

UNIVERSITY OF UTRECHT / STICHTING ALEXANDER

# Giving and Applying Individual Therapy Feedback from Adolescents with MID

---

A Qualitative Study on the Use of the “C-toets OBC 2.0”

K.N. de Vries

3953777

Masterthesis Youth Studies

June 2018

Prof. dr. T.F.M. ter Bogt



Universiteit Utrecht

Stichting Alexander  
Young people active in  
research and youth policy

# THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

## **Abstract**

The number of youth that are affected by Mild Intellectual Disorder (MID) in the Netherlands has been estimated to be around 44,000. Research shows that the behavioral course of adolescents with MID is dependent on fitting behavioral training among others. That is why it is important to adjust treatment of MID-youth to their needs and preferably to feedback they can give themselves. Giving feedback in person has been suggested as a way to improve communications and treatment-satisfaction. In this study we looked at the “C-toets OBC 2.0”-questionnaire for the use of giving feedback in person and what would be the most effective way to do this. We also looked at the possibility of youth making a distinction between different parts of their treatment. This was done by asking nine professionals about their experiences with the questionnaire and the advantages and disadvantages of giving personal feedback. Multiple advantages and disadvantages were stated as expected, but there was no consensus on the ability of youth to make distinction between parts of their treatment. Additionally it was suggested that the “C-toets OBC 2.0” may not be the most suitable for personal feedback, and instead another topic-list should be designed for this goal.

### **Samenvatting**

Het aantal jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB) in Nederland wordt geschat op ongeveer 44.000. Onderzoek laat zien dat de ontwikkeling van een adolescent met een LVB afhankelijk is van onder andere passende gedragstraining. Daarom is het belangrijk dat de behandeling van LVB-jeugd wordt aangepast aan hun behoeftes en bij voorkeur op feedback die zij zelf kunnen geven. In deze studie werd er gekeken naar de “C-toets OBC 2.0”-vragenlijst voor het gebruik van het geven van persoonlijke feedback door de adolescent en hoe dit zo effectief mogelijk gedaan kan worden. Daarnaast werd er gekeken naar de mogelijkheid voor adolescenten om onderscheid te maken tussen de verschillende behandelonderdelen die zij ontvangen. Dit werd gedaan doormiddel van interviews met negen verschillende professionals over hun ervaringen met de vragenlijst en de verschillende voor- en nadelen van het persoonlijk feedback geven. De voor- en nadelen die werden genoemd voldeden aan de verwachtingen maar er was geen consensus of jongeren onderscheid kunnen maken tussen de behandelonderdelen. Als suggestie werd gegeven dat de “C-toets OBC 2.0” mogelijk niet het meest geschikt is voor het geven van persoonlijk feedback en dat voor dit doel beter een aparte topiclijst voor gemaakt kan worden.

## Introduction

### *Introduction of the topic*

The number of young people between the ages of 5 and 18 years old that are affected by Mild Intellectual Disorder in the Netherlands has been estimated to be around 44,000 (Stoll, Bruinsma, & Konijn, 2004). Mild Intellectual Disability, or MID, is defined by impairment of mental abilities and influences how well an individual copes with everyday tasks. The disorder may impact cognitive skills, social skills and practical tasks like self-management in personal care, job and money responsibilities (American Psychiatric Association, 2013). In most cases there is no known cause for the disability, but multiple multigenetic causes have been suggested (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry, 2017).

MID can be diagnosed in two distinct ways. First, when a person's IQ-score falls between 50 and 70 points he or she can be diagnosed with MID. Secondly, when a person's IQ score falls between 70 and 85 points and provided that he or she also experiences problems in social adaptability, then they can be characterized by MID (Moonen & Versteegen, 2006; Tenneij, Didden, Stolker, & Koot, 2009). In addition to several skill impairments that MID can entail, it also comes with a high comorbidity for psychiatric disorders. Individuals with MID are three to five times more likely than the average population to suffer from a psychiatric disorder: 30-50% of adolescents with MID are also diagnosed with a psychiatric disorder (Došen, Gardner, Griffiths, King, & Lapointe, 2008).

It can be challenging to recognize MID, as individuals may be good at disguising the characteristics of the disability. When MID is not recognized at a young age, it may lead to overburdening of the child and therefore subsequent behavioral problems that express themselves in the educational and family context (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry, 2017). This is why it is important to recognize the signals of MID at an early stage in development, so the environment of the child may be adapted to their needs. The behavioral course of youth with MID have been found to be dependent of parental environment, behavioral training, social skills training and how the person is treated by their environment (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry, 2017).

How the adolescent develops is thereby determined by various risk and protective factors. A safe and positive environment may contribute as a protective factor, helping the functioning of the child or adolescent (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Psychiatry, 2017). Therefore, a therapy adjusted to the environment, goals and needs of the child has been suggested for improving development among youth (Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry, 2017).

Previously, adjusting therapy to the needs of the adolescent was among others achieved by distributing an anonymous survey to MID-youth through which they could give feedback. The survey, called the “C-toets OBC”, was specially designed to measure client satisfaction of youth from the ages of approximately twelve to eighteen with MID (Jurrius, Bauer, & Van Ginkel, 2012). Feedback was then collected from all adolescents and implemented in some of the treatment centers. In 2016 Stichting Alexander, a Dutch non-profit research bureau, was asked to redesign this survey utilizing participatory research to make it fit the target audience better, thus creating the “C-toets OBC 2.0”. With the new version of the survey, a new application for feedback was suggested by therapists: letting patients give personal, instead of anonymous, feedback on their therapy. It was proposed that filling in the “C-toets OBC 2.0” together with their therapist may lead to improvement of their therapy, for youth could ask clarifying questions during answering and feedback could become part of their treatment plan (Carrière & Strating, 2017). This alternative use for the survey has since then been initiated in different orthopedagogical centers throughout the Netherlands. The Dutch Institution for Disabled Care (VGN) has therefore asked Stichting Alexander to do further research on the most effective way to use the questionnaire for this purpose.

### *Theoretical and empirical substantiation*

When looking at the application of the “C-toets OBC 2.0”, it is first important to know if adolescents with MID are capable of giving personal feedback to their therapist, especially since communication may be challenging for them. Research shows that are several difficulties in conducting questionnaires among youth with MID, which are mostly related to their working memory-skills, as seen in their poor performance on working memory tests (Van der Molen, Van Luit, Jongmans, & Van der Molen, 2007). First, the usage of simple questions in surveys is crucial for getting valid results (Finlay & Lyons, 2001). The same study by Finlay & Lyons (2001) found that an important factor for clear communication with MID-youth is refraining from abstract or negatively formulated phrases, but instead referring to specific events that they have encountered. Another important struggle in questioning youth with MID is acquiescence, defined as the tendency to say yes to a question, no matter the context. The lower the IQ of a person, the higher

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

chance there is of acquiescence taking place (Hensel, 2001). This is why it is best to avoid ‘yes or no’-questions and instead ask questions in a ‘or-or’ format. Important to mention is that these ‘or-or’-questions could lead to an order bias, where the respondent chooses the last possible option because it is the most recent (Felce & Perry, 1995). This is why Felce and Perry argued that it is necessary to think about alternatives in question formats prior to the interview. However, research by Arvidsson, Granlund and Thyberg (2008) found that adults with MID are indeed capable of making nuanced description of their experiences in different areas of life. Additionally, another study found that (small) Likert-type scales in surveys gives better reliability and validity among adolescents with MID (Hartley & MacLean, 2006). The “C-toets OBC 2.0” has taken all these factors into account, thus will be suited for the use of giving personal feedback.

Another question raised by the VGN was if there would be a possibility for adolescents with MID to make the distinction between different parts of their treatment. The current “C-toets OBC 2.0” does not make any differentiation between the several components and instead asks for an overall impression. The VGN has showed interest in making this distinction in the questionnaire, so youth could give even more targeted feedback, for instance on their different therapies and coaching. While this inquiry has not been researched directly, research by Moonen (2006) suggests that youth with MID do not experience being treated, so this could lead to them not being able to differentiate. Because of a lack of literature on the subject, this question has been included in the current research.

### *Current study*

The existent literature suggests that it is indeed possible to question adolescents with MID about their therapy satisfaction, taking several requirements into account. It is not only essential to ask clear questions and to avoid complex or negative phrasings, but a combination of open end as well as close ended questions (Likert-type scales) may lead to higher validity and reliability of the answers. Because it is suggested that the “C-toets OBC 2.0” would be usable and suitable for measuring client satisfaction and personal feedback from youth with MID, the following question can thus be asked:

How can, according to professionals , the “C-toets OBC 2.0” be put into effective use for adolescents to give personal feedback on their therapy?

Hypothesized is that the “C-toets OBC 2.0” is indeed suitable for giving personal feedback, when taking some limitations into account. An expected pro of using the survey is that when

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

an adolescent gives personal feedback, the therapist can communicate directly if this feedback is achievable to implement or not, while also discussing possible alternatives. This would lead to clearer communication and a higher satisfaction of the adolescent with their therapy. Cons of the use of the “C-toets OBC 2.0” could be that not all adolescents with MID may be capable of giving direct feedback because of their disability and the way they have a dependency relation with the therapist. Giving feedback personally could lead to them not being honest or feeling less safe in their environment.

This study attempts to answer this question by doing in-depth, semi-structured interviews with different professionals about their experiences with working with the “C-toets 2.0” and then comparing the advantages and disadvantages that were mentioned. This group of professionals will consist of quality assurance officers, therapists and personal supervisors. Based on the results an advice will be given about how the survey can be used in the future.

### **Methods**

#### *Sample*

Nine professionals working in orthopedagogical treatment centers throughout the Netherlands were interviewed about working with the “C-toets 2.0” questionnaire. These nine participants came from different professional backgrounds: three from quality assurance, three therapists and three personal supervisors. Some of these professional had previous experience with using the “C-toets OBC 2.0” for personal feedback, while others had not. Participants were found through the VOBC (*Vereniging Orthopedagogische BehandelCentra*) and contacted beforehand about their participation.

#### *Design*

The research was based on an exploratory qualitative (or generic qualitative) research design, consisting of nine semi-structured interviews (see Appendix I and II). These interviews were transcribed and analyzed accordingly.

#### *Procedure*

The participants were found through and contacted with permission from the VOBC. Before interviewing, participants were asked to sign an informed consent form, regarding their anonymity and their option to stop the interview at any time. Three interviews were done through the phone and in that case consent was given orally. In-depth semi-structured

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

interviews were conducted with a sample of nine. Participants were interviewed individually in a quiet room, with the exception of two participants that were interviewed together on their request. The interviews were recorded and later transcribed. This data was analyzed with MAXQDA 18, a qualitative data analysis software.

### *Measuring instruments*

Measuring instruments consisted of semi-structured interviews (see Appendix I and II). The professionals were asked about their earlier experiences with the “C-toets OBC 2.0”, benefits and disadvantages of using the questionnaire for personal feedback. They were also asked about several practical implications of this use and if they thought adolescents with MID had the ability to differentiate between different parts of their treatment.

### *Data analysis*

Data analysis was performed after transcribing the interview data. First, thematizing was used to find broad themes in the different interviews. Open coding was used per interview question to reveal themes and how those themes were related. After that, axial coding was used to reveal thematic relationships in order of strongest to weakest associations. Last, selective coding was used to illustrate the before mentioned themes (see Appendix III).

## **Results**

### *Theme 1: Benefits of getting personal feedback from adolescents with MID*

With regards to the benefits of getting personal feedback the professionals mentioned the following points. These statements will be further elaborated below.

- Adjusting treatment to the wishes and goals of adolescents
- Clients can directly receive reaction on their feedback
- Leads to higher satisfaction of the client and thereby a better treatment
- Being able to answer questions from the client and making sure the client understands the questionnaire
- Broader scope of feedback, both positive and negative

All professionals that were interviewed mentioned benefits of getting personal feedback from the adolescents in treatment. While a couple professionals mentioned benefits for the clients themselves, most of them named benefits for the treatment centers. Some gave concrete examples how earlier feedback helped professionals to give better care, which in turn



## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

helped the clients. Some of the professionals that stated this worked in institutions where the personal feedback was already implemented in the treatment plan, while other institutions used the “C-toets OBC 2.0” anonymously.

First, one of the therapists stated that the institution could benefit from the personal feedback because it helped them to adapt the given care to the specific client. A personal supervisor said that earlier use of the survey caused staff-members to spend less time in their office and another time it led to different working hours of the staff. Both of these changes helped them to be more conscious during work and led to spending more time with the clients.

“...daar waren meerdere cliënten die aan gaven dat groepsleiding te weinig tijd voor hen had. Toen zijn ze daar op door gaan borduren, hebben ze het er met cliënten in een bespreking over gehad - in een cliëntbespreking - van 'Wat bedoelen jullie daar nou eigenlijk mee?' En toen kwam het er eigenlijk op neer dat de tijd dat de kinderen uit school komen, dan is vaak ook de wisseling van de diensten, dus dan is de groepsleiding bezig met telefoontjes naar ouders. En dat cliënten zoiets hadden van 'dat vinden we eigenlijk wel jammer.' Dus medewerkers hebben daar toen hun dienst anders op ingericht en zijn daar bewuster mee omgegaan.” – Kwaliteitsmedewerker

“...en de instelling kan hiervan profiteren door de hulp daadwerkelijk af te stemmen op de cliënten.”  
- Behandelaar

Several professionals noted that through giving personal feedback adolescents were able to discuss their situations and receive an immediate reaction from a professional. A quality assurance worker added that this would be beneficial particularly when clients were critical. Immediate reaction from a professional, instead of waiting to possibly see change, may lead to better communication, more clarity and thereby higher satisfaction of the client.

“Ik denk dat het directe effect van het bespreken en met elkaar kijken van- als er sprake is van onvrede: 'hoe kan dat verbeteren?' Dus de cliënt krijgt heel direct reactie op datgene wat hij heeft aangegeven. Terwijl als je de lijst anoniem invult, dan is het maar, ja, afwachten, 'wat is nou mijn stukje wat hierin naar voren gekomen is?' Dat is denk ik wel een winstpunt.” - Kwaliteitsmedewerker

As mentioned before, several professionals stated that personal communications surrounding the questionnaire could lead to higher satisfaction of the client and thereby a better treatment. This was mentioned by a therapist and multiple quality assurance workers. They illustrated that it shows how the client sees his or her own treatment and that this was valuable information that could lead to happier clients. A happier client with higher satisfaction could in turn lead to a client that is more motivated in their treatment.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

“Je hebt natuurlijk informatie in handen over aan welke knoppen je kan draaien om een hogere tevredenheid te krijgen bij de cliënt, dat is heel waardevol. En dat is wat we willen hè? We willen graag tevreden cliënten. En ik denk ook dat het bijdraagt aan het effect van de behandeling. Zodra de cliënt tevreden is over de hulp en over allerlei zaken waar hij mee van doen heeft, dan zal hij ook- nou, meer gemotiveerd zijn om behandeling te krijgen en zal die behandeling ook meer effect genereren.”

- Kwaliteitsmedewerker

“Ik denk dat als hiermee serieus wordt omgegaan, is het wel een mooie manier om te verwoorden van een cliënt hoe hij tegen zijn eigen behandeling aankijkt. Ik denk dat hij hier zeker van kan profiteren.”

– Behandelaar

A possible problem mentioned by the professionals was the level of language skills the adolescents with MID possessed. Not all of the clients have the ability to read at the level of the questionnaire or to read at all. While most clients may find it hard to ask questions, a professional who is aware of the issue may be able to help them with understanding the questionnaire and support them when necessary.

“Het voordeel is denk ik al wat jij nu noemt, want op het moment dat ze het zelf moeten invullen is het voor jongeren met een lager IQ toch heel lastig om die vragen goed te kunnen begrijpen. Dan is het niet overzichtelijk misschien, of is het veel. Dus het voordeel om het samen te doen is dat je ze kan ondersteunen, dat je het kan uitleggen wanneer ze extra uitleg nodig hebben over hoe het is bedoelt, dat ze het goed interpreteren en antwoord geven op de vraag.” – Behandelaar

“Je krijgt dan beeld of een jongere het echt invult, en niet invullen om het invullen. Je kan er meer op sturen, dat als iemand steeds maar hetzelfde cijfer geeft of hetzelfde bolletje aanklikt van 'ik weet het niet' bij die schaalvragen, dan heb je dat wel snel door. En als je het samen doet heb je ook wel in de gaten of een jongere het echt begrijpt.” - Behandelaar

There are several institutions in the Netherlands that have already started with receiving personal feedback from their clients with MID. Two of the quality assurance staff that had experience with this mentioned that, while they started doing this less than a year ago and had no data to compare, they felt it lead to a broader range of feedback. They had the feeling that the earlier anonymous questionnaire caused people with negative critiques to respond more often, while they received little positive feedback. When they was asked for feedback personally, they heard back both positive and negative replies.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

### *Theme 2: How to use the “C-toets OBC 2.0” effectively for getting personal feedback from adolescents*

The nine professionals were also asked to name what they thought was important to effectively use the “C-toets OBC 2.0” to get personal feedback from adolescents. While not all participants were able to name important factors, different answers were given varying from quality of the setting to the need to give a clear explanation of the importance of feedback. The respondents noted:

- Take plenty of time
- Make sure that there is a quiet environment where the client can concentrate
- Create a setting that is beneficial for the individual client
- Create a low threshold for answering honestly
- Explain why it is important to give feedback

Two of the therapists mentioned that it was most important to take enough time and not rush when using the questionnaire. One therapist added that it wasn't a long questionnaire, but that taking enough time could lead to more reliable results.

“Ja, wij instrueren medewerkers inderdaad wel om het moment te creëren. Dat het niet even snel tussen de soep en de aardappelen gebeurt, maar dat ze er echt een afspraak voor maken en dat het een officieel momentje is, dat ze de rust pakken en even apart gaan zitten waar geen andere cliënten of kinderen er om heen lopen. Dat zijn wel de adviezen die wij meegeven.” – Kwaliteitsmedewerker

One of the quality assurance workers mentioned that creating this specific moment is important, but may look very different for each individual with MID. She stated that some youth could be interested in filling in the questionnaire, but only if it would not take too much time and effort. For this group it would be important to not create a separate moment or go to a different location because they would not feel comfortable and it may lead to more stress.

“En die rafelen als het ware af en willen weer vluchten naar weer hun eigen ding gaan doen. Dus ja, dan is het juist helemaal niet prettig en niet praktisch om daar een aparte situatie of plek voor te gaan creëren, dan wordt het alleen maar meer beladen. Terwijl ze het eigenlijk best wel willen invullen, als het maar niet al te veel tijd kost en gedoe.” – Kwaliteitsmedewerker

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Lastly, one of the therapists stated that some youth would find it very hard to give critical feedback because of their mental condition. She thought it would be beneficial to explain why giving feedback is so important and this could make it a lot easier for adolescents to do so.

“Maar ik denk wel op het moment dat je het meer toelicht als feedback, en ook laagdrempelig maakt, dat het wel makkelijker wordt dan wanneer je om kritiek gaat vragen. Ik denk dat voor jongeren die zich daar bewust van zijn, want we hebben ook echt een deel van de doelgroep die dat niet zo kan- of die het zelfs moeilijker zal vinden om positieve dingen terug te geven, dat kan natuurlijk ook nog. Maar ik denk wel dat als je het uitlegt waarom je het wil gebruiken, dat het wel zou helpen. Want het zit hem wel echt in de uitleg, de uitleg is wel heel wezenlijk denk ik.” – Behandelaar

### *Theme 3: Possible challenges for adolescents with MID when using the “C-toets OBC 2.0”*

Every professional was asked to name challenges or problems that could arise when asking for personal feedback from adolescents with MID. One of the therapists specifically stated that it should always be possible to discuss feedback with the client, because a therapist and their client should always be ‘on speaking terms’. When asked in what situations this would not be possible, she questioned if treatment at all would be possible. All other professionals agreed that there isn’t a situation where it would not be possible to use the “C-toets OBC 2.0” for personal feedback. However, multiple challenges for adolescents with MID arose in the interviews:

- Language skills
- Being critical
- Low motivation
- Not being able to reflect on any but most recent experiences

“Ja, eigenlijk zou ik vanaf inhoud zeggen dat dat...nooit wenselijk zou zijn. Want als we nog door willen met behandelingen moeten we altijd 'on speaking terms' blijven met de cliënt. En als dat niet meer gaat, dan kan je ook afvragen of je nog kunt behandelen. En als degene die het moet uitvoeren het niet kan doen, dat je dan in ieder geval altijd kijkt wie het wel kan doen. Maar het helemaal anoniem- ik zou dan niet zo goed de meerwaarde zien, zeg maar.” - Behandelaar

The challenge mentioned most often for MID-adolescents was their language skill. While the “C-toets OBC 2.0” was designed on participatory research with MID-youth, the

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

level of language skill can be highly different for each person with MID. For some the questionnaire could still be too hard to understand. In addition, paying attention to language was also mentioned to be important when answering questions and supporting the client. One of the personal supervisors mentioned that it was not only important to use basic language when speaking, but to also make sure the client would not feel as if they were treated like a child, because this could make them less likely to cooperate.

“Woorden die je gebruikt, hoe lang de zinnen zijn, hoe lang de vragenlijst duurt. Als het langer is dan tien minuten dan zijn ze er klaar mee. Ook niet te moeilijke woorden. Maar het zijn ook pubers, en die vinden zelf niet dat ze licht verstandelijk beperkt zijn, dus als je ze allemaal smileys gaat geven, dan vinden ze het te kinderachtig en dan willen ze er ook niet aan mee doen.” – Persoonlijk begeleider

The second challenge often brought up was the ability to be critical and honest. This was partially stated to be important because adolescents would probably have to give personal feedback to their own personal supervisor or therapist, who they are dependent on for their care. Another point made by a personal supervisor was that it could be harder for youth with MID to be critical during the survey because this would mean they have to explain their answers and this might discourage them because of the earlier mentioned language skills.

“Dat ze toch wat makkelijker zijn van: ‘Als ik een nee invul, dan moet ik dat uitleggen, dat is spannend.’ Of ‘Als ik een nee invul dan moet ik dat ook verklaren, dat vind ik lastig.’ Dus het zou zo maar kunnen dat dat meespeelt.” – Persoonlijk begeleider

A third challenge mentioned was the possibility of low motivation. Different explanations for low motivation were mentioned by the professionals. First, this could arise because of the overload of questionnaires clients and their parents have to fill in. This could lead to them being tired of filling in all these forms, and therefore answer the questions as easy as possible to be done as soon as possible. Other explanations that were given were that youth would not understand why it is important to give feedback or that they would not have motivation just because they are adolescents who have lower motivation for things in general.

