

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN
DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN
DEEL 10**

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid



**Stefaan Baert, Tine Vandenbroucke, Katrien Van Loon,
Leen Derwael, Wannas Rambour, & Jan Van Speybroeck**

**METEN EN TERUGKOPPELEN VAN BEHANDELRESULTATEN
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.
VERSLAG SYMPOSIUM VIJFDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDS-
CONGRES, GENT 14-15 SEPTEMBER 2010**

Dit is een uitgave van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Tenderstraat 14 – 9000 Gent
tel. 09 221 44 34 – fax 09 221 77 25 – e-mail info@vvgg.be

Wettelijk depot: D/2011/2566/1

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld als volgt:

Baert, S., Vandenbroucke, T., Van Loon, K., Derwael, L., Rambour, W., & Van Speybroeck, J. (2011). Meten en terugkoppelen van behandelresultaten in de geestelijke gezondheidszorg. Verslag symposium vijfde geestelijke gezondheidscongres, Gent 14-15 september 2010. Deel 10. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.

INHOUDSTAFEL

DANKBETUIGING	p. 4
INTRODUCTIE Stefaan Baert, stafmedewerker VVGG Jan Van Speybroeck, directeur VVGG	p. 7
HOOFDSTUK I: ONTWIKKELING EN PSYCHOMETRISCHE KWALITEITEN VAN EEN NIEUW FEEDBACKINSTRUMENT: DE TOOL VOOR UITKOMSTENMANAGEMENT (TUM) Stefaan Baert, stafmedewerker VVGG	p. 7
HOOFDSTUK II: FEEDBACK ALS EEN CONTINU PROCES BINNEN THERAPIE: ILLUSTRATIE AAN DE HAND VAN OPLOSSINGSGERICHT WERKEN IN EEN CGG. Tine Vandenbroucke, klinisch psychologe CGG Mandel en Leie	p. 7
HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT IN HET KINDERTEAM: EEN PROCES IN WORDING Katrien Van Loon, teamcoördinator kinderen - en jongerenteam VGGZ Leen Derwael, psychologe VGGZ	p. 19
HOOFDSTUK IV: UITKOMSTENMANAGEMENT OP BEHANDELNIVEAU: THERAPEUTISCH INSTRUMENT Wannes Rambour, psycholoog Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noord West-Vlaanderen	p. 25
HOOFDSTUK V: ZIJN HULPVERLENERS GEMOTIVEERD OM BEHANDELUITKOMSTEN TE METEN? EEN RONDVRAAG IN DE VLAAMSE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG Stefaan Baert, stafmedewerker VVGG	p. 26
LITERATUUR	

DANKBETUIGING

Ter gelegenheid van het vijfde Vlaamse geestelijke gezondheidscongres te Gent op 14 en 15 september 2010 organiseerde de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG) een symposium rond cliëntenfeedback. Onze dank gaat uit naar drie sprekers die elk vanuit hun praktijkervaring de meerwaarde van uitkomstenmanagement en werken met feedback onderstreepden: Tine Vandenbroucke (CGG Mandel en Leie), Katrien Van Loon (VGGZ), en Wannes Rambour (Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noord West-Vlaanderen).

De VVG dankt ook de talrijke aanwezigen voor hun betrokkenheid bij het project en hun bijdrage in de discussie.

Daarnaast danken de auteurs de leden van de adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning, alsook Rik Van Nuffel (VVG) en Joris Casselman (VVG), voor de waardevolle commentaren op de ontwerptekst.

Stefaan Baert, stafmedewerker VVG

Gent, augustus 2011

www.vvgg.be
stef@vvgg.be

INTRODUCTIE

Verscheidende internationale studies tonen aan dat feedback van behandelresultaten - hoe miniem ook - een positief effect heeft op het behandelresultaat (Lambert et al, 2002, 2004). Daarnaast is de relatie met de cliënt één van de beste voorspellers voor dit resultaat (Duncan et al, 2003). Het zou dus interessant zijn om in de loop van de behandeling zicht te krijgen op hoe cliënten vorderingen in de behandeling en therapeutische proces ervaren. Vraag is echter: hoe realiseren we dit in de klinische praktijk, zonder de therapeutische relatie te schaden...

Er zijn weinig monitoring-, outcome- of feedbacksystemen die tegelijk klinische interessant, wetenschappelijk onderbouwd, en gebruiksvriendelijk zijn.

In een eerste bijdrage belicht Stefaan Baert de ontwikkeling van een nieuw Vlaams therapeutisch feedbackinstrument.

Daarna volgen drie bijdragen uit de cgg-praktijk: Tine Vandenbroucke focust op feedback als werkinstrument doorheen de oplossingsgerichte therapie, waarbij cliënten inhoud aanreiken en de therapeut het proces bewaakt.

Een tweede bijdrage, gebracht door Leen Derwael (in samenwerking met Katrien Van Loon), vertelt hoe meetinstrumenten in VGGZ werden geïmplementeerd in het kinderteam, een zoektocht die nog bezig is.

Wannes Rambour belicht waarom, wanneer en hoe feedback kan worden gegeven. Stefaan Baert besluit met een bijdrage over ondersteunende strategieën, op maat van hulpverlener(s) en organisatie(s).

Stefaan Baert,
stafmedewerker
VGGG
Jan Van Speybroeck,
directeur
VGGG

HOOFDSTUK I: ONTWIKKELING EN PSYCHO- METRISCHE KWALITEITEN VAN EEN NIEUW FEEDBACKINSTRUMENT: DE TOOL VOOR UITKOMSTENMETING (TUM)

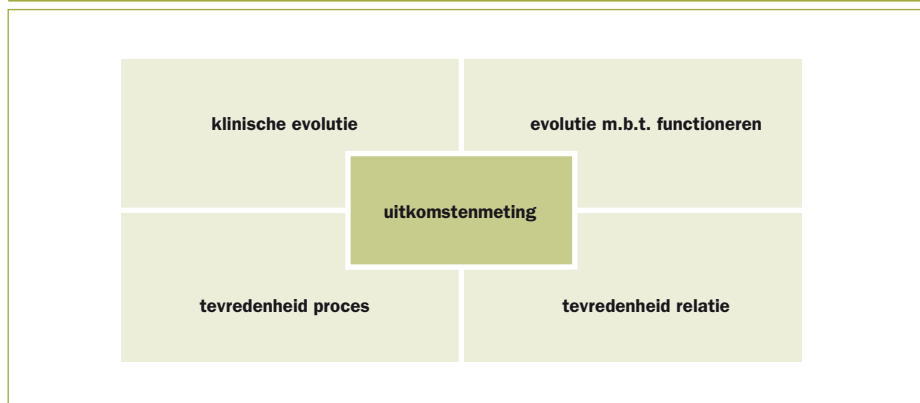
1.1. Waarom behandeluitkomsten meten?

Grosso modo zijn er twee belangrijke redenen waarom elke hulpverlener op een objectieve en wetenschappelijk onderbouwde manier de resultaten van alle behandelingen in kaart zou moeten brengen. Ten eerste, onderzoek toonde aan dat het geven van feedback over behandelresultaten en een goede therapeutische relatie met de cliënt, een positief effect hebben op het behandelresultaat (Lambert et al, 2002). Ten tweede, hulpverleners zijn sterk in het detecteren van behandelingen die goed lopen, maar opmerkelijk minder sterk in het detecteren van behandelingen die niet goed lopen (Lambert et al, 2004). Met andere woorden, hulpverleners slagen er niet in om cliënten te detecteren die dreigen af te haken. Samengevat, er is in de klinische praktijk dringend nood aan een tool die behandelingen systematisch evalueert.

1.2. Theoretisch kader

Figuur 1.1 toont vier aspecten die tijdens de behandeling kunnen veranderen. Klinische evolutie en evolutie met betrekking tot het functioneren zijn twee cruciale aspecten in de behandeling. Daarnaast wordt ook de tevredenheid over de behandeling en hulpverlener als essentieel ervaren (Baert, 2008a, 2008b). Gezien de therapeutische relatie één van de beste voorspellers is van behandelresultaten, vormt het een vierde kwadrant in ons uitkomstenmodel (Duncan et al, 2003). Op die manier stelt het uitkomstenmodel hulpverleners in staat zich een genuanceerd beeld te vormen van behandelresultaten en therapeutisch proces.

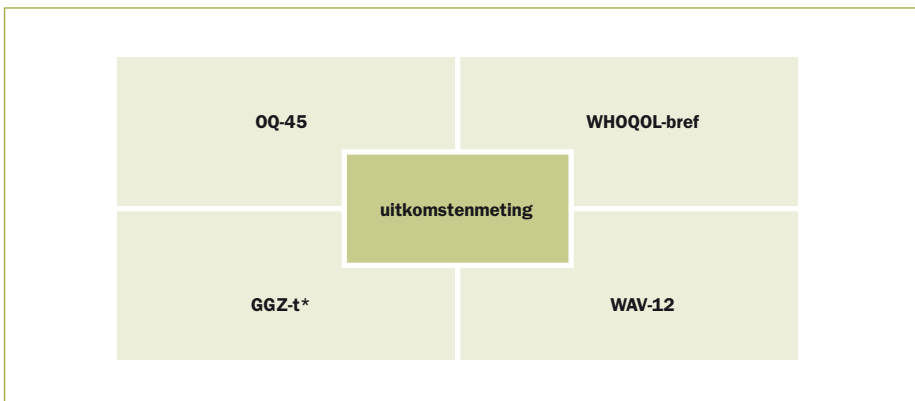
Figuur 1.1 – Uitkomstenmodel



1.3. Operationalisatie

De operationalisatie gebeurde via een uitkomstenkompas. Voor elk van de vier aspecten gingen we op zoek naar meetinstrumenten. Hoewel slechts weinig instrumenten specifiek ontwikkeld zijn om behandelresultaten te meten, vonden we voor elk kwadrant betrouwbare, valide en veranderingsgevoelige meetinstrumenten. Figuur 1.2 toont een voorbeeld: linksboven de Outcome Questionnaire (OQ-45, de Beurs et al, 2005) om klinische evolutie te meten, rechtsboven quality of life van de wereldgezondheidsorganisatie (WHOQOL-brief, De Vries & Van Heck, 1996) om functioneren in kaart te brengen, linksonder de ggz-thermometer (Kok & Mulder, 2005) om tevredenheid te meten, en tenslotte rechtsonder de Werk Alliantie Vragenlijst (WAV-12, Stinckens et al, 2009) om zicht te krijgen op de therapeutische relatie.

