

Handleiding Tool voor Uitkomstenmeting (TUM 2.0)



Inhoud

1. Inleiding

- 1.1. Rationale
- 1.2. Model
- 1.3. Objectief

2. Werkwijze

- 2.1. Introductie
- 2.2. Afname
- 2.3. Veranderingspatronen

3. TUM online

- 3.1. Overzicht functies en quick start
- 3.2. Eerste stap: inloggen en paswoord veranderen
 - 3.2.1. Inloggen
 - 3.2.2. Paswoord veranderen
- 3.3. Tweede stap: patiënt, zorgperiode en sessie definiëren
 - 3.3.1. Patiënt
 - 3.3.2. Zorgperiode
 - 3.3.3. Sessie
- 3.4. Derde stap: verder werken met de TUM
 - 3.4.1. Patiënt zoeken
 - 3.4.2. Feedback rapport
 - 3.4.3. Zorgperiode afsluiten
- 3.5. Documenten raadplegen
 - 3.5.1. TUM-vragenlijst
 - 3.5.2. Informed consent
 - 3.5.3. Nieuwsbrief

4. TUM als therapeutisch instrument

- 4.1. Interpretatie van de grafieken
- 4.2. Klinische verbetering
- 4.3. Richtlijnen
- 4.4. Voorbeelden

5. TUM onderzoek

- 5.1. Methode
 - 5.1.1. Participanten
 - 5.1.2. Meetinstrumenten
 - 5.1.3. Procedure
 - 5.1.4. Statistische analyses
- 5.2. Resultaten
 - 5.2.1. Constructvaliditeit
 - 5.2.2. Betrouwbaarheid en beschrijvende statistiek

6. Vragen en suggesties

7. Conclusies

8. Literatuur

9. Bijlages

1. Inleiding

Meer en meer groeit bij hulpverleners het besef dat routine outcome monitoring (ROM) in belangrijke mate kan bijdragen tot een kwaliteitsvolle zorg. Vanuit deze visie op kwaliteitszorg ontwikkelt de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGGG), onder impuls van de Vlaamse overheid, sinds 2006 tools en strategieën om de toepassing van ROM-systemen in de geestelijke gezondheidszorg te ondersteunen. In haar ondersteuning van het streven naar kwaliteit in de ggz-behandeling heeft de VGGG zich de voorbije jaren toegelegd op patiëntenfeedback. Daartoe is de Tool voor Uitkomstenmeting (TUM) ontwikkeld en gevalideerd. Deze handleiding beschrijft de toepassing van deze nieuwe methodologie in de klinische praktijk.

1.1. Rationale

Belangrijkste barrières die we bij de toepassing van ROM-systemen ondervonden waren, net als in andere landen, gebrek aan tijd, kennis en motivatie van de hulpverleners, maar ook weerstand tegen formele meetprocedures en mogelijke interferentie met de behandeling (Baert et al., under review). Toch zien we twee cruciale argumenten om behandelresultaten te meten. Een eerste argument is dat het bespreken van behandelresultaten en een goede therapeutische relatie een positieve impact hebben op het behandelresultaat. Lambert en collega's bijvoorbeeld concludeerden dat wanneer feedback werd gegeven over de behandelresultaten, tweemaal zo veel patiënten beter functioneerden, in vergelijking met een controlegroep waarin geen feedback werd gegeven (Lambert et al., 2002). Het onderliggende mechanisme dat de werkzaamheid van feedback lijkt te verklaren, is het gevoel dat patiënten hebben dat er rekening met hen wordt gehouden. Een tweede argument is dat hulpverleners die systematisch gebruikmaken van een feedbacksysteem sneller patiënten detecteren bij wie de behandeling/begeleiding dreigt mis te lopen. Lambert en collega's bijvoorbeeld toonden aan dat hulpverleners sterk zijn in het identificeren van behandelingen die goed lopen, maar minder goed in behandelingen die niet goed lopen (Lambert et al., 2004).

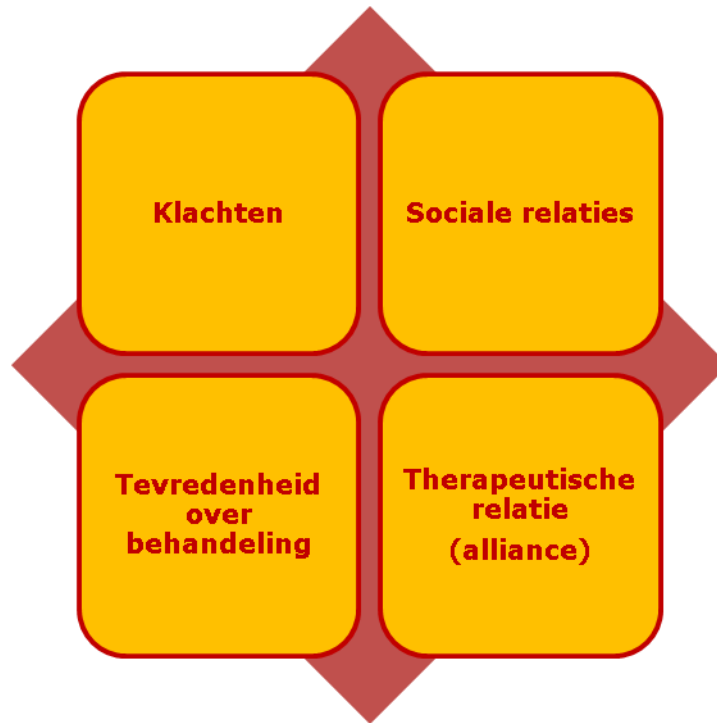
Uit onderzoek van o.a. Miller et al. (2005), Duncan et al. (2003 & 2004) en Lambert et al. (2002 & 2004) weten we dat patiëntenfeedback leidt tot betere resultaten, minder drop-out, een verhoogde participatie en motivatie van de patiënt. Patiëntenfeedback heeft daarnaast ook een positieve invloed op 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 (Miller et al., 2005). Wie met andere woorden tijdens de behandeling weet hoe patiënten evolueren en hoe ze de hulpverleningsrelatie ervaren, heeft een streepje voor.

1.2. Model

Kwaliteitsvolle zorg impliceert dat een hulpverlener zich het (eind- of tussen-)resultaat van een behandeling kan voorstellen (Figuur 1). Heeft de patiënt minder (last van) symptomen? Functioneert hij beter in zijn sociale omgeving? Is hij tevreden over zijn behandeling? Een succesvolle behandeling kan dus in drie resultaatgebieden resulteren: vermindering van klachten, verbetering van functioneren en tevredenheid over de behandeling (Baert, 2008). De therapeutische relatie is één van de beste voorspellers van deze resultaatgebieden (Miller et al., 2005). Hierop zicht krijgen is niet altijd vanzelfsprekend. Soms wordt het behandelresultaat pas duidelijk tijdens de behandeling. Ook de relatie met de patiënt is niet meteen duidelijk. Hulpverleners definiëren en herdefiniëren daarom best de verschillende behandelresultaten met het oog op wat ze met de behandeling proberen te bereiken. Deze kennis kan vervolgens gebruikt worden om middelen zo efficiënt mogelijk in te zetten, bijvoorbeeld de frequentie van de sessies of de gekozen interventies. Zodra de blauwdruk voor de behandeling vastligt in een behandelplan, kan de hulpverlener gemakkelijker de leemtes opvullen. Een behandelplan bestaat uit kleinere behandel doelstellingen, die vervolgens op een dynamische manier worden uitgevoerd (Baert, 2012a).

Figuur 1
Model



1.3. Objectief

Met onze nieuwe methodologie proberen we antwoorden te formuleren op vier soorten vragen die elke hulpverlener zich wel eens stelt. De eerste soort vragen hebben 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 gaan 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 houden 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 interventie blijkt bij deze patiënt minder goed te werken dan gedacht. De laatste soort vragen gaan over het netwerk van de hulpverlener. Moet de hulpverlener zijn netwerk inschakelen? Als de patiënt bijvoorbeeld niet opdaagt voor een volgende afspraak, maar de hulpverlener vermoedt dat verdere opvolging nodig is. Onze nieuwe methodiek probeert op deze vier vragen antwoorden te formuleren (Baert, 2012b).

2. Werkwijze

2.1. Introductie

Uit onderzoek blijkt dat het gebrek aan vertrouwen in het resultaat van de behandeling één van de belangrijkste redenen is waarom patiënten geen hulp zoeken (Duncan et al., 2004). Het is dus van cruciaal belang om *voor* de behandeling patiënten te overtuigen van de slaagkansen van de behandeling. Met andere woorden, hulpverleners en patiënten moeten een duidelijk beeld hebben hoe een succesvolle behandeling eruit ziet. 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. Via de TUM krijgen hulpverleners op een systematische manier zicht op de evolutie van de verschillende resultaatsgebieden. Het is belangrijk om voldoende tijd te reserveren om de werkwijze voor te stellen aan de patiënt. Figuur 2 kan dienen als leidraad.

