

# Hoe resultaten van behandeling meten in de klinische praktijk?

## Oproep tot deelname

Het meten van uitkomsten van behandeling krijgt met mondjesmaat een plaats in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. De opdracht wetenschappelijke ondersteuning inzake het meten van behandelresultaten van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) bestaat erin om de sector hierin te ondersteunen. Na een korte bespreking van de verschillende uitkomsten van een behandeling, wordt in deze bijdrage uitgebreider ingegaan hoe deze aspecten gemeten kunnen worden. Via periodieke metingen wordt het verloop van klachten en functioneren gedurende de behandeling in kaart gebracht. Zes componenten vormen de hoekstenen van een geslaagde implementatie van deze methodiek: (1) logische meetmomenten kiezen, (2) evaluatiegesprek met de patiënt, (3) combineren van verschillende invalshoeken, (4) samenstelling van een uitkomstenkompas, (5) creëren van een draagvlak en (6) logistieke ondersteuning. Er is expliciet aandacht voor de meerwaarde voor het hulpverlener.

### 1. Inleiding

Het meten van uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg. Getuige daarvan is een groeiende interesse om zicht te krijgen op de resultaten van de behandeling van personen met een psychische stoornis, zowel vanuit de sector als de overheid. Uit een explorerende rondvraag bleek dat

het gebruik van meetinstrumenten met mondjesmaat aan het doordringen is in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen (Baert, 2007). De interesse van de Vlaamse overheid blijkt onder andere uit het *kwaliteitsdecreet* en de opdracht *wetenschappelijke ondersteuning inzake het meten van behandelresultaten*. De Vlaamse overheid heeft de Vlaamse Vereniging voor

**Uit een explorerende rondvraag bleek dat het gebruik van meetinstrumenten met mondjesmaat aan het doordringen is in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.**

Geestelijke Gezondheid (VVG) deze laatste opdracht toevertrouwd. De beheersovereenkomst hierover ging van start in 2006. De VVG fungeert enerzijds als onafhankelijke intermediair tussen de academische onderzoeker en het werkveld en anderzijds als communicatiekanaal voor onderzoeksresultaten naar het werkveld. De hoofddoelstelling van de opdracht is het *motiveren en ondersteunen van zorginstellingen om behandeluitkomsten in kaart te brengen*.

De VVG ondersteunt momenteel tien zorginstellingen in Vlaanderen, waarvan er zes reeds gestart zijn met metingen. tal van andere instellingen toonden interesse.

*De VVG is nog steeds op zoek naar zorginstellingen die onderstaande methodiek willen integreren in hun behandelingen en werking.*

De uitvoering van de beheersovereenkomst wordt gerapporteerd in de reeks *“Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen”*, waarvan reeds vier delen zijn verschenen<sup>1</sup>. De rode draad doorheen deze reeks zijn drie kernvragen:

- (1) Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?
- (2) Hoe kunnen die uitkomsten gemeten worden?
- (3) Hoe wordt die informatie aangewend door de verschillende actoren?

Deze bijdrage biedt op de eerste twee vragen een antwoord. Niettegenstaande de resultaten van effectmetingen kansen bieden op het vlak van integrale kwaliteitszorg, zal in deze bijdrage de klemtoon liggen op de meerwaarde in de klinische praktijk.

## **2. Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?**

Het meten van resultaten van de behandeling is naast een actueel ook een complex onderwerp.

Ten eerste hebben de betrokken actoren (patiënten, overheid, familie, hulpverleners en management van instellingen) in de geestelijke gezondheidszorg verschillende verwachtingen over wat de resultaten van een behandeling zijn. Nochtans hebben ze allen hetzelfde doel voor ogen: kwaliteitsvolle zorg!

Ten tweede is het resultaat van een behandeling meer dan het verminderen van symptomen. Naast deze *klinische uitkomsten* beschrijft Walburg (2003) drie andere aspecten, namelijk: *functionele uitkomsten* (onder meer: kwaliteit van leven), *cliëntenwaardering* en *kosten*<sup>2</sup> (figuur 1).