Figuur 1.2 – Uitkomstenkompas



1.4. Evaluatie meetinstrumenten: implementatie 2007 – 2009

Van oktober 2007 tot december 2009 pasten 35 organisaties een dergelijk uitkomstenkompas toe. We stelden vast dat hulpverleners met een aantal praktische problemen werden geconfronteerd. Drie bemerkingen kwamen steeds terug. Ten eerste, de voorgestelde instrumenten waren te uitgebreid voor systematisch gebruik in de klinische praktijk en namen daardoor teveel tijd in beslag. De meeste organisaties besloten dan maar om de tijd tussen de verschillende meetmomenten te vergroten, met als gevolg dat een aanzienlijk deel van de cliënten slechts één keer gemeten werd. Ten tweede, de meeste vragenlijsten waren niet aangepast aan de Vlaamse ggz-context. Sommige vragenlijsten bevatten irrelevante vragen en weinig instrumenten hadden Vlaamse normen. Tenslotte, de datacollectie verliep niet geautomatiseerd, waardoor veel kostbare tijd verloren ging (Baert et al, 2010e).

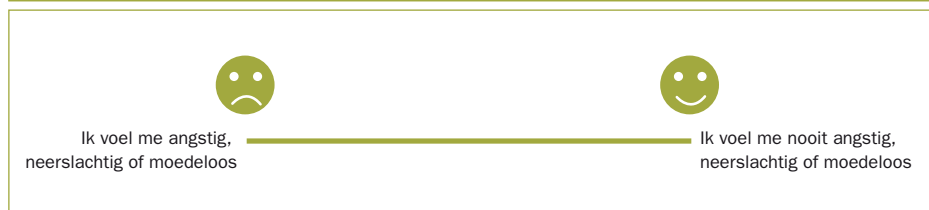
1.5. Outcome Rating Scale (ORS) en Session Rating Scale (SRS)

Als we frequent willen meten, moeten we beschikken over korte, maar verandingsgevoelige meetinstrumenten. De meetinstrumenten die we tot nu toe hebben aangehaald, zijn ontoereikend. Een nieuwe zoektocht naar kortere meetinstrumenten leverde de Outcome Rating Scale (ORS), als alternatief voor de Outcome Questionnaire (OQ-45), en de Session Rating Scale (SRS), als alternatief voor de Werk Alliantie Vragenlijst (WAV-12) op (Miller et al, 2005). De ORS en SRS bestaan elk uit vier items. Deze acht items worden gescoord op visueel-analoge schalen (VAS). Voor de ORS en SRS bestaan echter geen Vlaamse normen. In Nederland onderzocht Hafkensheid (2010) beide instrumenten. Beide instrumenten brengen slechts twee van de vier kwadranten in kaart. De ontwikkeling van een nieuw feedbackinstrument dringt zich op.

1.6. Ontwikkeling van een nieuwe feedbackinstrument

Op basis van bovenstaande VAS-methodologie hebben we veertien nieuwe items ontwikkeld. Deze items weerspiegelen de vier verschillende aspecten van het theoretisch model en kunnen via een beveiligde internetverbinding worden afgenomen en verwerkt. Bij de ontwikkeling van de vragen werd de contentvaliditeit nagegaan. Alle vragen hadden een Content Validity Index van minimum .75. De beoordeling gebeurde door vier experts (Baert, 2011). De eerste zeven items meten de klinische evolutie en de evolutie in functioneren. De laatste zeven items meten de tevredenheid en therapeutische relatie en worden na de sessie gemeten. Figuur 1.3 toont een voorbeelditem.

Figuur 1.3 – Visueel-Analoge Schaal (VAS).
Voorbeelditem uit de Tool voor Uitkomstenmetingen



1.7. Psychometrische kwaliteiten

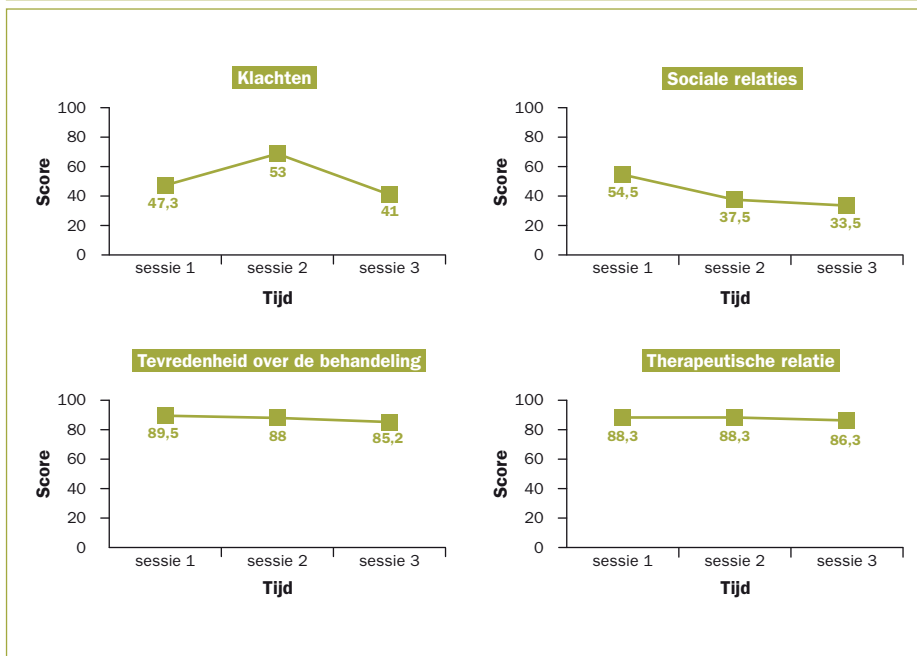
Het validiteitsonderzoek gebeurde in vijf Vlaamse centra voor geestelijke gezondheidszorg. In totaal werden 200 cliënten gedurende de eerste drie sessies van hun behandeling bevroegd. Om de nieuwe visueel-analoge schalen te valideren werden bijkomend volgende meetinstrumenten afgenomen: OQ-45, WHOQOL-bref, ggz-thermometer (gescoord op een vijf-puntenschaal), en WAV-12. Een confirmatorische factoranalyse toonde aan dat een vier-factorenoplossing het best paste bij de data. Een eerste factor beschrijft de *klachten*, een tweede de *sociale relaties*. Een derde factor beschrijft de *tevredenheid*, een vierde de *therapeutische relatie*. Hoewel we drie vragen weglieten, komt dit overeen met het vooropgestelde theoretische model (Figuur 1.1) De TUM bestaat dus uit vier subschalen: klachten, sociale relaties en tevredenheid zijn drie outcome-aspecten, de therapeutische relatie is een procesaspect. Uit verdere analyses bleek dat de *klachtenschaal* sterk samenhang met symptomen (OQ-45) en lichamelijke en psychische welbevinden

(WHOQOL-bref). De *schaal sociale relatie* hing sterk samen met sociale relaties en omgeving (WHOQOL-bref). De *therapeutische relatie* hing matig samen met taakomschrijving, therapiedoelstelling en therapeutische band (WAV-12). De *tevredenheid* en *therapeutische relatie* hingen sterk samen met verschillende aspecten van tevredenheid (ggz-thermometer). Deze hoge correlaties zijn een ondersteuning voor de validiteit van deze subschalen (Baert, 2011, accepted). In een volgende fase zal de toepasbaarheid van de TUM worden uitgebreid naar de residentiële sector en kinderen/jongeren.

1.8. Conclusie

Het grote voordeel is dat cliënten de TUM online kunnen invullen, waardoor hulpverleners onmiddellijk feedback krijgen over de verandering van behandel- en procesaspecten over de tijd (figuur 1.4). Vanaf de tweede meting wordt een grafiek gemaakt, waarbij wordt aangegeven of veranderingen voor de verschillende aspecten betrouwbaar zijn, en wat de te verwachten scores zijn bij de volgende meting.

Figuur 1.4 – Voorbeeldgrafieken



HOOFDSTUK II: FEEDBACK ALS EEN CONTINU PROCES BINNEN THERAPIE: ILLUSTRATIE AAN DE HAND VAN OPLOSSINGSGERICHT WERKEN IN EEN CGG

2.1. Inleiding

Het geven van feedback aan cliënten heeft een positief effect op het behandelresultaat (Miller et al, 2005). In deze bijdrage illustreer ik een oplossingsgerichte manier van werken binnen een CGG, waarbij feedback van en naar de cliënt een rode draad is doorheen de therapie.