Figuur 2
Leidraad

Onderstaande tekst kan als leidraad dienen om de Tool voor Uitkomstenmeting te introduceren bij jouw patiënten.

We streven in onze organisatie naar een **kwaliteitsvolle en doeltreffende behandeling** van elke patiënt. Dat wil zeggen dat ik tijdens uw behandeling zicht wil krijgen op hoe u evolueert. Met andere woorden, zitten we op het **juiste spoor**?

Daarom zou ik u willen vragen of u een **korte vragenlijst** (11 vragen) wil invullen. De vragenlijst geeft mij een beeld van verschillende **zaken die tijdens de behandeling kunnen veranderen**. Als u de vragenlijst regelmatig invult, dan kunnen we samen bekijken of de behandeling op het juiste spoor zit. We kunnen dan zien hoe en op welke vlakken u evolueert en of we onze behandeldoelstelling(en) moeten bijstellen.

De vragenlijst bestaat uit **twee delen**. Het eerste deel wordt afgenomen **voor de afspraak**, het tweede deel wordt afgenomen **na de afspraak**. U kan de vragenlijst op computer/papier invullen. Het invullen duurt slechts **enkele minuten**.

Na elke sessie **bespreken we samen de resultaten**. Soms zal het nodig zijn dat we de resultaten wat nader bekijken. Omdat we hier dan wat meer tijd voor nodig zullen hebben, doen we dat dan in het begin van de volgende sessie.

Daarnaast worden de **anonieme gegevens**, dus zonder vermelding van naam of identiteit, verwerkt door een wetenschappelijk onderzoeker van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. Op die manier neem je ook deel aan een **wetenschappelijk onderzoek** naar de resultaten van behandeling.

2.2. Afname

Om behandelresultaten op een tijdsefficiënte manier te meten is de TUM ontwikkeld als een kort, maar veranderingsgevoelig meetinstrument. De patiënt beantwoordt elf eenvoudige vragen over zijn/haar klachten, sociale relaties, tevredenheid over de behandeling en therapeutische relatie (zie bijlage 1). De afname duurt een viertal minuten, al moet men ook voldoende tijd voorzien voor de bespreking (Figuur 3).

Het invullen van de vragenlijst gebeurt bij voorkeur online, maar kan ook op papier. Bij de online versie antwoordt de patiënt door het schuifbalkje op het lijnstuk te verslepen. Bij de papier versie scoort de hulpverlener de elf vragen en voert de scores online in. Het scoren gebeurt dan aan de hand van een meetlat (score tussen 1 en 99).

Figuur 3
Timing

FASE	Instructie	TUM A	therapie	TUM B	Bespreking
TIMING	5'	2'	45'	2'	6'
FASE	therapie	Instructie	TUM A	TUM B	Bespreking
TIMING	45'	5'	2'	2'	6'

In een ambulante setting gebeurt de afname voor en na elke sessie. In een residentiele setting gebeurt de afname op vast tijdstippen, bijvoorbeeld maandelijks (Decruyenaere, 2012). De vragen over tevredenheid en therapeutische relatie hebben betrekking op het ganse team.

2.3. Veranderingspatronen

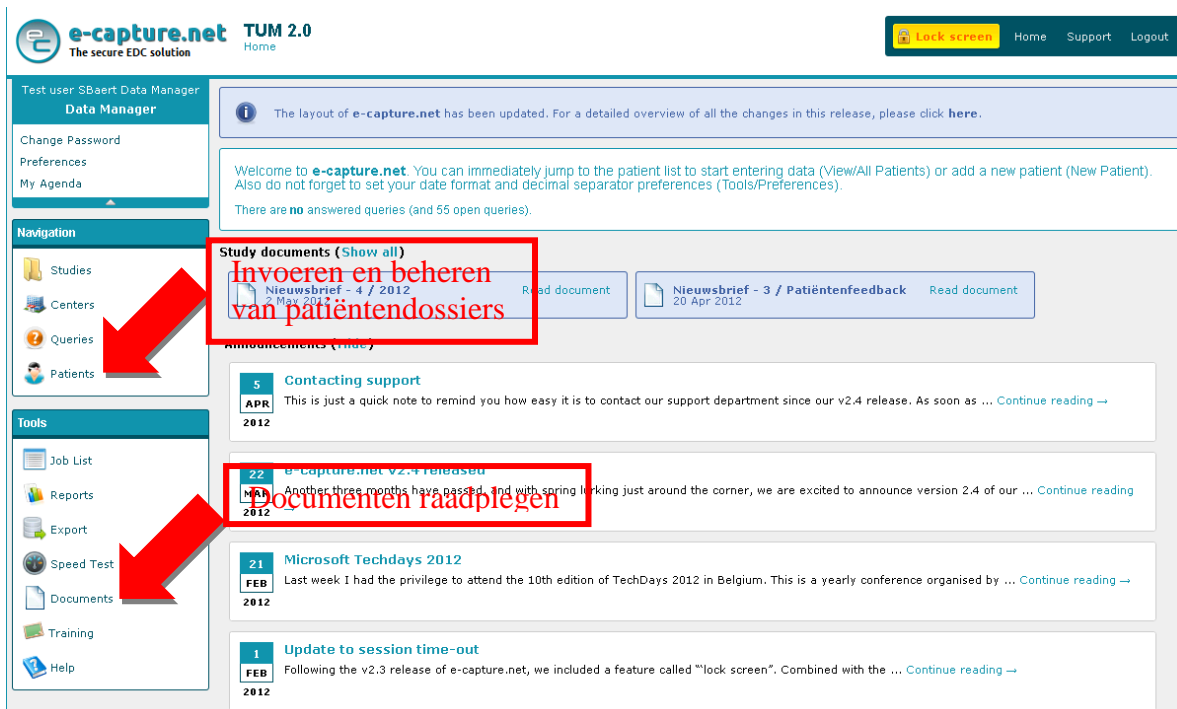
Kleine veranderingen kunnen statistisch significant zijn. Stel dat bij een nieuwe behandeling voor depressie het verschil tussen voor- en nametingen bij 90% van de proefgroep een klein maar positief verschil oplevert, dan zal de nieuwe behandeling ongetwijfeld tot statistisch significante resultaten 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. Naast de grootte van de verandering is ook de evolutie over de tijd belangrijk.

3. TUM online

3.1. Overzicht functies en quick start

Indien u correct bent ingelogd, komt u op de homepage terecht (Figuur 4). Links vindt u verschillende menu's. Hieronder beschrijven we twee functies: invoeren en beheren van patiëntendossiers, en documenten raadplegen.

Figuur 4
Homepage



The screenshot shows the e-capture.net TUM 2.0 homepage. The top navigation bar includes 'Lock screen', 'Home', 'Support', and 'Logout'. The left sidebar contains menu items: 'Data Manager', 'Navigation', and 'Tools'. The main content area features a 'Study documents (Show all)' section with two document cards: 'Nieuwsbrief - 4 / 2012' and 'Nieuwsbrief - 3 / Patiëntenfeedback'. Below this is an 'Announcements (hide)' section with several news items. Red arrows point from the 'Patients' menu item to the 'Study documents' section and from the 'Documents' menu item to the 'Announcements' section. Red boxes highlight the 'Study documents' section and the 'Announcements' section with Dutch text: 'Invoeren en beheren van patiëntendossiers' and 'Documenten raadplegen' respectively.

Figuur 5 toont hoe u een patiënt opzoekt, een patiënt selecteert, een nieuwe patiënt toevoegt, een zorgperiode toevoegt, een aanmelding toevoegt, een sessie toevoegt en een grafiek bekijkt.