Figuur 1: Uitkomstenkwadrant volgens Walburg (2003)

<b>Klinische uitkomsten</b> Symptoom-reductie	<b>Functionele uitkomsten</b> Kwaliteit van leven
<b>Cliëntwaardering en waardering van betrokkenen</b>	<b>Kosten</b>

Uit een stakeholdersbevraging door de VVGG, kreeg *kwaliteit van leven*, naast *symptoomreductie*, een zeer hoge waardering. Verder konden naar *cliëntwaardering* drie belangrijke aspecten worden onderscheiden: goede bejegening door hulpverleners, het krijgen van informatie over de behandeling, en inspraak en betrokkenheid bij de behandeling. Tenslotte is ook de *waardering van de betrokkenen* een belangrijk aspect (Baert, 2008).

### 3. Hoe kunnen die uitkomsten gemeten worden?

Eens de verschillende aspecten van psychiatrische zorg in kaart zijn gebracht, kan worden nagegaan welke van deze aspecten gemeten kunnen worden en voor welke aspecten wetenschappelijk goed onderbouwde en praktische meetinstrumenten zijn ontwikkeld.

#### Instrumentarium

Op basis van een rondvraag over het gebruik van meetinstrumenten in Vlaanderen (Baert, 2007) en een literatuuronderzoek (Keymolen & Casselman, 2007) is een longlist samengesteld van potentieel geschikte meetinstrumenten. Daarnaast konden zorginstellingen meetinstrumenten suggereren. Aangezien het risico bestaat dat vooral meetinstrumenten worden geselecteerd op basis van gebruik in de Vlaamse praktijk of beschikbaarheid op de markt, werd nagegaan welke aspecten van psychiatrische zorg belangrijk zijn en of er voor deze aspecten meetinstrumenten voorhanden zijn (Baert, 2008). Rekening houdend met het feit dat in deze stakeholdersbevraging, naast familieleden, overheid, koepels, hulpverleners, alleen *volwassen* patiënten werden betrokken, werd de longlist uitgebreid met meetinstrumenten voor (1) kinderen en jongeren; (2) forensische patiënten en (3) verslaafden. Vervolgens werden deze meetinstrumenten beoordeeld op praktische bruikbaarheid en wetenschappelijkheid. Dit resulteerde in een set van 21 meetinstrumenten (tabel 1). Deze lijst bevat zowel beoordelingsschalen als zelfbeoordelingsschalen. De deelnemende zorginstellingen kunnen hieruit een keuze maken.

**Aangezien het risico bestaat dat vooral meetinstrumenten worden geselecteerd op basis van gebruik in de Vlaamse praktijk of beschikbaarheid op de markt, werd nagegaan welke aspecten van psychiatrische zorg belangrijk zijn en of er voor deze aspecten meetinstrumenten voorhanden zijn.**

Tabel 1: Instrumentarium

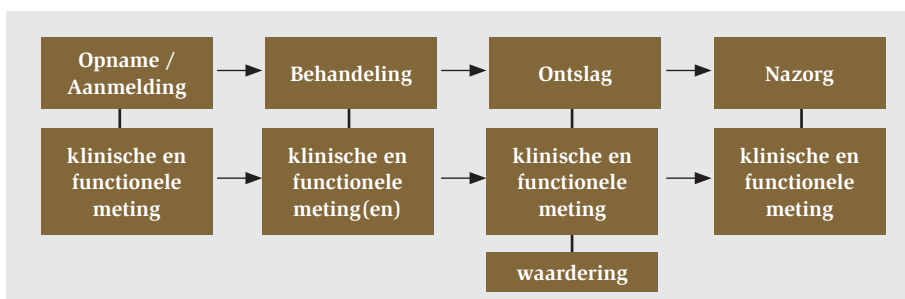
<b>Klinische meetinstrumenten</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Informant</b>
Beck Depression Inventory (BDI-II-NL)	volwassenen (depressie)	patiënt
Hamilton Rating Scale of Depression (HRSD)		hulpverlener
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	volwassenen (psychose)	hulpverlener
Historical Clinical Risk Assessment (HCR-20)	volwassenen (forensische)	hulpverlener
Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)		
Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk (SAPROF)		
Inventarislijst Omgaan met Anderen (IOA)	volwassenen (angst)	patiënt
Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten (KIVPA)	adolescenten	leerkracht ouder adolescent
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	kinderen	leerkracht ouder kind
Symptom Check List (SCL-90-R)	volwassenen (algemeen)	patiënt
<b>Functionele meetinstrumenten</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Informant</b>
Anamnestic Comparative Self Assessment (ACSA)	volwassenen (kwaliteit van leven)	patiënt
Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA)		
World Health Organisation Quality of Life – bref (WHOQOL-bref)		
<b>Klinische en functionele meetinstrumenten</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Informant</b>
European Addiction Severity Index (EuropASI)	volwassenen (verslaving)	hulpverlener
Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE)		
Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS, HoNOSCA en HoNOS65 + )	volwassenen kinderen / adolescenten ouderen (algemeen)	hulpverlener
Outcome Questionnaire (OQ-45)	volwassenen (algemeen)	patiënt
<b>Clïentwaardering</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Informant</b>
Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB)	volwassenen	patiënt
<b>Waardering van de betrokkenen</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Informant</b>
Betrokkenen Evaluatie Schaal (BES)	volwassenen	familie lid

