht kan indienen
	<i>Voortgang</i>
10*	Ik heb dezelfde hulpverlener als in het begin van de hulp
11	Als er iets aan de hand is, kan ik snel om hulp vragen
12	Mijn ouder(s) of verzorger(s) worden goed op de hoogte gehouden van de hulp
	<i>Deskundigheid</i>
13	Ik ben erbij als het hulpplan wordt gemaakt
14	Ik kan meebeslissen over de hulp
15	De hulpverlener helpt mij met het hulpplan
16	De hulpverlener heeft mij gevraagd wat ik van de hulp vind
17	De hulpverlener houdt zich aan afspraken
18	Ik voel me veilig in de groep
19*	Er zijn goede regels in de groep
20	Er worden leuke activiteiten met de groep gedaan
	<i>Resultaat</i>
21	De hulp helpt mij goed
22	Door de hulp gaat het nu beter met mij
	<i>Omgeving</i>
23*	De hulp is dicht bij mijn huis
24	De groepsruimten zien er gezellig uit
25*	Ik heb een plek om even alleen te zijn
26*	Ik vind het eten en drinken lekker
	<i>Algemeen</i>
A	Geef aan hoe tevreden je bent over de hulp die je krijgt (op een schaal van 1 – 10)
	<i>Open vragen</i>
O1	Als je aan de hulp denkt, waar ben je dan tevreden over?
O2	Als je aan de hulp denkt, waar ben je dan minder tevreden over?
O3	Als je de baas zou zijn, wat zou er dan aan de hulp veranderen?

Toelichting: Items met een asterix (*) zijn niet in de eindversie van de SMILEY 9-12 opgenomen.

Appendix 2

Aannames Mokken Schaalanalyse

Het Mokken model is gebaseerd op de volgende aannames:

1. Er bestaat een ééndimensionale latente trek (in dit geval: tevredenheid bij kinderen); de items kunnen beschouwd worden als representanten van deze latente trek.
2. De antwoorden van een kind op de verschillende items zijn onafhankelijk, gegeven de positie die het kind inneemt ten aanzien van de latente trek. Dit heet 'lokale stochastische onafhankelijkheid' (local independence).
3. De item respons functies (of item step response functies bij meer dan twee respons categorieën) zijn niet-afnemende (non-decreasing) functies van de latente trek, hetgeen in ons geval betekent dat hoe meer een kind tevreden is, hoe groter de kans op een positieve respons bij ieder item. Dit is de aanname van 'monotoniciteit'.
4. De item respons functies kruisen elkaar niet (non-intersection), hetgeen betekent dat als een bepaald item beschouwd wordt als 'moeilijker om voor elkaar te krijgen' dan een ander item, dit geldt voor alle kinderen ongeacht hun positie op de latente trek.

Noten

ⁱ Uitspraak van de Duitse schrijver en dichter Erich Kästner (1899-1974).

ⁱⁱ De lezer die meer informatie wil over de SMILEY 9-12, kan het beste contact opnemen met Ilonka von Rudnay.

ⁱⁱⁱ Een instrument dat voor ruwweg dezelfde leeftijdsgroep geschikt is, maar alleen ontwikkeld en bruikbaar is voor kinderen die *ambulante hulp* ontvangen, is de ChASE (Day, Michelson, & Hassan, 2011). Een instrument dat ontwikkeld is voor jongeren in de leeftijd van 12-25 jaar en dat focust op wat *bereikt is* met de ontvangen jeugdhulp is de Exitvragenlijst Jeugdzorg (Jurrius, Havinga, & Stams, 2008).

^{iv} Er zijn in totaal 602 kinderen benaderd. Door externe omstandigheden (bijvoorbeeld net die keer dat de onderzoeksassistent langs kwam was een kind ziek of afwezig) deden acht kinderen niet mee.

^v De dataverzameling vond plaats in de periode 2007-2009.

^{vi} Wanneer niet 3, maar 4 of 5 als ondergrens wordt gebruikt voor afbakening van 'ontevredenheid' zien we nauwelijks verschil op de analyseresultaten. Op pragmatische gronden is voor 3 gekozen als 'cut-off' waarde. De getransformeerde scores kunnen ook opgevat worden als een soort 'stoplichtscore'. Een score van 10 staat gelijk met groen licht: instelling, ga zo door, er is (grote) tevredenheid. Een score van 4-9 betekent oranje licht: bekijk de verschillende domeinen en vragen waar er onvrede is en besteed daar aandacht aan. Een score van 1-3 betekent rood licht: instelling, alle hens aan dek, dus uitzoeken wat er niet goed loopt.

^{vii} De volgende instellingen namen deel aan het onderzoek: Accare, Altra, ATN, Cardea, Eleos, Elker, Entrea, Enver, GGZ Delfland, GGZ Hoogeveen, Jarabee, Jeugdformaat, Juvent, Jutzt, Rubicon, Spirit, Trias, TriviumLindenhof, Yorneo en Youké.