Figuur 5
Quick start

Quick start
inloggen: www.e-capture.be/tum

Patients of [TUM 2.0 (Study ID: TUM2)]

#	Patient ID	Public ID	Center ID	Name	Date of birth	Age	Gender	#	#
001			DEMO_TUM2	B P	1966/01/07	45	Male	Edit	Navigator
002			DEMO_TUM2		2010/12/26		0 Female	Edit	Navigator
003			DEMO_TUM2	Peter	1969/06/21	42	Male	Edit	Navigator
004			DEMO_TUM2		1948/12/27	62	Female	Edit	Navigator

Tools
Change Password
Preferences
Reports
My Agenda
Other Tools

Documents
Documents
Training
Help

Annotations:

- Klik eerst op 'patients'
- patiënt zoeken
- patiënt selecteren
- nieuwe patiënt toevoegen

View ID: 001 DOB: 1966/01/07 Age: 45 Sex: Male Name: B P [TUM 2.0 (Study ID: TUM2)]

Zorgperiode	Print	Template	Queries	Documents	Expand
4 [2011/07/01] Zorgperiode #4 Angststoornissen	Label	Delete	Print	Queries	
3 [2011/07/01] Zorgperiode #3 Stemmingstoornissen	Label	Delete	Print	Queries	
1 [2011/06/14] Zorgperiode #1 Psychische stoornissen	Label	Delete	Print	Queries	
2 [2011/04/01] Zorgperiode #2 Stoornissen in de ontwikkeling	Label	Delete	Print	Queries	
Aanmelding	Edit	View	Print	Template	List History Queries
Sessie	New	Template			
2 [2011/05/01] Sessie #2	Edit	View	Print	Template	List Label Delete History Queries
1 [2011/04/01] Sessie #1	Edit	View	Print	Template	List Label Delete History Queries
Afsluiting	Edit	View	Print	Template	List History Queries
Rapport	Print	Template	Queries		
Feedback Rapport	Edit	View	Print	Template	List History Queries

Annotations:

- zorgperiode toevoegen
- aanmelding toevoegen
- sessie toevoegen
- grafiek bekijken

Vergeet niet om de resultaten samen met de patiënt te bespreken


3.2. Eerste stap: inloggen en paswoord veranderen

Alle data zijn enkel door u te consulteren. Let wel: om u een goede ondersteuning te kunnen blijven garanderen zijn deze data wel anoniem raadpleegbaar door de VVGG (zie verder: informed consent).

3.2.1. Inloggen

Via <https://www.e-capture.net/tum2/fmLogin.aspx> kan u inloggen (Figuur 6). Om de TUM te gebruiken hebt u een 'login ID' en 'password' nodig. Deze kan u aanvragen via stef@vvgg.be.

Figuur 6
Inlogvenster



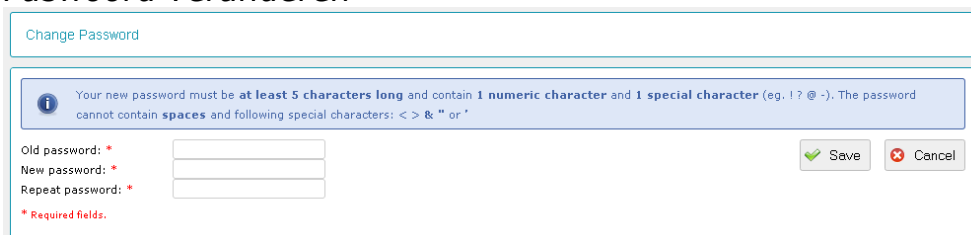
Er is ook een demo-versie beschikbaar

- Login ID: 'tumv2'
- Password: 'PassWord@123'

3.2.2. Password veranderen

Indien u de eerste keer inlogt, zal u gevraagd worden om uw password te veranderen (Figuur 7). Geef uw oud en nieuw paswoord in en klik op save. Het wachtwoord is hoofdlettergevoelig.

Figuur 7
Paswoord veranderen



3.3. Tweede stap: patiënt, zorgperiode en sessie definiëren

3.3.1. Patiënt

Een patiënt kan je toevoegen door rechtsboven op 'new patient' te klikken (Figuur 8).

Figuur 8
Toevoegen nieuwe patiënt

#	Patient ID	Public ID	Center ID	Name	Date of birth	Age	Gender	#	#
	001		DEMO_TUM2_SB	Paul	1961/07/10	50	Male	Edit	Navigator
	002		DEMO_TUM2_SB	An	1980/06/03	31	Female	Edit	Navigator

Figuur 9 toont dat 'Patient ID' (volgnummer) is reeds ingevuld. Enkel het geslacht en de geboortedatum zijn verplicht in te vullen (blauw), de rest is optioneel (zwart). Zo kan je bijvoorbeeld het dossiernummer invullen in 'public ID'. Indien je geslacht en geboortedatum invult, wordt het staafje naast het item groen.

Figuur 9
Patiëntkenmerken invullen

Dr. Stefaan Baert
Study Nurse

Change Password
Preferences
My Agenda

Navigation
Studies
Centers
Queries
Patients

Tools
Job List
Reports
Speed Test
Documents
Training
Help

The layout of e-capture.net has been updated. For a detailed overview of all the changes in this release, please click here.

Home > New Patient

Identification

Save Cancel

Patient ID: 007
 Public ID: Dossiernummer
 First name:
 Last name:
 Gender: Male Female
 Date of birth: (YYYY/MM/DD)

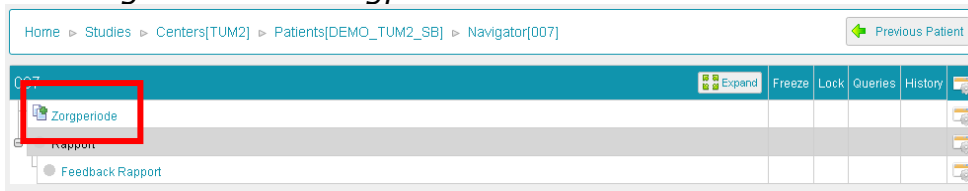
Address 1:
 Address 2:
 Zip/Postal:
 City:
 Country:
 Telephone:
 Fax:
 E-mail:

Albéric
 Schotte
 Male Female
 1919/09/07 (YYYYMMDD)

Noot. Enkel geslacht en geboortedatum zijn verplichte velden, de rest is optioneel.

U klikt op 'save' en het volgende scherm verschijnt (Figuur 10). Klik op 'zorgperiode' om een zorgperiode toe te voegen.

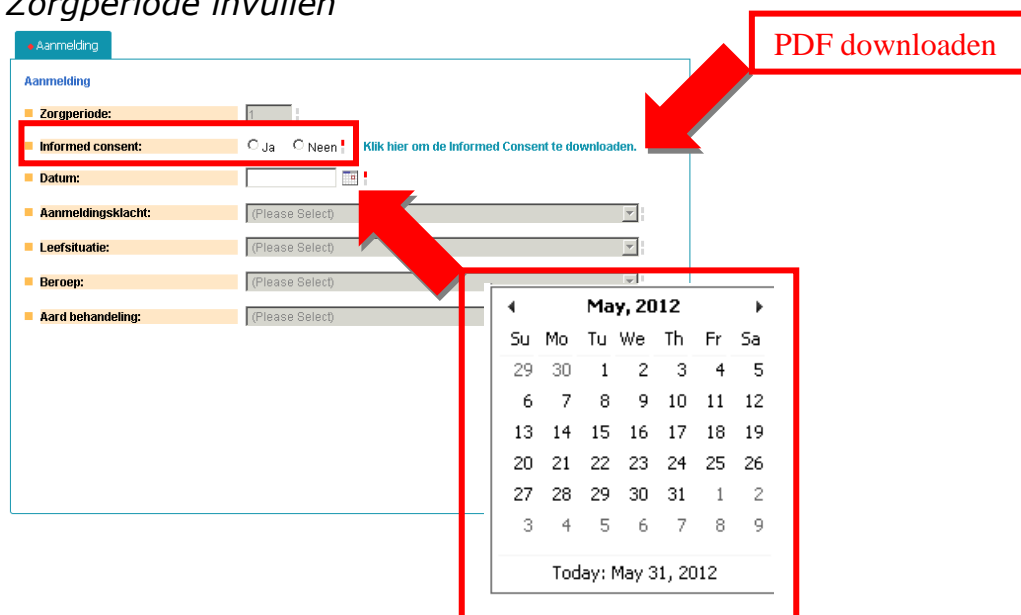
Figuur 10
Toevoegen nieuwe zorgperiode



3.3.2. Zorgperiode

Onderstaand scherm verschijnt (Figuur 11). Het eerste item (zorgperiode) krijgt automatisch een volgnummer. Uiteraard dient te patiënt toestemming te geven (klik op 'ja'). Indien u op 'neen' klikt, kan u het dossier niet verder afwerken. We raden aan om de PDF te downloaden en de patiënt op papier te laten tekenen (zie bijlage 2). Indien u op het icoontje bij het item 'datum' klikt, opent er zich een kalender. Via het pijltje links kan u terug in de tijd.