Cliëntwaardering en waardering betrokkenen	Doelgroep	Informant
Trimbos Thermometer (5 versies)	volwassenen jongeren	patiënt familielid jongere ouders
Visie op zorg (3 versies)	volwassenen	patiënt familielid hulpverlener

## Periodiek meten

Periodiek meten van de uitkomsten van de behandeling houdt in dat op regelmatige tijdstippen de symptomen, functionaliteit en/of waardering van de patiënt (en/of zijn omgeving) worden gemeten (figuur 2). Een eerste meting van klinische en functionele uitkomsten vindt plaats bij de opname of aanmelding. Afhankelijk van zorginstelling gebeurt dit bijvoorbeeld in de eerste week van de opname of tijdens de eerste vijf gesprekken. De bedoeling is om een goed beeld te krijgen van de ernst (en/of aard) van de klachten. Tijdens de behandeling worden op vaste tijdstippen dezelfde meetinstrumenten opnieuw afgenomen. Afhankelijk van de interne structuur en/of het behandelplan kan dit na x aantal maanden of na x aantal sessies gebeuren. Ook op het einde van de behandeling worden deze meetinstrumenten opnieuw afgenomen. Deze vervolgmetingen worden in een grafiek gezet en geven aan of de behandeling resulteert in een reductie van symptomatologie en/of toegenomen functionaliteit of levenskwaliteit. Om schijn- en kortetermijneffecten te vermijden, wordt voorgesteld om de meetinstrumenten x aantal maanden na ontslag een laatste keer af te nemen om na te gaan of het effect van de behandeling behouden blijft.

Figuur 2: Tijdsverloop



Zoals te zien in figuur 2 wordt een waarderingsinstrument enkel bij ontslag afgenomen, tenzij de patiënten reeds enige tijd zijn opgenomen en men bij wijze van steekproef een algemeen beeld wil krijgen van de waardering. Bij deze laatste werkwijze worden de resultaten anoniem verwerkt in het kader van integrale kwaliteitszorg. In de werkwijze weergegeven in figuur 2 daarentegen wordt het resultaat van de waarderingsmeting gekoppeld aan de klinische en functionele metingen.

Indien gewerkt wordt met beoordelingsschalen, wordt geadviseerd dat de testafnames steeds door dezelfde hulpverlener worden ingevuld (dit om een maximale betrouwbaarheid te garanderen).

Metingen kunnen een dalende trend aangeven die verklaard kan worden door meetfouten en/of daadwerkelijke verandering. Om een klinisch relevante verandering vast te stellen tussen twee metingen, baseren we ons op de *Reliability of Change Index* (Jacobson et al, 1991). Indien het verschil tussen twee metingen te klein is, wordt dit geïnterpreteerd als ‘geen klinisch significante verandering’.

