

Patiënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren in het streven naar kwaliteit en verbetering van de zorg. Meetinstrumenten bijvoorbeeld brengen verandering tijdens de behandeling in kaart (Baert, 2008). Daarmee is de kous echter niet af! Een volgende stap is hierover in gesprek gaan met de patiënt en op basis daarvan de behandeling eventueel bijsturen. Deze tweede stap zorgde voor een nieuwe methodologie, waarvan de Tool voor Uitkomstenmeting (TUM) een onderdeel is.

# Werken met de online Tool voor Uitkomstenmeting

## Met patiëntenfeedback naar betere zorg

Uit onderzoek van o.a. Miller, Duncan en Lambert weten we dat patiëntenfeedback leidt tot betere resultaten, minder drop-out, een verhoogde participatie en motivatie van de patiënt. Patiëntenfeedback heeft daarnaast ook een positieve invloed op de motivatie van de hulpverlener en kan een leidraad vormen voor teamvergaderingen. Werken met patiëntenfeedback toont de patiënt dat de hulpverlener rekening houdt met hem. Zo toont de hulpverlener zijn professionaliteit. Gezien de kwaliteit van de patiënt-hulpverlenersrelatie één van de beste voorspellers is voor een succesvolle behandeling, is het goed dat de hulpverlener ook hierover feedback krijgt. Wie met andere woorden tijdens de behandeling weet hoe patiënten evolueren en hoe ze de hulpverleningsrelatie ervaren, heeft een streepje voor. Dit artikel beschrijft deze nieuwe methodologie.

### Antwoord op veel gestelde vragen

Met onze nieuwe methodologie – Tool voor Uitkomstenmeting (TUM) – proberen we antwoorden te formuleren op vier soorten vragen die elke hulpverlener zich wel eens stelt. De eerste soort vragen heeft betrekking op de **duur van de behandeling**. Hoelang is de behandeling wenselijk? Met andere woorden: is de patiënt voldoende hersteld om zelf verder te kunnen? Of is verder (diagnostisch) onderzoek noodzakelijk? Dat laatste kan bijvoorbeeld het geval zijn als de patiënt blijft aangeven dat hij nog steeds psychische problemen heeft. Een tweede soort vragen gaat over de **relatie tussen patiënt en hulpverlener**. Ben ik de meest geschikte hulpverlener? Misschien kan mijn collega deze patiënt beter helpen omdat hij hem beter aanvoelt. Een derde soort vragen houdt verband met de **behandelmethode**. Was dit de juiste interventie? Misschien is deze methode voor deze patiënt, in deze context minder succesvol. Moet de hulpverlener veranderen van tactiek? De laatste soort vragen gaat over het **netwerk van de hulpverlener**. Moet de hulpverlener zijn netwerk inschakelen? Als de patiënt bijvoorbeeld niet opdaagt voor een volgende afspraak, hoewel de hulpverlener denkt dat verdere opvolging nodig is.

### Evolutie meten

Het gebrek aan vertrouwen in het resultaat van de behandeling is één van de belangrijkste redenen waarom patiënten geen hulp zoeken. Patiënten overtuigen van de slaagkansen voor de aanvang van de behandeling is dus van cruciaal belang. Met andere woorden, hulpverleners en patiënten moeten een duidelijk beeld hebben waaruit een succesvolle behandeling bestaat. Hoewel de meeste hulpverleners wel op een meer informele manier navragen hoe het gaat met hun patiënt, pleiten wij ervoor om dat op een meer formele manier te doen.

De patiënt beantwoordt elf eenvoudige vragen over zijn/haar klachten, sociale relaties, tevredenheid over de behandeling en therapeutische relatie. In een ambulante setting gebeurt de afname voor (deel A, 6 items) en na (deel B, 5 items) elke sessie. In een residentiële setting gebeurt de afname op vast tijdstippen, bijvoorbeeld maandelijks. De vragen over tevredenheid en therapeutische relatie hebben betrekking op het ganse team. Het invullen van de vragenlijst duurt een vijftal minuten en gebeurt bij voorkeur online, maar kan ook op papier. Bij de onlineversie antwoordt de patiënt door het schuifbalkje op het lijnstuk te verslepen. Figuur 1 toont twee voorbeelditems. Validiteitsonderzoek toonde aan dat de vragenlijst meet wat ze beweert te meten (Baert, 2012).