Figuur 11
Zorgperiode invullen

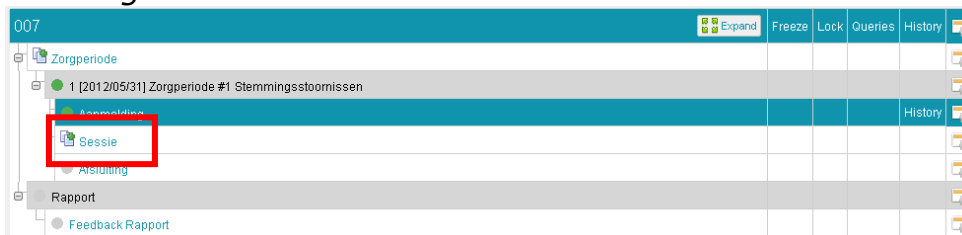


Vul de resterende data in en klik op 'save'.

3.3.3. Sessie

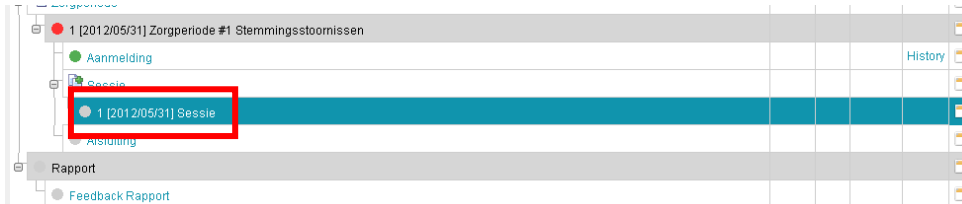
Het groene bolletje bij 'aanmelding' geeft aan dat de gegevens correct zijn ingebracht. Klik op 'sessie' om een nieuwe sessie aan te maken (Figuur 12). Klik vervolgens op 'save' of verander de datum indien nodig.

Figuur 12
Toevoegen sessie



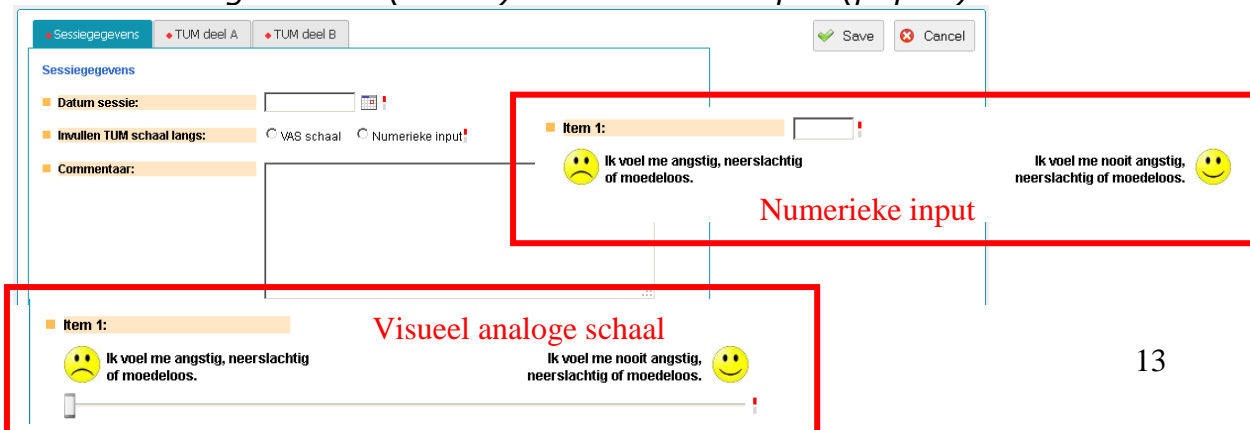
Zoals u kan zien is een eerste sessie aangemaakt. Klik op de tekst in het blauwe balkje om de sessie te openen (Figuur 13). Het rode bolletje bij zorgperiode 1 duidt erop dat de zorgperiode nog niet is afgesloten (zie zorgperiode afsluiten).

Figuur 13
Sessie invullen



Vooraleer de patiënt aan de slag kan, dient u enkel nog de datum van sessie in te vullen. Kies optie 'VAS schaal' indien de patiënt de vragenlijst online invult. Kies optie 'numerieke input' indien je zelf de scores ingeeft.

Figuur 14
Visueel analoge schaal (online) of numerieke input (papier)



Indien u of de patiënt iets vergeten bent of foutief invult, dan krijgt u een foutmelding. Figuur 15 toont dat de hulpverlener de datum niet heeft ingevuld, en de patiënt vraag 1 niet heeft beantwoord (waarde 0) en vraag 2 sociaal wenselijk heeft beantwoord (waarde 100). Druk op 'return' om terug te keren.

Figuur 15
Foutmeldingen



ID	Description	Value	Status	Message	#
SDAT	Datum sessie		●	Required field, please enter data!	Goto
V01	Item 1	0	●	De waarde 0 is geen toegestane waarde.	Goto
V02	Item 2	100	●	De waarde 100 is geen toegestane waarde.	Goto

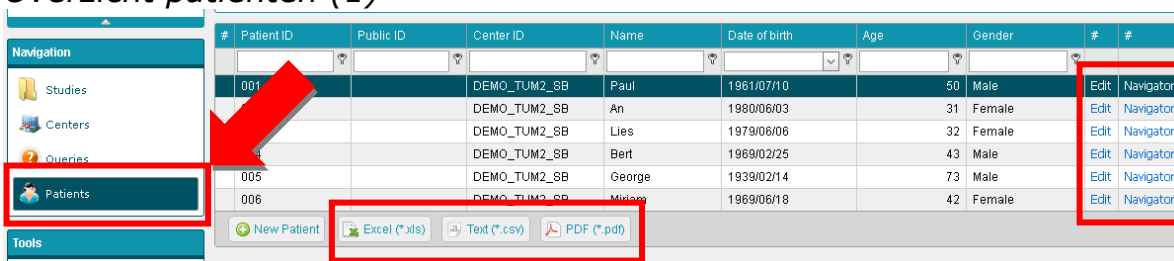
3.4. Derde stap: verder werken met de TUM

Klik in het hoofdmenu op 'patiënten' en u krijgt een overzicht van alle patiënten. In figuur 16 zijn zes patiënten ingebracht. In de eerste kolom ('Patient ID') staat een volgnummer dat automatisch door het programma wordt toegekend. In de tweede kolom ('Public ID') kan u zelf een dossiernummer ingeven. De kolom 'center ID' wordt net zoals 'patient ID' automatisch ingevuld. In de vierde tot zesde kolom vindt u respectievelijk de naam de patiënt, geboortedatum en leeftijd terug. De leeftijd wordt automatisch berekend aan de hand van de geboortedatum.

Via 'Edit' en 'Navigate' kan u in het patiëntendossier. Via 'Edit' krijgt u een overzicht van de patiëntkenmerken. Je kan er ook gegevens wijzigen. 'Navigate' geeft u een overzicht van de zorgperiodes en sessies. Ook hier kan je gegevens wijzigen en sessies en/of zorgperiodes toevoegen.

Tenslotte kan u een lijst van alle patiënten maken in Excel, tekstbestand of PDF.

Figuur 16
Overzicht patiënten (1)



#	Patient ID	Public ID	Center ID	Name	Date of birth	Age	Gender	#	#
	001		DEMO_TUM2_SB	Paul	1961/07/10	50	Male	Edit	Navigator
			DEMO_TUM2_SB	An	1980/06/03	31	Female	Edit	Navigator
			DEMO_TUM2_SB	Lies	1979/06/06	32	Female	Edit	Navigator
			DEMO_TUM2_SB	Bert	1969/02/25	43	Male	Edit	Navigator
	005		DEMO_TUM2_SB	George	1939/02/14	73	Male	Edit	Navigator
	006		DEMO_TUM2_SB	Miriam	1969/06/18	42	Female	Edit	Navigator

3.4.1. Patiënt zoeken via 'Navigate'

Standaard verschijnen 15 patiënten op het scherm. Indien u reeds meer dan 15 patiënten hebt toegevoegd, kan u via de nummering onderaan bladeren in een lijst met patiënten. In figuur 17 voorbeeld zijn 37 patiënten toegevoegd.