2.2. Onderliggende visie

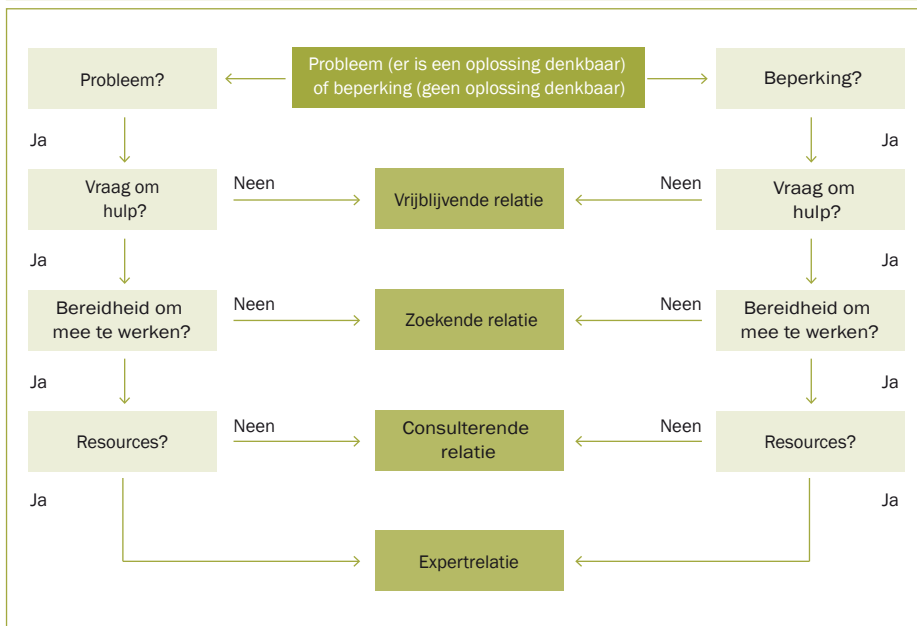
De onderliggende visie die gehanteerd wordt, is het model van kortdurende oplossingsgerichte therapie ontwikkeld door het Korzybski-instituut. De mensen van het Korzybski-instituut gingen op zoek naar *wat* werkt in therapie: wat zijn de nuttige ingrediënten voor een werkzame therapie. Uit diverse onderzoeken (o.a. Miller et al, 2005) blijkt dat de door de cliënt ervaren relatie met de therapeut, de zogenaamde therapeutische relatie, de grootste invloed heeft op het therapiesucces. Vanuit de oplossingsgerichte therapie vertrekt men vanuit het mandaat dat de cliënt geeft aan de therapeut, vanuit de vraag van de cliënt waarmee we komen bij de drie axioma's van het model.

Axioma 1: Het mandaat gegeven door de cliënt dient boven alles gerespecteerd te worden. Therapie staat of valt met de goede samenwerking tussen therapeut en cliënt en staat of valt met het afstemmen van onze interventies op de vraag van de cliënt. Het mandaat dat de cliënt ons geeft, is een belangrijke gids in de begeleiding.

Axioma 2: De cliënt heeft autopiëtische, zelfhelende capaciteiten. De cliënt heeft zelf de nodige vaardigheden, hulpbronnen (resources) om tot oplossingen te komen, alleen is hij er zich meestal niet van bewust. Deze capaciteiten zijn uniek voor ieder persoon. De taak van de therapeut is om de cliënt te begeleiden in het helpen ontdekken en gebruiken van die capaciteiten.

Axioma 3: het kunnen maken van keuzes, is een maat voor het gezond psychisch functioneren.

Figuur 2.1 – Brugse stroomschema voor de therapeutische relatie



Aan de hand van vier vragen (zie Figuur 2.1), kan men bepalen in welke therapeutische relatie de cliënt zich op een bepaald moment bevindt. Deze therapeutische werkrelatie wordt als de motor van het model gezien en daar gaat men de therapeutische interventies op afstemmen.

Binnen dit interventieschema zijn de belangrijkste leidraden:

- het relatieniveau tussen therapeut en cliënt
- het formuleren van concrete realistische doelstellingen
- het ontdekken van de hulpmiddelen (de resources) die een cliënt reeds heeft om tot oplossingen te komen en het versterken van die hulpmiddelen/resources.

Oplossingsgerichte therapie stelt dat de efficiëntie van de therapie een samenwerkende vennootschap is, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van therapeut en cliënt. Het is een continu proces van feedback vragen en geven naar de cliënt, waardoor de therapeut de cliënt op een heel intense manier responsabiliseert en respectvol benadert. De cliënt is de deskundige op vlak van inhoud, de therapeut is de deskundige op vlak van het proces. Het therapeutische mandaat (therapeutische relatie) dat men heeft, wordt continu getoetst. Participatie van de cliënt in het ganse therapeutisch proces staat centraal.

2.3. Feedback in therapie

Binnen het oplossingsgerichte model gaat men van bij de eerste sessies de cliënt responsabiliseren en wederzijdse feedback implementeren.

2.3.1. Kader schetsen

Tijdens het eerste gesprek legt de therapeut het kader van het intakegesprek uit. *“De bedoeling van vandaag is een kennismaking, waarbij we kijken wat u de stap heeft doen zetten naar hier en wat uw doelstellingen zijn. Dan wordt uw vraag op de teamvergadering besproken en wordt gekeken wie het meest deskundig is in ons team om op uw vraag in te gaan en op welke manier. Het voorstel vanuit het team wordt dan in een volgend gesprek met u overlegd en eventueel bijgestuurd.”* Het belang van feedback en het bevragen van de mening van de cliënt wordt hiermee reeds geïllustreerd.

2.3.2. Inhoud van de sessie

Daarna wordt het gesprek verder geopend met de vraag: *“Wat brengt u hier? Wat moet er gebeuren waardoor het gesprek van vandaag nuttig zou zijn?”* Via dergelijke oplossingsgerichte vragen gaan we reeds van in het begin van de therapie de cliënt responsabiliseren, hem tot medeverantwoordelijke maken van het therapeutisch proces. In plaats van via een gestructureerde vragenlijst de klacht uitgebreid te inventariseren en dan ons idee te formuleren van een mogelijke diagnose en het beste behandelaanbod, we besteden uitgebreid aandacht aan wat de expliciete hulpvraag is van de cliënt, met welke vraag hij naar ons is toegekomen en welk mandaat hij aan ons geeft. Op basis hiervan stemmen we onze interventies af.

2.3.3. Formuleren van de behandeldoelstellingen

Tijdens het eerste gesprek besteden we veel aandacht aan de behandeldoelstellingen, die bepaald worden door de cliënt. Wij gaan als procesbegeleiders hen enkel helpen om deze doelstellingen concreet en realistisch te omschrijven. De uitgangspunten blijven de doelen van de cliënt en niet wat wij als therapeut nuttig of geschikt vinden.

Om die behandeldoelstellingen concreet en positief geformuleerd te krijgen, maken we gebruik van schaalvragen. *“Stel dat o het ergste is wat je meegemaakt hebt i.v.m. het probleem dat je hier brengt en 10 het moment waarop het probleem voldoende opgelost is zodat verdere therapie voor jou niet nodig is, wat zou er dan anders zijn op 10? Wat zou je anders doen op 10, ...”* We helpen de cliënt om die 10 a.h.w. te visualiseren, heel concreet te laten beschrijven.

“Op die schaal van 0 tot 10, geef je zelf een cijfer om aan te geven hoe dicht je nu staat bij het bereiken van dat doel. Nul betekent het verste dat je ooit van je doel hebt gestaan en 10 als je je doel volledig bereikt zou hebben.” Stel dat iemand aangeeft ‘6’, dan vraag ik hem om te beschrijven waarom een 6, wat is het verschil met 0. Daarna ga ik verder met te vragen wat er anders zou zijn op 6 of 7. Zo wordt het grote therapiedoel (10) ingedeeld in kleinere, realistische subdoelen die voor mensen makkelijker te nemen zijn en gaan zij zich zo meer gaan oriënteren en gedragen naar die doelen toe.

Kris is 33 jaar en is via zijn partner aangemeld omwille van depressieve gevoelens. Op de vraag wat hem hier brengt, vertelt hij dat hij in overleg met zijn vriendin op consultatie is gekomen. Hij voelt zich al een tijdje niet goed in zijn vel, is verstrooid in zijn werk, en kropt alles op. Hij slaapt ‘s nachts onrustig en piekert veel. Hij vindt van zichzelf dat hij zijn mening niet durft te zeggen. Dit zorgt voor veel relationele spanningen en hij heeft schrik dat zijn relatie eraan kapot zou gaan. Zijn hulpvraag is in eerste instantie minder relationele spanningen en zich beter voelen in zijn vel.

Bij de vraag wat er anders zou zijn op 10 (op het moment dat zijn probleem voldoende is opgelost): geeft hij aan dat hij meer zijn mening zou zeggen, ook tegen zijn vriendin en dat hij weer meer dingen zou doen die hij voor zijn relatie heeft laten vallen zoals dj-en, meer uitlaatkleppen, dat hij minder gespannen zou zijn, wel een stille blijven maar minder opkroppen en terug rustig kunnen doorslapen.