#### TUM Deel A - Hoe is het met u (sinds de laatste sessie)?

Item 1



#### TUM Deel B - Bent u tevreden over deze sessie?

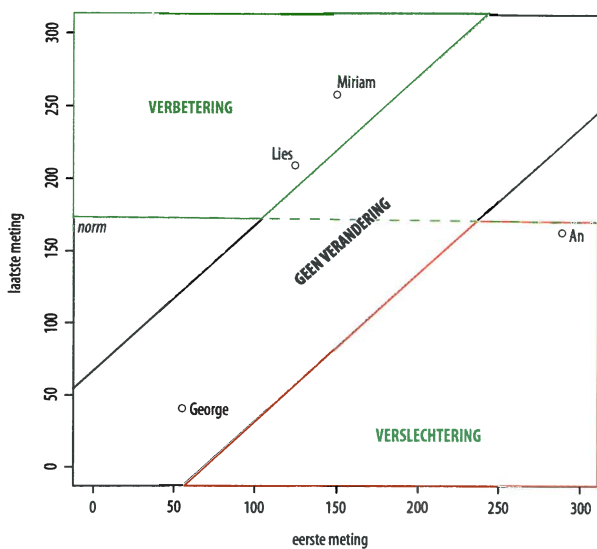
Item 7



Figuur 1. Voorbeelditems

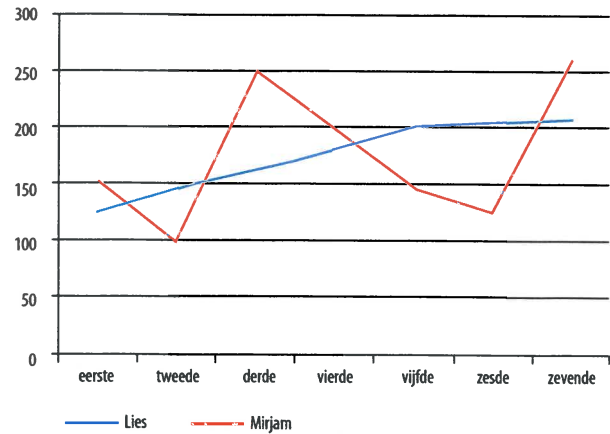
## Veranderingspatronen

Kleine veranderingen kunnen statistisch significant zijn. Stel dat bij een nieuwe behandeling voor depressie het verschil tussen voor- en nametingen bij 90% van de proefgroep een klein maar positief verschil oplevert, dan zal de nieuwe behandeling ongetwijfeld tot statistisch significante resultaten leiden. De vraag of deze nieuwe behandeling ook klinisch betekenisvol is blijft echter onbeantwoord. Hulpverleners zijn immers vooral geïnteresseerd in de **grootte van de verandering**. Figuur 2 toont het verschil tussen de eerste en laatste meting. De score van een patiënt wordt vergeleken met een vroegere score van dezelfde patiënt. Hierbij is het aantal punten dat een patiënt stijgt/daalt om **statistisch significant** te zijn belangrijk. In onderstaande grafiek duidt de zone rond de diagonaal op geen statistische verandering. Als de score een voldoende aantal punten stijgt of daalt (66 punten), dan komt men terecht in de zone van verbetering of verslechtering. Daarnaast kan de score van een patiënt vergeleken worden met een normgroep. Dat wordt grafisch voorgesteld door de groene horizontale lijn. Als een patiënt evolueert van een klinische score (onder de groene lijn) naar een niet-klinische score (boven de groene lijn) dan is er **klinische verbetering**. George scoort ongeveer op de diagonaal. Er is dus geen verandering merkbaar. An heeft een hoge initiële score en een lage eindscore. Enkel bij Mirjam en Lies merken we een significant verbetering: hun eindscore is significant groter dan hun initiële score, en ze scoren boven de norm (groene horizontale lijn).



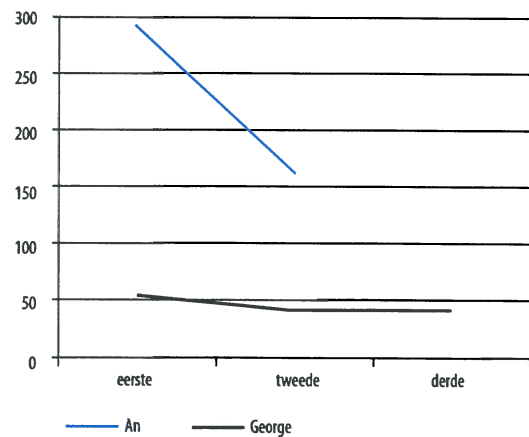
Figuur 2. Grootte van de verandering

Naast de grootte van de verandering is ook de **evolutie over de tijd** belangrijk. Lies start met een score iets boven het gemiddelde. Ze verbetert minder snel (vlakke curve). Dit soort patiënten hebben vaak een specifieke behandelvraag. De frequentie van de behandelsessie kan worden verlaagd (of stopgezet) indien er geen grote veranderingen meer te verwachten zijn. De knik tussen de vijfde en zesde sessie van Lies geeft aan dat er geen grote veranderingen meer te verwachten zijn. Mirjam daarentegen vertoont een grillig veranderingspatroon met ups en downs (Figuur 3).