### **Integratie in de behandeling en in de organisatie**

De VVGG pleit ervoor om het periodiek meten van behandelresultaten zoveel mogelijk te integreren in enerzijds het behandelingsproces en anderzijds de bestaande organisatie en structuur van de zorginstelling. *De VVGG heeft hierin een ondersteunende rol.*

Bij de *integratie in de behandeling* wordt uitgegaan van drie componenten: *logische meetmomenten, evaluatiegesprek met patiënt en combineren van verschillende invalshoeken.*

Ten eerste is het belangrijk dat de meetmomenten worden gekoppeld aan belangrijke momenten in de individuele behandeling: bijvoorbeeld een eerste meting bij het opstellen van het behandelplan, tussentijdse meting(en) in functie van tussentijdse evaluatie(s) en een laatste meting voor het eindgesprek (Zwanepol et al, 2008). De resultaten van deze metingen kunnen worden doorgenomen in een *teamoverleg* en een *evaluatiegesprek met de patiënt*. Eventueel kan het *behandelplan* worden aangepast. Deze manier van werken is bovendien tijdsefficiënt. Afhankelijk van het therapeutisch kader, het individueel behandelplan en de visie van de instelling kunnen deze metingen voor alle patiënten al dan niet op hetzelfde moment vallen. In een protocollaire behandeling is het samenvallen van meetmomenten voor verschillende patiënten wellicht gemakkelijker te realiseren dan in een psychodynamische psychotherapie. Schacht et al (2007) werkten reeds een voorbeeld uit voor de gedragstherapie.

Ten tweede wordt in functie van vooropgestelde *zorgdoelstellingen* de evolutie van de patiënt op de verschillende

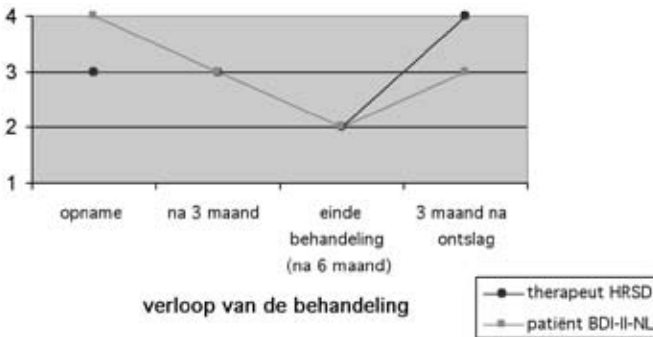
aspecten in de tijd opgevolgd en grafisch weergegeven in een grafiek. Deze grafiek wordt met de patiënt besproken. Zo kunnen de patiënten zich zien evolueren, wat motiverend werkt. Bovendien kan worden nagegaan wat het verband is tussen de verschillende aspecten. De metingen van verschillende aspecten zijn in principe onafhankelijk van elkaar, zodat een patiënt minder last kan hebben van zijn symptomen en tegelijkertijd ervaart dat zijn levenskwaliteit niet is toegenomen. Daarnaast heeft onderzoek aangetoond dat het werken met effectmetingen ertoe leidt dat hulpverleners korter en beter behandelen (Lambert et al, 2001). Het periodiek meten van behandelresultaten wordt als een cyclisch proces geïnstalleerd in de behandeling, waarbij de objectief verzamelde informatie gecombineerd kan worden met het klini-

**Bij de integratie in de behandeling wordt uitgegaan van drie componenten: logische meetmomenten, evaluatiegesprek met patiënt en combineren van verschillende invalshoeken.**

sche oordeel van de behandelaar en het subjectief aanvoelen van de patiënt. Dit biedt stof tot kritisch reflecteren over de behandeling.