Op de schaal van 0 tot 10 geeft hij zichzelf nu een 4: is wel angstig en gestresseerd, durft wel al eens zijn mening zeggen tegen zijn vriendin wat hij vroeger nooit zei, maar ze reageert er meestal negatief op, waardoor hij dan zwijgt om toch maar geen conflict te hebben. In tegenstelling tot vroeger praat hij op zijn werk wel eens tegen twee collega's over de moeilijkheden die hij heeft met zichzelf en in zijn relatie. "Wat zou er anders zijn bij 4,5 of 5?" Af en toe zijn mening zeggen tegen zijn vriendin, en als ze kwaad wordt, niet in de situatie blijven en toegeven, maar even naar buiten gaan.

2.3.4. Communicatie met verwijzers

Daarnaast wordt in het intakegesprek ook stilgestaan bij het beroepsgeheim. Er wordt met de cliënt samen gekeken welke personen of andere hulpverleners nuttig zouden zijn om informatie mee uit te wisselen of in de behandeling betrokken te worden. Ook vooraleer er met een verwijzer contact wordt opgenomen wordt overlegd welke informatie wordt uitgewisseld. Transparantie is hierin heel belangrijk en vormt een belangrijk aspect voor de opbouw van de vertrouwensrelatie, het ervaren van inspraak bij de cliënt, wat allemaal de kwaliteit van de therapeutische relatie versterkt.

2.3.5. Aftoetsen van het therapeutisch contact

Op het eind van de sessie vraagt de therapeut: "Hoe heeft u de sessie ervaren? Wat was er nuttig, wat minder? Zijn er nog zaken die u wilt die aan bod komen zodat de therapie nuttig kan zijn voor u? Hoe ervaart u het contact? Ziet u het haalbaar om met mij verder te gaan of liever met een andere therapeut?"

2.3.6. Communicatie m.b.t. behandelplan

De behandeldoelstellingen (samen met de cliënt geformuleerd) worden door de therapeut meegenomen naar de multidisciplinaire teamvergadering waar een behandelplan wordt voorgesteld, die in de volgende sessie wordt teruggekoppeld naar de cliënt.

Er wordt bij de cliënt gecheckt of hij zich in dat behandelplan kan terugvinden en waar nodig wordt het behandelplan bijgestuurd. Vanaf de tweede sessie wordt telkens gevraagd: "Wat heeft u uit de vorige sessie als nuttig ervaren? Wat is er veranderd, wat gaat er beter sinds de vorige keer? Wat zou er voor u nuttig zijn om in de huidige sessie te bespreken?"

2.3.7. Bevragen van de tevredenheid

Op het eind van iedere sessie wordt gevraagd wat de cliënt als helpend heeft ervaren en wat er eventueel anders zou moeten, waardoor in iedere sessie de tevredenheid van de cliënt over de therapie wordt bevraagd.

2.3.8. Evalueren van de behandelresultaten (vordering m.b.t. doelstellingen)

Na een vijftal sessies is er een evolutiebespreking gepland die door zowel de therapeut als de cliënt wordt voorbereid. Aan de cliënt wordt gevraagd na te denken over zijn evolutie op de schaal van 0 tot 10 m.b.t. zijn behandeldoelstellingen. "Wat is er veranderd, wat is er geëvolueerd? Wat wil hij dat er nog verandert? Wat ervaart hij nuttig in de therapie, wat minder?"

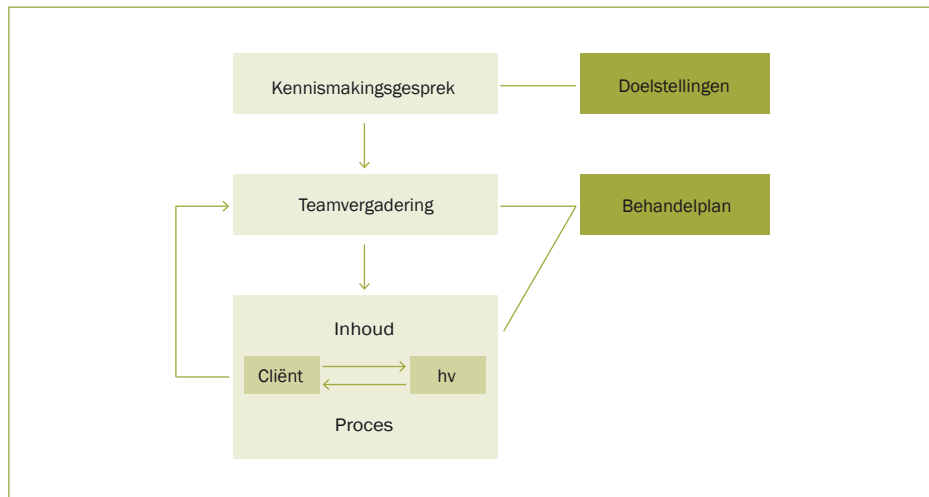
Ook de therapeut geeft een overzicht van de evolutie die hij bij de cliënt ziet en evalueert de behandeldoelstellingen. In het geval van Kris, geeft hij zichzelf na vijf sessies een 8,5 op vlak van behandeldoelstellingen. Zijn partner heeft de relatie 1,5 maand geleden

beëindigd, maar kwam na een week vragen om alles weer goed te maken. Kris slaagt er, in tegenstelling tot vroeger, in om hier nee tegen te zeggen. Kris vindt dit zelf een heel grote verandering, want de relatie deed hem geen deugd. Hij kwam meer voor zijn mening uit, maar zijn vriendin kon zijn mening niet accepteren en Kris voelde dat hij daaraan kapot ging. De druk om zijn vriendin continu tegemoet te komen is weggevallen en hij voelt zich hierdoor veel beter. Hij heeft het contact met oude vrienden terug opgenomen, smeedt plannen om met zijn broer terug te zijn op een lokale radio; hij is verhuisd, in het contact met mensen die hij goed kent, voelt hij zich zelfzeker en zegt meer zijn mening.

Hij ziet voor zichzelf nog een aantal doelstellingen: meer een gesprek durven aanknopen met mensen die hij niet kent en zich minder laten leiden door wat ze van hem zullen denken, vooral vrouwen, in een toekomstige relatie meer zijn mening durven zeggen en minder zwijgen om conflicten te vermijden. Hij ervaart de therapie nuttig omdat hij meer leert vertrouwen in zijn eigen gevoel, omdat ik hem help om alternatieve, minder zelfdestructieve interpretaties te hebben van bepaalde interactionele situaties. In het begin gaf hij aan dat het moeilijk was in de therapie omdat ik hem geen adviezen gaf in wat hij moest doen en hem de verantwoordelijkheid liet. Gaandeweg echter leerde hij via mijn interventies om tot zijn eigen resources te komen, leerde hij meer vertrouwen op zijn gevoel en van daaruit zelf zijn eigen keuzes maken. Hij geeft aan dat de frequentie van de therapie mag verminderen en eventueel mag worden afgerond. Graag zou hij nog even de draad opnemen bij een nieuwe relatie om een stok achter de deur te hebben zodat hij niet in zijn oude valkuil zou vallen van zich compleet weg te cijferen voor een partner. Het verslag van het evolutiegesprek wordt op het team besproken en eventuele suggesties van het team over het verdere behandelplan en -doelstellingen worden naar de cliënt teruggekoppeld.

2.4. Conclusie

Figuur 2.2 – Feedback in de behandeling



Aan de hand van een casus werd getoond hoe via oplossingsgerichte vragen feedback een rode draad vormt doorheen de therapie (zie figuur 2.2.): van bij het bepalen van de inhoud van de sessie, het formuleren van de behandel doelstellingen en daaraan verbonden het gebruik van schaalvragen, het communiceren over het behandelplan, het evalueren van behandelresultaten (vordering m.b.t. doelstellingen), het aftoetsen van het therapeutisch contact, evolutiebespreking, communicatie met het team en verwijzers, ... tot aan het afronden van de therapie. Reeds van in het eerste gesprek wordt de cliënt geresponsabiliseerd via de oplossingsgerichte manier van vraagstellen. Er wordt veel belang gehecht aan het formuleren van de doelstellingen die de cliënt zelf heeft. De therapeut vraagt inspanning van de cliënt en beoogt om samen te komen tot werkbare doelen die concreet geformuleerd, realistisch, belangrijk. Via schaalvragen gaat de cliënt zichzelf meten waar hij nu staat t.o.v. zijn doelen. Op het eind van het gesprek wordt gepeild naar de tevredenheid over de sessie en het therapeutisch contact.

De behandel doelstellingen worden meegenomen naar het team waar een behandelplan wordt voorgesteld, dat in de volgende sessie wordt teruggekoppeld naar de cliënt. Bij het begin van elke volgende sessie wordt gevraagd wat de cliënt als nuttig heeft ervaren uit de vorige sessie en wat er nuttig zou zijn om in de huidige sessie te bespreken.

HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT

IN HET KINDERTEAM: EEN PROCES IN WORDING

3.1. Situering

Als we even terugkijken op hoe uitkomstenmanagement (UM) in ons cgg is geïntroduceerd, dan zien we dat de eerste aanzet niet vanuit de therapeuten zelf kwam, maar wel vanuit directie, staf en in het verlengde hiervan ook overheid en overkoepelende organisaties.

De eerste reactie van de werknemers was er eerder een van voorbehoud en kritische ingesteldheid: gaat het hier op een toenemende inmenging van de overheid op de hulpverleningswereld met het oog op kostenbesparing, gaat onze therapeutische vrijheid ingeperkt worden en gaat er nog meer administratie en registratie op ons afkomen? Defensief reageren is immers ook niet vreemd aan therapeuten.