Figuur 17
Overzicht patiënten (2)

#	Patient ID	Public ID	Center ID	Name	Date of birth	Age	Gender	#	#
	DEMO_TUM2_SB-001		DEMO_TUM2_SB						
	DEMO_TUM2_SB-001		DEMO_TUM2_SB		1961/07/10	50	Male	Navigator	View
	DEMO_TUM2_SB-002		DEMO_TUM2_SB		1980/06/03	31	Female	Navigator	View
	DEMO_TUM2_SB-003		DEMO_TUM2_SB		1979/06/06	32	Female	Navigator	View
	DEMO_TUM2_SB-004		DEMO_TUM2_SB		1969/02/25	43	Male	Navigator	View
	DEMO_TUM2_SB-005		DEMO_TUM2_SB		1939/02/14	73	Male	Navigator	View
	DEMO_TUM2_SB-006		DEMO_TUM2_SB		1969/06/18	42	Female	Navigator	View

Page 3 of 3 (37 items) 1 2 3

Excel (*.xls) Text (*.csv) PDF (*.pdf)

Via de zoekvensters kan u een patiënt zoeken. Dat is handig wanneer u veel patiënten hebt toegevoegd. U krijgt automatisch de patiënt(en) te zien die aan de gestelde criteria voldoen. In figuur 18 vindt u Paul terug door het intikken van de letter "p" in het zoekvenster 'Name'. Indien u een selectie maakt verschijnt links een symbool.

Figuur 18
Zoekvensters

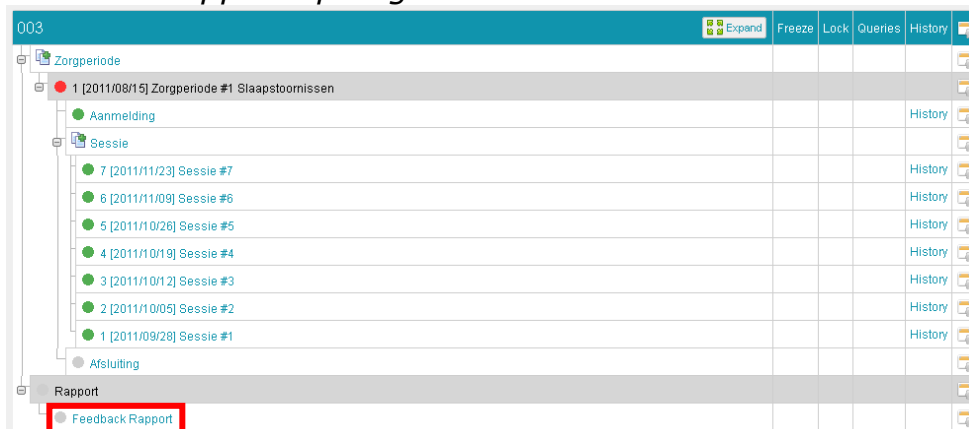
Patient ID	Public ID	Center ID	Name	Date of birth	Age	Gender	#	#
001		DEMO_TUM2_SB	Paul	1961/07/10	50	Male	Edit	Navigator

New Patient Excel (*.xls) Text (*.csv) PDF (*.pdf)

3.4.2. Feedback rapport

U kan een grafiek oproepen door op 'Feedback rapport' te klikken (Figuur 19).

Figuur 19
 Feedback rapport opvragen



Het eerste tabblad toont in tabelvorm de ruwe data en de somscores. Klik op 'Toon gemiddelde waarden' indien je kiest om de norm weer te geven in de grafieken (Figuur 20). De volgende tabbladen geven de grafieken weer. Klik op 'PDF' als u de grafieken wilt opslaan als PDF.

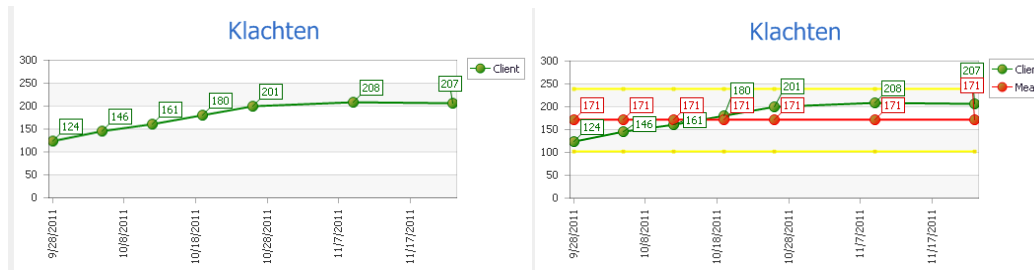
Figuur 20
 Feedback rapport: tabellen

grafieken

Sessie-gegevens		TUM Scores	Klachten	Sociale relatie	Tevredenheid	Therapeutische relatie				
Data										
<input type="checkbox"/> Toon gemiddelde waarden										
Client TUM Values			Client Mean Scores							
Zorgperiode	Datum	Sessie	Datum	0102030405060708091011	Zorgperiode	Sessie	Klachten	Sociale relatie	Tevredenheid	Therapeutische relatie
Z1	2011/08/15S1	2011/09/28	5146514622287569767280		Z1	S1	124	120	141	231
Z1	2011/08/15S2	2011/10/05	5245524542518483838483		Z1	S2	148	141	167	250
Z1	2011/08/15S3	2011/11/01	26153595341587579847685		Z1	S3	161	164	155	244
Z1	2011/08/15S4	2011/11/01	97040706540758790809289		Z1	S4	180	189	152	286
Z1	2011/08/15S5	2011/11/02	6715671755989808989388		Z1	S5	197	199	161	274
Z1	2011/08/15S6	2011/11/09	7161717466709394919193		Z1	S6	208	205	195	277
Z1	2011/08/15S7	2011/11/23	7063747463709291878888		Z1	S7	227	207	179	267

Figuur 21 toont links een voorbeeld van een grafiek zonder normen, rechts een grafiek met normen.

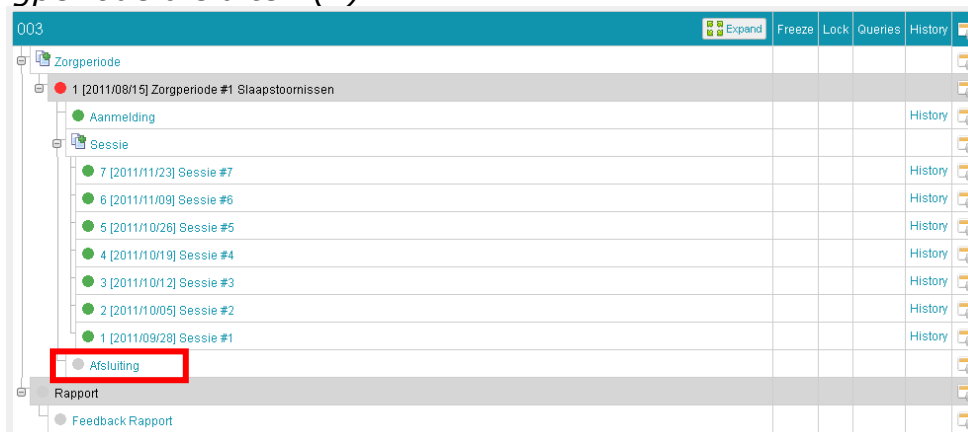
Figuur 21
Feedback rapport: grafieken



3.4.3. Zorgperiode afsluiten

Een zorgperiode sluit je af door op 'afsluiting' te klikken (Figuur 22).

Figuur 22
Zorgperiode afsluiten (1)



Figuur 23 toont dat het aantal sessies automatisch wordt weergegeven. De hulpverlener vult de ontbrekende data in en klikt op 'save'.

Figuur 23
Zorgperiode afsluiten (2)

3.5. Documenten raadplegen

In dit menu kan u drie verschillende documenten raadplegen

3.5.1. TUM-vragenlijst

Indien u de vragenlijst op papier afneemt, dan raden we aan om deze vanaf deze locatie af te drukken en niet te kopiëren (bijlage 1). Enkel op deze manier kunnen we de betrouwbaarheid van de TUM garanderen.

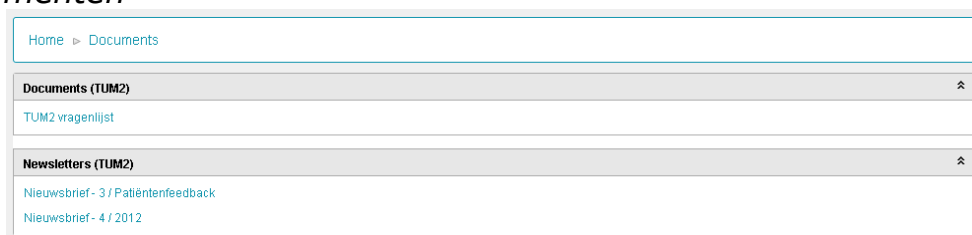
3.5.2. Informed consent

We raden aan om dit document door elke patiënt te laten ondertekenen (bijlage 2).

3.5.3. Nieuwsbrief

Tien keer per jaar verschijnt de nieuwsbrief patiëntenfeedback en uitkomstmeting. Via deze nieuwsbrief wensen we u op de hoogte te houden van actuele literatuur en activiteiten in ROM-land. Recente nieuwsbrieven kan u vinden op de homepage, de andere onder 'Documents'.