Ten derde wordt informatie verzameld vanuit verschillende perspectieven (derde kolom, tabel 1). Voor het klinische aspect, bijvoorbeeld, kunnen zelfbeoordelingen door de patiënt en beoordelingen door de hulpverlener met elkaar worden vergeleken. Nolen et al (2004) vergeleken de scores van beide invalshoeken voor depressie. Uit ander onderzoek blijkt echter dat de overeenstemming tussen de *Beck Depression Inventory (BDI-II-NL)* en de *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* varieert van 0.41 tot 0.56. Demyttenaere et al (2003) geven 3 mogelijke oorzaken: (1) verschil in perspectief tussen patiënt en hulpverlener, (2) verschillen in de constructie van de meetinstrumenten (de HRSD meet vooral somatische aspecten, terwijl de BDI-II-NL daarnaast ook cognitieve aspecten van depressie in kaart brengt) en (3) patiëntgebonden factoren. Deze beperkte concurrente validiteit doet echter geen afbreuk aan de betekenis ervan in de behandeling. Op figuur 3 is te zien dat bij opname de patiënt zijn toestand ernstiger inschat dan de hulpverlener. Gedurende de behandeling convergeren beide scores. Uit de meting drie maand na het afsluiten van de behandeling blijkt dat het nu de hulpverlener is die de situatie ernstiger inschat.

Figuur 3: Vergelijking depressiescores patiënt en therapeut



Interpretatie scores op Y-as: 1 = niet depressief; 2 = licht depressief; 3 = matig depressief; 4 = ernstig depressief. HRSD = Hamilton Rating Scale of Depression; BDI-II-NL = Beck Depression Inventory.

Naast een integratie in de behandeling, is het in kaart brengen van behandelresultaten best ook geïntegreerd in de *organisatie van de zorginstelling*. Twee componenten zijn hier belangrijk: *de samenstelling van het uitkomstenkompas* en *het creëren van een draagvlak*. Ten eerste verschillen afdelingen of teams onderling in doelgroep, zorgprogramma en/of omvang van de instroom, wat vergelijkingen moeilijk maakt. Daarom zijn er naast specifieke meetinstrumenten (HRSD voor depressie bijvoorbeeld) ook generieke meetinstrumenten opgenomen (*Manchester Short Assessment of quality of life*, MANSA voor kwaliteit van leven en de *Trimbosthermometer* voor cliëntwaardering). Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de resultaten van de behandeling, worden verschillende aspecten

van zorg (klinische, kwaliteit van leven en waardering) in kaart gebracht. De aandachtige lezer zal gemerkt hebben dat een aantal meetinstrumenten zowel klinische als functionele aspecten meet (bijvoorbeeld de *Health of the Nation Outcome Scales*, HoNOS) en dat sommige waarderingsinstrumenten zowel de visie van patiënten als van familieleden bevraagt (bijvoorbeeld de Trimbothermometer). Er is bewust gekozen voor een relatief uitgebreide set van meetinstrumenten waaruit instellingen kunnen kiezen. Instellingen kunnen hun keuze afstemmen op wat ze nu reeds gebruiken aan meetinstrumenten, de beschikbare tijd (indien deze beperkt is verdienen zelfbeoordelingsinstrumenten de voorkeur) en het budget (een aantal meetinstrumenten in de lijst is *free source*). Om de mogelijkheden op benchmarking te vergroten, lijkt het ons interessant om per subsector of problematiek te kiezen voor een zelfde set van meetinstrumenten. Eventueel kan dit worden gestuurd via de koepelorganisaties. Deze beperktere set van meetinstrumenten kan de basis vormen voor één of meerdere *uitkomstenkompas*(sen). Figuur 4 is een voorbeeld van een depressiekompas. De koppeling van deze gegevens aan het elektronische patiëntendossier biedt kansen op het vlak van integrale kwaliteitszorg.

**Naast een integratie in de behandeling, is het in kaart brengen van behandelresultaten best ook geïntegreerd in de organisatie van de zorginstelling. Twee componenten zijn hier belangrijk: de samenstelling van het uitkomstenkompas en het creëren van een draagvlak.**

Figuur 4: Voorbeeld van een depressiekompas (naar Wennink, 2007)