“Nou, bij LVB-jongeren, wat we net al zeiden, dat ze soms gewoon denken ‘Pff...’, sowieso bij jongeren denk ik. ‘Even geen zin in een vragenlijst, ik zeg wel ja, dan ben ik er vanaf.’”

– Kwaliteitsmedewerker

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

“Soms dat de cliënt er niet altijd op zit te wachten, ze moeten ook wel meer dingen invullen, meer vragenlijsten behalve de C-toets. En ja, het is wel gewoon belangrijk om kritisch te kijken hoe dat geheel van de vragen is die op ze afkomt, of dat in verhouding is.” – Kwaliteitsmedewerker

The last challenge brought up was the disability of MID-youth of thinking further than their most recent experiences when filling in the questionnaire. The interviews illustrated that this is a frequently occurring characteristic of the disorder and they find it hard to switch between different subjects. It was highlighted by several professionals that it is important to guide them in this process.

### *Theme 4: Who should discuss the personal feedback with adolescents*

All professionals were asked on their opinion on who should help discuss the feedback from adolescents with MID and how many times a year this should be done. The opinions on this subject varied a lot, depending on treatment center, their professional role or earlier experiences. Most of the professionals did agree that this should be dependent on the client and his or her individual needs and skills:

- Professionals disagree about who should help adolescents with personal feedback
- Some professionals vow for letting adolescents make the questionnaire online while being able to ask questions

When discussing the person that is most fit for the job of discussing the feedback with the client, opinions varied between someone the client is close to or someone they do not know. The first was seen as positive because when the professional knows the client they would be better at asking the right questions based on the clients' preferences and skills. This would also make it easier to make the questionnaire part of the treatment. In contrast, when someone unknown to the client asks questions, the adolescent may be more honest and critical because they won't see this person on a daily basis.

“Ja, we onderzoeken eigenlijk een beetje verschillende manieren. Door iemand die niet bekend is, iemand die heel dicht bij de cliënt staat, maar we hebben bijvoorbeeld ook al wel gehad over- 'Goh, we hebben ook een altijd ervaringsdeskundigen, misschien zijn dat de personen die dit ook wel eens zouden kunnen doen.' En nu wordt dat eigenlijk vooral gewoon heel individueel bekeken.”

- Kwaliteitsmedewerker

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

“Ik vind de verbinding heel belangrijk, tussen degene die hem afneemt en de ouder, of de jongere zelf. En dat vind ik tegelijkertijd een beetje dubbel, want ik denk dat de verbinding ervoor zorgt dat je echt het gesprek er over kan aangaan en dat je de cliënt echt kan uitleggen: 'Hier gaat het over en we willen dit ook gebruiken als andere jongeren van jouw leeftijd komen, wat kunnen we dan leren, wat kunnen we dan anders doen.’”- Behandelaar

“Inderdaad zou misschien iemand wel goed zijn om het de ambulante hulpverlener te laten doen, of iemand die het kind helemaal niet kent.” – Persoonlijk begeleider

“Maar als je het echt onderdeel wil maken van het behandelproces en je wil je behandeltraject aanpassen op basis van datgene wat de cliënt vertelt, dan vind ik dat degene die het dichtste bij staat het moet doen. Dus het heeft alle twee wel voor- en nadelen.” - Behandelaar

### *Theme 5: Distinction between different components of treatment*

The current questionnaire doesn't make any distinction between the different components of treatment, it generally measures the clients' satisfaction with the treatment. All professionals were asked if they thought that it would be possible to use the C-toets OBC 2.0 to measure satisfaction on different parts of the treatment and if it would be possible for adolescents with MID to differentiate between these parts. The following points were made by the participants:

- Professionals disagree if it is possible for adolescents with MID to make distinctions between different parts of treatment
- Professionals disagree if this should be done in one questionnaire or at separate moments

Professionals had different opinions on the question if MID-youth could make this distinction. Some participants thought it would easily be possible, others thought it would be possible under certain conditions and others thought it would not be possible at all. Participants mostly stated that distinction could be made if different components were asked about at different times. For example: to ask about the satisfaction with a specific form of therapy after they had that therapy. But, in that case it could still be hard for them to make the distinction. Others thought that another questionnaire would be more suitable for this purpose or it could not be done at all.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

“Ja, ik denk op verschillende momenten, ja. En dan is er nog de vraag of ze het onderscheid kunnen maken.” - Kwaliteitsmedewerker

“Nou, ik denk dat je daar best een stukje onderscheid in zou kunnen maken. Bijvoorbeeld een jongere die ook individuele therapie gehad heeft - BMT of speltherapie of rots- en watertraining - zij weten vaak zelf echt wel goed wat ze dat heeft opgeleverd, wat ze daar gedaan hebben en wat ze daarvan vonden.” - Behandelaar

“Dus dan hebben ze best met wat verschillende hulpverleners te maken, dus dan zou je dat wel iets meer kunnen scheiden. En om die vragenlijst niet te lang te maken zou je als een therapie is afgesloten, om dan ook zo'n C-toets over de therapie af te nemen, en dat niet allemaal aan het eind van het traject te doen.” - Behandelaar

“Nee, ik denk dat- wat ik al zei, de vragenlijst op zich is al behoorlijk ingewikkeld voor onze doelgroep. Dus als je dan ook nog onderscheid maakt op welk stuk, ja dan zou je dat heel goed moeten uitschrijven.” - Kwaliteitsmedewerker

### **Discussion**

The aim of the current study was to investigate how the questionnaire “C-toets OBC 2.0” can be used more effectively among youth with MID for giving personal feedback about their treatment. This led to the following research question: “How can, according to professionals, the “C-toets OBC 2.0” be put into effective use for adolescents to give personal feedback on their therapy?” In this study we tried to answer this question by doing nine semi-structured interviews with different professionals working with youth with MID and who have experience using the questionnaire. Subsequently the mentioned advantages and disadvantages were compared to form an advice for further use.

Previous research suggested that personal feedback using the “C-toets OBC 2.0” could lead to clearer communication between clients and their therapists and could thereby lead to higher satisfaction of the adolescent. It was also predicted that possible limitations of this use could be that youth would not be honest or feel less safe because of the dependency they have on their therapists. The literature also suggested that adolescents with MID would not be capable of making the distinction between different parts of their treatment, because they do not experience being treated.

The first hypothesis, that the personal use of the “C-toets OBC 2.0” could lead to



## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

clearer communication and therefore a higher satisfaction, was supported by the findings in this study. Several professionals stated that they foresaw the same opportunities as predicted with this application of the questionnaire. Other benefits they saw were that they could give a direct reaction on the given feedback, being able to answer questions from clients and that it could lead to a broader range of feedback (both positive and negative). Lastly they also mentioned that this could lead to a better adjustment of the treatment to the wishes and goals of the adolescents.

The second hypothesis was that disadvantages of the personal use may be that adolescents would feel less safe because of the dependency relationship with their practitioners and therefore would be less honest. This was also supported by the interviews in this study, as multiple professionals mentioned the same cons. Important recommendations given by the respondents to help with these disadvantages were to take plenty of time, have the conversation in a quiet environment and to explain to the client why giving feedback is essential. Possible challenges they foresaw were the language skills of the client, their ability to being critical and having low motivation.

The third hypothesis of this study was that it would not be possible for adolescents with MID to make a distinction about the different parts of their treatment. Earlier research on this subject was lacking and the results of this interview do not give a clear answer. Professionals did not agree if it was possible for youth to make the differentiation and additionally they did not agree if feedback on the different parts of treatment should be asked at the same time or at different moments. Therefore there should be further research into this subject before this can be implemented in the feedback-giving process.

Notable was that different treatment centers used the questionnaires in fairly different ways and therefore had different opinions on best practice. The consensus seemed to be that best practice is dependent on the needs of the individual client and should be adapted to their wants and skills. The professionals that did already use the “C-toets OBC 2.0” for individual feedback were very satisfied with the results and recommended the same implementation for other professionals. Another important finding in this study was that it was suggested that the “C-toets OBC 2.0” may not be suitable for personal feedback, since it was designed with another intention in mind.

Limitations of the study were found mostly in the differences between treatment centers in their current use of the questionnaire. This made it difficult to get an overall idea about the best practices. Additionally professionals from four different treatment centers were interviewed, while there are fourteen different treatment centers in the Netherlands. Because

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

of this there may have been no saturation of the target group. Strengths of the study were the in-depth interviews with professionals that had different roles in working with MID-youth and the many different topics that were part of the interview. Both of these gave a broad idea of the subjects from different points of view.

While several professionals mentioned ways to adjust the “C-toets OBC 2.0” to make it suited for personal feedback, other were critical whether the “C-toets OBC 2.0” is the most appropriate tool for this use. First, respondents argued that the questionnaire is quite extensive and therefore would only be suitable for a portion of youth with MID. Second, it is also very important to note that with this alternative use of the questionnaire, no conclusions can be drawn from the results because it does not follow the instructions obligated with this survey. This is why it may be a better alternative to create a Topic-discussion list that can be adapted to the skills and wishes of the client and the points professionals have mentioned in this study. This way it may be used multiple times a year or when necessary and won't interfere with the “C-toets OBC 2.0” or other questionnaires.

In sum it can be concluded that using the “C-toets OBC 2.0” for the use of personal feedback has many different advantages for adolescents with MID as well as for the treatment centers. While there are also important disadvantages, these can be avoided by taking enough time with the client and by explaining to the adolescent why it is important for them to give feedback on their treatment. Because it is not clear if adolescents with MID can differentiate between different parts of their treatment and there should be further research on this. It is also critical to look into a new way of giving personal feedback, instead of using the “C-toets OBC 2.0”. The questionnaire was not designed with this goal in mind and therefore may not be the best tool for this use. Instead, designing a Topic-discussion that is made especially for this intention may be more suited.

Most importantly: while it is positive that so many professionals are interested in participation and the opinion of MID-adolescents, letting them give feedback once a year is not enough. Participation is not done with the mere asking for opinions, the most crucial step is finding ways to implement these new findings and to improve the existing conditions.

### References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arvidsson, P., Granlund, M., & Thyberg, M. (2008). Factors related to self-rated participation in adolescents and adults with mild intellectual disability—a systematic literature review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(3), 277-291. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00405.x>
- Carrière, L. & Strating, G. (2017). *Verantwoordingsdocument De C-toets OBC 2.0*. Amsterdam: Stichting Alexander/VOBC.
- Došen, A., Gardner, W., Griffiths, D., King, R., & Lapointe, A. (2008). *Richtlijnen en principes voor praktijk; beoordeling, diagnose, behandeling en bijbehorende ondersteuning voor personen met verstandelijke beperking en probleemgedrag*. Retrieved from [http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/Richtlijnen\\_en\\_principes\\_voor\\_de\\_praktijk-Verstandelijke\\_beperkingen\\_en\\_probleemgedrag.pdf](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/Richtlijnen_en_principes_voor_de_praktijk-Verstandelijke_beperkingen_en_probleemgedrag.pdf)
- Dutch Knowledge Centre for Child and Adolescent Psychiatry (2017, 28 januari). *Course and prognosis of mild intellectual disability*. Consulted from <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/en/professionals/Mild-intellectualdisability/Introduction-11/Course-and-prognosis-3>.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [http://dx.doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](http://dx.doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Finlay, W. M. L., & Lyons, E. (2001). Methodological Issues in Interviewing and Using Self-Report Questionnaires with People with Mental Retardation. *Psychological Assessment*, 13, 319–335. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.13.3.319>
- Hartley, S. L., & MacLean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likert-type scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 813-827. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00844.x>
- Hensel, E. (2001). Is Satisfaction a Valid Concept in the Assessment of Quality of Life of People with Intellectual Disabilities? A Review of Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 311-326. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1468-3148.2001.00081.x>

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

- Jurrius, K., Bauer, J., & Van Ginkel (2012). *Verantwoordingsdocument C-toets OBC*. Amsterdam/Utrecht: Stichting Alexander/VOBC
- Moonen, X. M. H. (2006). *Verblijf, Beeld en Ervaringen van jongeren opgenomen in een orthopedagogisch centrum voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking*. Maastricht: Datawyse
- Moonen, X., & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk, Tijdschrift voor de LVG-zorg*, 1, 23-28.
- Stoll, J., Bruinsma, W., & Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor Bureau Jeugdzorg? Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Retrieved from <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/NJi-Publicaties/Nieuwe-clinten-voor-Bureau-Jeugdzorg>
- Tenneij, N. H., Didden, R., Stolker, J. J., & Koot, H. M. (2009). Markers for aggression in inpatient treatment facilities for adults with mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1248-1257. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2009.04.006>
- Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E. H., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities, *Kind en Adolescent*, 28(3), 135-148.

## Appendix I Topiclist Interviews

### Introductie

- Kennismaking
- Uitleg onderzoek
- Korte omschrijving Stichting Alexander

### Functie

- Wat is uw functie?
- Op wat voor manier maakt u gebruik van C-toets OBC 2.0?

### (Eerdere) ervaringen met C-toets OBC 2.0

- Wat zijn uw ervaringen met de C-toets OBC? Waarom?

### Voordelen

- Op welke manier zou de C-toets OBC 2.0 effectief toegepast kunnen worden voor persoonlijk afnemen? Zijn hier voorwaarden voor?
- Hoe zou de behandeling/cliënten kunnen profiteren van het persoonlijk afnemen van de vragenlijst? Hoe zou de instelling hiervan kunnen profiteren?

### Nadelen

- Wat zijn struikelblokken bij het persoonlijk afnemen van de C-toets OBC 2.0? Waarom?
- Wat zijn de specifieke uitdagingen voor LVB-groep?
- Wanneer kan de C-toets OBC 2.0 niet persoonlijk worden afgenomen?

### Praktisch

- Door wie zou de vragenlijst afgenomen kunnen worden? Hoe vaak? Wanneer/hoe?
- Waarom denkt u dat de vragenlijst nog niet op deze manier wordt afgenomen? Wat is er nodig om dit te doen?
- Hoe kan dit nieuwe gebruik van de vragenlijst het best met ouders gecommuniceerd kunnen worden?

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

- Zijn er verschillen in hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden bij jongeren in ambulante en intramurale behandelingen?

### **Verschillende behandelonderdelen**

Jongeren nemen deel aan veel verschillende behandelingen, waaronder ook de persoonlijke begeleiding en groepsbehandelingen. De C-toets OBC 2.0 maakt geen onderscheid tussen deze behandelonderdelen.

- Is het voor LVB-jongeren mogelijk het onderscheid te maken tussen deze behandelonderdelen?
- Hoe kunnen de specifieke ervaringen van de verschillende behandelonderdelen verder uitgevraagd worden? Kan dat met de C-toets OBC 2.0 of is deze alleen geschikt voor de algemene ervaring? Is dat haalbaar voor LVB-jongeren?

### **Afronding**

- Zijn er nog andere aspecten die u zou willen benoemen?

## Appendix II Interviews

### Interview 1 Persoonlijk Begeleider

*Wat is je functie?*

Ik ben hier persoonlijk begeleider.

*Kan je een omschrijving geven van je taken?*

Ja, hier wonen jongeren, nu tien of elf, met een licht verstandelijke beperking over het algemeen en daarmee bijkomende problematiek. Bijvoorbeeld hechtingsproblematiek, ADHD, trauma's, van alles komt voorbij. En het doel hier eigenlijk is om te kijken of ze weer thuis kunnen wonen, dus we maken doelen om te kijken dat ze óf volledig thuis kunnen wonen óf zoveel mogelijk thuis kunnen wonen, of we gaan het onderzoeken of het überhaupt kan. En als persoonlijk begeleider werk ik hier dus en op de groep, maar je hebt dus een aantal kinderen onder je die je extra onder de aandacht hebt, maar je gaat dus ook bij de ouders thuis en bij de- om daar te kijken wat daar nodig is. Ik schrijf dan de plannen, wel in combinatie met de ambulante begeleider. Ja, dat is mijn functie.

*Je noemde van te voren als dat je de C-toets wel eens hebt ingevuld samen, waar wordt hij dan precies voor gebruikt?*

Hij wordt één keer per jaar afgenomen, volgens mij. En dan bij iedereen, dus bij ouders en bij de cliënten. Vanuit daar gaan we dan kijken wat er verbeterd kan worden en wat komt daar uit terug.

*Wordt dit dan anoniem gedaan?*

Ja, anoniem volgens mij.

*Hoe heb je dit ervaren, de toets?*

Er komen best wel dingen uit waarmee we dan wel weer aan de slag kunnen. Ja, bijvoorbeeld er kwam een keer uit - dat vanuit de jeugd dat wij als groepsleiders veel op kantoor zitten, en toen hebben we daar wel echt wat mee gedaan. Dat merkt de jeugd dan uiteindelijk ook wel.

*Ze willen nu graag dat de vragenlijsten één op één worden afgenomen en dan als deel van het hulpverleningsproces, dat ze de antwoorden echt individueel kunnen meenemen.*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ja dat heb je hier soms al een beetje, omdat het niet zo'n hele grote groep is.

*Hoe denk je dat dat effectief gedaan kan worden, bijvoorbeeld in de situatie van STEK of juist algemener?*

Ik denk dat het per cliënt en per ouder verschilt, want sommige vinden het best wel moeilijk om ons feedback te geven. Omdat het anoniem is, is het dan wel opeens een stuk makkelijker. Dus ik denk - en voor sommige cliënten is het ook fijner, en soms merk je dat als je met ze meekijkt, dan geven ze niet meer zo eerlijk antwoord. Dus als het heel persoonlijk wordt, we willen wel echt weten wat er uit komt en dat ze echt zo kritisch naar ons mogen zijn. Als ze dan zich gaan aanpassen omdat wij meteen weten wie het heeft gezegd, of wie wat heeft gedaan, dan zou ik dat wel jammer vinden. En sommige denk ik dat ze het wel durven, maar niet iedereen.

*Zou er een manier zijn om het voor iedereen makkelijker te maken?*

Bijvoorbeeld dat wij het al niet afnemen. Als ze bijvoorbeeld helemaal ontevreden zijn over mij als persoonlijk begeleider van die cliënt, en dat die ouders ook ontevreden over mij zijn, en dan moeten ze vervolgens aan mij gaan vertellen dat ze heel ontevreden over mij zijn, dat is wel heel lastig. Dus ik denk ook niet dat ze dat zomaar zouden doen, en dat is dan wel zonde.

*Door wie zou dat dan wel gedaan kunnen worden, het afnemen?*

Iemand buiten de groep, iemand die ze niet kennen vanuit hier. Terwijl ik ook wel weer vind, weet ik ook niet of ze alles durven te zeggen bij iemand die ze niet kennen. Als ze het op internet kunnen invullen is dat wel wat makkelijker. Ja, overal zitten voor- en nadelen aan, want sommige zijn heel handig met computers, maar andere ouders kunnen weer niet lezen - sommige kinderen kunnen ook niet lezen. Dus dan moet je het voorlezen, dus overal zitten voor- en nadelen aan.

*We hebben het nu al gehad over nadelen (zoals niet eerlijk durven zijn), maar zouden er ook voordelen zijn aan het persoonlijk afnemen voor de cliënten?*

Nou als iemand een probleem heeft wat echt persoonlijk is, dan kan je er wel wat mee. Eerst werd er door meerdere ouders aangegeven dat wij niet goed bereikbaar zijn, dan moeten we daar wat mee. Dan maakt het niet uit wie dat heeft gezegd, dan moeten we daar iets mee. Maar als één iemand het heel vervelend vindt - ja weet ik veel wat - dat we heel hard praten



THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

ofzo, of schelden, dan moeten we daar met die cliënt iets mee. En dan weet je natuurlijk niet wie dat is als het niet persoonlijk is.

*Je noemde dat je hier al vaak kan uitvogelen wie wat heeft gezegd door de kleine groep, heb je daar dat voordeel ook al gemerkt, dat je persoonlijker met problematiek aan de slag kunt?*

Ja, ja. Als een cliënt vindt dat wij heel hard praten, en één iemand vindt dat, dan moeten we bij diegene gaan kijken. Krijgt diegene misschien prikkels veel te hard binnen, en hoe kan dat? En in de normale buitenwereld is het ook dat mensen hard praten, dus dan kun je weer daarmee aan de slag ja.

*Zijn er ook gevallen of cliënten waarbij het echt niet zou kunnen om het persoonlijk af te nemen?*

Hmm, nee ik denk dat het bij iedere cliënt wel kan. Het ligt er aan vanaf welke leeftijd je het doet, of is het iedere leeftijd? Want we hebben ook een jongetje van zeven, en die gaat mee in emoties die jij hebt. Dus als we heel vrolijk zijn als we het afnemen, dan geeft hij alles een tien, daar gaat hij in mee. Dus dan persoonlijk weet ik niet of je het zo bij hem kan afnemen.

*Zou je een voorwaarde kunnen noemen die dan belangrijk is voor het afnemen?*

Een bepaalde leeftijd ofzo. Een bepaalde intelligentie is lastig, maar wel een bepaalde leeftijd.

*Zijn er andere specifieke uitdagingen voor de LVB-groep waar je rekening mee zou moeten houden bij het persoonlijk afnemen?*

Woorden die je gebruikt, hoe lang de zinnen zijn, hoe lang de vragenlijst duurt. Als het langer is dan tien minuten dan zijn ze er klaar mee. Ook niet te moeilijke woorden. Maar het zijn ook pubers, en die vinden zelf niet dat ze licht verstandelijk beperkt zijn, dus als je ze allemaal smileys gaat geven, dan vinden ze het te kinderachtig en dan willen ze er ook niet aan mee doen. Dus het is, ja daarin moet wel een middenweg zijn. Dus niet te moeilijk en te lange vragen zijn, maar ook niet te kinderachtige vragen met smileys. Terwijl dat voor de jongere kinderen juist wel weer kan.

*Dus het zou een optie zijn hier een onderscheid voor te maken?*

Ja, onder de 12 en boven de 12 bijvoorbeeld.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Als de vragenlijst op deze manier toegepast zou worden, hoe zou dat het beste aan ouders gecommuniceerd kunnen worden? Is het nodig, om aan ouders te laten weten dat het onderdeel wordt van het behandelproces?*

Eh, bij STEK zijn we heel erg bezig met systeemgericht werken, dus ik denk dat dit soort dingen sowieso worden meegenomen bij evaluatiegesprekken sowieso met persoonlijk of ambulantly begeleider met de ouders. Maar het is wel, dat als iemand boven de veertien of zestien is dan mag je niet alles meer vertellen, dus we kunnen bijvoorbeeld wel zeggen dat we het doen maar dat we de uitkomst niet delen omdat de jongere dat niet wil. Maar het delen met de ouders, ja dat doen we gewoon een keer.