Figuur 24
Documenten

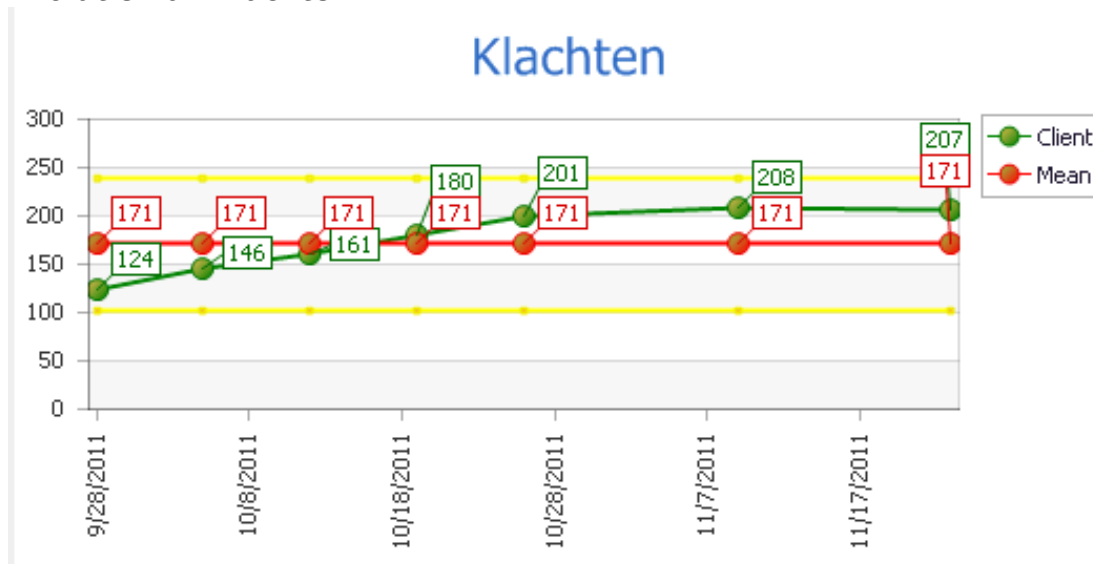


4. TUM als therapeutisch instrument

4.1. Interpretatie van de grafieken

Zodra de TUM is ingevuld en de data opgeslagen, kan de hulpverlener de resultaten bekijken onder de vorm van overzichtstabel en/of grafieken. De groene lijn toont het scoreverloop van de patiënt. De rode lijn is het gemiddelde van een groep patiënten (N=200, zie verder TUM onderzoek). De meerderheid van de patiënten heeft een score tussen de twee gele lijnen ($M \pm SD$). Vanaf de tweede sessie wordt een grafiek gegenereerd. Een stijging wijst op verbetering. Na elke afname bespreekt de hulpverlener de resultaten met de patiënt.

Figuur 25
Evolutie van klachten



4.2. Klinische verbetering

De interpretatie van ROM-data gebeurt op twee manieren. Ten eerste kan de score van een patiënt vergeleken worden met een normgroep. Als een patiënt evolueert van een (sub)klinische score naar een niet-klinische score dan is er *klinische verbetering*. Ten tweede kan de score van een patiënt vergeleken worden met een vroegere score van dezelfde patiënt. Hierbij is het aantal punten dat een patiënt stijgt/daalt om *statistisch significant* te zijn belangrijk (*Reliability of Change Index*).

4.3. Richtlijnen

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. Ten eerste, bekijk de grafieken en zoek patronen. Onderstaande illustraties kunnen hierbij dienen als leidraad. Bekijk samen met de patiënt de grafieken en ga na of hij/zij zich hierin herkent. Ten tweede, beklemtoon proces en niet het resultaat. Patiënten zoals Mirjam hebben wel eens vaker een “dipje” (zie verder voorbeelden). Door te kijken naar het proces heb je ook aandacht voor de goede momenten. Ten derde, focus op toekomst, niet op het verleden.

4.4. Voorbeelden

We bekijken zes mogelijke veranderingspatronen. Om didactische redenen bekijken we enkel de klachtenscores. Om te bepalen of een patiënt een hoge of een lage TUM-score heeft, worden de scores vergeleken met een normgroep. Paul heeft een lage initiële klachtenscore in vergelijking met de normgroep. Hij vormt een verhoogd risico op drop-out. Indien de hulpverlener vreest voor *drop-out*, kan de tijd tussen de sessies worden ingekort. De hulpverlener dient in deze situatie na te vragen wat er gaande is. Een lage klachtenscore is niet noodzakelijk negatief. De patiënt kan immers positief evolueren. Paul start vrij laag, maar verbetert snel (steile curve). De verandering tussen de eerste en tweede sessie is zowel klinisch als statistisch significant. Klinisch: Paul evolueert van een klinische naar sub-klinische score. Statistisch: $217 - 90 = 127 > 66$ (RCI).

An daarentegen heeft een (te) hoge initiële klachtenscore. 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*.

Bert start met een gemiddelde klachtenscore en verbetert (te) snel. De verwachting bij een snelle stijging is dat de curve zal dalen. De hulpverlener dient de patiënt duidelijk te maken dat dit niet noodzakelijk negatief is, maar te verwachten was.

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. In de grafiek zie je dat er gestart werd met

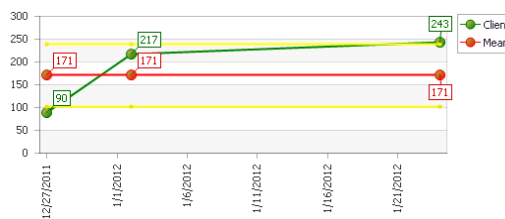
wekelijkse sessies, en vanaf de vijfde sessie overgeschakeld werd op tweewekelijkse sessies. Het feit dat er geen grote veranderingen meer verwacht worden, manifesteert zich in de grafiek door een knik tussen de vijfde en zesde sessie. Statistische verandering (RCI) wordt hier bereikt in de vijfde sessie: $201-124 > 66$. De scores blijven echter in de sub-klinische zone.

De klachtenscore van George is zeer laag 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.

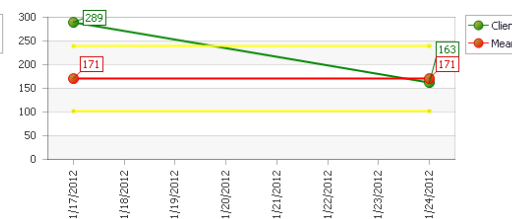
Mirjam tenslotte vertoont een grillig veranderingspatroon met ups en downs.

Figuur 26

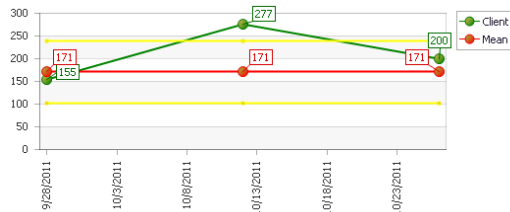
Paul



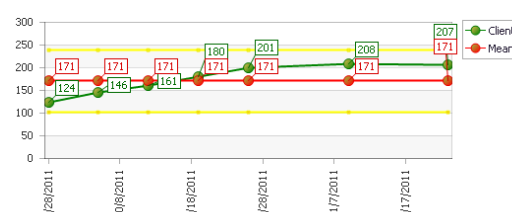
An



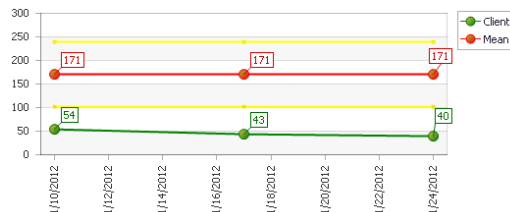
Bert



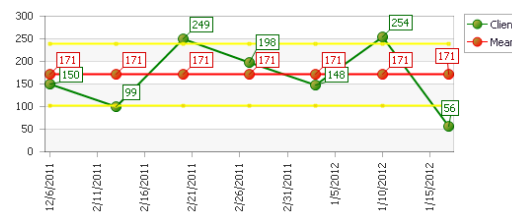
Lies



George



Mirjam



Noot. < 102 (onder gele lijn) = klinische score, 103 < score < 239 (tussen gele lijnen) = sub-klinische score, > 240 (boven gele lijn) = niet-klinische score.

5. TUM onderzoek

5.1. Methode

5.1.1. Participanten

Aan het valideringsonderzoek namen tweehonderd patiënten uit vijf ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg deel. Tabel 1 geeft een overzicht van de kenmerken van de steekproef.