Tegelijk was er echter ook een blijk van interesse en nieuwsgierigheid omdat we uit ervaring weten dat elke therapeut en elke therapierichting bij elke cliënt gericht is op efficiëntie en doeltreffendheid. Wij willen iets bereiken met wat we doen, we willen dat onze cliënten er op een of ander vlak beter van worden. We zijn er ook van overtuigd dat elke therapeut bij elke cliënt continu impliciet of expliciet aan UM doet, we proberen voortdurend te registreren of het werkt wat we doen en waar nodig bij te sturen.

Maar wil het nu net dit zijn wat ons volgens het wetenschappelijk onderzoek niet lukt. Slechts een minderheid van hulpverleners zouden in staat zijn effectief goed lopende therapieën van slecht lopende te onderscheiden en dus hun hulpverleningsaanbod ook niet tijdig en accuraat kunnen bijsturen. UM zou, nog altijd volgens de wetenschappers, hiervoor een adequaat hulpmiddel kunnen zijn.

De confrontatie was voor ons team zeker een bijkomend argument om onze deur op een kier te zetten voor de aliënerende gedachte om iets te gaan meten wat zo persoonlijk, complex en moeilijk definieerbaar is als psychotherapie. Tegelijk hechten we traditioneel veel belang aan waarden als efficiëntie en praktische toepasbaarheid. Hoe kunnen we van ET = 'buitenaards' komen tot ET = 'Efficiënt en Toepasbaar?' ET in de hulpverlening is geboren.

3.2. Voorbereidende fase

Om echter niet over één nacht ijs te gaan besloten we als team om enkele voorbereidende activiteiten te doen:

1. Eerst en vooral werd een werkgroep UM opgericht waarin naast enkele veldwerkers ook een secretariaatsmedewerker, de coördinator van het kinder- en jongerenteam en een stafmedewerker zetelen. Deze laatste was ook verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het Elektronisch Patiënten Dossier en kwaliteitsondersteuning.
2. Op de tweede plaats organiseerden we een teamseminarie rond UM waarop Stefaan Baert, stafmedewerker van de VVGG, werd uitgenodigd als spreker omdat hij al sinds 2007 bezig is met de ontwikkeling van UM in de geestelijke gezondheidszorg.
3. Op de derde plaats namen we ook deel aan een studienamiddag van de K.U. Leuven waar we een toelichting kregen van Prof. Nele Stinckens over het Leuvens Syste-

matisch Case-study Protocol (LSCP), dat via kwalitatieve en kwantitatieve meetinstrumenten ook een antwoord probeert te bieden op de vraag 'wat werkt er in therapie.' Deze inhoudelijke vraag sluit ons inziens nog meer aan bij de bezorgdheden van de therapeutische veldwerkers. Idealiter leken ons zowel de vraag 'of iets werkt' als de vraag 'wat er werkt' belangrijk in de strategie van uitkomstenmeting.

3.3. Werkgroep

Na deze voorbereidende werkzaamheden ging de werkgroep van start met als eerste doel UM te concretiseren voor de dagelijkse praktijk. Naast de bespreking van mogelijke meetinstrumenten werd er ook tijd besteed aan de ontwikkeling van een eigen visie rond UM. Enkele belangrijke uitgangspunten hierbij waren:

1. UM is geen doel op zich maar moet gekaderd worden in ons globaal kwaliteitsdenken en kan één van de pijlers zijn van onze gehele kwaliteitszorg.
2. We vinden het belangrijk dat UM gedragen wordt door het ganse team; daarom vonden we het ook belangrijk om ons team nog eens extra te bevragen rond hun visie, verwachtingen en bedenkingen rond UM. De antwoorden op deze vragen vormden een verdere leidraad voor de werkgroep. Tegelijk werd op een teamdag de huidige stand van zaken rond UM toegelicht.
3. UM moet een meerwaarde vertegenwoordigen voor zowel cliënt als therapeut.
4. UM moet deel uitmaken van het bestaande behandelaanbod en moet hierin zinvol geïntegreerd kunnen worden en dus ook een toegevoegde waarde zijn voor het globale behandelplan.
5. UM moet bijdragen tot een grotere participatie en emancipatie van de cliënt in het therapeutisch gebeuren.
6. Er moet niet gestreefd worden naar een allesomvattende meting, maar elke meting, hoe beperkt ook, kan gezien worden als bijkomende informatie over het therapieproces en als instrument om dit proces ook continu in vraag te stellen.
7. In de mate van het mogelijke moet ook gestreefd worden naar uniformisering en afstemming van de metingen tussen gelijkaardige diensten voor geestelijke gezondheidszorg om op die manier ook aansluiting te kunnen vinden bij het praktijk-georiënteerd wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor werden ook contacten gelegd met de Universiteit Limburg om de bekomen meetresultaten centraal te verwerken en te analyseren.

Na deze voorbereidende ronde werd in de werkgroep alle informatie verzameld en werd ook gekeken naar de reeds bestaande ervaringen van andere centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen die al verder stonden in de concrete uitwerking van UM. Ook mogelijke meetinstrumenten werden nog eens grondig gescreend op hun praktische en inhoudelijke bruikbaarheid in ons team. Hierbij vielen vooral de vragenlijsten rond levenskwaliteit door de mand, omdat ze voorlopig inhoudelijk of meettechnisch (beoordeling door therapeut in plaats van door cliënt) niet voldeden.

De werkgroep stelde een UM-draaiboek samen waarin we een eerste poging deden onze doelen, uitgangspunten, methodiek en procedure te beschrijven. Dit draaiboek is momenteel nog in volle ontwikkeling en wordt aan de hand van ervaringen op het terrein voortdurend bijgestuurd.

3.4. Uitwerking: klinisch pad UM

Een eerste concretisering van ons draaiboek vond plaats n.a.v. onze samenwerking met de kinderpsychiatrische dagkliniek van het Virga Jesseziekenhuis van Hasselt en hun werking met klinische paden. Een klinisch pad kan gezien worden als een soort stappenplan om een hulpverleningsaanbod te organiseren. Het leek ons zinvol om te proberen een klinisch pad UM uit te schrijven, waarbij we vooraf een aantal zorgdoelen omschrijven om deze daarna in een aantal consequente zorgtaken te concretiseren. Op deze manier denken we onze basisfilosofie van cliëntparticipatie, -emancipatie, communicatie, transparantie en integratie van het behandelplan en tenslotte ook evaluatie en bijsturing te kunnen realiseren.

Als eerste punt stelden we vast dat het in onze huidige werking niet zo was dat er voor elke cliënt of cliëntstelsel een duidelijk omschreven behandelplan voorhanden was. Dit hield in dat ook over de communicatie met de cliënt over behandelplan en behandelproces niet altijd duidelijkheid bestaat. Natuurlijk was er wel van elke cliënt een impliciete planning aanwezig, maar voelden we zelf in de praktijk soms ook een tekort aan in concrete doelstellingen en methodiek. We zagen de kans om via het denken over UM ons globale behandelproces beter in kaart te brengen en te organiseren.

Het eerste zorgdoel in ons klinisch pad UM werd de invulling van een behandelplan voor elke nieuwe cliënt. Zonder behandelplan is het ook moeilijk om de interventies te evalueren. In tweede instantie is het de bedoeling om dit behandelplan met de cliënt te bespreken en hier samen ook een overeenkomst over te maken, waarbij het voor beide partijen duidelijk wordt waaraan en op welke manier er gewerkt zal worden. Vanzelfsprekend blijven we ons ook nog de vraag stellen of een therapeutisch proces wel op dergelijke manier geconceptualiseerd kan worden, m.a.w. valt de complexe psychische en interactionele realiteit altijd terug te brengen tot beperkende behandelplandoelen? Moet er niet meer ruimte gelaten worden voor relationele en minder concretiseerbare aspecten van het therapeutisch proces? Ook op deze vragen hopen we via reflectie rond UM meer duidelijkheid te krijgen en zijn we bezig met een 'work in process'.

Aan de cliënt wordt in de eerste fase ook uitgelegd dat het behandelproces op regelmatige tijdstippen zal geëvalueerd en besproken worden. Communicatie over therapie is een belangrijk gegeven in onze conceptualisering. Participatie, emancipatie, maar ook evaluatie en bijsturing kunnen hierdoor concreet vorm krijgen. Therapie wordt op deze manier niet enkel iets voor de cliënt, maar ook iets van de cliënt. Vaak wordt er immers de vraag gesteld naar zinvolheid van therapie; discussies over het nut en de concreetheid van behandelprotocollen worden terecht gevoerd; de focus van de cliënt zelf lijkt ons hierin ook een belangrijk perspectief te vertegenwoordigen.

Eenmaal er duidelijkheid is gecreëerd rond het behandelplan kunnen we van start gaan met de effectieve behandelperiode. Op dit ogenblik loopt in ons team een proefperiode voor het gebruik van meetinstrumenten om evolutie en uitkomst van ons therapeutisch handelen te meten. We proberen twee soorten metingen te doen:

1. Klinische meting: peilt naar de ernst van symptomatologie of problematiek bij de cliënt en/of zijn omgeving. Standaard gebruiken we hiervoor de *Strengths & Difficulties Questionnaire (SDQ)* bij begin, tussentijds en bij afronding van therapie. In geval van specifieke problematiek kan hier ook een specifieke symptoomvragenlijst aan toegevoegd worden.
2. Cliënttevredenheid en kwaliteit van de therapeutische relatie: meten we aan de hand van de ggz-thermometer, in de beginfase van de therapie (derde sessie), de voortgangsfase (tiende sessie) en bij beëindiging van de therapie (voorlaatste sessie).