*Hier is geen speciale aanpak voor nodig? Denk je dat er negatieve geluiden over zouden komen?*

Nee, juist niet. Omdat ouders dan aan hun kinderen kunnen aangeven hoe ze het hier vinden, en dat ze zelf inspraak hebben over hoe het hier gaat en dat we dingen kunnen veranderen. Ik denk niet dat ouders daar op tegen zijn.

*Zijn er denk je verschillen tussen hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden bij jongeren die ambulantly behandeld worden en jongeren die intramuraal behandeld worden?*

Of daar verschil in zit? Dat weet ik eigenlijk niet, nee. Ligt er ook aan hoe de thuissituatie is, is het rustig thuis? Stel je voor dat ze een heel klein huis hebben en ouders zitten erbij, dan kan je er wel voor gaan kiezen om een rondje te gaan lopen of iets te gaan doen. En op de groep is vaak wel een ruimte waar je kan zitten.

*Dus de rust is erg belangrijk?*

Ja, of misschien ook - sommige jongeren vertellen meer als je met ze gaan lopen. Dan vul je het niet zo in, ligt eraan hoe dat vorm wordt gegeven.

*Denk je dat dat lopen vaker meegenomen zou moeten worden, als dat zorgt voor meer openheid?*

Zou kunnen, of dat ze tussendoor iets mogen tekenen of iets mogen doen. We hebben ook jongeren met ADHD, die kunnen niet lang stilzitten, dus als je ze iets geeft. Ik denk dat bij iedere vragenlijst die je afneemt belangrijk is dat je kijkt naar het kind en naar de ouders, en kijkt wat er nodig is om de vragenlijst zo goed mogelijk in te vullen.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Jongeren die op een instelling wonen hebben ontzettend veel behandelingen, elk gedeelte is een soort van behandeling, de vragenlijst die er nu is maakt helemaal geen onderscheid tussen deze behandelingen. Is het mogelijk voor LVB-jongeren om het onderscheid te maken en daar vervolgens verschillende waardes aan te hangen? En zou dat met deze vragenlijst kunnen?*

Ik denk dat ze dat wel kunnen, maar bijvoorbeeld hier is het én ambulante én op de groep. Dat zien ze dan denk ik wel als één. Alleen ze kunnen wel aangeven van 'ik vind het echt niet fijn dat je bij me thuis komt', of juist wel. Dat zouden ze wel kunnen aangeven. Maar stel je voor dat ze eerst ambulante hebben gehad en dan naar STEK komen of dat ze eerst bij STEK zijn geweest en dat het toen is afgebouwd naar ambulante, dan kunnen ze dat denk ik wel loskoppelen.

*Maar niet de verschillende behandelingen die ze op een dag hebben?*

Nee, ze zien wel het verschil tussen school en hier, dat dat iets anders is. En als ze bijvoorbeeld therapie hebben zien ze daar wel verschil in, bijvoorbeeld 'therapie is leuk en hier is stom', dat zou kunnen. En ze zien ook wel het verschil tussen thuis is anders dan hier. Maar ik denk niet dat ze extreem zien van 'dit is een speciale behandeling en dit en dit', ik denk dat ze het alles als één zien. Ik weet ook niet of ze dit echt als behandeling zien. Hier zijn ze meer om aan dingen te werken, want dat moet weetjewel. Net zoals dat ze naar school moeten, dat moet ook.

*Zou je denken dat deze vragenlijst meer geschikt is om een algemene ervaring te toetsen?*

Nou ja, je kunt wel aparte vragen stellen over therapieën die ze hebben of wat ze ervan vinden als er thuis leiding komt of hoe ze het op school vinden. Dat zou wel kunnen. Ja, ik denk wel dat ze daar onderscheid in kunnen maken. En ja, ook dat ze specifieke vragen krijgen bijvoorbeeld over hoe ze het hier op de groep vinden.

*En zouden die verschillende onderdelen, zou dat in dezelfde vragenlijst kunnen?*

Ja, als dan de vragenlijst niet te lang wordt. En ook, als ze te vaak een vragenlijst moeten invullen - en dat geldt misschien hetzelfde voor ouders, misschien voor ouders wel meer dan voor de jongeren - dan wordt het al minder snel gedaan. Het is nu één keer per jaar en de jongeren van ons moeten het doen, die zetten we achter de computer en dan moeten ze het doen. Dat kan je met ouders niet doen, sommige ouders kunnen heel moeilijk lezen of niet lezen, en dat moet je langs met de vragenlijst van 'wat vind je van zus en zo?'. 'Ja, nee, wat

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

betekent dat woord.' Dan hebben ze geen idee. En dan zeggen ze: 'Ja dat weet ik eigenlijk ook niet, wat vind jij?'. En dat is dan best wel moeilijk, want het is best een lange vragenlijst soms, voor sommige ouders wel, en die vinden het dan wel lastig om het in te vullen. Dus als het dan een langere vragenlijst wordt en ze moeten er nog meerdere invullen, dan is de kans dat ze hem invullen steeds kleiner.

*Denk je dat één keer per jaar geschikt is?*

Ja, dat denk ik wel. Het verschilt ook wel per ouder, we hebben ook wel ouders gehad met borderline, dat zie je dan ook wel aan de toetsen in wat voor fase ze zitten.

*Maakt dat het moeilijker of het objectief is, of niet?*

Ja, maar als je dus alle ouders bij elkaar neemt, maar ze geven allemaal aan dat iets niet goed gaat, dan zal het echt wel zo zijn. Weetje alles ouders hebben aan ons aangegeven dat we niet goed bereikbaar zijn, dan kunnen ze best allemaal even chagrijnig zijn maar dan zal dat echt wel zo zijn. Terwijl als één ouder het aangeeft en ze zit net in een dip-moment omdat we één keer de telefoon niet hebben opgenomen, dan is dat weer wat anders. Dus ik vind ook dat als je het van een groep opneemt dan is het meer van waarde, dan als je het van één iemand hebt.

*Heb je nog verdere adviezen?*

Nee, ik vind het wel goed dat het wordt gedaan. We kunnen er ook echt wat mee uitnemen, en we krijgen daar ook altijd een overzichtje en een heel grafiekje wordt dan gemaakt en dan wordt dat nog besproken. En we doen het ook nog helemaal STEK-breed bespreken om te kijken wat er over het algemeen allemaal is uitgekomen, dus ik vind het wel heel goed dat het wordt gedaan ja. Daarmee geef je ouders wel de kans, en kinderen de kans, om aan te geven wat ze leuk vinden en niet leuk vinden. Dan worden ze serieus genomen, tenminste als wij er iets mee doen, en dan kunnen we er wel mee aan de slag ja. We proberen dat sowieso wel veel, want we zijn echt een leergroep, dus als ze dingen willen leren dan is het ook echt aan hun. En als ze dingen vervelend vinden op de groep dan mogen ze dat ook zelf mee gaan denken aan hoe het op te lossen. Bijvoorbeeld nu heeft een cliënt de tafel kapot geschopt hier, en die was van een andere cliënt, en nou- hoe gaan we dit oplossen? Nu kunnen wij wel een oplossing verzinnen, maar nu hebben ze gisteravond de opdracht gegeven om er samen over na te gaan denken hoe ze het kunnen oplossen. Want de één wil er een vergoeding voor en de ander weet niet hoe. Natuurlijk sturen we er wel in, helpen wij daarin wel als ze er niet uitkomen, maar we laten ze er wel zelf over nadenken. Of als ze het hier heel onrustig vinden,

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

bijvoorbeeld met eten, we kunnen met z'n allen aan tafel eten maar dat is echt heel onrustig. En dan kiezen ze er zelf voor om toch op twee plekken te eten en dat hebben wij dan niet besloten, maar dat hebben ze dan met z'n allen besloten. Dat soort dingen komen dagelijks wel terug.

*Ik heb geen vragen meer. Heb jij zelf nog vragen?*

Nee.

*Dan zet ik de opname nu stop.*

## **Interview 2 Gedragkundige**

*Ik zet nu de opname aan. Zou je allereerst kunnen vertellen wat je functie is?*

Ik ben gedragkundige.

*Zou je een korte omschrijving kunnen geven van wat je functie inhoudt?*

Ik ben inhoudelijk verantwoordelijk voor behandeling van de jongeren in trainingshuizen in Breda en in Goirle. Ik stuur het team aan op de inhoud.

*Heb je wel eens gebruik gemaakt van de C-toets OBC 2.0?*

Nee, deze niet. We gebruiken wel de C-toets, maar volgens mij de oude variant.

*Op wat voor manier wordt die ingezet?*

Die wordt ieder jaar wordt die ingezet bij een planbespreking. Een planbespreking houdt in dat- In principe wordt de C-toets elk jaar afgenomen, maar ieder half jaar hebben we met de jongeren een planbespreking waar we de doelen evalueren. Hoe de cliënt aan de doelen heeft gewerkt en of de doelen bijgesteld moeten worden, of dat er al nieuwe doelen gesteld kunnen worden.

*Dat wordt dan dus al wel individueel gedaan, dus op de 'nieuwe' manier toegepast?*

Ja.

*Hoe zijn de ervaringen daarmee?*

In principe positief, wat ik zelf nog wel merk is dat we er heel weinig mee doen in de praktijk. Ik merk dat we daar nog een slag in te slaan hebben.

*Op wat voor manier zou dat kunnen?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ik denk dat we moeten kijken hoe zowel jongeren als ouderen kijken naar de hulpverlening. En dat het dus een mooi middel is om daarover in gesprek te gaan. Ik denk dat het nu een beetje standaard lijstje is om afgevinkt te hebben, oké klaar.

*'We hebben het gedaan, dus oké'*

Ja, inderdaad.

*Op welke manier kan dit zo effectief mogelijk gedaan worden, dat de antwoorden zo eerlijk mogelijk zijn? Zijn hier bepaalde voorwaarden voor, hoe kan dat het beste gedaan worden?*

Dat vind ik een lastige vraag. Waarom ik het lastig vind, is dat je dus als begeleiding zijnde het met cliënten afneemt. En dan is het vaak maar de hoop dat de cliënt eerlijk durft te zijn. En de ene cliënt zal dat wel zijn, en de andere cliënt niet.

*Door wie wordt het bij jullie afgenomen?*

Door de begeleiding.

*Dan is er natuurlijk ook een bepaalde vertrouwensrelatie en een bepaalde afhankelijkheidsrelatie ook.*

Precies. Wat misschien nog wel zou kunnen zijn- Nu is de vragenlijst hoe je hem afneemt, maar misschien als je het via een app doet. Dat een cliënt zelf achter een computer kan of achter een app, op die manier invult, een gewone vragenlijst is misschien iets te ouderwets dus dan zou ik eerder een app pakken of computer. Maar dat er dan wel iemand in de buurt is, dat als ze vragen hebben dat ze die eventueel wel kunnen stellen. Er valt voor allebei wel iets te zeggen. Je zou bijvoorbeeld hem af kunnen nemen en daarna nog met de cliënt nog in gesprek, van 'Ik zie dat je dit hebt gescoord, ligt eens toe'.

*Zijn er bepaalde manieren hoe de cliënt hiervan kan profiteren, en misschien ook de instelling?*

Of de cliënt hiervan kan profiteren? Ik denk dat als hiermee serieus wordt omgegaan, is het wel een mooie manier om te verwoorden van een cliënt hoe hij tegen zijn eigen behandeling aankijkt. Ik denk dat hij hier zeker van kan profiteren. En de instelling kan hiervan profiteren door de hulp daadwerkelijk af te stemmen op de cliënten.

*Ik wil het nog graag hebben over de struikelblokken, zoals je al zei zal de ene cliënt eerlijker zijn dan de andere. Zijn er ook nog specifieke uitdagingen voor de LVB-groep waar rekening mee gehouden moet worden?*

Ja, taal. Taal is het belangrijkste.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*En als we minder kijken naar de vragenlijst zelf, maar naar de manier van afnemen? Als hij samen wordt besproken, wat is dan belangrijk dat de begeleider weet?*

Let op taal, en de tijd neemt. En goed uitlegt waar de lijst voor is bedoelt.

*Wat zijn nog andere struikelblokken, of is dat het?*

Nee, ik denk dat dat het belangrijkste is, dat stukje taal, dat je daar wel op let.

*Zijn er ook bepaalde gevallen wanneer de vragenlijst niet persoonlijk afgenomen kan worden, misschien bij bepaalde LVB-jongeren of situaties? Dat het altijd beter is om het anoniem te doen?*

Ik denk dat het altijd mogelijk moet zijn. Op de manier hoe je dat doet, als je het één keer per jaar doet, zou het altijd mogelijk moeten zijn. Als je het voor een ander doeleinde wil gebruiken- bij ons is het dus één keer per jaar om te kijken 'hoe kijkt de jongere tegen zijn eigen behandeling aan?'- maar ik denk als je wil checken hoe het daadwerkelijk met een jongere gaat, weet ik niet of je daar een C-toets voor moet gebruiken. Ik denk dat je dan duidelijk moet maken dat je een vertrouwenspersoon hebt, naar een jongere waar hij terecht kan.

*De C-toets is er echt om de cliënttevredenheid te meten. Denk je dat dat inderdaad beter ook via zo'n vertrouwenspersoon kan? Want er is natuurlijk een onderscheid hoe het met iemand gaat en hoe tevreden iemand is.*

Als je een heel eerlijk antwoord van een jongere wil krijgen, dan zou dat inderdaad zijn met een vertrouwenspersoon. Aan de andere kant, zie ik bij een aantal jongere dat ze het vertrouwenspersoon niet vertrouwen en daar hebben ze ook geen vertrouwensband mee. Dus dan kan het voor sommige ook wel eens stap zijn, van waarom moet ik met iemand die ik niet ken die lijst af gaan nemen? Ik vind het soms zo individueel, daarom zou ik eerder denken: laat het ze eerst op de computer of een appje invullen, en kom daar op een gegeven moment echt iets uit daar maak ik me zorgen over, dan kan je alsnog kijken hoe we daarmee om kunnen gaan.

*Dus vanuit daar verder gaan bespreken?*

Ja, maar eerste instantie met een vertrouwenspersoon? Weet ik niet, of jongeren daar op zitten te wachten.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Het wordt nu één keer per jaar afgenomen door begeleiders, als we meer naar de praktische kant gaan kijken, zijn er dan nog andere opties om het door iemand af te laten nemen? Of bijvoorbeeld vaker of minder of denk je dat de situatie hoe die nu is precies goed is?*

Dat vind ik een interessante vraag. Ja, hij wordt nu één keer per jaar gedaan, maar in principe zou misschien twee keer per jaar in die zin beter zijn. Ik denk dat je inderdaad dan, nu je die vraag zo scherp stelt, als ik nu naar andere situaties kijk binnen de organisatie, ja dan zou het misschien beter zijn om het hier- Ik weet niet of anoniem invullen of via een computer of iets.

*Aangezien jullie de vragenlijst al persoonlijk afnemen, hoe communiceren jullie dit naar ouders?*

Bij ons wordt het meegenomen in de verslaglegging, in de evaluatiebespreking komt dus de C-toets te staan. En dan wordt de uitslag ook met de ouders besproken.

*Hoe zijn de reacties daarop?*

Ik denk wel positief, ik denk dat er wel een moment is dat ouders en jongeren stilstaan bij hoe het daadwerkelijk gaat en wat ze vinden.

*Zijn er nog verschillen in hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden bij jongeren die ambulantly of juist intramuraal behandeld worden?*

Dat denk ik niet, ik denk dat dat gewoon hetzelfde kan.

*Dan wilde ik graag nog praten over de verschillende behandelonderdelen, dat is nog wel een ander stukje waar vragen over worden gesteld. Hoe de C-toets nu is, is een hele algemene tevredenheid- over de hele behandeling. Jongeren nemen natuurlijk deel aan veel verschillende behandelingen, soms groepsbehandelingen soms individueel, zeker als ze op een groep zitten zijn ze de hele dag in behandeling. Nu wordt de vraag gesteld, moet daar onderscheid tussen gemaakt worden? Dus in plaats van de algehele tevredenheid, moeten daar onderscheid in worden gemaakt en is dat mogelijk voor jongeren met een licht verstandelijke beperking?*

Ik denk dat dat op zich wel interessant kan zijn, als ze de ene keer op behandeling krijgen, bijvoorbeeld speltherapie, dat ze dat daarna kunnen invullen.

*Zou dat dat in één keer moeten? Dus de C-toets, en daarna naar allerlei verschillende onderdelen vragen in één vragenlijst?*

Ja, dat zou ik wel doen.

*Dus nadat ze therapie hebben gehad moeten ze dat daarna gelijk invullen?*



THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ja, dat zou ik wel doen.

*Hoe kan dat het beste gedaan worden voor LVB-jongeren, nog andere dingen waar je rekening mee moet houden?*

Nee, nee. Je moet gewoon echt rekening houden met een stukje taal, dat je de tijd neemt dat is belangrijk.

*Is dat onderscheid voor deze doelgroep, kunnen zij dat onderscheid maken tussen de verschillende behandel onderdelen?*

Ja hoor, maar dan moet je wel gewoon specifiek zijn. Je hebt net psychomotorische therapie gehad, daarna vullen we de C-toets in.

*En dan zal hij dus vaker ingevuld worden, op meerdere momenten?*

Ja.

*Dat zijn mijn vragen tot nu toe, heb jij nog aspecten die je wil benoemen?*

Nee.

*Dan zet ik nu de opname stop.*

### **Interview 3 Persoonlijk begeleider**

*Zou je me iets over je functie kunnen vertellen?*

Ja, ik ben gezinshulpverlener- bijna gezinsbehandelaar, mijn opleiding is bijna klaar- dat houdt in dat ik in gezinnen kom waar ouders vragen hebben over hun kinderen met LVB en/of gedragsproblemen. En ik ga ouders eigenlijk ondersteunen en in hun kracht zetten om zelf de opvoeding weer vorm te geven, want vaak lopen ze daarin vast.

*En dat is dus voornamelijk ambulante?*

Ja.

*Heb je zelf wel eens gebruik gemaakt van de C-toets OBC 2.0?*

Ik weet niet of dat de 2.0 is, het zou de eerdere versie kunnen zijn, maar de C-toets wordt bij ons digitaal, ja, afgenomen. Bij ieder gezin wat bij ons in behandeling is geweest, dat wordt gekoppeld aan andere vragenlijsten. En aan het einde van de behandeling vullen ze ook die C-toets in en jongeren boven de 12 wordt ook gevraagd die in te vullen. Komt niet altijd respons op, maar vaak herinneren wij ze er aan en wordt dat gewoon ingevuld.

*En dat wordt dus niet anoniem gedaan?*

Nee.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Hoe vaak wordt dit gedaan, alleen aan het eind van de behandeling?*

De C-toets wel. Op sommige plekken binnen Amaran wordt hij ook tussentijds gedaan, maar bij onze behandeling is- normaal gesproken zes tot negen maanden- en dan doen wij hem echt alleen maar aan het einde de C-toets.

*En hoe zijn de ervaringen daarmee? Je gaf al aan dat er niet altijd respons komt. Zijn de responsen positief, kunnen jullie het dan ook toepassen?*

Eh, ja, ik verwerk die vaak ook zelf in het eindverslag mee. Hè, want ouders en de jongeren geven een rapportcijfer voor de instelling of het werk, dat maak ik dan altijd bespreekbaar dus ik bespreek ze ook na met hun. Van 'Waar ben je dan het meest tevreden over of het minst. En wat kan er verbeterd worden?' Ik ben even de vraag kwijt.

*Wat de ervaringen zijn?*

Oh ja. Dus ja, positieve ervaringen. Over het algemeen worden ze ook gewoon heel positief ingevuld, dus dat is ook altijd fijn en makkelijk te bespreken. Makkelijker dan als ze heel negatief zijn.

*Vind je ook dat de C-toets OBC zoals hij nu is dat hij daar geschikt voor is, om die tevredenheid te meten? Zijn er dingen die missen?*

Ik denk dat het werkt. Ik denk wel dat het voor jongeren soms- die vullen even gauw wat in. Die denken 'Oké, papa en mama zijn tevreden, dan vul ik overal ja in.' Dat idee krijg ik wel eens. Of ze zijn altijd heel positief, dat kan ook. Maar omdat ze vaak zo positief zijn, denk ik- daar zit een nuance in.

*Denk je dat dat ook met de doelgroep te maken heeft, van LVB-jongeren?*

Zou heel goed kunnen, ja. Dat ze toch wat makkelijker zijn van- 'als ik een nee invul, dan moet ik dat uitleggen, dat is spannend.' Of 'als ik een nee invul dan moet ik dat ook verklaren, dat vind ik lastig.' Dus het zou zo maar kunnen dat dat meespeelt.

*Zoals ik al net vertelde, werd het voornamelijk hiervoor anoniem gedaan maar in sommige gevallen niet. Mocht het echt een gedeelte worden van het hulpverleningsproces, bijvoorbeeld helemaal aan het begin van de behandeling ingevuld om te kijken hoe de behandeling zo geschikt mogelijk gemaakt kan worden, op wat voor manier denk je dat dit effectief gedaan zou kunnen worden?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Een hulpmiddel dat wij ook gebruiken in de gezinsbehandeling is een SRS- en een ORS-lijst. Ik weet zo even niet waar de afkortingen voor staan, maar daarin ga ik met ouders- dat kan met ouders maar kan ook met de jeugdigen, dat zijn ook weer verschillende lijsten- aangeven op een schaal van 0 tot 10 hoe het met hen gaat. Individueel, relationeel, in de maatschappij, dat is de ORS. En de SRS is: 'Wat vond je van deze sessie? Wat moet ik meer doen, wat moet ik minder doen?'. En op een schaal van 1 tot 10 ga je dan zeg maar aangeven, of dat ik aansloot bij de hulpvraag en luisterde naar wat jij te zeggen had. En als dat laag gescoord wordt, dan ga ik altijd in op, joh, wat dien ik volgende keer meer of minder te doen? Hoe is het voor jullie fijner? Dus die, dat gebruiken wij als hulpmiddel, om af te stellen 'Wat wil jij uit de hulpverlening halen.'

*Als de C-toets dus ook zo'n functie zou krijgen, zijn er dan bepaalde voorwaarden voor om dat af te nemen, dat het zo effectief mogelijk wordt gedaan?*

Geen idee. Nee, dat zou ik zo niet kunnen zeggen. Je zou misschien de verwachtingen kunnen aangeven, wat al wat ruis uit de lijn kan halen bij hulpverlening.

*Hoe zou de cliënt kunnen profiteren van persoonlijk afnemen?*

Ik denk dat dat twee kanten op kan. Want als het anoniem is dan zullen ze misschien makkelijker- dat ze zich veiliger voelen om het in te vullen. Maar aan de andere kant is het na zes à negen maanden- en soms langer hoor, want de trajecten duren ook langer - dan is die vertrouwensband goed genoeg om dat ook eerlijk in te durven vullen. Maar ik denk dat- dat die vertrouwensband goed genoeg is om het gewoon eerlijk in te durven vullen, en- het voordeel zit hem dan in dat je het ook nog kan na bespreken.