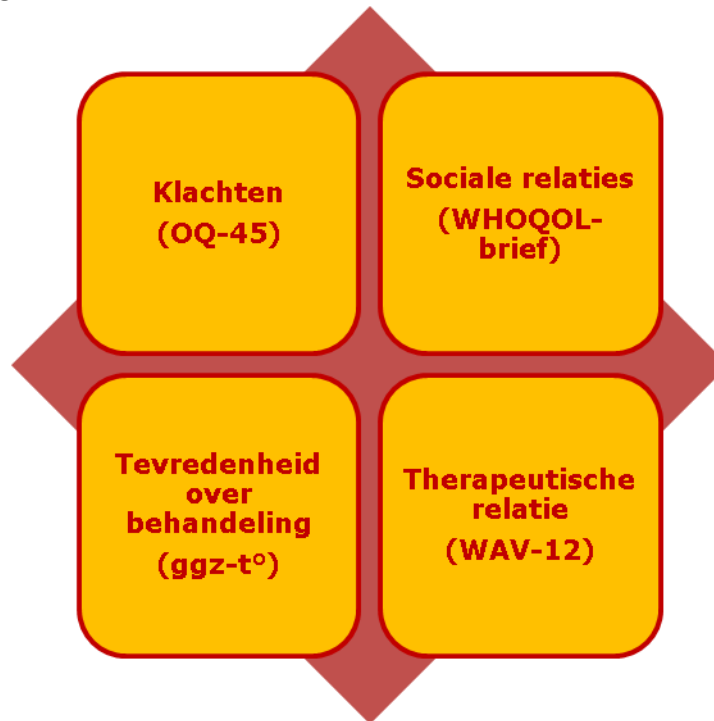
Tabel 1
Socio-demografische Gegevens (N = 200)

Geslacht	75% vrouwen
Leeftijd	70% < 45 jaar
Opleiding	32% Ba of Ma
Gezinssituatie	47% alleenstaand of gescheiden
Diagnose	40% depressie of angststoornis 22% persoonlijkheidsstoornis

5.1.2. Meetinstrumenten

Om de constructvaliditeit van de TUM te onderzoeken werden vier bijkomende meetinstrumenten afgenomen (Figuur 27). De *Outcome Questionnaire (OQ-45)* meet klachten, interpersoonlijk functioneren en functioneren op het werk of in een opleiding. De vragenlijst bestaat uit vijfenveertig items die op een vijfpuntenschaal worden gescoord (de Beurs et al., 2005). De *Quality of Life vragenlijst van de World Health Organization (WHOQOL-brief)*, de verkorte versie van de WHOQOL-100, brengt psychologisch welbevinden, lichamelijk welbevinden, sociale relaties en omgeving in kaart. De vragenlijst bestaat uit zesentwintig items die op een vijfpuntenschaal worden gescoord (De Vries & Van Heck, 1996). De *ggz-thermometer* geeft een algemeen beeld van de tevredenheid over de behandeling (Kok & Mulder, 2005). Na overleg met de auteurs werd de meetschaal voor de *ggz-thermometer* voor dit onderzoek aangepast naar een vijfpuntenschaal. De *Werk Alliantie Vragenlijst (WAV-12)* tenslotte is een instrument dat de emotionele band tussen patiënt en hulpverlener evalueert, alsook de mate van overeenkomst inzake behandeldoelen en -taken. De vragenlijst bestaat uit twaalf items die op een vijfpuntenschaal worden gescoord (Stinckens et al., 2009).

Figuur 27
Meetinstrumenten



5.1.3. Procedure

Negen hulpverleners die werkzaam waren in een ambulante centrum voor geestelijke gezondheidszorg werden per e-mail uitgenodigd om de eerste draft van de TUM te beoordelen. Zij kregen de opdracht om commentaar, suggesties of ideeën te geven, zowel over de inhoud van de vragen als over de introductie van de vragenlijst. Een tweede draft werd door vier deskundigen beoordeeld (twee academici en twee zorgmanagers) aan de hand van een vierpuntschaal (1 = "niet relevant/duidelijk"; 2 = "herformulering noodzakelijk"; 3 = "herformulering wenselijk"; en 4 = "zeer relevant/duidelijk"). Ten slotte werd de directie van twintig ambulante centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitgenodigd om deel te nemen aan het validiteitsonderzoek. De afname van TUM gebeurde tijdens de behandelingsessies.

Het eerste criterium om TUM-items te selecteren was de *Content Validity Index (CVI)*, d.i. het percentage van de experts die oordelen dat het item geldig is (3 of 4 op de vierpuntschaal). Items met een duidelijkheid of relevantie van .50 of minder werden geëlimineerd (Yaghmale, 2003). Alle items hadden een CVI van ten minste .75. De CVI van de totale schaal was .91 en .95, respectievelijk voor de

duidelijkheid en relevantie (Tabel 2). In deze fase werd geen enkel item geëlimineerd.

Tabel 2
Content Validity Index

5.1.4. Statistische analyses

De constructvaliditeit van de TUM werd onderzocht door middel van confirmatorische factoranalyse (CFA) en Pearson's correlations met andere meetinstrumenten. We onderzochten of het vierfactorenmodel representatief is voor de data, waarbij de Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) werd gebruikt als fit statistiek. Volgens Browne en Cudeck (1993) is een waarde van ".05 of lager" een goede fit, waarden tussen de ".05 en .08" duiden op een acceptabele fit, waarden groter dan ".08" zijn een slechte fit. Na het bepalen van de factorstructuur, werden de Pearson's correlaties tussen de TUM-factoren en de alternatieve meetinstrumenten berekend.

Per factor werd eveneens de gemiddelde somscore, standaarddeviatie, en interne samenhang (uitgedrukt in termen van Cronbach's α) berekend. Aan de hand van de standaardafwijking en Cronbach's alphas werd de Reliability of Change Index (RCI) berekend, dat is het aantal punten dat een TUM-score moet stijgen/dalen om van een betrouwbare verandering te kunnen spreken (Jacobson & Truax, 1991).

5.2. Resultaten

5.2.1. Constructvaliditeit

Tabel 3 geeft een overzicht van de fit statistieken van de CFA voor drie oplossingen. De eerste factoroplossing met veertien items wijst op een slechte fit ($RMSEA > .10$). In de tweede oplossing werden drie items met lage factorladingen ($< .30$) weggelaten. Deze oplossing geeft een acceptabele fit ($.05 < RMSEA < .08$). Deze vierfactorenoplossing komt dus overeen met het vooropgestelde uitkomstenmodel (Figuur 1). Een eerste factor beschreef de *klachten*, en was zeer sterk geassocieerd met de klachtenschaal van de OQ-45 (.65), lichamenlijk onwelbevinden van de WHOQOL-brief (.68) en psychologisch onwelbevinden van de WHOQOL-brief (.59). Een tweede factor beschreef de *sociale relaties*, en was matig geassocieerd met de sociale relatieschaal van de OQ-45 (.30), en sterk geassocieerd met de sociale relatieschaal (.51) en de omgevingschaal (.51), beiden van de WHOQOL-brief. Een derde factor beschreef de *tevredenheid over de behandeling*, en was sterk

geassocieerd met de taken in de behandeling (.55), de therapeutische band (.50) en de tevredenheid (.88), en matig geassocieerd met het doel van de behandeling (.47). Een vierde factor beschreef de *therapeutische relatie*, en was sterk geassocieerd met de tevredenheid (.82) en matig geassocieerd met de behandelingsdoel van de behandeling (.47) en de therapeutische band (.39). De correlaties tussen de vier factoren was laag (.03-.29), behalve tussen tevredenheid en therapeutische relatie (.87). Daarom werd nagegaan of het zinvol is om beide factoren als één factor te beschouwen. Uit de analyse blijkt dat het samenvoegen van beide factoren geen betere oplossing biedt dan de vierfactorenoplossing.

Tabel 3

Overzicht Fit Statistieken Confirmatorische Factoranalyse

	χ^2	df	RMSEA
TUM4/14 ^a	214.763	71	.101
TUM4/11 ^b	58.694	38	.052*
TUM3/11 ^c	71.422	41	.061*

Noot. ^a = Initieel model; ^b = gereduceerd model, items 5, 8 en 11 werden weggelaten omwille van een lage factorlading (<.30); ^c = gereduceerd model, waarbij factor 3 en 4 werden samengevoegd; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); * voldoet aan het aanbevolen criterium.

5.2.2. Betrouwbaarheid en beschrijvende statistiek

Tabel 4 toont dat patiënten gemiddeld genomen tevreden zijn over hun behandeling. Ook de therapeutische relatie krijgt een relatief hoge score, in vergelijking met de klachten en sociale relatie. Coëfficiënt alfa's waren hoog voor alle factoren, wat aangeeft dat de items binnen één factor hetzelfde construct meten (Tabel 4).