DEPRESSIEKOMPAS Patiëntniveau	
<b>Klinische uitkomsten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HRSD</li> </ul>	<b>Functionele uitkomsten en kwaliteit van leven</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HoNOS</li> <li>• MANSA</li> </ul>
<b>Clïentwaardering en waardering van betrokkenen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimbothermometer</li> </ul>	<b>Kosten</b>
<b>Zorgproces</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Datum aanmelding</li> <li>• Datum start behandeling</li> <li>• Zorgdoelstellingen (behandelingsplan)</li> <li>• Uitgevoerde evaluaties</li> </ul>	<b>Patiëntgegevens</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiëntnummer</li> <li>• Geslacht</li> <li>• Leeftijd</li> <li>• Opleiding</li> <li>• Diagnose(s)</li> </ul>



Ten tweede adviseert de VVGG om in een eerste fase vooral aandacht te besteden aan het *creëren van een draagvlak bij de hulpverleners* en te starten met een duidelijk omschreven doelgroep i.p.v. alle patiënten te betrekken. Een belangrijk aspect bij het creëren van een draagvlak is de communicatie naar de hulpverleners en patiënten.

### **Communicatie naar patiënten en hulpverleners**

Bij de implementatie van het periodiek meten van behandelresultaten is het belangrijk dat de afgesproken werkwijze vooraf met de patiënten en de hulpverleners wordt gecommuniceerd.

Naast uitleg over de behandeling, worden de patiënten op de hoogte gebracht van de effectmetingen. De effectmetingen worden beschouwd als onderdeel van het therapeutisch proces. Er wordt uitleg gegeven welke effectmetingen er zullen gebeuren, wat deze inhouden, wanneer deze plaatsvinden en wat de bedoeling is.

Bij de hulpverleners kan het meten van effecten van de behandeling als onderwerp worden geïntroduceerd op een *studienamiddag*. Op die manier kunnen de hulpverleners worden geïnformeerd over de meerwaarde van het meten van behandelresultaten. Daarnaast kan ook een *werkgroep* worden geïntroduceerd. Op die manier worden de hulpverleners actief bij het implementatieproces betrokken. Deze werkgroep kan instaan voor de selectie van de meetinstrumenten, de keuze van de doelgroep, het tijdstip waarop de metingen worden uitgevoerd, door wie de metingen worden uitgevoerd, wie de gegevens verzamelt en verwerkt, enz. Dit vormt de basis voor een *implementatieplan*. Verder kan ook een vorming worden georganiseerd over de afname van de meetinstrumenten. Een vorming is zeker aan te raden wanneer er met nieuwe meetinstrumenten wordt gewerkt. Hulpverleners hebben dan meer tijd om zich vertrouwd te maken met het meetinstrument, wat in een latere fase tijdswinst oplevert. Er kan ook een korte *informatiebrochure* gemaakt worden voor nieuwe medewerkers (in het kader van het kwaliteitshandboek).

**Naast een goede communicatie vooraf, moeten de resultaten ook worden teruggekoppeld: van hulpverleners naar de patiënten enerzijds en van het management naar de hulpverleners anderzijds.**

Naast een goede communicatie vooraf, moeten de resultaten ook worden teruggekoppeld: van hulpverleners naar de patiënten enerzijds en van het management naar de hulpverleners anderzijds.

Patiënten hebben recht op de resultaten van de effectmetingen. Als wij naar de huisarts gaan dan zijn we toch ook geïnteresseerd in de resultaten van de bloedproef? De terugkoppeling naar de patiënten kan gebeuren aan de hand van een grafiek (figuur 3). Belangrijk is dat tijdens de bespreking met de patiënt rekening wordt gehouden met de zorgdoelstelling en de betrouwbaarheid van de verandering. Zo kan een verschil tussen een eerste en een tweede meting te klein zijn om klinisch betekenis te hebben. Anderzijds kan wel worden gewezen op een positieve trend.

Lambert et al (2001) tonen aan dat de terugkoppeling van tussentijdse effectmetingen aan hulpverleners aanleiding geeft tot kortere en betere behandelingen. Indien de resultaten niet in het verlengde liggen van de vooropgestelde behandelstelling, kan deze, in overleg met de patiënt, worden bijgestuurd.