*En hoe kan de instelling hiervan profiteren, van deze persoonlijke afname?*

Ja er wordt natuurlijk ook gevraagd naar de ervaringen met de instelling, dus die zouden het- ik weet niet of het uitmaakt dat het dan inderdaad persoonlijk ingevuld is.

*Als er nog geen vertrouwensband is, kan het moeilijk zijn om eerlijk te zijn. Kan je nog andere struikelblokken noemen?*

Nou, bij LVB-jongeren, wat we net al zeiden, dat ze soms gewoon denken 'pff', sowieso bij jongeren denk ik. 'Even geen zin in een vragenlijst, ik zeg wel ja, dan ben ik er vanaf.' Je vraagt specifiek naar de jongeren he? Want de volwassenen of de ouders hebben daar denk ik niet speciaal een struikelblok, ja soms wordt het gewoon niet ingevuld, maar dan is het ook

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

tijd of sommige ouders kunnen niet lezen.

*Zouden er manieren zijn om die struikelblokken minder te maken?*

Nu wordt hij digitaal verstuurd en vullen zij het in, of ze dan hulp krijgen van ouders of niet, daar heb ik geen zicht op. Maar het zou kunnen helpen als je dat samen kan invullen, zodat je zeker weet dat je de uitleg kan geven en dat je ze zelf spreekruimte geeft.

*Dat is inderdaad het nu idee om hem zo te gaan gebruiken. Denk je niet dat jongeren dan alsnog ja zeggen om er vanaf te zijn?*

Als het goed is kan je daar dan als hulpverlener op inspelen, door door te vragen en extra vragen te stellen. Waarom vind je het dan zo goed? Bijvoorbeeld.

*Denk je dat er situaties of misschien bepaalde cliënten zijn waarbij de vragenlijst gewoon niet persoonlijk afgenomen kan worden?*

Dat denk ik niet. Ik moet er even over nadenken, maar ik zie niet zo in waarom niet.

*Dan de praktische kanten van het invullen. Door wie denk je dat het beste gedaan kan worden, mocht het inderdaad echt samen worden gedaan, zou dat dan het beste door een behandelaar of een groepsbegeleider kunnen worden gedaan? Wat denk je dat daar het geschikte persoon voor is?*

Dat is een goede vraag. Het moet in ieder geval iemand zijn die dus nog kan vragen, die niet zomaar- ik denk dat het klakkeloos overschrijven van die antwoord, dat kan ook als je het niet persoonlijk doet. Dus om ze wat uit te kunnen leggen of door te kunnen vragen van 'wat bedoel je dan?', dat is wel belangrijk. Maar dat kan een groepsbegeleider of dat kan een behandelaar ook. Misschien dat een behandelaar dat makkelijker doet, en niet elke groepsleiding dat kan.

*In wat voor situatie kan dat het beste afgenomen worden? In de ambulante situatie, het beste bij iemand thuis of in een formele setting?*

Voor onze cliënten denk ik dat thuis het fijnst is. Want we komen ook in de thuissituatie, en om ze dan naar kantoor te halen om die lijst in te vullen, dat geeft extra druk denk ik.

*Dus thuis denk je dat ze zich het veiligst voelen om eerlijk antwoord te geven?*

Ja.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Bij jullie wordt het dan bijvoorbeeld aan het eind gedaan, maar stel je voor dat het dan wel aan het begin zou worden gedaan. Hoe vaak denk je dan dat het moet gebeuren?*

Eh, dan zou ik denk ik één keer aan het begin van het traject dat doen.

*Niet later nog een moment?*

Ja misschien wel een tussenevaluatie, nu doen we het ook wel eens als het traject echt veel langer duurt dan zes tot negen maanden en we weten al- nou, daar komt nog een jaar achteraan, dan vullen we hem vaak ook bij de tussenevaluatie in. Dus dat zou ik een mooi moment vinden, denk ik.

*Bij verandering van de inzet van de vragenlijst, moet dat ook op een specifieke manier naar ouders gecommuniceerd worden?*

Ik denk het niet. Ja, bij ons gebeurt het al aan het begin van het traject, ze moeten ook een CBCL en een VGNO vullen ze ook in. En dat doen we aan het eind van het traject ook, dat je kan zien of er veranderingen in zitten. En daar wordt die C-toets dan zo in meegenomen, ja dan is het meer: er komt nu ook een C-toets aan voor jullie kind, graag ook laten invullen. En de meeste mensen vinden dit geen enkel probleem.

*Stel je voor dat er bepaalde antwoorden uitkomen, wordt dat dan ook met de ouders besproken? Bijvoorbeeld hele lage scores?*

Binnen ons traject wel. Want het gaat juist over communiceren onderling- dat is één van de punten die belangrijk zijn. Waarom geef jij het zo laag? Dat is een goed gespreksonderwerp.

*Denk je dat er verschillen zijn in hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden voor jongeren die ambulante of juist intramuraal behandeld worden?*

Of daar verschil in zit? Ja, dat denk ik wel. Intramuraal is een groep toch? Ja, dan zou ik er voor kiezen om dat wel op een kantoortje te doen- officiëler. Ambulant is dat niet handig.

*Zou de vragenlijst dan vaker afgenomen moeten worden, of minder vaak?*

Dat durf ik niet te zeggen, daarvoor zit ik te lang niet meer in het intramuraal. Mogelijk, maar dan zit ik ook weer met die SRS-lijst in mijn hoofd. Als je het daaraan koppelt, ja dan kun je gewoon elke bijeenkomst doen of elk gesprek dat je hebt. Ja dat zou je met deze ook kunnen doen, dat zou dan op de inhoud meer afgestemd moeten worden. Dat je hem vaker invult.

*Het laatste wat ik wil bespreken zijn de verschillende behandelonderdelen. Ik weet niet hoe dat bij jullie ambulante is, maar bij jongeren op de groep bestaat eigenlijk hun hele dag uit behandelmomenten, zowel de begeleiding die ze krijgen als de verschillende behandelingen.*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Dat zijn allemaal losse onderdelen en dat is allemaal gedeelte van het behandelplan. Wat de vragenlijst momenteel doet, is dat daar geen onderscheid tussen wordt gemaakt. Het is een heel algemeen tevredenheidsonderzoek. Is het belangrijk dat al die verschillende behandelonderdelen uitgevraagd worden en is dat mogelijk voor LVB-jongeren om dat onderscheid te maken?*

Ja, dat denk ik wel. LVB'ers, die denken ook lekker in hokjes volgens mij, dus dat is alleen maar fijn, om dat onderscheid te maken. Ook voor ouders. En als ik kijk naar sommige ambulante cliënten, die hebben ook nog psychomotorische therapie of cognitieve gedragstherapie, die hebben ook nog onderdelen binnen dezelfde organisatie. En die geven dan ook zelf aan- die maken zelf ook wel onderscheid tussen de verschillende vakjes. Daar- die luisterden wel. Ze maken soms zelf al wel onderscheid, ik denk dat het goed is om dat in de vragenlijst specifiek terug te vragen.

*En zou dit dan in één vragenlijst moeten, dus jaarlijks of mogelijk nog met een tussenevaluatie, of zou dat dan op verschillende momenten gevraagd moeten worden? Ook met oog op de doelgroep.*

Ik denk dat dat kan, in één vragenlijst. Ja ik zou sowieso één vragenlijst houden, want ik denk dat als je meer vragenlijsten geeft dan- dat is een berg werk. En één vragenlijst komen ze wel door, dan kunnen ze zelf wel onderscheiden van 'dit blokje gaat over ... en dit blokje gaat over...!'.  
  
*Zijn er nog andere aspecten die je denkt waar rekening mee moet worden gehouden binnen de vragenlijst?*

Nee, volgens mij is hij vrij duidelijk en niet te lang. Dus dat is ook fijn.

*Heb je nog andere aspecten die je zou willen benoemen?*

Nee, ik vind hem zelf altijd heel makkelijk analyseerbaar.

*Dan ga ik de opname stopzetten.*

#### **Interview 4 & 5 Kwaliteitsmedewerkers**

*Zouden jullie allereerst iets over je functie kunnen vertellen?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

J: Ja, ik ben consulent kwaliteit, veiligheid en beleid voor de divisie jeugd. En dat houdt kort gezegd in dat ik teams en management gevraagd en ongevraagd adviseer bij allerlei kwaliteitsvraagstukken.

L: Ik ben L., ik ben ook consulent alleen ik ben afgebakend in met name het ROM gedeelte rond de C-toets, en ik lever veel informatie voor J. om haar taak goed te kunnen doen. En ik geef de informatie voor de management reformatie die J. dan weer maakt, ja. En verder allerlei hand en span zaken.

*Zouden jullie kunnen vertellen op wat voor manier jullie gebruik maken van de C-toets momenteel?*

L: Nou ja, die wordt hier intensief afgenomen. We hebben afspraken met alle teams in feite dat ze de C-toets hanteren en dat ze de BIT hanteren- bepaalde onderdelen van de organisatie hanteren de BIT. Maar degene die de C-toets hanteren, daarmee hebben we de afspraak dat ze dat minimaal één keer per jaar doen en dan het beste om dat te doen rondom de evaluatie bespreking. Van te voren, en dat die dan tijdens de evaluatiebespreking aantoonbaar besproken wordt. En dat daar dus dan ook actiepunten uit voort zouden moeten komen.

*En de BIT, wat voor vragenlijst is dat?*

L: Dat is de 'Ben Ik Tevreden', dat is meer een gesprekslijst. Gaat ook over tevredenheid, maar eigenlijk voor een wat lager niveau nog, en dat is meer om met elkaar aan de praat te raken van 'goh, wat zou je vinden? Wat vind je daarvan, wat kan er nog beter?' etcetera. En dat gebeurt heel vaak met verwanten, omdat de cliënten zelf niet in staat zijn om- ja.

J: Ja, en wij hebben er binnen de groep voor gekozen om voor de LVB de C-toets te gebruiken en voor de andere cliënten de BIT. Ja, en wij gebruiken inderdaad de C-toets sinds eind vorig jaar, 2017? Half 2016?

L: Nee, al langer. We gebruiken hem al wel langer, alleen aantoonbaar bespreken, dat doen we sinds eind 2016.

J: Eind 2016 zijn we begonnen om het op te nemen in het primaire proces. Dus dat we niet meer- we waren eigenlijk toe aan de volgende ronde om hem massaal één keer in de twee of drie jaar uit te vragen, en toen hebben we eigenlijk al vooruitlopend op de vraag vanuit het VOBC en Stichting Alexander of het onderdeel kon worden van het primair proces, en wij zijn dat gaan doen. Omdat wij zelf eigenlijk ook vonden dat we te weinig individueel effect hadden van de C-toets zoals hij collectief afgenomen wordt.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

J: Wij hebben dat geborgd in een soort van planmethodiek. Dus daar zit in het evaluatieformulier van de persoon zit een linkje naar Berg Op- waarin via de link gekeken kan worden naar alle ROM-lijsten, dus ook de C-toets. En in het evaluatieformulier van het persoonlijk plan hebben we een kopje opgenomen 'Cliënttevredenheid.' Als de medewerkers het goed doen, gaan ze daar dus over in gesprek.

*Wat zijn de ervaringen daar tot nu toe mee? Jullie doen dit nu iets meer dan een jaar. Hoe bevalt het?*

J: Onze ervaring tot nu toe is denk ik dat het een beetje wisselend is, hè? We werken met verschillende zorgsystemen en -producten, en binnen het ene team, binnen het ene zorgproduct, wat beter al ingebed is in het primair proces dan het andere zorgproduct- hè bij de één gaat het al meer vanzelfsprekend dan bij de ander. Ik was laatst uitgenodigd bij dat gesprek, met die mensen van de VGN. En toen heb ik wat informatie opgehaald, en daarnaast hebben wij ook een interne audit ronde doorlopen onlangs, en daar halen we wel wat mooie voorbeelden op over hoe het dan werkt. Dat de medewerkers eigenlijk na drie evaluaties met cliënten opeens zeggen 'Hee, die cliënten zeggen nu eigenlijk alle drie al iets over hetzelfde onderwerpen, moeten wij daar als team niet iets mee?'

L: Ja.

J: Bijvoorbeeld we hebben STEK, een hybride behandelproduct, en daar waren meerdere cliënten die aan gaven dat groepsleiding te weinig tijd voor hen had. Toen zijn ze daar op door gaan borduren, hebben ze het er met cliënten in een bespreking over gehad - in een cliëntbespreking - van 'Wat bedoelen jullie daar nou eigenlijk mee?' En toen kwam het er eigenlijk op neer dat de tijd dat de kinderen uit school komen, dan is vaak ook de wisseling van de diensten, dus dan is de groepsleiding bezig met telefoontjes naar ouders. En dat cliënten zoiets hadden van 'dat vinden we eigenlijk wel jammer.' Dus medewerkers hebben daar toen hun dienst anders op ingericht en zijn daar bewuster mee omgegaan...

L: Ja.

J: ...hebben iPadjes aangeschaft, dus als ze moeten rapporteren dat ze dat doen terwijl ze bij de cliënten in de groep zitten. Dat klinkt allemaal heel vanzelfsprekend, maar dat was voor hen wel- ja, weer een moment om daar goed bij stil te staan.

L: Ja, dat is één van de voorbeelden hè. Van- dat er steeds meer concreet mee gewerkt wordt en dat teams, dus ook op team-niveau, gaan kijken van wat kunnen wij als team verbeteren op basis van wat cliënten aangeven. Dat is natuurlijk heel mooi.

J: En daarnaast heb je ook nog wat van die voorbeelden echt op individueel niveau.



## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

L: Ja.

J: Dat cliënten echt iets aangeven in zo'n gesprek. Ik kreeg ook een voorbeeld van een moeder die aangegeven had dat ze vond dat ze te weinig betrokken werd bij de behandeling van haar kind, of dat de groepsleiding te veel over haar hoofd heen besliste, dat was het eigenlijk. Ze had dus het idee dat in een teamoverleg of in een cliëntbespreking dingen over haar hoofd heen besproken werden. En zij is vanaf dat moment gewoon uitgenodigd bij alle besprekingen die over haar kind gingen. Zo van 'Nou, dan kom je toch gewoon en dan praat je toch mee'. En moeder werd aan de ene kant gerustgesteld, want 'hier worden geen dingen besproken die ik normaal niet zou horen', maar ervaarde het wel als heel prettig dat ze er gewoon aandeel in mocht hebben. En het leverde ook echt een kwaliteitsverbetering in de behandeling op. Daar kwamen wel mooie discussies, zo hebben we een aantal mooie voorbeelden.

L: Ja, nou ja, één van de voorbeelden vind ik persoonlijk altijd het mooiste. Als je hier naar buiten kijkt naar het binnenterrein, dat is ook onder andere het gevolg van een gemeenschappelijke toets. Daar heb ik toen zelf aan deelgenomen, mensen thuis opgezocht met de toets, om het gesprek aan te gaan. Ik was voor die mensen een anoniem figuur. En daaruit is wel het hele traject Verrijkend Bestaan ontstaan, wat wij hier nu hebben. Waarin kinderen veel meer bewegen en het binnen terrein helemaal is aangepast, waarin de locatie- de betreffende locatie - veel kindvriendelijker is gemaakt, etcetera etcetera. Dus daar komen ook op organisatieniveau- wordt daar wel echt iets mee gedaan.

J: We hebben de validatie van de versie 2.0 hebben we in dat pand, dat zijn drie verdiepingen met 36 cliënten, uitgevoerd. Omdat daar wat vragen lagen en daar waren wat onvredes. Dus toen heb ik gezegd, dan gaan we daar die nieuwe versie 2.0 uitvragen. Dat heeft inderdaad L. gedaan. En op basis van de uitkomsten zijn een heleboel acties ontstaan.

L: Ja.

*Je zei op het begin dat er wel wisselende ervaringen zijn. Zou je ook een voorbeeld kunnen noemen van de minder goede ervaringen?*

J: Niet zozeer met de minder goede ervaring van de C-toets an sich, maar dat mensen vooral heel erg moeten wennen aan het feit dat ze er actief met ouders en cliënten mee in gesprek moeten. Dat het vaak nog een drempel is, dat ze het vaak nog georganiseerd moeten zien te krijgen, dat je met moeite een evaluatiebespreking gepland hebt en dan 'oh ja, daarvoor moest ik ook nog de C-toets en de ROM en de dit en de dat'. Daar is meer de wisseling in, dat we merken dat dat nog niet bij ieder team even goed op het netvlies zit. We proberen dat zoveel

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

mogelijk te faciliteren. Wij noemen dat stroomschema's, dus bij medewerkers het proces helemaal uit te schrijven met diagrammen van wat moet je doen op welk moment in het behandelproces.

L: We zien wel een groeiende respons, dat wel. Dat is eigenlijk sinds we nu met herinneringen werken en met een vervaldatum. En de non-respons, er zijn gewoon gevallen die dat gewoon weigeren. En onze ervaring is ook wel dat soms ouders, maar ook jongeren, het heel moeilijk vinden om met de PB'er waar ze dagelijks mee te maken hebben eerlijk te zijn. Dus, de discussie is ook altijd: moet de PB'er dat nou doen, of een anoniem persoon. Ik heb toen gemerkt, in ieder geval, in dat traject van die validatie dat ik mensen thuis bezocht, die mensen kenden mij niet, ik kende de cliënten niet. En ja, toen kwam er wel heel veel gewoon naar buiten, wat je anders misschien niet zou hebben geweten.

*Dat is inderdaad ook één van mijn vragen als we echt meer gaan kijken naar de praktische kant hier van, door wie kan dit dan het beste gedaan worden in jullie ervaring?*

L: Ja, dat blijft natuurlijk altijd vraag. Ik persoonlijk denk dat als je echt een wat zuiverdere reactie wilt krijgen van cliënten en van ouders, dat het anoniem zou moeten. Omdat veel mensen toch denken 'met jou moet ik morgen weer verder', hè? 'En als ik te negatief ben, dan heeft dat misschien wel effect op wat jij met mijn kind doet.'

J: Dan heb je het zuiver over de tevredenheid, en die zou misschien op die manier moeten. Maar als je het echt onderdeel wil maken van het behandelproces en je wil je behandeltraject aanpassen op basis van datgene wat de cliënt vertelt, dan vind ik dat degene die het dichtste bij staat het moet doen. Dus het heeft alle twee wel voor- en nadelen.

L: Ja, dat stukje. Het blijft- je moet het aantoonbaar bespreken. Een anoniem persoon zou het kunnen afnemen...

J: Ja, een onbekend persoon dan.

L: En dan moet de PB'er wel: 'Goh, u heeft gegeven in de toets dat u ontevreden bent over het eten, of de communicatie met de groepsleider, hoe kunnen we dat verbeteren?' Dat moet de PB'er natuurlijk wel doen. Dat is wat jij bedoelt of niet?

J: Ja, ja, precies. Omdat je anoniem zei was ik even in verwarring. Maar je bedoelt dat jij voor hen onbekend bent.

L: Precies, en dan praten mensen opener en de PB'er moet er dan wel tijdens het EB wel iets mee gaan doen. In gesprek met de cliënt.

J: Ja, ik merk dat ik daar niet zo stellig in ben als jij. Dat het een niet bekend persoon moet zijn.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

L: Nee, nee, maar dat is ook- ik ben daar ook niet zo stellig in. Wij zetten die lijsten klaar en wij laten het bij de PB'er, die bepaalt hoe dat verder gaat. Dus sommige sturen het direct naar de ouders van 'kan je dat even invullen?'. Ik zeg er dan wel altijd bij: dat moet je alleen maar doen als je weet dat die ouders dat ook gaan doen, andere ouders kun je uitnodigen ervoor om op gesprek te komen.

J: Ja precies.

L: En er zijn locaties, ik weet dat ze dat bij TED wel eens doen. Voor jongeren, vanaf 12 jaar mogen jongeren het ook invullen, en daar doen ze wel eens- dan zetten ze drie of vier jongeren bij elkaar, dan krijgen ze allemaal een formulier met een groepsleider erbij, en dan gaan ze dat gezamenlijk invullen.

J: Ja, dan hebben ze het er ook over.

L: En dan hebben ze het er over en dan maak je het wat aantrekkelijker ook voor die jongeren. Dat is natuurlijk een manier om-

J: Ja, we onderzoek eigenlijk een beetje verschillende manieren. Door iemand die niet bekend is, iemand die heel dicht bij de cliënt staat, maar we hebben bijvoorbeeld ook al wel gehad over- 'Goh, we hebben ook een altijd ervaringsdeskundigen, misschien zijn dat de personen die dit ook wel eens zouden kunnen doen.' En nu wordt dat eigenlijk vooral gewoon heel individueel bekeken. Op het moment dat de medewerker zegt of inschat: 'Nou, mijn contact met die ouders of met dit kind is zo goed, die kunnen wel gewoon eerlijk zijn', dan doen ze het zelf. Maar, ja, als daar wat wrijving in blijkt, of wat schuring in lijkt te zitten, dan kunnen ze een andere keuze maken. Of ouders kunnen ook aangeven dat ze een andere keuze willen maken.

*Dus individueel zou ook een goede optie zijn, om bij elke cliënt te kijken: wat past er het beste bij deze cliënt?*

J: Ja.

L: Ja, dat vinden wij sowieso wel. Dat is wel het insteekpunt: wat past bij deze cliënt het beste? Maar dat blijft denk ik voor PB'ers toch steeds wel een zoek, want kijk- ik ben dan degene die het samen met het secretariaat klaar zet voor de PB'er, die vragen die lijsten aan, maar wij kunnen natuurlijk niet bepalen 'vader gaat hem invullen of moeder', dus dat ligt allemaal bij die PB'er. En die zou eigenlijk die creativiteit moeten gaan ontwikkelen om ook te denken 'wat past er nou het beste bij deze situatie?' En dat kan inderdaad zijn dat je een keer op huisbezoek gaat en een anoniem persoon, of een ervaringsdeskundige, en in sommige

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

gevallen kan je het gewoon rustig aan de ouders overlaten. 'Ik stuur het even op, vul jij het in en stuur het even terug.'

J: Ja.

*Als we kijken naar de persoonlijke afname, op wat voor manier kan profiteert de cliënt hiervan?*

L: Op welke manier profiteert- van datgene wat die aangeeft?