Tabel 4

Betrouwbaarheid en beschrijvende statistiek

TUM-factor	Aantal vragen	Gemiddelde	SD	IC	RCI
Klachten	3	171	69	.88	66
Sociale relatie	3	198	64	.95	40
Tevredenheid over de behandeling	2	163	30	.88	29
Therapeutische relatie	3	245	44	.91	37

Noot. SD: standaard deviatie; IC: interne consistentie (uitgedrukt in Cronbach's alphas; RCI: Reliability of Change Index.

Aan de hand van de standaardafwijking en Cronbach's alphas werd de Reliability of Change Index (RCI) berekend, dat is het aantal punten dat een TUM-score moet stijgen/dalen om van een betrouwbare verandering te kunnen spreken.

6. Vragen en suggesties

Blijf niet met uw vragen zitten. Op onze website vindt u een overzicht van 'Frequently Asked Questions'. U kan ook onze helpdesk contacteren via stef@vvgg.be of 0474/22.89.36.

Wij updaten regelmatig onze methode. Suggesties van gebruikers zijn meer dan welkom.

7. Conclusies

Patiëntenfeedback en de kwaliteit van een goede patiënt-therapeutrelatie heeft een positieve impact op het behandelresultaat. Daarom is het cruciaal dat hulpverleners weten hoe patiënten evolueren en hoe ze hulpverleningsrelaties ervaren. Vanuit een voortdurend streven naar kwaliteit beschrijft deze handleiding de ontwikkeling en toepassing van een nieuw therapeutische outcome- en feedbacksysteem: de TUM. De patiënt beantwoordt elf eenvoudige vragen over zijn/haar klachten, sociale relaties, tevredenheid en therapeutische relatie. Na de tweede afname kan de hulpverlener de evolutie van zijn/haar patiënt aflezen in grafieken. De interpretatie gebeurt op basis van een norm en/of de vorige score(s) van de patiënt. Uit onderzoek weten we dat het bespreken van deze aspecten zal leiden tot een kwaliteitsverbetering van uw behandelingen. Om deze kwaliteitsverbetering te realiseren kan u beroep doen op verschillende vormen van ondersteuning. Meer informatie kan u verkrijgen bij stef@vvgg.be.

8. Literatuur

Baert S (2008) Uitkomstenmanagement in Vlaanderen: het meten van behandeluitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche* 20(4): 14-16

Baert S ea (under review) Are professionals ready to apply outcome and feedback (O&F) systems in their practice? A survey among community mental health centres

Baert, S. (2012). Het gebruik van patiëntenfeedback in deklinische praktijk: een nieuw routine outcome monitoring instrument. *PsychoPraktijk*, 4(2), 27-31.

Baert, S. (2012). Werken met de online Tool voor Uitkomstenmeting: met patiëntenfeedback naar betere zorg. *Psyche*, 24(2), 12-14.

Browne MW, & Cudeck R (1993) Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds), *Testing structural Equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.

de Beurs E ea (2005) De Outcome Questionnaire OQ-45: psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393-400.

De Vries J & Van Heck GL (1996) *WHOQOL-Bref*. Tilburg, Universiteit van Tilburg.

Decruyenaere, F. (2012). Tool voor uitkomstenmeting (TUM): nieuw therapeutisch instrument brengt evolutie patiënt in kaart. *Open Venster. Magazine Kliniek Sint-Jozef Pittem*, 2, 11.

Duncan ea (2004) *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*, revised edition, Jossey-Bass

Duncan, B.L., Sparks, J.A., Reynolds, L.R., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The session rating scale: Preliminary psychometric properties of a "working alliance measure". *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-12.

Jacobson N & 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.

Kok I & Mulder E (2005) *Patiëntenwaardering in de GGZ: handleiding bij de diverse thermometers (versie 2005)*. Trimbos instituut & GGZ Nederland.

Lambert, M.J., Whipple, J., Hawkins, E., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Smart, D. (2004). Is it time for clinicians routinely to track client outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology, 10*, 288-301.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 91-103.

Miller, S.D., Sorrell, R., & Brown, G.S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 199-208.

Stinckens N ea (2009) De werkaliantievragenlijst als sleutelelement in therapiegebeuren. Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory, *Tijdschrift voor Klinische Psychologie, 39*(1), 44-60.

Yaghmale F (2003) Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education, 3*(1), 25-27.

De publicaties van Baert zijn terug te vinden op www.vvgg.be of stef@vvgg.be

9. Bijlages

9.1. Vragenlijst

Tool voor Uitkomstenmeting

Deel A

Patient ID > Login ID >

Sessiegegevens

Datum sessie > (yyyy/mm/dd)

Commentaar >

Item 1: Ik voel me angstig, neerlachtig of moedeloos. (smiley) / Ik voel me NOOIT angstig, neerlachtig of moedeloos. (frowny)

Item 2: Ik heb GEEN goede relatie met anderen (partner, kinderen, vrienden). (smiley) / Ik heb een goede relatie met anderen, bijvoorbeeld ouders, partner, kinderen, vrienden. (frowny)

Item 3: Ik ervaar stress tijdens mijn dagelijkse bezigheden (zoals werk, opleiding, vrije tijd of therapie). (smiley) / Ik ervaar GEEN stress tijdens mijn dagelijkse bezigheden (zoals werk, opleiding, vrije tijd of therapie). (frowny)

Item 4: Ik krijg GEEN steun / bezoek van familie en vrienden. (smiley) / Ik krijg steun / bezoek van familie en vrienden. (frowny)

Item 5: Ik heb vaak lichamelijke klachten, zoals hoofd- of buikpijn. (smiley) / Ik heb NOOIT lichamelijke klachten, zoals hoofd- of buikpijn. (frowny)

Item 6: Ik ben NIET tevreden met mijn leef- en woonomstandigheden. (smiley) / Ik ben tevreden met mijn leef- en woonomstandigheden. (frowny)

Deel B


Item 7: De behandeling geeft GEEN nieuwe kijk op mijn problemen. (smiley) / De behandeling geeft een nieuwe kijk op mijn problemen. (frowny)

Item 8: Ik krijg GEEN inspraak over de aanpak. (smiley) / Ik krijg inspraak over de aanpak. (frowny)

Item 9: Mijn hulpverlener(s) en ik zijn het NIET eens waarover we moeten praten. (smiley) / Mijn hulpverlener(s) en ik zijn het eens waarover we moeten praten. (frowny)

Item 10: Ik heb GEEN vertrouwen in de hulpverlener(s). (smiley) / Ik heb vertrouwen in de hulpverlener(s). (frowny)

Item 11: De hulpverlener(s) is/zijn NIET begonnen met mij. (smiley) / De hulpverlener(s) is/zijn begonnen met mij. (frowny)

 wijzer in hoofdzaken

9.2. Informed consent



Vlaamse Vereniging voor
Geestelijke Gezondheid vzw
Tenderstraat 14
B-9000 GENT
Tel: ++32 (0)9 221.44.34
Fax: ++32 (0)9 221.77.25
E-mail: stef@vvgg.be

INFORMED CONSENT

Toestemming deelname onderzoek na voorlichting

Datum:

Plaats:

Hierbij geef ik toestemming aan mijn therapeut om binnen het kader van een onderzoek van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) een aantal vragenlijsten af te nemen.

Alle gegevens worden anoniem verwerkt. Er wordt nooit verwezen naar Uw naam. We vragen aan U voor en na de eerste drie sessies een korte vragenlijst te beantwoorden op de computer. Voor de eerste sessie en na de tweede sessie wordt gevraagd om een vragenlijst op papier in te vullen. Ook hier hoeft U Uw naam niet te vermelden.

Dit onderzoek probeert om inzicht te verwerven in hoe een behandeling verloopt en wat de resultaten ervan zijn, zodat de therapeut de behandeling eventueel kan bijsturen.

Deze studie kadert verder binnen een beheerovereenkomst met de Vlaamse overheid, waarin de VVGG de geestelijke gezondheidszorg wetenschappelijk ondersteunt bij het ontwikkelen van een uitkomstenmodel¹.

Ik begrijp dat de therapeut deze studie doorvoert in het kader van het onderzoek en dat de groepsbevindingen eventueel verwerkt kunnen worden in internationale (congres)publicaties. Ik weet dat nooit individuele namen gebruikt worden en dat alle gegevens volledig ANONIEM verwerkt worden.

Voor akkoord,

De cliënt

De onderzoeker,

Stefaan Baert

Hartelijk dank voor uw bijdrage!

¹ www.vvgg.be