### **Logistieke ondersteuning**

Bij het periodiek meten van behandelresultaten is het ook belangrijk om rekening te houden met de *draagkracht* van de hulpverlener en patiënt. Wel wordt verwacht dat meetresultaten *tijdig beschikbaar* zijn voor de hulpverlener zodat het behandelproces eventueel kan worden bijgestuurd. Het is altijd jammer als omwille van deze logistieke component het enthousiasme van de hulpverlener plaats maakt voor frustratie! Het antwoord van de VVGG hierop is simpel: de *VVGG-testmanager*, waarvan momenteel een proefversie wordt uitgetest. Met dit programma worden subscores automatisch berekend (gedaan met ingewikkelde scoringsregels en scoringsmallen) en kunnen de resultaten van verschillende metingen in een grafiek worden omgezet. Ruwe scores kunnen automatisch vergeleken worden met normgegevens en er wordt aangegeven of een verandering groot genoeg is om klinisch van betekenis te zijn.

## **4. Conclusie**

Indien men het periodiek meten van behandelresultaten op een succesvolle manier wil integreren in de werking, moet men deze methodiek laten aansluiten bij de klinische praktijk, zodat het periodiek meten een ondersteuning vormt voor hulpverleners. Hulpverleners die deze methodiek zien als een meerwaarde, zullen sneller geneigd zijn om mee te stappen in dit traject. Nieuwe deelnemers zijn trouwens meer dan welkom bij de VVGG!

We zetten de meerwaarde voor de hulpverlener en patiënt nog eens op een rijtje: (1) patiënten zien zichzelf evolueren, wat hen motiveert; (2) er wordt korter en beter behandeld; (3) de behandelstellingen kunnen worden bijgestuurd en metingen kunnen worden gebruikt als tussentijdse evaluaties van de behandeling; (4) kritische reflectie kan oordeelsfouten bijsturen; (5) de patiënt wordt actiever bij het therapeutisch proces betrokken; en (6) sommige meetinstrumenten kunnen ook gebruikt worden als diagnostisch instrument.

## **NOTEN**

---

- 1 Deze publicaties (Baert, 2007 & 2008; Keymolen & Casselman, 2007; Van Nuffel, 2007) zijn beschikbaar via [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be) onder de rubrieken 'wetenschappelijke ondersteuning', 'publicaties'.
- 2 Het vierde aspect 'kosten' is vooral op meso- en macroniveau van belang. In deze tekst gaan we hier verder niet op in.

## **AUTEUR**

---

Stefaan Baert is stafmedewerker bij de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG), Gent. [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be)

De auteur dankt alle deelnemende zorginstellingen voor hun inzet en vertrouwen in dit project, evenals Paul Arteel, Joris Casselman, Rik Van Nuffel en de leden van de Adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning voor hun waardevolle commentaren op de ontwerptekst.

## LITERATUUR

---

- Baert, S. (2007). Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Inventaris 2006. Deel 2. In VVG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVG.
- Baert, S. (2008). Concept map van goede psychiatrische behandeling. Stakeholdersbevraging najaar 2007. Deel 4. In de VVG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVG.
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 10 november 2003.
- Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 9 april 1997.
- Demyttenaere, K., De Fruyt, J. (2003). Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales, *Psychotherapy and psychosomatics*, 72, 61-70.
- Jacobson, N.S., Truax, P. (1991), Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research, *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.
- Keymolen, S., Casselman, J. (2007). Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007. Deel 3. In de VVG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVG.
- Lambert, M.J., Hansen, N.B., Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of consulting Psychology*, 69, 159-172.
- Nolen, W.A., Dingemans, P.M.A.J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsproblemen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46, 681-686.
- Schacht, R., De Raedt, R., Rijnders, P. (2007). Evidence-based stepped care in de gedragstherapeutische praktijk, *Gedragstherapie*, 40, 85-110.
- Van Nuffel, R. (2007). Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren. Internationaal symposium 1 december 2006. Deel 1. In VVG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVG.
- Walburg, J.A., (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.
- Wennink, H.J. (2007). *Meten en verbeteren van prestaties in de ggz: nieuwe trends in kwaliteitszorg*. via [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be)
- Zwanepol, F., De Groot, E. (2008). Implementatie van 'routine outcome monitoring'. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 63, nr. 2, 118-129.