*Ja, het persoonlijk afnemen tegenover anoniem. Op wat voor manier kan de cliënt hiervan profiteren?*

J: Ik denk dat het directe effect van het bespreken en met elkaar kijken van, als er sprake is van onvrede, 'hoe kan dat verbeteren?'. Dus cliënt krijgt heel direct reactie op datgene wat hij heeft aangegeven. Terwijl als je de lijst anoniem invult, dan is het maar, ja, afwachten, 'wat is nou mijn stukje wat hierin naar voren gekomen is?' Dat is denk ik wel een winstpunt.

L: Ja, en dat hebben wij ook geborgd in de plannen, dat er aantoonbaar iets mee gedaan moet worden. Je moet het bespreken met elkaar.

*Zijn er voorwaarden om dit effectief toe te kunnen passen? Bijvoorbeeld dat het dus wel besproken moet worden.*

L: Ja, en er moet eigenlijk ook een verbeterpunt uitrollen, behalve als de toets een tien is, natuurlijk.

J: Dat vind ik dan altijd weer wat opleveren voor medewerkers, want die, ja, worden dan toch bevestigd in dat ze goed bezig zijn.

L: Ja, maar je ziet ook wel steeds meer dat ze goede afspraken maken. Bijvoorbeeld als cliënten, of ouders, ontevreden zijn over dat contact met die groepsleiders, omdat ze slecht geïnformeerd worden, dat er nieuwe afspraken gemaakt worden. 'Oké, dan elke dinsdagavond om zeven uur dan bellen we even met elkaar.' Of iets in die richting hè. Dus ja, ik heb wel het idee dat daar binnen onze locatie steeds meer actief aan de slag gegaan wordt. En voor sommige locaties is het- die zijn er nog kort mee bezig, en die ervaren het soms ook nog wel als een beetje belasting.

*Wat zijn de voordelen voor de instelling of de medewerkers om dit op zo'n manier af te nemen? Wat zijn daar dingen die jullie hebben gemerkt?*

J: Ja, de voordelen voor de instelling zijn...ja, ik denk eigenlijk al wat Leo zegt. Nadeel is dat medewerkers het moeten organiseren en het soms in de hectiek van alledag ervaren als een

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

belasting. Het voordeel is dat ze direct kunnen anticiperen op de reactie die ze kunnen krijgen en dat direct ook met de collega's kunnen bespreken. Maar, voor ons is het voordeel dat de respons beduidend is toegenomen. En, maar dat is nog niet bewezen want we hebben nu maar één keer een jaarrapportage, wij denken dat als je één keer per drie jaar anoniem uitgevraagd, dat die mensen die tevreden zijn wat minder snel geneigd zijn om hem in te vullen dan de mensen die wat te klagen hebben. Want die pakken die lijst en zeggen 'Ik zal wel eens zeggen waar ik ontevreden over ben.' Dus dat er dan over het algemeen wat negatiever gescoord wordt als je anoniem, collectief, één keer in de drie jaar uitvraagt. Dus we, ja, hebben nog weinig vergelijkingsmateriaal, maar hebben nu zelf het idee dat we een wat bredere scope krijgen van antwoorden, zowel tevreden als ontevredenheid.

L: Ja, zeker. Ja wat ik persoonlijk heel leuk vindt, dat binnen teams die daar echt enthousiast over zijn, daar ook op teamniveau dingen mee doen. Dat zie je met name binnen de STEK-locaties, die hebben natuurlijk ook heel nauw contact met ouders, dus dat hangt ook een beetje samen met het product, maar dat is ook heel leuk om te zien. Die nodigen ons ook af en toe uit, van 'Laat ons de resultaten van het afgelopen jaar nog eens zien', en als je dat dan laat zien dan zeggen ze ook 'Oh ja, dat is zeker moeder van Pietje', weet je wel. Ze gaan dingen herkennen, maar ze merken dan ook van- daar moeten ze inderdaad iets mee gaan doen, als team. En dat- volgens mij is dat de bedoeling van dit hele verhaal, dat je verbeterd. Je kan wel vragen: 'Ben je tevreden of niet?' Maar als je niet tevreden bent, wat ga je dan doen?

J: En door het zo individueel te doen, nog een voordeel- op het moment dat je het anoniem en op papier uit vraagt dan worden er vaak vage termen gevraagd of gebruikt. Zoals 'de communicatie is slecht' of 'ik word nergens over geïnformeerd.' En de ervaring nu, merken wij bij PB'ers, is dat ouders, maar vooral cliënten, reageren op zo'n vragenlijst vaak heel primair vanuit dat wat er vandaag is gebeurd. Dus hè, als er vandaag gestoofde witlof op het menu staat, dan is het eten bagger, altijd bagger. Als je dan door gaat vragen, dan kan je veel beter doorpraten en 'wat bedoel je nou precies?' Dus dat is ook wel een voordeel.

*Als we meer kijken naar de struikelblokken bij het persoonlijk afnemen, naast het organiseren, zijn er dan nog andere struikelblokken waar jullie tegenaan lopen?*

J: Ja, dat ouders niet altijd willen, niet altijd genegen zijn. Vooral ouders, cliënten zijn over het algemeen wel te bewegen om even te gaan zitten met een medewerker. Sommige ouders zitten er echt niet op te wachten, dat is wel een struikelblok.

L: Ja, ik denk dan ook dat gevoelsmatige, 'nu moet ik dat aan jou allemaal gaan vertellen', dat- maar ja, dat is suggestief, dat kan je niet echt concreet maken. Dat gevoel heerst toch wel.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

J: Wij wachten met smart op de nieuwe lay-out hè. Wij werken nu met Berg Op en dat ziet er niet zo kindvriendelijk uit, dus we denken echt dat doordat het er wat gebruiksvriendelijker uit gaat zien dat het nog makkelijker gaat worden, om het digitaal in te vullen met cliënten en ouders. Struikelblokken? Zitten er struikelblokken in de hele administratieve ondersteuning? We hebben dat eigenlijk best goed geregeld op het moment.

L: Dat is goed geregeld. Het enige struikelblok blijft dan die respons, daar kunnen we natuurlijk vanuit onze kant verder niet zo heel veel aan doen. Dat ligt echt bij de PB'er en de locatie waar het allemaal plaats vindt en bij de cliënten hè, als ze weigeren dan weigeren ze. Maar dan kunnen we dat tegenwoordig ook laten zien, van wat is de reden waarom de respons zo laag is: omdat mensen weigeren, of niet in staat zijn om het in te vullen, of... Er zijn tien items van de non-respons, ik weet niet of je die lijst kent? Die is van Practicon, dan heb je tien items die je kan aangeven waarom een lijst niet is ingevuld uiteindelijk, na 35 dagen. Want we zetten hem 35 dagen uit, en dan op de 35ste dag krijgt de PB'er een bericht: 'De lijst gaat vervallen, wil je dat we hem nog verlengen?' Dat kan ook, en anders: geef aan waarom hij niet is ingevuld. Maar daar werken we pas vanaf 1 januari mee, dus die gegevens zijn nog heel sumier. Met data is het natuurlijk altijd dat je over een aantal jaren data moet verzamelen.

*En de specifieke uitdagingen met het oog op de LVB groep, zijn er daar dingen die jullie gemerkt hebben?*

L: Je bedoelt qua vraagstelling?

*Ja, of misschien het persoonlijk afnemen vergeleken met anoniem. Het is natuurlijk een specifieke doelgroep, ook een doelgroep die makkelijk meegaat in sfeer of in stemming. Misschien dergelijke struikelblokken die jullie gemerkt hebben?*

J: Nee, dat hebben we niet zo letterlijk ervaren. Meer wat ik net zei, in winstpunt: dat moment dat het onrustig is op de groep en je neemt dan een toets af, dan zal een cliënt minder tevreden zijn dan wanneer het op dat moment heel stabiel is. Door het persoonlijk te doen, kan je dan makkelijker doorvragen.

L: We adviseren wel altijd om het gezamenlijk te doen. Vroeger werd dat allemaal naar mensen thuis gestuurd en dan kreeg je niets terug of het ging in de prullenbak of- Terwijl als je mensen echt uitgenodigd voor dat gesprek, dan heeft een PB'er er uiteindelijk ook veel meer aan. Door het gesprek aan te gaan krijg je de informatie, niet door 'mee eens of niet mee eens'. Dus die toevoeging van die open vragen, ik denk dat dat ons in de toekomst veel meer gaat terug geven waar wij iets mee kunnen. Alleen dat is natuurlijk statistisch gezien heel moeilijk weer te geven, al die open vragen.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

J: Ja, precies.

L: Maar dat is wel een manier om mensen beter in de gelegenheid te stellen om te zeggen wat ze precies bedoelen.

*Denken jullie dat er situaties zijn waarin de vragenlijst niet persoonlijk afgenomen kan worden?*

L: Dat is voor ons denk ik wat moeilijker te zeggen, daarom leggen wij die verantwoordelijkheid ook bij de PB'er. Wij hebben zoveel cliënten, dat kunnen we echt niet beoordelen. Maar ik heb daar wel een voorstelling van, dat dat in een aantal gevallen heel moeilijk is, om het...

J: Ja, heel moeilijk, maar niet kunnen? Ik denk dat we dan meer last hebben van niet willen, dan niet kunnen.

L: Ja, wat ik zelf nog wel eens- als je die ingevulde lijsten bekijkt, dan zitten er tegenstrijdigheden in bij de invulling hè. Dan is alles 'eens eens eens' en dan komt het rapportcijfer: een 2. Dat klopt dan gewoon niet, en dan denk je 'wat moeten we hier nou mee?' In principe is dat wat het is, dus daar moeten we het mee doen, maar je gevoel zegt hele andere dingen. En dat is toch vrij vaak- je mag natuurlijk niet beïnvloeden in een gesprek, maar dan zou je daar de neiging kunnen hebben om te beïnvloeden. Dat heb ik persoonlijk ook gemerkt toen ik al die mensen ben afgegaan, dat ik mezelf af en toe echt op de tong moest bijten om de antwoorden voor die mensen te gaan geven. Dat blijft vooral heel moeilijk vind ik. Of je het nou doet samen met een cliënt, of dat je het naar huis stuurt en dan later denkt 'dat kan helemaal niet'. Ik krijg wel eens verzoeken, van PB'ers, van kunnen we die lijst niet aanpassen? Dat kan niet, gelukkig niet.

*Maar dat is natuurlijk een extra moeilijkheid waar rekening mee gehouden moet worden.*

J: Ja.

L: Ja, maar je kan er niets mee. Je moet het wel zien, en ik weet niet in hoeverre je daar dan met bulk informatie iets mee kan. Analysten enzo, die zullen daar vast iets mee kunnen. Ja. Ik denk daar ook wel eens over na, maar dan zou ik ook niet weten hoe je het dan anders moet doen.

*We hebben het al gehad over ambulant, bij mensen thuis, zijn er nog andere situaties waarin het wordt ingevuld? Dus bijvoorbeeld op de groep ook? Denken jullie dat de omgeving, dus op welk moment het wordt gedaan, dat dat nog heel veel uitmaakt?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

L: Nou ja, wat J. al aangaf, dat als het onrustig op de groep is en het eten was niet lekker, en je gaat dat 's avonds doen, dan heb je grote kans dat het beïnvloed wordt door die dag. Dus met onze doelgroep is dat wel heel moeilijk, met name als je het hebt over de jongeren zelf. Die mogen bij ons tussen de twaalf en de achttien mogen ze, als ze willen en dat is redelijk vrijblijvend, ze moeten uitgenodigd worden maar als ze niet willen dan gebeurt het niet. En vanaf achttien moeten ze het zelf doen, en dan mogen ze ook zeggen: 'Ik wil niet dat mijn ouders dat mogen doen.' En de ouders nemen we mee vanaf het begin natuurlijk. Ja, voor de ouders...

J: Maar je vroeg naar de omstandigheden op de groep toch?

*Ja, eigenlijk meer in het algemeen inderdaad, wat is een goed moment om zoiets af te nemen.*

J: Ja, wij instrueren medewerkers inderdaad wel om het moment te creëren. Dat het niet even snel tussen de soep en de aardappelen gebeurt, maar dat ze er echt een afspraak voor maken en dat het een officieel momentje is, dat ze de rust pakken en even apart gaan zitten waar geen andere cliënten of kinderen er om heen lopen. Dat zijn wel de adviezen die wij meegeven.

L: Ja, ik heb eerlijk gezegd niet zo'n kijk over hoe dat in de praktijk loopt. Misschien dat je daar wel via [naam] wat meer informatie over hebt. Er gaan soms ook wel wat gedachtes dat je ouders gewoon uitnodigt en ze ergens op de locatie in een hok zet met een laptopje, om die vragen in te vullen. En dat je dan in de buurt bent-

J: Met een kopje koffie en een Bossche bol, want dan scoren we een tien.

L: Ja, precies, snap je? Je kan natuurlijk van alles verzinnen, maar ik heb daar eerlijk gezegd niet veel zicht op hoe dat in de praktijk gebeurt.

J: Nee.

L: Het enige wat ik weet, is dat het bij de TEDs bij sommige jongeren in groepsverband gedaan wordt, en dat vond ik zelf heel leuk om te horen. Creatief idee. Maar ook daar geldt natuurlijk: als degene met de grootste mond roept van 'dat vind ik niet!', dan denk ik dat de anderen dat ook invullen.

*Dat is weer een risico daarbij. Jullie zijn nu ongeveer een jaar bezig met de nieuwe toepassing van de vragenlijst, hebben jullie dat nog op een specifieke manier naar ouders gecommuniceerd, dat jullie dit anders gingen doen en is dit nodig?*

J: Nou, daar is niet echt een collectief informatiemoment voor geweest, maar we hebben met teams en behandelaren afgesproken dat ze dat gewoon per moment aan ouders uitlegden waarom dat nu op deze manier ging gebeuren. Het is natuurlijk- het zijn behandelsettings, dus



THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

het verloop is vaak- mensen weten niet dat het eerst anders gebeurden hè. Dus we doen dat nu gewoon hier zo.

*Dus dat zou niet perse nodig zijn denken jullie, dat verloopt gewoon natuurlijk?*

J: Ja.

L: En het gebeurt vaak ook in combinatie met andere vragenlijsten die we afnemen hè. We nemen veel de OBVL enzo af op de groepen hier, en dat is een pakketje. En dat is vaak een dilemma van...het zijn grote vragenlijsten, daar ben je wel even mee bezig, dus daarom wordt dat ook telkens laag in de organisatie gelegd. 'Jullie kunnen het beste beoordelen hoe je dat aanpakt'. Daar kunnen wij eigenlijk niet zo heel veel in sturen ook.

*Denken jullie dat er verschillen zijn in hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden ambulante versus de behandeling op de groep, zit daar een duidelijk verschil in? Moeten daar met bepaalde dingen rekening gehouden worden of is het gewoon hetzelfde?*

L: Ik denk dat ambulante...die komen in de gezinnen. En daar denk ik dat het wat vertrouwder is met de cliënt, weet je. De items zijn ook net iets anders hè, daar gaat het niet over 'woont uw kind hier goed', enzo. Dus...dat is een verschil, sowieso in de vragenlijst, maar ik denk ook wel dat dat voor ouders wat vertrouwder zou zijn. En verder hangt dat natuurlijk heel erg af van de individuele medewerker. Ik weet dat er zijn die zeggen 'Vul die lijst even in en de volgende keer neem ik 'm mee', en bij anderen die gaan daar echt voor zitten. En ja, ik heb er eerlijk gezegd niet zo'n kijk op of ze dan ook daadwerkelijk iets met...wat er uit komt, doen. *En op de groep is daar meer..?*

L: Ja ambulante zijn vaak hele individualistische werkers hè, die hebben wel teamoverleg, maar dan gaat het denk ik niet over dat soort zaken.

J: Nee, dan wordt het niet collectief geïnterpreteerd. Er wordt meer met het individuele contact, daar iets mee gedaan. Ik denk dat het, maar dat is een persoonlijke inschatting, ik heb er wel wat medewerkers over gehoord, maar dat het voor ambulante medewerkers wat makkelijker te organiseren is. Want die kunnen gewoon zeggen: 'Goh, we hebben een paar keer per week een contactmoment en volgende week kom ik langs, dan gaan we die C-toets doen.' Die hebben zo wat bakens in hun behandeltraject. Op de groepen moeten ze het echt organiseren moeten ze daar tijd voor vrij maken, dus ik denk dat daar wel een verschil in zit. Dat het wat makkelijker te organiseren is, dat heb ik ook al een keer terug gehoord.

L: Op dat niveau wordt er echt op de locaties wat mee gedaan en ik denk dat dat bij ambulante niet wordt gedaan.

J: Nee bij die ambulante producten zie je niet dat er ook op die manier mee...

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Zou dat wel moeten gebeuren denk je?*

L: Nou ik denk dat ook ambulante teams ook algemene dingen hebben die ze allemaal moeten doen en waar ze naar zouden kunnen kijken. Bijvoorbeeld 'Zijn we altijd op tijd op de afspraken? Hoeveel verval is er en waar komt dat door?' Noem maar op, dat soort dingen hè. Maar daar heb ik geen zicht op, eigenlijk.

J: Nee, nee. We gaan nu wel proberen om de cijfers over 2017- die hebben we nu voor de hele organisatie laten analyseren, om te kijken of per zorgsysteem kunnen analyseren, dus dan hebben we al wel een aparte analyse voor de ambulante producten. Dus we zouden daar dan een keer naar kunnen kijken of daar iets uitkomt waar ze als team wat mee kunnen, maar daar hebben we nog niet-

L: Nee, dat hebben we nog nooit gedaan. Dat zou inderdaad nu de tijd kunnen zijn, om daar naar te gaan kijken.

*Iets om over na te denken. Ik weet niet zeker of ik dit net al gevraagd had, maar over hoe vaak hij het beste afgenomen kan worden. Jullie deden nu één keer per jaar, zijn jullie daar tevreden mee of zou het vaker moeten of kunnen?*

J: Wij zeggen minimaal één keer per jaar, maar in ieder geval één keer in ieder behandelproces, want we hebben natuurlijk ook projecten die korter zijn dan een jaar. En de ervaring bij één van- bij STEK, die doen hem ook wel eens twee keer per jaar. Omdat ze de lijntjes kort willen houden en graag met ouders in gesprek willen.

*Omdat er ook meer persoonlijk contact is dus? Nemen ze hem daarom vaker af of om een andere reden?*

J: Daar wordt nog systeemgericht gewerkt dan in alle andere producten, die behandeling is echt gericht op de terugkeer naar huis. Met name vanuit daaruit, bestond daar de behoefte om het twee keer per jaar te doen. En dat moeten we nog evalueren, maar-

L: De afspraak is één keer per jaar. Het andere is vrije keuze eigenlijk.

J: En onze overall indruk is wel dat één keer per jaar wel voldoende is. Ouders voelen zich vaak wel overspoelt door alles wat ze moeten.

*En dan het laatste onderdeel waar ik het graag over wilde hebben zijn de verschillende behandel onderdelen. Want vooral bij jongeren die op de groep zitten, bestaat de behandeling eigenlijk uit veel verschillende onderdelen. Zowel de individuele behandelingen, als de groepsbehandelingen, als de persoonlijke begeleiding. Nu werd de vraag gesteld: de huidige vragenlijst geeft een heel algemeen beeld, en of er meer gekeken moet worden naar die*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*verschillende behandel onderdelen. En nu is mijn grote vraag: Zou dat mogelijk zijn met deze vragenlijst en is dat onderscheid mogelijk voor LVB jongeren, om dat op die manier uit te vragen?*

L: Ik heb daar wel ideeën over. Nou ja, je hebt aan het einde mogelijkheden om zelf items aan te geven en als je zo'n vraag stelt is dat natuurlijk heel specifiek voor een bepaalde locatie of een bepaalde doelgroep of een bepaalde module. In die zin zou ik me wel kunnen voorstellen dat je per module gaat kijken 'wat is nou echt relevant voor onze module?' en dat je daar een extra vraag of twee vragen, gaan creëren om daar antwoord op te krijgen. Ik weet dat dat in de praktijk nog nauwelijks gebeurt, het is wel eens ooit gebeurd maar het is niets iets wat we standaard doen. Maar als je in die richting gaat denken, zou dat een mogelijkheid kunnen zijn. Want kijk die items, die vijf items van eens en niet mee eens, dat hebben jullie nu al aangevuld met ook een open vraag. Dus dat geeft ook al weer meer mogelijkheden. Maar ik denk dat het voor heel veel ouders ook wel heel prettig is dat ze gewoon kunnen zeggen 'mee eens of niet mee eens'. Dat hangt een beetje samen met de doelgroep, maar als je mensen echt gaat vragen om iets op te schrijven, dat is voor deze doelgroep toch wel moeilijk zonder dat je ze beïnvloedt. Want dat gevaar zit in de open vragen, als je het samen doet.

J: Ik ken de discussie natuurlijk, van 'moeten we deze vragenlijst wat meer specificeren dat het over behandelingen gaat?' En ja ik denk, we meten niet het behandel-effect, we meten de tevredenheid over het totale aanbod. Daarnaast heb ik wel zowel vanuit therapeuten als vanuit de diagnosten regelmatig de wens gehoord van 'We zouden ook wel graag willen weten van ons aanbod an sich', dus als op het moment als er sprake is van een individuele therapie. Maar ik vraag me af, inderdaad, of cliënten dat onderscheid- en met name als we het dan hebben over de jongeren, bij ouders kan je het misschien nog wel uitleggen, maar of de jongeren het onderscheid kunnen maken van 'Goh, deze vraag gaat nu over de groep, je zit op de groep, maar die gaat ook nog over L. die jou vorige week CGT heeft gegeven'. Ik weet niet of jongeren dat onderscheid in één vragenlijst kunnen maken.

*Dan zou het echt op verschillende momenten moeten worden gedaan, of dan ook niet?*

L: En dan nog.

J: Ja ik denk op verschillende momenten, ja.

L: En dan is er nog de vraag of ze het onderscheid kunnen maken.

*Hebben jullie nog aspecten die jullie willen toelichten of verder uitdiepen?*

L: Volgens mij hebben we alles wel gehad.

*Dan zet ik de opname nu stop.*

### **Interview 6 Behandelaar**

*Zou je over je functie kunnen vertellen?*

Ik ben in functie van behandelaar, ik ben GZ-psycholoog. Ik heb heel veel wisselende dingen al gedaan, maar momenteel heb ik vooral een case lopen binnen ambulante. Dus veel mensen die aan huis gaan: ouders met een licht verstandelijke beperking met problemen binnen het gezin, intensieve ambulante gezinsbehandeling. En ook TED, dat is een deeltijdbehandeling die we hebben, daar ben ik aan verbonden. Daarnaast heb ik zelf individuele therapie trajecten, dus ik geef ook cognitieve gedragstherapie en EMDR. En dat betekent eigenlijk dat ik zowel individuele trajecten loop als meer coördinerend op de achtergrond, en dat is dan echt op de achtergrond, vergeleken met behandelgroepen of zo. Want bij ambulante heb je echt een case, dan ben ik echt op afstand. Dan ben ik voor veel cliënten of ouders ook zelf helemaal niet letterlijk in beeld.