3.5. Conclusie

Qua metingen zitten we nog in een proefperiode. Enkele hulpverleners doen ervaring op in het gebruik en de toepassing van vragenlijsten. Wij hebben expliciet voor deze werkwijze gekozen omdat we zelf willen ervaren wat er voor ons en onze cliënten werkt. Hierbij ligt voor ons de klemtoon op de communicatie met de cliënt, het reflecteren over behandeling en het transparanter maken van ons aanbod en werkwijze. We beseffen dat we nog maar aan het begin staan van een verregaand proces van UM om de onderliggende werkzame processen van ons therapeutisch aanbod te verhelderen en te verduidelijken. Verdere ontwikkeling, systematisering en analyse van onze metingen kunnen hieraan een bijdrage leveren.

HOOFDSTUK IV: UITKOMSTENMANAGEMENT OP BEHANDELNIVEAU: THERAPEUTISCH INSTRUMENT

4.1. Doel van testen

Een eerste punt waarover vaak verwarring ontstaat is de finaliteit van het gebruik van testen. Het is dan ook belangrijk om het onderscheid te maken tussen enerzijds (psycho) diagnostische testen en anderzijds outcome-instrumenten. (Psycho)diagnostische instrumenten zijn primair bedoeld om een bepaalde problematiek beter in kaart te brengen. Ze helpen bij de indicatiestelling en/of de differentiaaldiagnose. Tegelijkertijd krijgt men informatie over de ernst van de pathologie. De interpretatie en taxatie van de ruwe scores wordt vergeleken met normale of (sub)klinische populaties. Op deze manier komt men niet enkel te weten of de gevonden scores klinisch significant zijn, maar ook kan er gedifferentieerd worden in de mate van ernst. Een voorbeeld hiervan is de SCL-90, waarbij in de handleiding de cut-off waarden terug te vinden zijn om te spreken van zeer laag, laag, beneden gemiddelde, gemiddelde, boven gemiddelde, hoog en zeer hoog.

Outcome-instrumenten, daarentegen, zijn primair bedoeld om het proces of de verandering te meten en gaan niet zozeer na of een score al dan niet klinisch significant is. Ze halen hun waarde vooral uit het meten van verandering. De informatie komt dus vanuit de verandering. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat een aantal outcome-instrumenten, zoals de Outcome Questionnaire (OQ-45) wel gebruik maken van cut-off scores om aan te geven of een score klinisch relevant is. De differentiëring is echter beperkt. Een belangrijk criterium in de bruikbaarheid van outcome-instrumenten in het therapeutisch werken is de zogenaamde Reliability of Change Index (RCI). Deze RCI geeft aan hoeveel punten een waarde moet stijgen of dalen om van een klinisch betrouwbare verandering te spreken. Met andere woorden, hoeveel moet de score stijgen of dalen, zodat die niet aan toeval kan toegeschreven worden. Voor het vinden van de RCI kan zowel gebruik gemaakt worden van bestaande waarden uit de literatuur, maar bestaat er tevens ook de mogelijkheid om deze zelf te berekenen aan de hand van de formule van Jacobson en Truax (1991): $1.96 * \sqrt{2 * (SD_{klin} * (\sqrt{1-r_{xx}}))}$, waarbij SD_{klin} de standaarddeviatie van de klinische populatie voorstelt en r_{xx} de test-retest betrouwbaarheid.

4.2. Mogelijke scenario's

Er zijn globaal gezien drie verschillende manieren om met outcome binnen de behandeling aan de slag te gaan, namelijk screening, Routine Outcome Monitoring en Client Directed Outcome Informed. De screening ligt dicht in de buurt van het psychodiagnostisch onderzoek en maakt een eerste inschatting van de aard en ernst van de klachten, evenals van de juistheid van de doorverwijzing. Routine Outcome Monitoring (ROM) betekent in strikte zin het afnemen van metingen bij het begin en einde van een behandeling. De finaliteit is dan een betere rapportage te kunnen geven aan doorverwijzers en kwaliteitsbevordering. Men kan in kaart brengen bij welk type cliënt/hulpverlener/... de behandeling efficiënt verloopt en bij wie niet. Om de bruikbaarheid binnen het therapeutisch werken en binnen het behandelplan mogelijk te maken, wordt vaak gebruik gemaakt van tussenmetingen die de mogelijkheid bieden om de manier van werken tussentijds te evalueren.

Duncan en Miller (2000) introduceerden de Client Directed Outcome Informed

(CDOI). Zij stelden dat “(...) *providing formal, ongoing feedback to therapists regarding clients’ experience of the alliance and progress in treatment resulted in significant improvements in both client retention and outcome.*” Binnen de CDOI wordt er bij het begin en einde van elke sessie feedback gevraagd van de cliënt. Het voornaamste doel is hierin om de zelfwerkzaamheid en de betrokkenheid van de cliënt te verhogen. Op deze manier kan er een onderhandelingsrelatie ontstaan waarbij samen met de cliënt beslist wordt over de behandelingsdoelstellingen en de manier van werken. Daarnaast is ook de aandacht voor de therapeutische relatie een belangrijke vernieuwing binnen deze manier van werken. Deze wordt op systematische basis bevestigd en zonedig bijgestuurd.

4.3. Een praktijkvoorbeeld binnen het CGG Noord-West-Vlaanderen

Er is geopteerd om de ROM te gebruiken met de toevoeging van tussenmetingen. Daarnaast is er in het kader van de studie van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid een proefproject opgestart met CDOI via het gebruik van de Tool Voor Uitkomstenmeting (TUM).

Bij de ROM zijn er verschillende meetmomenten gedefinieerd, waarop steeds feedback kan gegeven worden over de behandeling, namelijk bij intake, start behandeling, na drie maanden, na elk behandeljaar en bij afsluiting. Het keuzeprocess en de beschrijving van de gebruikte instrumenten wordt beschreven in eerdere uitgaven van deze reeks (Baert et al, 2009, 2010d).

De keuze van deze meetmomenten laat ons toe om op de cruciale momenten van de behandeling niet alleen het behandelplan bij te stellen, maar dit ook te doen op een meer objectieve wijze, dankzij het gebruik van testmateriaal. Binnen de verschillende verslagnjablonen in het EPD is er telkens ruimte voorzien voor het weergeven van de resultaten van de outcome en de aanvulling en aanpassing van het behandelplan. Daarnaast wordt ook de reactie van en bespreking met de cliënt van de feedback over outcome hierin opgenomen. Bij intake worden outcome-instrumenten gebruikt om een eerste inschatting te maken van de ernst en de pathologie.

Bij de start van de behandeling is er voor gekozen om de instrumenten opnieuw af te nemen, gezien het alom gekende fenomeen in de gezondheidszorg van de wachtlijsten. We gaan er vanuit dat er iets verandert tijdens de wachttijd. We doen op die manier al een eerste therapeutische interventie, het creëren van het idee van veranderbaarheid. Tegelijkertijd worden de eerste aanknopingspunten en doelstellingen van de behandeling op deze manier wat meer objectief benaderd.

Na drie maanden worden opnieuw de outcome-instrumenten afgenomen. We gaan er vanuit dat op dat moment de exploratiefase grotendeels is afgerond, het behandelplan opgesteld en een eerste aanzet tot veranderingsgericht werken is gegeven. Tegelijkertijd wordt nog eens herinnerd aan de eindigheid van therapeutisch werken. Via het bevragen van de tevredenheid wordt de samenwerkingsrelatie bekeken en wordt gepeild naar het vertrouwen in de hulpverlener en de behandelsetting.

Elk behandeljaar wordt opnieuw een tussentijdse evaluatie gemaakt. Dit zorgt er voor dat er op regelmatige basis stilgestaan wordt bij de manier van werken, er gereflecteerd wordt over de manier van werken en de doelstellingen continu worden bekeken en bijgestuurd. Bedoeling is tevens om te vermijden dat therapieën na verloop van tijd zouden verzanden.

Bij het einde van de behandeling wordt opnieuw de outcome gepresenteerd. Dit heeft als doel om een eindmeting van de ROM te doen. Hierbij is er tevens een meting van de tevredenheid. Op deze manier bekomt men een beter zicht op de sterktes en de zwaktes

van de verschillende teams en hulpverleners. Tegelijkertijd wordt bij veel cliënten het positief gevoel versterkt door het vergelijken met het startpunt en het herinneren aan de afgelegde weg.

De afname of het invullen van de testen gebeuren meestal in de wachtzaal, hoewel het even goed therapeutisch werkzaam kan zijn dit binnen de sessie te doen, zodat dit een vertrekpunt wordt voor de verdere bespreking. De verwerking gebeurt zo veel mogelijk geïnformatiseerd, via de invoer door het medisch secretariaat en de onmiddellijke beschikbaarheid van de outcome-gegevens in het EPD.

4.4. Proces van feedback

Van cruciaal belang voor de bruikbaarheid van uitkomstenmanagement is dat er effectief iets mee gedaan wordt. Wanneer je de testen afneemt “omdat het moet”, maar niet de tijd neemt om er iets mee te doen, dan is het niet meer dan tijdverlies. Een integratie in de manier van werken en in het bepalen van je doelstellingen en je behandelplan is dus cruciaal.

Een tweede belangrijk punt is dat het bespreken van de outcome een twee-richtingsverkeer is, waarbij er feedback in beide richtingen komt. Er wordt best algemeen gestart met het bevragen van wat mensen denken dat er uit de testen zou kunnen komen, wat hun algemene indrukken zijn en wat je als hulpverlener zelf denkt dat het resultaat zal zijn. Op die manier kan dit gefalsificeerd worden met de data. Ook het samen kijken op itemniveau naar een aantal kritische items of uitschieters kan een zinvolle bijdrage zijn tot het therapeutisch proces.