Figuur 3. Evolutie over de tijd

An daarentegen (figuur 4) heeft een hoge initiële klachten-score. Ze heeft vermoedelijk sociaal wenselijk geantwoord. De hulpverlener dient in deze situatie te duiden dat het belangrijk is om zo waarheidsgetrouw mogelijk te antwoorden, want anders zal verandering zich minder snel manifesteren. Dit verklaart meteen de daling in de tweede sessie. Hoge cijfers komen vaak voor bij gedwongen behandelingen. De klachten-score van George is zeer laag en blijft over drie sessies gelijk. De hulpverlener zou zich kunnen afvragen welke zaken er anders moeten. Afgezien van de lage score is stagnatie niet altijd negatief. De behandeldoelstelling kan voorbeeld zijn om verslechtering te vermijden.



Figuur 4. Evolutie over de tijd

## Richtlijnen bij de bespreken

Feedback vragen aan patiënten zonder er iets mee te doen is waardeloos. De bespreking van de TUM-resultaten maken deel uit van de behandeling. Hieronder alvast drie richtlijnen. Bekijk de grafieken en **zoek patronen**. Bovenstaande illustraties kunnen hierbij dienen als leidraad. Bekijk samen met de patiënt de grafieken en ga na of hij/zij zich hierin herkent. **Beklemt het proces** en niet het resultaat. Patiënten zoals Mirjam hebben wel eens vaker een *dipje*. Door te kijken naar het proces heb je ook aandacht voor de goede momenten. **Focus op toekomst**, niet op het verleden.

### ■ Voortrekker

De **Sint-Jozefkliniek te Pittem** is één van de voortrekkers. Bij de implementatie werd rekening gehouden met de residentiële context. De vragen over de therapeutische relatie hebben hier betrekking op het ganse team. De eerste meting vindt plaats binnen de twee weken na de opname. Elke maand worden de patiënten gemonitord, in een wekelijkse beurtrol van vier therapeuten. De principes van patiëntenfeedback blijven wel dezelfde als voor de ambulante sector (Decruyenaere, 2012).

### ■ TUM4KIDS

2012 staat in het teken van de TUM4kids. Onze bedoeling is om ook voor kinderen en/of jongeren een feedbackinstrument te ontwikkelen. We zien alvast drie bijzonderheden, in vergelijking met een feedbackinstrument voor volwassenen. Een eerste bijzonderheid is de **aanmelding**: hoewel kinderen zichzelf niet aanmelden zijn ze wel onderwerp van de aanmelding en van het volgende bezoek. Een tweede bijzonderheid is de **informant**, kijken we naar de klacht geformuleerd door het kind/jongeren, vader, of moeder? Het wordt nog complexer: in hoeverre komen de gezinsleden overeen? Zo blijken kinderen betrouwbare informanten te zijn als het om internaliserende problemen gaat, ouders zijn dan weer betrouwbare informanten als het om externaliserende problemen gaat. En we hebben het dan nog niet over de leerkracht, clb-medewerker, andere hulpverlener, ... Het kind bevindt zich in een afhankelijkheidspositie t.o.v. ouders/therapeut. Het kind wordt verplicht behandeld/begeleid, terwijl het misschien zelf geen

klachten ervaart. Verder vergt dit ook enige deontologische en ethische overwegingen: in hoeverre mag men informatie van het kind delen met de ouders/leerkracht? Bij de toepassing van outcome- en feedbacksystemen voor kinderen en jongeren is het zinvol dat men rekening houdt met meerdere perspectieven, maar de vraag is of dat altijd noodzakelijk en haalbaar is? De derde bijzonderheid verwijst naar de **relatief beperkte verbale, cognitieve en emotionele vaardigheden**. Deze vaardigheden zijn nog in ontwikkeling. Kinderen kunnen zich bijvoorbeeld verbaal minder goed uiten, hun (zelf) inzicht blijft relatief beperkt. Deze meta-cognitieve vaardigheden ontwikkelen zich net in de lagere schoolperiode.

### Stefaan Baert

stafmedewerker VVGG

E [stef@vvgg.be](mailto:stef@vvgg.be)

### Referenties

- **Baert, S.** (2008). Uitkomstenmanagement in Vlaanderen. Het meten van behandeluitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg, *Psyche*, 20(4), 14-16
- **Baert, S.** (2012). Het gebruik van patiëntenfeedback in de klinische praktijk: een nieuw routine outcome monitoring instrument. *PsychoPraktijk*, 4(2), 27-31
- **Decruyenaere, F.** (2012). Tool voor uitkomstenmeting (TUM): nieuw therapeutisch instrument brengt evolutie patiënt in kaart. *Open Venster. Magazine Kliniek Sint-Jozef Pittem*, 2, 11

Deze referenties zijn te vinden op [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be) of via [stef@vvgg.be](mailto:stef@vvgg.be)



Ward Van Grimbergen, Dagcentrum De Vinken, Antwerpen