*Op wat voor manier maak je gebruik van de C-toets OBC 2.0?*

Nou ik heb er wel eerder, toen zat ik nog op een groep, daar deed het men wat meer. En ik weet nu dat ambulante gezinsbehandelaren het wel ook gebruiken. Dat is dan dus waar ik op de achtergrond behandelaar ben, dus zelf doe ik daar dan niet zo veel mee. En voor mijn individuele trajecten- maar dat heeft ook een beetje te maken met hoe wij verslaglegging doen hè, met persoonlijke plannen. Kijk op het moment dat ik een cliënt heb die bijvoorbeeld een EMDR-traject krijgt. Stel dat een kind op STEK zit en die komt bij mij bijvoorbeeld zeven keer voor EMDR, dan laat ik geen aparte C-toets invullen, dus dan zit die C-toets bij STEK zeg maar. En op het moment alleen voor therapie komt, maar dat proberen we- ik ben vooral intern gericht op therapie, dan hebben we geen persoonlijk plan helemaal. Dus daar zit het ook niet zo in. Dus ik heb er eigenlijk nu niet zo veel direct mee te maken, maar meer te maken met de begeleiders, die moeten hem natuurlijk wel gebruiken.

*Eerder heb je hem wel zelf wel eens gebruikt?*

Nou, mijn rol als behandelaar bij een groep is wat nabijer, dus dan zit je bij besprekingen waar die aan de orde komt. En nu bij ambulante gezinsbehandeling is dat niet, ik ga niet met al die gesprekken en evaluaties- daar ben ik helemaal niet bij. Dus dan hoor ik het vaak ook wat minder. Een enkele keer koppelt een IAG'er ook wel eens wat terug, van tevredenheid.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Dat een jongere heel tevreden is, dat laten ze soms ook wel eens doorvertaald even aan mij weten. Ja.

*Dan zullen we het minder over je ervaringen hebben, maar meer de praktische kant. Want op veel plekken werd er anoniem afgenomen en hier is het echt al gedeelte van het hulpverleningsproces. Ik wil dus heel graag kijken op wat voor manier dat het beste kan. Hoe denk je dat dit zo effectief mogelijk gedaan kan worden?*

Ik vind de verbinding heel belangrijk, tussen degene die hem afneemt en de ouder, of de jongere zelf. En dat vind ik tegelijkertijd een beetje dubbel, want ik denk dat de verbinding ervoor zorgt dat je echt het gesprek erover kan aangaan en dat je de cliënt echt kan uitleggen: 'Hier gaat het over en we willen dit ook gebruiken als andere jongeren van jouw leeftijd komen, wat kunnen we dan leren, wat kunnen we dan anders doen.' Dus ik denk dat je goed uitleg kan geven van, waar is dit lijstje voor. En dat je dus beter het gesprek ook kan aangaan. Dus als een jongere zegt 'Ik vind dit of dat', dan kan je beter plaatsen van 'Oh hij bedoelt dat voorbeeld'. Alleen tegelijkertijd vind ik het ook minder onafhankelijk worden of zo, want dan verwachten we eigenlijk dat een jongere ook tegen jou zou durven zeggen dat hij niet zo tevreden is, terwijl jij degene bent die het uitgevoerd heeft. Nou hebben we binnen de LVB-groep ook wel vaak te maken met ouders die dat juist wel heel erg durven te zeggen, die zich wat minder bewust zijn of wat minder die drempel over hoeven. Maar het is wel een...Ja, ik denk dat als wij bij de huisarts zitten en de huisarts vraagt zelf 'Wat vond je van het consult?', dan geef je misschien ook een ander antwoord dan wanneer iemand daarna in een loketje vraagt: 'Goh, hoe was het geweest?'. En dat heeft voor- en nadelen zeg maar. Terwijl ik het wel voor de medewerkers wel goed vindt als zij het zelf doen, zodat zij ook zelf de feedback horen.

*Denk je dan wel dat de vragenlijst dan ook het beste door hen afgenomen kan worden of zou dat dan beter gedaan kunnen worden door iemand die zij helemaal niet kennen?*

Nee ik vind dat eigenlijk- dat zou qua onafhankelijkheid beter zijn, maar dat vind ik qua werkbaarheid en qua cliëntvriendelijkheid minder passend.

*En met het oog op de doelgroep, de LVB-jongeren, denk je dat zij inderdaad altijd ook in het persoonlijk afnemen eerlijk durven te zijn?*

Ja ik denk dat dat wel lastig is, wat ook heel begrijpelijk is eigenlijk. Maar ik denk wel op het moment dat je het meer toelicht als feedback, en ook laagdrempelig maakt, dat het wel

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

makkelijker wordt dan wanneer je om kritiek gaat vragen. Ik denk dat voor jongeren die zich daar bewust van zijn, want we hebben ook echt een deel van de doelgroep die dat niet zo kan- of die het zelfs moeilijker zal vinden om positieve dingen terug te geven, dat kan natuurlijk ook nog. Maar ik denk wel dat als je het uitlegt waarom je het wil gebruiken, dat het wel zou helpen. Want het zit hem wel echt in de uitleg, de uitleg is wel heel wezenlijk denk ik.

*Hoe kan dat het beste uitgelegd worden denk je?*

Ik probeer in de keren dat ik er zelf bij zat wel heel erg te benadrukken dat het echt iets voor ons is om van te leren. Dat wij bedenken hoe dingen goed kunnen, maar dat kinderen zelf degene zijn die dan ook voelen 'klopt het zo en is het fijn zo'. Dat zij eigenlijk, bijvoorbeeld bij een gesprek van hoe je kamer er uit ziet of hoe je behandelplan is opgesteld, wij kunnen bedenken hoe zou het zijn, maar jullie zijn degene die het ook echt meemaken. En daar kunnen wij van leren, dus geef ons alsjeblieft terug wat je fijn vindt en wat je niet fijn vindt. En ik denk dat dat wel heel belangrijk is, zeg maar. En je moet dan ook wel goed uitleggen, waar ze dan op moeten reageren. Want dat hoor ik ook wel, toevallig zei iemand het van de week nog bij de ambulante hulpverlening. Dan proberen ze dat in een gezin met ouders bespreekbaar te maken, dat ging in dit geval dan iets minder over de jongeren zelf. En dan zeggen ouders: 'Je krijgt van mij een dikke tien!' en dan probeert die medewerker uit te leggen: 'Het gaat niet alleen om mij, het gaat ook om de andere zorg.' En dat is voor mensen dan heel moeilijk- ja 'Wat vraag je dan precies van ons?' Dat is natuurlijk door de kopjes wel wat specifiek al wel gemaakt.

*Denk je dat het mogelijk is, om naar die verschillende behandel onderdelen te vragen?*

Nou, ik had wel toen we het er zelf zo over hadden, dat ik denk: Oh ja, ik vraag in mijn therapie ook wel eens 'Goh, zijn we op de goede weg zo, heb je dingen?' Maar ik denk wel dat we met z'n allen nog wel wat specifiek zouden kunnen doen, zeg maar.

*Denk je dat deze vragenlijst daar geschikt voor is?*

Ja...deze is natuurlijk wel erg op de....Bepaalde aspecten sluiten daarbij aan hè? Maar 'begeleiders' en 'de groep'- als ik een individueel cognitief gedragstherapie-traject heb dan sluit dat natuurlijk niet aan. Terwijl 'doelen en behandeling' natuurlijk wel. En 'regels en afspraken' bijvoorbeeld niet, en 'jouw mening' ook minder. Hij is wel best wel residentieel gericht toch?

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Dit is de intramuraal vragenlijst, er is ook een ambulante versie en die is daar veel minder op gericht.*

Die zou misschien op individuele trajecten veel passender zijn, dat weet ik eigenlijk zo zelf ook niet.

*Je denkt dus wel dat dat onderscheid te maken is door LVB-jongeren, of zien zij het zelf gewoon als één behandeling en is dat onderscheid maken moeilijk?*

Ja onderscheid maken is wel moeilijk, ik denk dat ze het sterk aan personen koppelen. Dat is natuurlijk niet alleen bij LVB, want de klik met een hulpverlener is natuurlijk heel bepalend voor hoe je...Op het moment dat je in een traject op een groep zit waar je een team van tien medewerkers om je heen hebt, inclusief inval en zo, dan denk ik ook wel dat je daar wel- ja, je voelt je door de één medewerker waarschijnlijk ook beter gehoord dan door de ander. Dan denk ik van, ja, wat vragen we dan eigenlijk? Dat is eigenlijk best wel diffuus. En ik denk niet dat zij echt kunnen helikopteren op 'Oh nee, het gaat over het totaalplaatje.' Ik denk dat dat heel moeilijk zou zijn. Je zou het wel kunnen doen met doorvragen, daarom zou het wel heel fijn zijn als een hulpverlener het zelf kan doen. Je kan natuurlijk wel vragen van 'Goh, als je nou zeven dagen in de week pakt. Afgelopen week, hoe voel momenten zijn er dan geweest dat je je niet gehoord hebt gevoeld?' En dan op grond daarvan iets in te vullen. De jongeren te helpen om het op te knippen. 'Ben je de meeste tijd wel tevreden of de meeste tijd niet?' En dan zo komen tot, maar ze hebben daar wel hulp bij nodig denk ik.

*Dus je zou daar inderdaad echt een hand in moeten reiken?*

Ja, dat denk ik wel.

*Als we nog kijken naar de praktische kant, hoe vaak denk je dat de vragenlijst het best afgenomen kan worden? Als we kijken naar het persoonlijk afnemen.*

Dat hangt natuurlijk ook heel erg af van de duur van een behandeltraject. Ik denk ook niet dat je het te vaak moet doen, omdat het dan ook misschien heel erg van momentopnames kan afhangen. En ik denk dat je gedurende een behandeltraject minimaal één keer tussentijds, maar als het echt om een behandeling van anderhalf jaar gaat dan is één keer wel weer heel weinig. Terwijl als het gaat om vijftien, zestien keer therapie, dan zou halverwege wel weer voldoende zijn. Plus ik kan me ook nog voorstellen dat de tevredenheid, ja- je probeert op een wat minder subjectieve manier tevredenheid te meten hè, maar eigenlijk ga ik er wel vanuit bij het instrument dat mensen ook wel een beetje weten...dus als je een traject hebt bij mensen

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

thuis en je voelt al vanaf het begin af aan van 'Poeh, mensen zitten er toch niet helemaal op te wachten' of het schuurt, dan kan ik me ook nog voorstellen dat je hem wat sneller inzet of wat vaker of denkt 'Hee, de vorige keer kwamen er toch nog wat dingen naar voren die ik toch eigenlijk niet helemaal voorzien had, doe ik het wat korter.' Dus ik zou wel heel erg voor op maat zijn.

*Dus een hele individuele-?*

Ja, met een minimum dan, want je moet natuurlijk wel iets afspreken met elkaar, maar ja.

*Denk je dat er nog duidelijke verschillen zijn in hoe de vragenlijst het beste afgenomen kan worden ambulante versus jongeren die op de groep wonen?*

Ja, ik zat net wel te denken over die verbinding dat mensen het zelf- ik denk dat je daar bij ambulante bijna niet aan ontkomt, zeg maar hè, dat gewoon de hulpverlener die daar elke week komt dit met de jongeren en ouders invult. En dat je daar niet naar hun thuis opeens een iemand zou kunnen laten gaan. Terwijl ik denk, op een groep kan ik me wel voorstellen dat je het wel wat meer groepsgewijs doet. En dan niet zozeer de terugkoppeling, maar wel het moment van afname en de uitleg naar kinderen. En daar zou je dan misschien ook wel een toch wat onafhankelijker iemand- ze werken bijvoorbeeld ook wel eens met vertrouwenspersonen, die ook erg zitten op het horen van jongeren en 'wordt je voldoende gehoord door de begeleiding.' Dus misschien dat zo iemand daar bijvoorbeeld ook een rol in zou kunnen spelen.

*Dus dan dat het bij kinderen die op een groep wonen iemand het afneemt die ze niet zo goed kennen?*

Ja of die daar in ieder geval bij is, dus dat je- want je zou dan ook kunnen zeggen van, we doen plenair een soort uitleg naar de kinderen en daarna gaan we het allemaal invullen. En dat je met kinderen ook afsprekt, kan toetsen, vind je het fijn om het te doen met degene die je wat minder goed kent, of met je PB'er zelf.

*En dan het nabespreken met de PB'er?*

Ja. Want ik kan me ook voorstellen dat als er met een onafhankelijk iemand bepaalde knelpunten uitkomen, dan zou het eigenlijk wel heel fijn zijn als het natuurlijk ook wel echt in een gesprek terug kan komen. Dat het niet alleen in een lijst blijft. Want voor jongeren is dat denk ik wel heel onduidelijk, als ze iets zouden aankruisen van 'ik ben niet tevreden', voor hun



## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

gevoel hebben ze het dan aangegeven. Terwijl het moet dan ook wel bij de mensen komen die er iets mee kunnen doen. Dat vind ik het nadeel als je er een onafhankelijke schakel tussen zet of zo. Dat moet niet een soort bureautje zijn die dan vervolgens één keer per jaar de resultaten aan ons terugkoppelt, want dan kunnen we er op casusniveau niks meer mee.

*Denk je dat er situaties zijn wanneer de vragenlijst gewoon niet persoonlijk afgenomen kan worden? Dat anoniem altijd een betere optie is?*

Ja, eigenlijk zou ik vanaf inhoud zeggen dat dat...nooit wenselijk zou zijn. Want als we nog door willen met behandelingen moeten we altijd 'on speaking terms' blijven met de cliënt. En als dat niet meer gaat, dan kan je ook afvragen of je nog kunt behandelen. En als degene die het moet uitvoeren het niet kan doen, dat je dan in ieder geval altijd kijkt wie het wel kan doen. Maar het helemaal anoniem- ik zou dan niet zo goed de meerwaarde zien, zeg maar. Ja je kan misschien wel trends en zo signaleren, maar dan ontwijk je eigenlijk het persoonlijke gesprek. Terwijl we op zo'n persoonlijk niveau met elkaar bezig zijn, dat dat naar mijn idee eigenlijk bijna niet kan. Als je met je behandelaar niet in gesprek kan over waar je tegenaan loopt, eventueel van ondersteuning van een derde er bij, ja dan- nee, ik zie dat niet zo voor me, nee.

*Zijn er nog specifieke struikelblokken behalve de vertrouwensrelatie?*

Nou wat in dit soort dingen veel meespeelt vind ik, is gewoon de belasting die het voor medewerkers met zich meebrengt. De tijd die er moet zijn om samen om tafel te gaan zitten, om ook echt de tijd te hebben om naar je cliënt te luisteren. Als zo'n begeleider dit moet doen terwijl de groep ondertussen draait, is er dan rust en ruimte om een jongere te ontvangen? Dat is denk ik vooral intramuraal- kijk, bij ambulante kan je er in je gezinsbezoek denk ik wel eerder wat ruimte voor maken, en als het vandaag niet lukt doe je het morgen, maar in die dynamiek van de groep is dat wel, ja. En je merkt wel, maar dat zal een algemene trend zijn, voor mensen op de groep moet er wel steeds meer wat zij in hun PB-taken en in alles...dus de gebruiksvriendelijkheid en de- kijk als het hun wordt oplevert, dan kan dat het struikelblok ook wel meteen minder groot maken. Dus we gaan de positieve ervaringen er uit halen en weten van 'oké, ik moet dit wel doen maar het levert me ook veel informatie op'. Ja, dan doen ze het ook wel makkelijker denk ik.

*Zijn er verder nog aspecten die je wil toelichten die je denkt dat belangrijk zijn?*

Nee, ik denk het eigenlijk niet.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Dan zet ik de opname stop.*

**Interview 7 Beleidsadviseur**

*Zou je kunnen vertellen wat je functie is?*

Ik ben beleidsadviseur bij een afdeling van Pluryn, de afdeling regio Arnhem Achterhoek- ook wel Jan Pieter Heije genoemd in de volksmond. Wij hebben ongeveer tussen de 550 en 600 cliënten. Ik denk iets van 350-400 medewerkers en onze doelgroep is de LVB doelgroep. Doorgaans jeugd. Zeg maar van ongeveer 12 tot ongeveer 23. Er zijn marges naar beneden en naar boven. Wij hebben verschillende producten, zowel intramurale zorg als ambulante, als gezinsbegeleiding.

*Op wat voor manier maken jullie gebruik van de C-toets OBC 2.0?*

Die zit bij ons ingebed in de zorgplan cyclus. De zorgplan cyclus is dat er minimaal één keer per jaar een plan gemaakt wordt met de cliënt, en besproken. Eventueel met een cliënt vertegenwoordiger als de cliënt dat niet zelf kan doen. Dat plan wordt één keer per jaar bijgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. En één keer per jaar zit er aan gekoppeld dat de cliënt wat vragenlijst wordt gevraagd om in te vullen. Eén daarvan is de C-toets, dus hij zit ingebed in de cyclus zeg maar.

*Dat wordt dus niet anoniem gedaan als ik dat goed begrijp?*

Op het moment dat die cliënt zeg maar binnenkort bespreking heeft over zijn plan, meestal een week of twee daarvoor geloof ik, dan krijgt de groep een mailtje met een link, want meestal heeft de cliënt niet zelf een email-adres. En dan kan die cliënt dat, dan al niet met hulp van een begeleider, invullen. En de bedoeling is dat de resultaten dan besproken worden in de planbespreking, ook de resultaten van de tevredenheid.

*Wordt er nog op een andere manier iets met de uitkomsten gedaan?*

Daar zijn we nu net mee bezig eigenlijk, want daar hebben we tot nu- door de nieuwe uitvraag, nog niet veel aandacht kunnen besteden aan het genereren van gegevens op hoog niveau dan in individueel. Daar zijn we nu mee van start eigenlijk, met het rapportages maken op E1 niveau- dat wil zeggen van de totale leefgroep en dan ook op het niveau van de hele afdeling. En daar gaan we nu mee van start.

*En hoe zijn de ervaringen tot nu toe met de vragenlijst?*

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

In ieder geval wat één van de eerste ervaringen, en ook wel één van de belangrijke ervaringen, is dat de respons hoog is. Hoger in ieder geval dan toen we het nog één keer in de twee jaar deden, en daar zeg maar een heel project van maakten om cliënttevredenheid te meten. Dan hadden wij toch wel een respons van soms maar 30%, en we zitten nu toch wel op de 60-65%. Daar zijn we al heel blij mee. Wat verder de ervaringen zijn kan ik zelf moeilijk zeggen want ik ben natuurlijk niet degene die ze afneemt bij de cliënt. En ik ben wel degene die soms in de resultaten kijkt om die zeg maar een overzicht van te maken. Tot nu toe deed ik dat vooral met het rapportcijfer alleen en we gaan dus in de toekomst ook- onze afdeling research en development is bezig om een handleiding te maken hoe we ook wat meer op detail kunnen inzoomen. Om dan te kunnen zien: 'Goh, als we nou een hoger rapportcijfer zouden willen, want zijn dan items die voor de cliënt belangrijk zijn, waar kunnen we op scoren. Waar zijn ze ontevreden over, dus waar kunnen we nog verbetering halen. Maar daar gaan we nu pas mee beginnen, dat is nog niet aan de orde.

*De resultaten worden bij jullie dan ook later al besproken. Bij sommige behandelcentra wordt dat nog helemaal niet gedaan, zijn er jouw ervaring bepaalde voorwaarden in dat persoonlijk afnemen?*

Nou ja, dat in ieder geval iemand het doet bij wie de cliënt zich vrij voelt om eerlijk te antwoorden.

*En is dat dan juist iemand die diegene goed kent, of niet?*

Dat kan per cliënt verschillen. En wat we eigenlijk het liefste zouden willen- kijk nu is het nog een vragenlijst die sommige cliënten zelfstandig zouden kunnen invullen en sommige helemaal niet, omdat ze bijvoorbeeld slecht kunnen lezen of de vragen niet snappen. Dan is het belangrijk dat je een onafhankelijk iemand hebt die het uitlegt. En het liefst zouden wij willen dat de toets zo makkelijk te begrijpen valt dat de cliënt hem zelfstandig kan invullen. Want nu hebben wij eigenlijk die onafhankelijkheid niet helemaal honderd procent- zeker niet honderd procent geborgd. Nu wordt de cliënt bijvoorbeeld wel gevraagd: 'Wil je deze vragenlijst invullen, zou je dat alleen kunnen doen of zou je dat samen met iemand willen doen en met wie zou je dat dan willen doen?' Dat kan bijvoorbeeld ook wel een ouder zijn, of wettelijk vertegenwoordiger.

*En hoe denk je dat de cliënt profiteert van dit nabespreken van de vragenlijst?*

Dat hij direct, tenminste dat hopen we en dat willen we ook de mensen toe motiveren, dat die direct verbetering ziet doordat hij zijn mening uitspreekt. Dus dat zijn opmerkingen serieus

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

genomen worden en dat er ook serieus gekeken wordt van 'Goh, je hebt gezegd dat je hier ontevreden over bent'. Maar ja, je legt of wel uit waarom het niet anders kan, of je gaat kijken van 'Goh, oké, nou gaan we eens kijken of waar iets mee kunnen dan.' Als die cliënt dat snel merkt, dan zal hij ook meer gemotiveerd zijn om aan vragenlijsten zoals de C-toets mee te werken en zijn mening te uiten. En eventueel ook los van een vragenlijst, want dat is eigenlijk wat je het liefste wil hè? Dat de vragenlijst niet eens echt nodig is om de mening te horen en verbeterpunten te kunnen verzamelen.

*Hoe kan de instelling hiervan profiteren, behalve dat de cliënt makkelijker meewerkt met andere vragenlijsten?*

Je hebt natuurlijk informatie in handen over aan welke knoppen je kan draaien om een hogere tevredenheid te krijgen bij de cliënt, dat is heel waardevol. En dat is wat we willen hè? We willen graag tevreden cliënten. En ik denk ook dat het bijdraagt aan het effect van de behandeling. Zodra de cliënt tevreden is over de hulp en over allerlei zaken waar hij mee van doen heeft, dan zal hij ook- nou, meer gemotiveerd zijn om behandeling te krijgen en zal die behandeling ook meer effect genereren.