4.5. De Tool voor Uitkomstenmanagement

De TUM biedt een combinatie van ROM en CDOI, met als meerwaarde dat er geen tijdverlies is en dat je onmiddellijk een visuele voorstelling kunt krijgen van de bekomen resultaten. Het geeft de mogelijkheid voor een constante follow-up van de resultaten, gezien de TUM elke sessie afgenomen wordt. Binnen de eerste schaal A is er vooral aandacht voor de klinische en functionele uitkomsten. Schaal B biedt de mogelijkheid om ook aandacht te geven aan de therapeutische relatie, gezien dit toch een van de belangrijke factoren is in het therapie-succes. Het lijkt ons een veelbelovend instrument, dat zeker een plaatsje kan vinden binnen de behandeling (voor meer informatie over de TUM: zie Baert, 2011).

4.6. Conclusie

Zoals hoger gesteld is bespreekbaarheid en het effectief bespreken van cruciaal belang in het verhogen van de efficiëntie van Uitkomstenmanagement. In het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Noord West-Vlaanderen wordt de combinatie van CDOI en ROM als zeer interessant gezien en wordt de mogelijkheid bekeken om dit in de toekomst verder te implementeren. Een samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener is onontbeerlijk om kans op slagen te hebben. Ook de kadering binnen het behandelplan is hierin een conditio sine qua non, net als de snelle beschikbaarheid van verwerkte data. Dit is enkel mogelijk indien er een bewustzijnsverandering optreedt waarbij het werken met outcome als een vanzelfsprekendheid en als therapeutisch hulpmiddel gezien wordt. Wij zetten alvast voorzichtige stappen in deze richting.

HOOFDSTUK V: ZIJN HULPVERLENERS GEMOTIVEERD OM BEHANDELUITKOMSTEN TE METEN? EEN RONDVRAAG IN DE VLAAMSE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Stefaan Baert,
stafmedewerker
VVG

5.1. Is er een draagvlak?

Ondanks deze drie positieve verhalen zijn er verschillende redenen waarom het meten van behandel- en procesaspecten in een organisatie, én de terugkoppeling ervan naar cliënten, kan vastlopen. De voornaamste redenen zijn gebrek aan tijd, kennis en motivatie. Om een draagvlak te creëren zijn strategieën nodig om de houding en gewoontes van hulpverleners en organisaties te veranderen. Om onze strategieën zoveel mogelijk af te stemmen op de noden van de praktijk, werden hulpverleners in de centra voor geestelijke gezondheid bevraagd over hun veranderbereidheid rond uitkomstenmanagement. Het doel van deze rondvraag was om op basis van deze informatie strategieën te ontwikkelen die kunnen bijdragen tot een betere ondersteuning van hulpverleners en organisaties in de praktijk (Baert, 2010c).

5.2. Methode

De respondenten waren hulpverleners in een centrum voor geestelijke gezondheidszorg. De rondvraag is gebaseerd op een gevalideerd, Australisch instrument (Bowman et al, 2009). De *Clinician Readiness for measuring outcome scales* werd vertaald en aangepast aan de Vlaamse context. De Nederlandstalige versie bestaat uit twintig vragen die gescoord worden op zespuntenschalen. Alle cgg's werden via de directie aangeschreven om deel te nemen aan het onderzoek. Indien de directie hiervoor toestemming gaf, werden alle hulpverleners per e-mail uitgenodigd om de vragenlijst elektronisch in te vullen. Om de rondvraag te valideren werd een exploratieve factoranalyse toegepast (meer informatie over de methodiek: zie Baert et al, under review).

5.3. Resultaten

5.3.1. Respondenten

In totaal namen tweehonderd zevenentwintig hulpverleners uit zestien cgg's deel aan het onderzoek. Dit komt overeen met 80% van alle Vlaamse cgg's en ruim 25% van alle hulpverleners. Gemiddeld reageerden 14 hulpverleners per cgg op onze vraag. Het aantal respondenten per cgg varieerde echter sterk (van 1 tot 34), waarbij we opmerken dat niet alle cgg's even groot zijn. Driekwart van de respondenten waren vrouwen en bijna de helft jonger dan 35 jaar. Dit weerspiegelt ongeveer de verhouding van alle hulpverleners in de cgg's.

5.3.2. Exploratieve factoranalyse

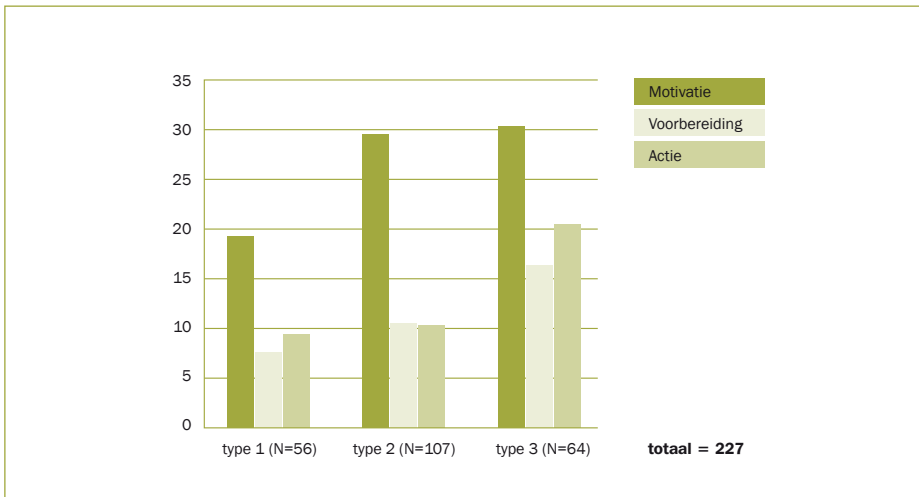
Voor onze data leek een driefactorenoplossing het best te passen. Een vraag werd weggelaten wegens te lage factorlading (< .30). Factor één drukt de mate uit waarin hulpverleners gemotiveerd zijn om behandelresultaten te meten, alsook in welke mate er weerstand aanwezig is. Factor twee weerspiegelt de mate waarin hulpverleners voorbereidingen treffen om behandeluitkomsten te meten. Factor drie geeft aan in welke mate hulpverleners actief bezig zijn met het meten van behandelresultaten. Tabel 5.1. toont dat de items per factor sterk samenhangen.

Tabel 5.1. – Interne consistentie (Cronbach's alphas)		
Factor	Aantal items	Interne consistentie
Motivatie	7	.86
Vorbereiding	5	.85
Actie	7	.88

5.3.3 Clusteranalyse

Clusteranalyse toont drie soorten hulpverleners: (a) niet gemotiveerd, (b) gemotiveerd, maar komen niet tot actie, en tenslotte (c) gemotiveerd en meten reeds behandeluitkomsten (figuur 5.1). Deze profielen werden gekoppeld aan volgende strategie: (a) informeren over de voordelen van het meten en feedback geven van behandeluitkomsten, (b) demonstreren hoe men behandeluitkomsten kan meten en feedback kan geven aan cliënten, en tenslotte (c) aanreiken van *good practices* over het geven van feedback. Deze drie strategieën worden in de discussie verder uitgewerkt.

Figuur 5.1 – Verschillen in motivatie, voorbereiding en actie tussen verschillende hulpverleners (N = 227)



5.4. Discussie

5.4.1 Informeren

Een eerste strategie bestaat erin om minder gemotiveerde hulpverleners via vormingsmomenten te informeren over de voordelen van het meten van behandeluitkomsten en feedback geven. We zijn ons bewust dat de toepassing van nieuwe feedbacksystemen, zoals de TUM, soms onzekerheid teweeg brengt bij hulpverleners. Transparantie over het opzet van het project en wie toegang heeft tot welke data zijn daarom essentieel. Gezien dergelijke feedbacksystemen best worden geïntegreerd in de bestaande werking, adviseren we om hulpverleners bij dit implementatieproces te betrekken, bijvoorbeeld door de oprichting van een werkgroep, zodat voldoende rekening kan worden gehouden met de praktische aspecten van de klinische praktijk.

5.4.2 Demonstreren

Gemotiveerde hulpverleners reiken we een therapeutisch feedbackinstrument aan, zodat ze op een efficiënte manier behandeluitkomsten kunnen meten en feedback kunnen geven. Een voorbeeld daarvan is de TUM (zie hoofdstuk 1). Gezien cliënten de TUM online invullen, krijgen hulpverleners onmiddellijk feedback over de verandering van behandel- en procesaspecten over de tijd (Baert, 2010a).

5.4.3 Good practices

Hulpverleners die gestart zijn met het meten van behandeluitkomsten worden best verder begeleid. Het is immers niet ondenkbaar dat de TUM na verloop van tijd niet meer wordt gebruikt. Een tweede gevaar is dat hulpverleners enkel metingen uitvoeren, zonder feedback te geven aan hun cliënten. Verdere opleiding over hoe hulpverleners feedback kunnen hanteren als een werkinstrument in hun behandeling is voorzien.

5.5. Conclusie

Onze rondvraag is een dankbaar instrument om te bepalen op welke manier hulpverleners het best worden benaderd. Bovendien kan het gebruikt worden als evaluatieinstrument voor de vorming, training en opleiding. Tenslotte kunnen organisaties het instrument gebruiken om zogenaamde '*clinical leaders*' of voortrekkers van een project te identificeren of om globale veranderingen in houding en gewoontes van hulpverleners van nabij op te volgen.