*En zijn er ook bepaalde struikelblokken of bij de persoonlijk afname of bij het later weer na bespreken?*

Soms dat de cliënt er niet altijd op zit te wachten, ze moeten ook wel meer dingen invullen, meer vragenlijsten behalve de C-toets. En ja, het is wel gewoon belangrijk om kritisch te kijken hoe dat geheel van de vragen is die op ze afkomt, of dat in verhouding is. En je hebt ook vragenlijsten, zoals bijvoorbeeld noem het Leefklimaat-onderzoek of Veiligheidsbeleving onderzoek onder cliënten, en daar zitten soms ook wel overlappende vragen in. En onze cliënten zien dan niet zo heel goed soms 'Hee, dit is eigenlijk een hele andere vragenlijst, met een overlap.' Die denken dan 'Hee, die vragen heb ik toch pas ingevuld, dat ga ik niet weer doen.' Dus dat is het risico, je moet dus eigenlijk heel goed uitleggen: wat is dit, waar gaat dit over, waar is het voor. En je cliënten willen er ook niet te veel tijd mee kwijt zijn. Het moment waarop je het vraagt is belangrijk, als net een conflict is geweest is het natuurlijk niet zo vragen.

*Zijn er nog andere specifieke uitdagingen voor de LVB groep?*

Nou ik vind de uitdaging wel om het meer van deze tijd te maken. Ik vind zeg maar de vragenlijst zoals hij er nu uitziet vind ik echt niet 3.0 of 2.0? Zou ik veel meer zien...meer

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

visualisering, of met gesproken vragen. Het liefst door een leeftijdsgenoot, zodat het ook-  
zodat ze zich kunnen identificeren met de vraagsteller. Dat is wel een uitdaging, dat het  
gewoon wat leuker wordt, wat minder saai.

*Denk je dat er situaties zijn waarbij de vragenlijst niet persoonlijk afgenomen kan worden?*

Nou daar kan ik me eigenlijk weinig bij voorstellen. Misschien wel de timing- wat ik al zei,  
als de cliënt al overvraagd is bijvoorbeeld, dan moet je natuurlijk uitkijken. Of als hij een  
bepaalde emotie zit, want dan kan je ook vragen stellen bij de betrouwbaarheid. Dat zien we  
nu ook wel eens bij- als je de antwoorden van de vragenlijsten bekijkt, dat sommige cliënten  
de organisatie een nul geven en dat ligt dan op één dingetje wat toevallig in het recente  
verleden heeft plaatsgevonden. Ja. Maar voor mij wil dat dan niet zeggen dat je hem niet kunt  
afnemen, alleen dat je dan misschien beter naar de timing moet kijken, het moment waarop. Ik  
vind ook dat wij de cliënten daarin moet stimuleren, en leren, want ook in de maatschappij  
wordt steeds meer gevraagd naar een mening. Van 'Wat vind jij ervan?', daar moet je ze ook  
al mee in aanraking brengen en niet bij ze weghouden.

*En als we meer kijken naar de praktische kant. Jullie nemen hem nu één keer per jaar af als  
gedeelte van het zorgplan cyclus, vind je dat één keer per jaar voldoende is?*

Ligt er wel aan voor welk product. Ik zei wel één keer per jaar, maar dat doen we bij ambulante  
volgens mij twee keer per jaar zelfs. Dat komt ook wel door een korter product en een kortere  
doorlooptijd, dus het kan zijn dat je na een half jaar alweer een compleet nieuwe cliëntèle  
hebt. En dan heb je toch steeds een actueel overzicht van op geheel niveau hoe de cliënt- hoe  
tevreden ze zijn.

*Dus dat zou dus afhankelijk zijn van de soort behandeling waar ze in zitten?*

En wat ook zo is- wat de bedoeling is, en dat gebeurt nog lang niet voldoende, dat het op  
individueel niveau met de cliënt wordt doorgenomen, de resultaten. Maar ook in een team, en  
kijk op het moment dat je dat regelmatig doet en ook laat terugkomen, dat moet je dan zo zien  
als dat we gearrangeerde gegevens aanleveren voor die groep. Dat de medewerkers dat  
gewoon met de bewoners bespreken, van 'Herkennen jullie je hier in, dat dit wordt genoemd?  
Dat jullie hier ontevreden over zijn en daar tevreden? Welke dingen zouden jullie willen dat  
we aanpakken en hoe zullen we dat gaan doen?' En als je dat ook zeg maar regelmatig laat  
terugkomen, dan is één keer per jaar voldoende omdat je toch wel met die tevredenheid bezig  
bent. Dat is niet eens van één moment, dat ben je voortdurend eigenlijk mee bezig.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*We hadden het al over de afname door iemand die vertrouwd wordt en dat verschilt per cliënt. Samen met een leeftijdsgenoot zou een optie zijn. En als we meer kijken naar de setting qua waar die bijvoorbeeld afgenomen wordt, heb je daar nog ideeën over?*

Nou bij ons gebeurt dat denk ik vooral op de groep, en misschien kan het ook wel eens zijn dat het thuis gedaan wordt. Als de cliënt thuis is. Sommige cliënten zeggen dat ook: 'Ik doe niks zonder mijn moeder of zonder mijn ouders.' Die weten ook niet zeker of ze dat kunnen vertrouwen. Volgens mij kan dat ook. Sommige cliënten hebben ook echt zoiets van 'Oh moet het, kom dan hier maar met die vragenlijst. En die rafelen als het ware af en willen weer vluchten naar weer hun eigen ding gaan doen. Dus ja, dan is het juist helemaal niet prettig en niet praktisch om daar een aparte situatie of plek voor te gaan creëren, dan wordt het alleen maar meer beladen. Terwijl ze het eigenlijk best wel willen invullen, als het maar niet al te veel tijd kost en gedoe.

*Heb je nog andere ideeën over de setting die je denkt dat belangrijk zijn?*

Nou in ieder geval een plek waar even rust is, waar de cliënt zich kan concentreren en dat er geen andere leeftijdsgenoten kunnen meekijken.

*Op sommige plekken wordt de vragenlijst nog helemaal anoniem afgenomen. Wat denk je dat er voor nodig is*

*om dit op deze persoonlijke manier te gaan doen?*

Ik zou het eigenlijk niet weten wat daarvoor nodig is. Ik zou denken: niks staat in de weg daarvoor. Alleen een goede instructie van degene die afneemt, dat de cliënt niet beïnvloed moet worden en dat je echt moet vragen 'Weet je zeker dat als ik jou help, durft te antwoorden wat jij echt zelf vindt.' Dat gaan garanderen, op één of andere manier.

*Moet dat nog op een specifieke manier naar ouders en verzorgers gecommuniceerd worden of is dat niet nodig?*

Jawel, je moet altijd communiceren, maar ik zeg altijd zo klantvriendelijk mogelijk. Want wij- voor ons, heeft het allerlei toeters en bellen die het voor de cliënt helemaal niet zo heeft. Ze zitten niet altijd te wachten op een hele uitgebreide toelichting, gewoon heel kort vertellen waar het voor is, wat je ermee doet. En wij hebben ook een aantal cliënten- daar zijn we wel hoofdaannemer voor zeg maar, maar daar geven we de zorg niet zelf. Ook daar doen we cliënttevredenheidsonderzoek. Dat gaat het wat anders, want nu werken we met Berg Op,

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

voor die onderaannemers kan dat niet want die zitten niet in dat systeem. Dan doen we gewoon nog een papieren versie en die laten we door iemand anders dan weer overtypen naar de digitale omgeving, dus ik wil maar zeggen: ook dat hoeft geen belemmering te zijn om het individueel af te nemen, als je het systeem nog niet ingericht hebt. Dan zijn er ook nog andere wegen om het toch te doen.

*We hadden het net al over het verschil tussen intramurale en ambulante behandeling, zoals hoe vaak de vragenlijst wordt afgenomen. Zijn er denk je nog andere belangrijke verschillen bij de afname tussen ambulante en intramuraal?*

Ja, nou ja, de vragenlijsten zijn sowieso al anders, die zijn aangepast. En bij ambulante speelt gewoon de ambulante begeleider een grotere rol, want kijk bij intramuraal zijn er vaak meerdere begeleiders betrokken rondom een cliënt die op verschillende manieren kunnen helpen. En bij ambulante is dat wat beperkter. Verder zit ook heel veel winst in het motiveren van de medewerkers om te zorgen voor een goede respons en daarbij nodig de cliënt de benodigde hulp te geven. Dat samen met die cliënt in te schatten en op ook zelf in ieder geval het belang van in te zien. Dat was ook al in de tijd dat we nog één keer in de twee jaar afnamen, dan zeiden ambulante begeleiders ook wel eens van 'Oh nee mijn cliënt die wil daar niet aan meewerken.' Ja, dan denk ik: Als jij dat zelf al zegt, dan weet ik zeker inderdaad dat die cliënt dat niet wil. Je moet het op een bepaalde manier brengen en dat zorgt ook voor dat de cliënt dan ook gemakkelijker meedoet.

*Dan heb ik nog een paar laatste vragen over de verschillende behandelonderdelen. Zeker jongeren die op de groep zitten, die hebben zoveel verschillende behandelonderdelen en therapieën en de algehele begeleiding kan ook als onderdeel gezien worden. De vragenlijst op dit moment maak daar helemaal geen onderscheid tussen, het is eigenlijk een hele algemene tevredenheidstest over de hulp. Nu is de vraag gesteld: Zou dat wel moeten? En ook, zou dat kunnen? Denk je dat het voor LVB jongeren mogelijk is dat onderscheid te maken binnen één vragenlijst?*

Ja ik denk dat dat wel lastig wordt, want ik zit te denken: Hoe doen wij dat eigenlijk rondom therapie? Ik weet dat ze bij de afsluiting van therapie bij ons ook een vragenlijst beantwoorden, dat zal voor de LVB-doelgroep makkelijker zijn, om de antwoorden te relateren aan dat product, dan wanneer je het in één vragenlijst zet: 'Oké, je hebt toen therapie gehad, hoe tevreden ben je over die therapie?' Ik denk dat dat heel moeilijk is als je een aantal

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

onderdelen hebt, van 'Nu hebben we het hier over, en nu gaan we het hier over hebben.' Dat dat lastig is.

*Het zou wel kunnen, maar dan zou het op verschillende momenten afgenomen worden?*

Misschien wel, of misschien ook binnen die context. Maar dat weet ik- dat vind ik ook wel een lastige vraag hoor. Want ik snap het wel, dat je eigenlijk meer nuancering zou willen omdat je dan nog gericht kan verbeteren. Maar goed, de cliënt kan ook wel voldoende opmerkingen plaatsen, waardoor je toch kan zien 'Wat vindt hij van de therapie.'

*Nu wordt er inderdaad heel algemeen gevraagd naar 'hulp', maar er is natuurlijk ook een open vragen gedeelte waar ze, mochten er bepaalde dingen echt uitspringen, dat die genoemd kunnen worden. Denk je dat als dat op die manier wordt gedaan, zou dat dan met deze vragenlijst moeten? Of zou daar een totaal andere vragenlijst voor kunnen komen dan?*

Dat vind ik ook weer een lastige, want mijn spelregel is om liever met minder vragenlijsten te komen. En dan liever dat ze wat langer zijn, niet te lang, maar vaak zit er al een dubbele aantal algemene dingen in die worden gevraagd. Dan voor elk product een eigen korte vragenlijst, voor cliënt komt het aantal keren dat ze iets moeten doen- dat komt meer binnen, dan bijvoorbeeld één keer iets doen maar dat zijn 25 vragen. Dat valt minder op. Dat geldt trouwens ook voor medewerkers. Wij proberen daarom ook altijd dingen te bundelen, zodat het maar één keer aankloppen is in plaats van drie keer kort.

*Zijn er zelf nog andere aspecten die je wil benoemen, die je denkt dat belangrijk zijn bij de afname?*

Behalve dan het visualiseren en eventueel met gesproken tekst, ik hoop echt dat dat ooit komt. En misschien ook daarbij, maar ik weet niet of dat kan, zou het heel mooi zijn als er bijvoorbeeld een gesproken samenvatting is. 'Dus jij bent eigenlijk best tevreden, je geeft de organisatie een 8. En dit en dit zijn voor jou punten waar we wel wat aandacht aan mogen schenken.' Ik denk dat dat mooi zou zijn. Nu duurt het soms lang voordat cliënten terug horen- wat je nou precies gezegd hebt en wat daar...

*Dus iets meer nadruk op de terugkoppeling? Als ik het goed begrijp.*

Ja, ja, terugkoppeling.

*Heb jij nog vragen?*



THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Nee.

*Dan zet ik hierbij de opname stop.*

**Interview 8 Persoonlijk begeleider**

*Zou je allereerst iets over je functie kunnen vertellen?*

Ik ben ambulante begeleider bij Pluryn. En ik doe dit al...een ruime tijd- vier jaar geloof ik, ja.

*Op wat voor manier maak je momenteel gebruik van de C-toets OBC 2.0?*

Die wordt twee keer bij onze cliënten afgenomen, om het half jaar. Dus één keer in maart en één keer in september. En die wordt tegelijkertijd ook afgenomen met het andere meet- hoe zeg je dat, het meetformulier van de leefgebieden zeg maar. Dus dat de cliënten kunnen aangeven: 'Hier gaat het iets beter mee, hier gaat het iets minder mee en hier wil ik voorlopig nog hulp in.' En daarnaast geven ze dus- kunnen ze ook aangeven waar zijn ze tevreden mee.

*En dat wordt dan later dus wel ook samen besproken of wordt dit anoniem gedaan?*

Ja, nee, dit wordt wel later met de ambulante begeleider besproken. Ja.

*Hoe bevalt de vragenlijst, wat zijn de ervaringen er mee?*

We werken natuurlijk met LVB-jongeren. Wij merken dat, nou ja soms het niveau- dat dat gewoon heel erg lastig is, om deze lijst af te nemen. Dus dat betekent toch een beetje creativiteit van de medewerker. Ja bijna de ene kan je het papiertje zeg maar geven en dan kunnen ze het oplezen, bij de ander zal je het voor moeten lezen en de vraag zelf moeten stellen aan een cliënt.

*Jullie hebben al wat ervaring met het samen afnemen, denk je dat er bepaalde voorwaarden zijn om dit op een goede manier met LVB-jeugd te kunnen doen?*

Nou ja, het zijn natuurlijk behoorlijk persoonlijke vragen. En als je natuurlijk vraagt om feedback te geven, bijvoorbeeld op het functioneren van de begeleider, en de begeleider stelt die vraag zelf. Ja hoe eerlijk antwoord krijg je dan? Ja dat is dan net hoe je in balans staat met je cliënt.

*Hoe denk je dat dit opgelost kan worden?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ja goed, als je het echt los wil zien van de begeleider, dan kan je zeggen dat het een onbekend iemand deze moet af gaan nemen, bij de cliënt. Ja, kijk, dan heb je natuurlijk een nog eerlijker antwoord.

*Je denkt dat dat voor LVB-jeugd, dat zij zich dan genoeg op hun gemak voelen bij iemand die ze niet kennen om met hen te...?*

Ja, dat is wel een flinke uitdaging. En dat zal dan iemand moeten zijn die zich kan meten, zeg maar, met de doelgroep. Iemand die zich daarmee kan formuleren, ja. Maar goed, ik denk dat op zich krijg je de antwoorden wel te horen hoor. Ik krijg ook echt wel feedback van mijn cliënten, maar goed dat is net hoe je met de cliënten in contact bent.

*Hoe denk je dat de cliënt profiteert van dit? Dus samen de vragenlijst afnemen, samen door bespreken, samen na bespreken?*

Ik denk dat de voordelen zijn dat het met iemand besproken wordt, dingen die normaal niet zo één twee drie besproken worden met de begeleider. Dus je geeft ze ook een mooi moment, zeg maar, om feedback te kunnen geven. Want dat is ook vrij lastig voor de doelgroep, dat is vaak ook één van hun leerdoelen hè. Om zelf aan te geven: waar zit je mee, wat zou beter kunnen? Dus het is tevens een heel mooi leerdoel wat altijd even behandeld wordt, als wij zoiets aan het doen zijn. Ja, en er komen gewoon mooie dingetjes aan het licht na zo'n vragenlijst. Waar we dan vervolgens weer mee verder kunnen en weer leerdoelen uit kunnen halen.

*Merken jullie ook voordelen voor de instelling?*

Ja, want sommige vragen zijn wat onduidelijk voor de cliënt en dan geef je daar antwoord op en dan kan je toch weer wat meer uitleg geven aan een cliënt. Ze vragen bijvoorbeeld altijd naar een klachtencommissie, nou ja, dan weten ze het in eerste instantie niet maar dan ga je inderdaad met ze in gesprek en dan zeggen ze 'Oh ja, daar hebben we het wel eens over gehad.' Dus ja, het is gewoon goed om dingetjes weer even scherp neer te zetten en weer opnieuw de informatie te herhalen, dat hoort natuurlijk wel bij de LVB-doelgroep. Ja, herhalen van informatie.

*Kan je nog andere struikelblokken, moeilijkheden of misschien juist nadelen bedenken bij het persoonlijk samen afnemen?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Nou, het zijn wel altijd momentopnames. Je hebt te maken met een LVB-doelgroep, dus als er 's ochtends bijvoorbeeld al iets mis is gegaan- ja, het schakelen van de cliënt van het ene onderwerp en dan bijvoorbeeld zo'n vragenlijst invullen, dat is ontzettend lastig. Dus onderschat deze lijst niet voor de cliënt, het vraagt enorm veel energie en het is dus ook wel tijdrovend voor de cliënt. Maar wij denken dus wel dusdanig belangrijk, anders zouden we deze lijst ook niet meer afnemen.

*Denk je dat er ook situaties zijn waarin het gewoon niet samen kan? Je zei al, het is heel intensief. Zouden er ook gevallen zijn waarbij het geen optie is om het samen door te nemen?*  
De ambulant begeleider maakt zelf de keuze om dat die lijst op dat moment afgenomen kan worden, want in sommige situaties kan dat gewoon niet. In een crisissituatie kan je niet heel prettig zo'n lijst afnemen. Ja, dat ligt een beetje bij de begeleider. De cliënt heeft er natuurlijk ook een keuze in, als hij of zij dat niet wil, ja, dan houdt het op. Het is altijd vrijwillig. *Het is dus meer het moment goed uitzoeken, als ik dat goed van je begrijp, en dat het natuurlijk altijd medewerking van de cliënt moet zijn?*

Zeker.

*En als we meer kijken naar het praktische gedeelte, bijvoorbeeld wie hem afneemt. Jullie namen hem nu twee keer per jaar af, ben je daar tevreden over of denk je dat dat in bepaalde gevallen vaker of minder vaak zou moeten?*

Ambulant is wel een behandeling apart, want dat kan soms heel kortdurig zijn. En als wij op tijd weten wanneer de cliënt uit zorg gaat, dan doen we vaak nog een lijst als we dat op tijd weten, dan doen we nog een lijst eerder afnemen. Maar het kan soms zijn dat we een ambulante periode misschien maar een half jaar is, dan heb je misschien maar één keer zo'n lijst ingevuld. Dus het streven is altijd wel op het moment dat een cliënt afgesloten wordt dat we dan wederom weer zo'n lijst invullen met ze, maar goed dat kunnen we niet altijd garanderen, want soms lopen dingen met de afsluiting van onze behandeling ineens heel anders. Het is niet zoals een groep, op een groep woon je vaak drie jaar of twee jaar, dan heb je alle tijd om meerdere lijsten in te vullen. Dat is bij ambulant niet echt het geval.

*Jullie proberen het dan op het begin en het eind te doen en dan vergelijkend. Hebben jullie ook al gemerkt dat daar echt dingen uit kwamen die echt veranderd zijn of waar jullie echt iets mee hebben kunnen doen?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ja, we merken echt wel dat het heel prettig is als we deze lijsten samen afnemen, want eigenlijk kunnen we direct al nadat we zo'n vragenlijst hebben gehad aan de gang met de nieuwe leerdoelen die er uit zijn gekomen. Of inderdaad de verbeterpunten voor een ambulante begeleider of misschien wel voor de organisatie. Ja, dat kunnen we dan meteen oppakken.

*Als we meer kijken naar de- we zeiden al dat het moment goed moet zijn, kan je nog meer pijlers geven die belangrijk zijn bij het moment, bijvoorbeeld een locatie of moment van de dag?*

Ja, dat is echt cliënt afhankelijk. Bij de ene cliënt is het fijner om thuis af te spreken, bij de andere cliënt is kantoor ook prima. Ik denk dat- ambulante begeleiders komen natuurlijk eigenlijk altijd al wel bij cliënten thuis, maar goed, het huis moet het wel toelaten om- er moet wel een leerbare sfeer zijn. En als er bijvoorbeeld twintig katten in huis zijn of het is te rumoerig, ja dan moet je een rustiger plekje opzoeken, ja.

*Op veel plekken wordt dit nog helemaal anoniem afgenomen. Denk je dat er specifieke dingen nodig zijn om het te veranderen- om het samen te doen? Is hier iets voor nodig?*

Anoniem, buiten de begeleiders, daar zijn ze wel echt van, de cliënten. Maar goed, in hoeverre is hij anoniem als hij al besproken wordt met de begeleider? Dat vinden wij heel prettig, want dan kunnen wij ook gelijk daar aan gaan werken. Ja verder in de organisatie, mijn cliënten zijn daar niet willig in. Die willen toch wel heel graag anoniem blijven.

*Dus het zal vooral met de cliënten besproken moeten worden, dat daar echt duidelijkheid ook voor hun in is, begrijp ik dat goed?*

Ja, precies ja.

*En naar ouders, moet daar ook nog anders naar gecommuniceerd worden? Ouders willen natuurlijk graag weten wat er gebeurd, en als dingen niet meer anoniem zijn zal dat inderdaad voor hun ook- zullen zij dat ook willen weten. Moet dat nog op een specifieke manier gecommuniceerd worden?*

Wij hebben natuurlijk te maken met- het gezin hebben we vaak, die we begeleiden. Dus dan doe je al zo'n lijst afnemen met het hele gezin. Ja, eigenlijk wordt dat dan al gecommuniceerd. Vaak is dan al het hele gezin in zorg, moet er bijvoorbeeld zo'n lijst afgenomen worden met moeder, en nog niet zo zeer met kind. Het ligt er natuurlijk net aan: wie begeleiden wij. Maar de communicatie, die is er eigenlijk wel, mits inderdaad dat de cliënt oud genoeg is om daar zelf een keuze in te maken.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*We hebben het nu voornamelijk over ambulante zorg gehad. Ik weet niet in hoeverre je er zicht op hebt, maar denk je dat er nog hele grote verschillen zijn in hoe de vragenlijst afgenomen moet worden bij jongeren die wel op een groep wonen?*

Nee, ik denk dat ze precies tegen dezelfde dingen aanlopen, en dat is gewoon de situatie- het moment zeg maar, van deze lijst. Dan inderdaad is het een leerbare situatie waarin hij afgenomen kan worden. Inderdaad van- het niveau aanpassen, wordt het afgenomen door de juiste persoon of kan het persoon het zelf. Daar moet van te voren natuurlijk wel even een inschatting van gemaakt worden.

*Dus het is heel erg cliënt afhankelijk in allebei de gevallen?*

Ja, ja.

*Dan heb ik nog een laatste paar vragen over de verschillende behandel onderdelen.*

*Natuurlijk vooral bij jongeren die op een groep zitten zijn er heel veel verschillende behandel onderdelen, omdat je de hele begeleiding op een dag ook als een onderdeel zou kunnen zien. Bij ambulante kan het ook zo zijn dat ze verschillende behandel onderdelen hebben, maar de vragenlijst op dit moment maakt eigenlijk helemaal geen onderscheid tussen- het is echt een heel algemeen beeld. Nu is de vraag gesteld: Zou dit wel moeten? Mijn eerste vraag is: denk je dat dit mogelijk is voor LVB jongeren om dat onderscheid zo duidelijk te maken, tussen alle verschillende onderdelen?*

Nee, ik denk dat- wat ik al zei, de vragenlijst op zich is al behoorlijk ingewikkeld voor onze doelgroep. Dus als je dan ook nog onderscheid maakt op welk stuk, ja dan zou je dat heel goed moeten uitschrijven.

*Dus dan moet er heel duidelijk onderscheid zijn?*

Ja.

*Op verschillende momenten, denk je dat dat een optie is? Dat bijvoorbeeld direct na een bepaalde therapie wordt gevraagd: 'Wat vond je van deze therapie?' Zou dat wel haalbaar zijn?*

Ja, ja. Mits dat de therapie niet te intensief is geweest, ja dan kan je niet nog een zo'n intensieve vragenlijst met ze afnemen. Maar dat is wel het meest logische.

*Dus als het op verschillende momenten is zou het wel haalbaar zijn?*

Ja.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Op wat voor manier denk je dat dat het beste gedaan kan worden, als je bijvoorbeeld kijkt naar de vraagstelling?*

Ja, dat is net van welk moment je in kaart wil krijgen. Als je inderdaad een therapie in kaart wil zetten, dan is het handigst als je dit tijdens de therapie afneemt. Dus eigenlijk op het moment dat de cliënt zich op dat moment bevindt, als dat geëvalueerd wordt, dat is het meest duidelijke en praktische voor de cliënt.

*Zijn er nog aspecten die jij wil benoemen?*

Nee, het is eigenlijk wel duidelijk.

*Nog iets over de nabespreking, heb je daar nog belangrijke dingen die we moeten meenemen?*

Dat doet elke ambulant begeleider natuurlijk net eventjes zijn eigen maniertje aandraaien. De één doet het direct, de ander komt er op een later moment op terug. En dat is ook allemaal cliënt gebonden en situatie gebonden, maar in principe kom je er altijd met de cliënt op terug.

*Als jij geen toevoegingen hebt zet ik de opname stop.*

Dat is goed.

### **Interview 9 Behandelaar Idris**

*Zou je iets kunnen vertellen over je functie?*

Ja, ik ben orthopedagoog bij twee STEK-locaties binnen Idris. En ja, dat zijn locaties waarin jeugdigen worden opgenomen maar waarin we ook ambulant werken met het gezin. En dat stemmen we heel erg af per cliënt, dus we kijken echt met ouders samen en met jeugdigen naar hoeveel dagen per week ben je op de groep, hoeveel dagen in de week ben je thuis en wat thuis kan doen we ook vooral thuis. En daarin werken we op de groep met behandeldoelen en ook in de thuissituatie.

*Hoe maken jullie gebruik van de C-toets OBC 2.0?*

Die zetten we in aan het einde van het STEK-traject en bij ons is het zo dat, stel je voor, de jeugdige die is een aantal dagen op de groep in de week, een dag of vier, dan ga je gedurende dat traject verder afbouwen tot er alleen nog maar ambulante begeleiding is. En, dan op een gegeven moment hebben we een eindevaluatie en dan nemen we een C-toets af, en dan kan het nog wel zo zijn dat de ouder een half jaar daarna nog eens een beroep op ons doet omdat we dat gewoon nog aanbieden. Maar we nemen aan het einde van het traject in principe de C-toets af.

## THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*Hoe zijn de ervaringen met de C-toets?*

Ik vind het, en dat merk ik ook aan het team, het is eigenlijk wel heel erg leuk omdat het erg veel informatie geeft over hoe ouders naar ons kijken. Wat ze goed vinden, wat ze niet goed vinden. Daarin zijn ze ook naar mijn idee, heel eerlijk en geven ze met name wel duidelijk aan wat ze niet goed vinden. Wat ze wel goed vinden noemen ze ook wel hoor, maar ze zijn altijd wel kritisch op wat er niet goed gaat, dat is voor ons alleen maar fijn want daar kunnen we weer van leren. En ik denk dat dat ook wel komt dat ze dat zo doen, omdat we de C-toets - die kan je samen met de ouders afnemen dus echt in een gesprek - maar sommige ouders kunnen het ook prima zelf invullen, dus dan krijgen ze per email een link en dan kunnen ze dat online invullen. Ik denk dat dat het af en toe ook wat makkelijker maakt om heel kritisch te zijn zeg maar. En dat doen we niet alleen met ouders, maar ook met de jongeren. De jongeren die vullen hem ook in, jongeren hebben wel vaak hulp van groepsleiding nodig om hem in te vullen - of van ouders, dat kan natuurlijk ook. Dat ze het samen met de ouders doen.

*Hoe maken jullie gebruik van wat er uit komt, gaan jullie dan ook met de resultaten aan de gang?*

Ja, dat - kijk, de persoonlijk begeleider van het kind houdt het allemaal in de gaten. En zodra de toets ingevuld is kijkt diegene ook wel: wat is er uitgekomen? wat voor cijfers hebben we gekregen? Wat was er positief, wat was er negatief? En dat bespreken we dan weer binnen het team zeg maar, om te kijken wat we ermee kunnen, wat we ervan kunnen leren en wat we in een vervolgcasus anders zouden kunnen doen.

*Je noemde al dat ouders goed kritisch durven te zijn, maar dat jongeren het vaak samen moeten invullen. Durven jongeren dan wel kritisch te zijn?*

Ja goed, dat blijft natuurlijk altijd de vraag. Als ze hem samen met de groepsleiding invullen heb je misschien ook wel wat die wat minder kritisch zijn en ik moet ook wel zorgen dat jongeren ook niet altijd even gemotiveerd zijn ervoor. Dus je moet ze dan ook wel, achter de computer zetten en zorgen dat ze het doen. Maar ja, ik denk wel dat ze tot op bepaalde hoogte wel zeggen wat ze vinden en kijk de meeste kinderen van het niet heel leuk om op een behandelgroep te zijn, dus die zijn daar ook wel weer heel eerlijk over.

*Wat is een manier waarop je kinderen zou kunnen motiveren om zo'n vragenlijst wel zo eerlijk mogen in te laten vullen?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ik moet eerlijk zeggen dat ik bij STEK niet heel erg meemaak dat het ons niet lukt om het samen in te vullen. Dus als ze het lastig vinden of moeilijk vinden, dan probeer je ze te motiveren door ze te ondersteunen daarin en samen die lijst te bekijken en door te lezen. Het zijn wel jongeren met een licht verstandelijke beperking, dus die het dus ook wel lastig kunnen vinden om zo'n vragenlijst te lezen, dus dan probeer je ze in ieder geval voldoende te ondersteunen. Ja en ik denk dat kinderen dat ook op die manier met hun kinderen doen. Maar wat ik zeg, ik hoor eigenlijk niet heel vaak van 'die jongeren willen het echt niet invullen.'

*Als je kijkt naar de positieve kanten van het samen invullen, naast dat het fijn is als ze het willen, maar wat zijn de voordelen voor henzelf als ze de vragenlijst eerlijk invullen?*

Ja, wat het voordeel voor hen is? Bedoel je dat ze het samen invullen of dat ze het überhaupt eerlijk invullen?

*Eigenlijk dat ze het samen met iemand invullen, dus dat ze gelijk vragen kunnen stellen of dat ze de resultaten na bespreken.*

Het voordeel is denk ik al wat jij nu noemt, want op het moment dat ze het zelf moeten invullen is het voor jongeren met een lager IQ toch heel lastig om die vragen goed te kunnen begrijpen. Dan is het niet overzichtelijk misschien, of is het veel. Dus het voordeel om het samen te doen is dat je ze kan ondersteunen, dat je het kan uitleggen wanneer ze extra uitleg nodig hebben over hoe het is bedoelt, dat ze het goed interpreteren en antwoord geven op de vraag. Dat zijn wel voordelen om het samen te kunnen doen. En als een jongere het niet weet, dat je ze een beetje op weg helpt. 'Denk eens hier aan, hoe vond je dit, je zei toen dat.' Dat soort dingen.

*Wat zijn voorwaarden om het op zo'n manier goed samen te kunnen doen?*

Dat je een computer hebt sowieso, heel praktisch. Dat je als groepsleider of als ouder - want het kan net zo goed een ouder zijn die het samen invult met het kind - dat je daar even de tijd voor neemt. Want je moet er wel even met elkaar voor gaan zitten. Het is geen enorm lange lijst die uren afname tijd vraagt, maar het is wel fijn om - als je het goed wil doen - om er tijd voor te hebben met elkaar.

*In deze situatie gaan we er dan vanuit dat een begeleider of behandelaar het samen met hen gaat invullen, zijn daar nog bepaalde voordelen voor de instelling - of in dit geval STEK-locaties?*



THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Om het samen in te vullen? Je krijgt dan beeld of een jongere het echt invult, en niet invullen om het invullen. Je kan er meer op sturen, dat als iemand steeds maar hetzelfde cijfer geeft of hetzelfde bolletje aanklikt van 'ik weet het niet' bij die schaalvragen, dan heb je dat wel snel door. En als je het samen doet heb je ook wel in de gaten of een jongere het echt begrijpt, want ik krijg ook wel eens een lijst terug en dan - passend bij deze doelgroep denk ik - dan zie je gewoon aan de manier waarop iemand het ingevuld heeft dat het is invullen om het invullen. Dat de vragen eigenlijk helemaal niet goed begrepen zijn en dat er geen antwoord is gegeven op de vraag. Dat tackel je daar natuurlijk wel mee als je het samen doet.

*Als ik het goed van je begrijp: dat de antwoorden die er uit komen dat die oprecht zijn?*

Ja en als een groepsleider de jeugd gewoon goed kent, en dat is natuurlijk wel vaak zo omdat je echt een jaar tot anderhalf jaar met de cliënt gewerkt hebt, dan kan je dat ook wel wat meer inschatten. Van 'is dit nou de waarheid, kun je een voorbeeld geven?' Natuurlijk kan het zo zijn dat een jongere wel wat loyaler is naar groepsleiding, dat het misschien lastig is om helemaal het achterste van je tong te laten zien, maar ik denk dat over het algemeen dat daar best een realistisch beeld uit komt.

*Nu gaan we eigenlijk gelijk mooi door naar mijn volgende vraag, namelijk over de struikelblokken. Je zei al: Hoe eerlijk durf je tegen iemand te zijn die jou dagelijks begeleid, of iemand waarvan je weet - dat je ook dingen moet zeggen over diegene. Denk je dat er nog andere struikelblokken zijn, ook met het oog op de doelgroep?*

Net wat ik zeg, bij zo'n vragenlijst, op het moment dat ze het zelf invullen dat dat toch best lastig kan zijn. Dat heb ik denk ik al een paar keer genoemd, maar het is gewoon een talige lijst, dus ze moeten het echt wel lezen en dan ook nog begrijpen wat ze moeten doen.

*En denk je dat er situaties zijn waarin de vragenlijst gewoon niet persoonlijk afgenomen kan worden, dus niet samen met iemand?*

Dat het echt niet persoonlijk kan? Ja, dat heeft denk ik vooral te maken met hoeveel begrip heeft die jeugdige van zo'n lijst en van het taalgebruik? Ja en verder zie ik eigenlijk niet echt in waarom je dat niet zou kunnen doen. Als een jongere heel erg boos is op de groep of op de leiding, dan kan je het alsnog altijd proberen om het nog samen te doen. En als hij of zij het echt niet wil, om het dan met de ouders te bespreken, of zij het kunnen doen.

*Dus dan gaat het meer over het moment?*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

Ja.

*Heb jij tot nu toe nog toevoegingen?*

Nee, ik zit nog even na te denken over je vraag, wat maakt het nou dat het echt niet zou kunnen? Nee, ik heb daar nu - als me nog iets te binnen schiet laat ik het weten. Ik kan er nu even niet opkomen waarom je dat nou echt niet zou doen.

*Helemaal goed. Het zou kunnen, dat het altijd kan, dat is natuurlijk ook een optie.*

Je kan het denk ik altijd proberen of voorstellen. Natuurlijk, je hebt altijd non-respons of ouders die het echt uiteindelijk niet invullen, dat is heel jammer. Maar we proberen daar wel zo veel mogelijk achteraan te zitten om ze dat toch te laten doen.

*Als we meer kijken naar de praktische kant. Jullie nemen de vragenlijst nu af aan het einde van het traject, denk je dat dat vaak genoeg is? Of zouden jullie het vaker willen afnemen? Daar is er natuurlijk ook een verschil tussen ambulante en kinderen op de groep, maar wat denk jij dat de ideale hoeveelheid is om hem af te nemen?*

Dat hangt misschien ook af van hoe lang je traject duurt en binnen STEK is dat gewoon heel wisselend, dat kan een half jaar zijn, dat kan een jaar zijn, het kan anderhalf maar het kan ook twee jaar zijn. Als je zo'n lang traject loopt met elkaar zou het misschien wel goed zijn om het tussentijds ook nog een keer te doen, zodat je nog wat kan bijstellen. Dat zou op zich niet eens zo'n heel gek idee zijn, alleen het vraagt ook wel weer wat van begeleiding, de ouders en van kinderen om die lijsten in te vullen. En aan het begin van het traject wordt er al behoorlijk wat ingevuld, VGNO - dat soort lijsten, dus ouders zijn vaak ook wel wat 'invul-moe' zeg maar. Maar ja, je zou er wel in sommige casussen voor kunnen kiezen om op de helft misschien te doen, ja daar heb ik eigenlijk nog nooit zo over na gedacht om dat ook te doen. En over het algemeen zijn we bij STEK heel veel met ouders in gesprek, en ook met jeugdigen, en hebben we om de drie maanden evaluatie, dus dingen waar ze niet tevreden mee zijn worden vaak ook al wel op die momenten besproken.

*Dat scheelt dan al, dat het gesprek blijft doorgaan. En door wie denk je dat de vragenlijst het beste afgenomen kan worden, als dat dus zo samen wordt gedaan?*

Ja, dat kan door iemand van de groep zijn maar kan ook de ambulante hulpverlener zijn. We werken in koppeltjes, dus met een persoonlijk begeleider uit groep en een ambulante hulpverlener. Ja, dat zou in principe door beiden kunnen zijn. En bij ons gebeurt het dan nog

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

wel vaak door degene die ook echt op de groep met het kind gewerkt heeft, omdat het kind vaak meer met de ouders te maken heeft en het kind dus minder goed kent.

*Dus wel echt door iemand inderdaad die het kind goed kent, in vergelijking met iemand die hij helemaal niet kent - bijvoorbeeld iemand die hij juist helemaal niet kent, want dan durft hij eerlijker te zijn. Ik weet niet hoe je daar over denkt?*

Ja precies, dat zou heel goed kunnen eigenlijk. Inderdaad zou misschien iemand wel goed zijn om het de ambulante hulpverlener te laten doen, of iemand die het kind helemaal niet kent. Ja, weet je er zitten aan allebei voor- en nadelen, want op het moment dat het kind iemand helemaal niet kent wordt de drempel misschien wel weer groter om om hulp te vragen als je iets niet snapt.

*Ja dat is waar, het heeft inderdaad allebei z'n voor- en nadelen. Je noemde al dat het aan het eind van het traject wordt gedaan, maar als we meer kijken naar het moment - op wat voor moment kan de vragenlijst het beste afgenomen worden en waar?*

Wat bedoel je met op wat voor moment?

*Meer bijvoorbeeld, doe je dat aan het begin van de week of juist - meer, wat is de setting waarin je hem afneemt?*

Poeh, ja de setting, ja ook daar heb je de keuze of je het op de groep wil doen of juist thuis wil doen in een veilige omgeving. Ja, wat daar het beste in is, dat zou ik dan echt met het team moeten bespreken wat hun ervaringen daarin eigenlijk zijn. Dat durf ik nu niet zo goed te zeggen, dat vind ik heel lastig.

*Bij veel instelling wordt de vragenlijst nu anoniem afgenomen worden, en dan zou het nu een gedeelte van de behandelcyclus worden, dus dan wordt er ook anders met de resultaten omgegaan. Denk je dat die verandering op een bepaalde manier naar ouders gecommuniceerd zou moeten worden, of is dat niet perse nodig?*

Wat er uit de resultaten komt?

*Nee meer dat de resultaten anders verwerkt zullen worden, dat het niet meer anoniem is en dat er ook gebruik van wordt gemaakt. Moet dat anders naar ouders gecommuniceerd worden?*

Ik begrijp denk ik niet helemaal wat je bedoelt, maar als wij hem afnemen dan wordt dat wel met ouders besproken.

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*En moet de andere toepassing van de vragenlijst, moet dat naar ouders gecommuniceerd worden?*

Ja, dat lijkt me wel. Volgens mij moet je daar gewoon transparant over zijn.

*En hoe kan dat het beste gedaan worden?*

Voor zover ik het weet doen wij het sowieso niet anoniem, en vullen ouders ook gewoon hun naam in. Dat kan je ook gewoon met ouders bespreken en als ze hun naam niet in willen vullen, ja dan kan dat ook en dan respecteer je dat. Ik denk dat ik de vraag niet helemaal goed begrijp.

*Denk je dat er verschillen zijn in hoe de vragenlijst afgenomen moet worden voor jongeren die ambulante behandeld worden en jongeren die intramuraal behandeld worden?*

Ik heb geen idee eigenlijk, zou daar verschil in moeten zijn? Ik durf het niet te zeggen.

*Voor de jongeren die op de groep wonen hebben veel verschillende behandelingen en de persoonlijke begeleiding zou je ook als een behandel onderdeel kunnen zien, loopt vaak in elkaar door. De vragenlijst zoals hij op het moment is maakt hier helemaal geen onderscheid tussen, het is een hele algemene impressie van de behandeling. Nu wordt de vraag gesteld: 'Zou de vragenlijst dat wel moeten hebben - ten eerste - dat er onderscheid wordt gemaakt tussen die verschillende behandel onderdelen?' En de vraag die er op volgt: 'Is het mogelijk voor LVB-jongeren om dat onderscheid te maken?'*

Nou, ik denk dat je daar best een stukje onderscheid in zou kunnen maken. Bijvoorbeeld een jongere die ook individuele therapie gehad heeft - BMT of speltherapie of rots- en watertraining - zij weten vaak zelf echt wel goed wat ze dat heeft opgeleverd, wat ze daar gedaan hebben en wat ze daarvan vonden. Dus zoiets zou je dus best daarin kunnen opnemen, maar ik denk alleen dat je ervoor moet waken dat de lijst niet te lang wordt, want dat is denk ik een beetje het gevaar. De aandachtsspanne is vaak al niet heel groot zeg maar, het aantal taal en letters kan al heel erg afschrikken, dus je zult denk ik wel heel goed moeten kijken wat het kan opleveren. Ik denk wel dat het iets kan opleveren, maar hoe giet je dat dat in een vorm dat het ook nog behapbaar blijft.

*Je zou dan inderdaad moeten zorgen dat je misschien niet teveel uitvraagt, dat je alleen specifieke dingen uitvraagt. Zou dat allemaal wel volgens jou in één vragenlijst kunnen of zou*

THE APPLICATION OF THE “C-TOETS OBC 2.0” FOR EFFECTIVE USE IN THERAPY  
FEEDBACK FOR ADOLESCENTS WITH MID

*dat dan op verschillende momenten gedaan moeten worden, het uitvragen naar de verschillende behandelonderdelen?*

Dat zou je ook kunnen nog meer in een soort van stroomschema kunnen opnemen, op het moment dat een jongere een therapie afgesloten heeft. Dan denk ik wel heel erg vanuit STEK hoor, want daar werk je natuurlijk én ambulante én op de groep en hebben jongeren soms ook nog therapie. Dus dan hebben ze best met wat verschillende hulpverleners te maken, dus dan zou je dat wel iets meer kunnen scheiden. En om die vragenlijst niet te lang te maken zou je als een therapie is afgesloten, om dan ook zo'n C-toets over de therapie af te nemen, en dat niet allemaal aan het eind van het traject te doen. Misschien heeft die jongere wel in de maand vier-vijf-zes vormen van therapie en gaat hij in maand achttien pas afsluiten, dan is het wel heel moeilijk voor een jongere met LVB om daar op terug te kunnen kijken.

*Als jij geen toevoegingen hebt dan zet ik nu de opname stop.*

Dat is goed.

**Appendix III Code Tree**

**Code tree**

<b>Inhoud C-toets OBC 2.0</b>	Modernisatie vragenlijst
	Open vragen
<b>Onderscheid behandelonderdelen vragenlijst</b>	Onderscheid behandelonderdelen vragenlijst
	Is onderscheid mogelijk
<b>Vershil tussen ambuland en intramuraal Setting van vragenlijst afnemen</b>	Vershil tussen ambuland en intramuraal
	Timing
	Hoe vaak afnemen
<b>Door wie vragenlijst afnemen</b>	Begeleiding bij invullen
	Afnemen door hulpverleners
<b>Wanneer niet mogelijk om persoonlijk af te nemen</b>	Wanneer niet mogelijk om persoonlijk af te nemen
<b>Struikelblokken</b>	Te veel vragenlijsten
	Motivatie
<b>Uitdaging LVB-groep</b>	Eerlijkheid
	Kritisch durven zijn
	Taalvaardigheid
<b>Voordelen nieuwe toepassingen</b>	Nabespreken
	Voordelen voor cliënten
	Voordelen voor instellingen
<b>Hoe effectief toepassen</b>	Tijd nemen
	Wat is er nodig?
	Voorwaarden voor effectief toepassen
<b>Ervaringen</b>	Positieve ervaringen
	Negatieve ervaringen
<b>Gebruik C-toets OBC 2.0</b>	Gebruik C-toets OBC 2.0
<b>Functie</b>	Functie