LITERATUUR

- Baert, S.** (2008a). Hoe resultaten van behandeling meten in de klinische praktijk? Oproep tot deelname. *Tijdschrift voor Psychiatrie en Verpleegkunde*, 84, 227-237
- Baert, S.** (2008b). Uitkomstenmanagement in Vlaanderen. Het meten van behandeluitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg. *Psyche*, 20(4), 14-16
- Baert, S.** (2010a). Behandeluitkomsten meten met de Tool voor Uitkomstenmanagement (TUM). Workshop. *Abstractboek Vijfde Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres, Geestelijke gezondheid: kiezen en delen*. Universiteit Gent, 14-15/09, 101
- Baert, S.** (2010b). Ontwikkeling van de Tool voor Uitkomstenmanagement (TUM), Symposium Introductie van de Tool voor Uitkomstenmanagement (TUM) in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. *Abstractboek Vijfde Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres, Geestelijke gezondheid: kiezen en delen*. Universiteit Gent, 14-15/09, 25
- Baert, S.** (2010c). Zijn hulpverleners gemotiveerd om behandeluitkomsten te meten? Symposium Introductie van de Tool voor Uitkomstenmanagement (TUM) in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. *Abstractboek Vijfde Vlaams Geestelijke Gezondheidscongres, Geestelijke gezondheid: kiezen en delen*. Universiteit Gent, 14-15/09, 27
- Baert, S.** (2011). Psychometric characteristics of outcome and feedback management systems: preliminary findings based on the multi-dimensional, web-based Tool for Outcome Measurement (TOM) *Abstractbook Annual Meeting of the Belgian Association for Psychological Sciences*, Ghent University, 27/05, p. 86
- Baert, S.** (accepted). Feedback van behandelresultaten in de hulpverlening. *Signaal*
- Baert, S., Desmit, F., Herman, E., Verbeerst, L., Adriaenssens, K., De Wachter, D. & Casselman, J.** (2009). De introductie van uitkomstenmanagement: vier verhalen uit de praktijk. Verslag symposium vierde geestelijke gezondheidscongres, Antwerpen 17 september 2008. Deel 7. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG
- Baert, S., Rambour, W., Delaere, E., Bockstaele, M., & Bauwens, H.** (2010d). Uitkomstenmanagement in de behandeling van kinderen en jongeren: vier verhalen uit de praktijk. Verslag symposium Zevende Vlaams Congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -Psychotherapie. Gent 10 september 2009. Deel 8. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG
- Baert, S., Van Den Bossche, M.J.A., Bowman, J., & Claes, L.** (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., Vanderplasschen, W., & Casselman, J.** (2010e). De toepassing van meetinstrumenten: stand van zaken 2007-2009. Deel 9. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG
- Bowman, J., Lannin, N., Cook, C., & McCluskey, A.** (2009). Development and psychometric testing of the clinician readiness for measuring outcomes scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15, 76-84
- Cauffman, L.** (2005). *Oplossingsgericht management en coaching. Simpel werkt het best*. Utrecht: Lemma
- Cauffmann, L.** (2001). *Oplossingsgericht management*. Utrecht: Lemma
- de Beurs, E., Den Hollander-Gijsman, M.E., Buwalda, V., Trijsburg, W., & Zitman, F.G.** (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45: psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393-400
- De Jong, P. en Berg, I.K.** (2004). *De kracht van oplossingen. Handwijzer voor oplossingsgerichte gesprekstherapie*. Amsterdam, Harcourt

- De Shazer, S.** (1985). *Keys to solution in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton
- De Shazer, S.** (1988). *Clues*. New York: W.W. Norton
- De Vries, J., & Van Heck, G.L.** (1996). *WHOQOL-Bref*. Tilburg, Universiteit van Tilburg
- Duncan, B., & Miller, S.** (2000). *The heroic client: Doing client directed, outcome informed therapy*. San Francisco: 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
- Erickson, M., & Rossi, E.** (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis (Vol.I-IV)*. New York: Irvington/Halsted
- Hafkenscheid, A.** (2010). De *Outcome rating scale (ORS)* en de *Session rating scale (SRS)*. Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 394-403
- Isebaert, L.** (2007). *Praktijkboek. Oplossingsgerichte cognitieve therapie*. Utrecht: De Tijdstroom
- Isebaert, L., & Cabié, M.C.** (1997). *Pour une thérapie brève*. Ramonville Saint Agne, Erès
- 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
- Kok I., & Mulder, E.** (2005). *Cliëntenwaardering 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
- Le Fevere de Ten Hove, M.** (2000). *Korte therapie. Handleiding bij het 'Brugse Model' voor psychotherapie met een toepassing op kinderen en jongeren*. Leuven/Apeldoorn: Garant
- Le Fevere de Ten Hove, M.** (2001). Een meisje met stemmetjes in haar hoofd. *Systeemtherapie*, 13, 86-98
- Le Fevere de Ten Hove, M.** (2002). "Stemmen horen": een benadering vanuit het Brugs Model voor Korte therapie. *Kinder- en jeugdpsychotherapie*, 29(4)
- Miller, S.D., Sorrell, R., & Brown, G.S.** (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 199-208
- Rosen, S.** (1982). *My voice will go with you – the teaching stories of Milton H. Erickson*. New York: W.W. Norton
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L.** (2009). De werkalliantievragenlijst als sleutelement 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
- www.korzybski.com
- www.vvvgg.be

In de reeks *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen* zijn reeds verschenen:

Deel 1

Van Nuffel R. (2007)

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING EN KWALITEITSZORG: OVER MEETINSTRUMENTEN EN INDICATOREN

Internationaal symposium 1 december 2006

Deel 2

Baert S. (2007)

MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRIJCHLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Inventaris 2006

Deel 3

Keymolen S. & Casselman J. (2007)

METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Literatuurstudie 2007

Deel 4

Baert S. (2008)

CONCEPT MAP VAN GOEDE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING

Stakeholdersbevraging najaar 2007

Deel 5

Baert S. (2008)

DE ZOEKTOCHT NAAR GESCHIKTE MEETINSTRUMENTEN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN UITKOMSTENKOMPASSEN

Deel 6

Baert S. (2008)

MEETINSTRUMENTEN BIJ DE BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Internationaal symposium december 2007

Deel 7

Baert S, et. al. (2009)

DE INTRODUCTIE VAN UITKOMSTENMANAGEMENT: VIER VERHALEN UIT DE PRAKTIJK. VERSLAG SYMPOSIUM VIERDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSCONGRES, ANTWERPEN 17 SEPTEMBER 2008

Deel 8

Baert S, et. al. (2010)

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN DE BEHANDELING VAN KINDEREN
EN JONGEREN: VIER VERHALEN UIT DE PRAKTIJK. VERSLAG SYMPOSIUM
ZEVENDE VLAAMS CONGRES KINDER- EN JEUGDPYCHIATRIE EN
-PSYCHOTHERAPIE, GENT 10 SEPTEMBER 2009**

Deel 9

Baert S, et. al. (2010)

DE TOEPASSING VAN MEETINSTRUMENTEN: STAND VAN ZAKEN 2007-2009

DEEL 10

METEN EN TERUGKOPPELEN VAN BEHANDELRESULTATEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

VERSLAG SYMPOSIUM VIJFDE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSCONGRES,
GENT 14-15 SEPTEMBER 2010

Er is in Vlaanderen een groeiende nood aan een gebruiksvriendelijk instrument om behandelresultaten in kaart te brengen. De web-based Tool voor Uitkomstenmeting (TUM) meet verschillende aspecten van behandeluitkomsten. De TUM maakt een eerste analyse op behandelniveau. Dit symposium belicht de ontwikkeling, de eerste ervaringen met de TUM, met de klemtoon op het geven van feedback naar de cliënt.

De VVGG is meer dan de aanbieder van de TUM 2.0. De VVGG, als vereniging van verenigingen, komt op voor de belangen van de geestelijke gezondheid in Vlaanderen. De VVGG is een unieke organisatie die zowel de zorgverstrekkers als de zorggebruikers (en hun omgeving) verenigt. Vanuit een actor- en sectoroverstijgende benadering werkt de VVGG aan een correcte en genuanceerde beeldvorming over alle aspecten die met geestelijke gezondheid te maken hebben. Beeldvormingcampagnes naar het brede publiek ondersteunen het streven naar een antistigmatiserende en accepterende maatschappij. Concrete acties: partner in het brede beeldvormingprogramma Te Gek!?, informatie en documentatie over geestelijke gezondheid, onderzoek naar uitkomstenmeting, congresorganisaties, tijdschrift Psyche, ...

VVGG – Documentatiecentrum

De VVGG beschikt over een vrij toegankelijk documentatiecentrum waarin een ruime waaier aan informatie over geestelijke gezondheid beschikbaar is. De collectie bestaat uit internationale en nationale tijdschriften en boeken.

openingsuren documentatiecentrum: maandag, woensdag en vrijdag

9u00 tot 12u15 en 13u30 tot 17u00

tel documentatiecentrum: 09/221.27.13

VVGG – Tijdschrift Psyche

Psyche informeert de geïnteresseerde lezer over nieuwe evoluties in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Meer info

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid

Tenderstraat 14, 9000 Gent

tel. 09 221 44 34 – info@vvgg.be – www.vvgg.be