

**UITKOMSTENMANAGEMENT
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN
DEEL 2**

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid



Stefaan Baert

**MEETINSTRUMENTEN EN
BEHANDELRIJCHLIJNEN IN
DE VLAAMSE GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG
INVENTARIS 2006**

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/2007/2566/3

© 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. (2007). Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Inventaris 2006. Deel 2. In VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING

DANKBETUIGING

VOORWOORD

HOOFDSTUK I: ONDERZOEKSMETHODE

1.1. De methodologie

1.2. De keuze van de voorzieningen

1.3. De timing

1.4. Algemene opmerking

HOOFDSTUK II: RESULTATEN

2.1. Aantal contacten

2.2. Meetinstrumenten

2.2.1. Verdeling volgens subsector

2.2.2. Verdeling volgens kwadranten

2.2.3. De meest gebruikte meetinstrumenten in Vlaanderen

2.2.4. Kwaliteit van de meetinstrumenten

2.2.4.1. Kwaliteit volgens de COTAN-gids

2.2.4.2. Kwaliteit van meest gebruikte meetinstrumenten

2.2.5. Gebruik van meetinstrumenten

2.2.6. Alle geïnventariseerde meetinstrumenten

2.2.6.1. Waarderingsinstrumenten

2.2.6.2. Functionele meetinstrumenten

2.2.6.2.1. Meetinstrumenten algemene beoordeling

2.2.6.2.2. Kwaliteit van het leven

2.2.6.3. Klinische meetinstrumenten

2.2.6.3.1. Algemeen klinische meetinstrumenten

2.2.6.3.2. Stoornisspecifieke meetinstrumenten

2.2.6.3.3. Specifieke doelgroepen

2.2.6.4. Andere meetinstrumenten

2.3. Behandelrichtlijnen

2.4. Registratie

2.5. Gebruik van meetresultaten

2.6. Opmerkelijke commentaren van respondenten

HOOFDSTUK III: SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

HOOFDSTUK IV: CONCLUSIES

4.1. Beperkingen van de rondvraag

4.2. Belangstelling vanwege de sector

4.3. Het gebruik van meetinstrumenten

4.4. Toekomstperspectief

4.5. Selectie van meetinstrumenten

LITERATUUR

BIJLAGEN

Bijlage 1: De begeleidende brief

Bijlage 2: De vragenlijst

Bijlage 3: Niet-exhaustieve lijst van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen

Bijlage 4: Alfabetisch overzicht van alle geciteerde meetinstrumenten

p. 4

p. 6

p. 7

p. 8

p. 8

p. 8

p. 8

p. 8

p. 10

p. 10

p. 11

p. 12

p. 12

p. 13

p. 14

p. 14

p. 14

p. 15

p. 16

p. 17

p. 17

p. 17

p. 18

p. 18

p. 18

p. 18

p. 20

p. 21

p. 21

p. 23

p. 23

p. 23

p. 25

p. 26

p. 26

p. 26

p. 27

p. 27

p. 28

p. 29

p. 31

p. 31

p. 32

p. 33

p.35

ALGEMENE INLEIDING

Het meten van uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg. Getuigen daarvan zijn het toenemende aantal internationale publicaties en een groeiende interesse vanuit de sector en de overheid om zicht te krijgen op de resultaten van de behandeling voor psychiatrische patiënten.

Onderzoek naar behandelingsuitkomsten heeft in de psychiatrie een lange geschiedenis achter de rug. Wat aanvankelijk beperkt bleef tot het onderzoeken van veranderingen van klachten tijdens een behandeling, evolueerde naar *randomised controlled trails* (RCT), waarbij patiëntengroepen worden vergeleken met een controlegroep. Samenvattingen van deze internationale studies zijn te vinden in meta-analyses voor specifieke patiëntengroepen of behandelingen.

Dat de Vlaamse overheid verantwoording vraagt aan de sector geestelijke gezondheidszorg voor het bieden van de beste kwaliteit is volkomen terecht. Tien jaar geleden reeds was de Vlaamse overheid zich bewust van het belang van de kwaliteit van de zorg. Dit formuleerde zij onder vorm van kwaliteitsdecreten. Hiermee volgt Vlaanderen een internationale tendens, die o.a. vanuit Nederland en Engeland naar ons komt overgewaaid. Deze tendens kadert binnen het kwaliteitsdenken wereldwijd en evolueerde van personeels- en middelenmanagement, beleid en strategie (input); over de intake, behandeling en nazorg (kernprocessen) naar patiënttevredenheid, maatschappelijke waardering en uitkomsten van de behandeling (output).

Om de verandering van ernst van een stoornis en de effectiviteit van de behandeling na te gaan zijn de laatste decennia heel wat meetinstrumenten op de markt gekomen, ook in Vlaanderen en Nederland, maar uit internationale literatuur blijkt dat weinig meetinstrumenten aan de gestelde eisen voldoen. De kunst is een evenwicht te vinden tussen de praktische bruikbaarheid en de wetenschappelijke evidentie.

De opdracht wetenschappelijke ondersteuning inzake het meten van behandelingsresultaten werd toevertrouwd aan de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG). Deze opdracht is omschreven in de beheersovereenkomst tussen de VVGG en de Vlaamse overheid die in 2006 van start is gegaan. Op het domein van de wetenschappelijke ondersteuning kan de VVGG een tweeledige belangrijke bijdrage leveren: enerzijds als onafhankelijke tussenpersoon tussen de academische onderzoeker en het werkveld en anderzijds als communicatiekanaal van onderzoeksresultaten naar specifieke doelgroepen en het brede publiek. Het beheerscontract verwoordt de opdracht wetenschappelijke ondersteuning als volgt:

“Wetenschappelijke ondersteuning bij het ontwikkelen van een instrumentarium voor de geestelijke gezondheidszorg om de resultaten van behandeling te bepalen en vast te stellen.

In 2006 zal een kerngroep opgestart worden, samengesteld uit vertegenwoordigers van de hulpvragers, hun omgeving, hulpverleners, deskundigen uit de wetenschappelijke en universitaire wereld, beleidsfunctionarissen en andere actoren uit de geestelijke gezondheidszorg. Er zal inbreng zijn van binnenlandse en buitenlandse experts.

Onder leiding van de kerngroep zal gewerkt worden aan een inventarisatie wat terzake reeds bestaat en gebruikt wordt in Vlaanderen, wat in het buitenland gebeurt of ontwikkeld werd. Deze inventaris zal gerangschikt worden op basis van de parameters evidentie, gebruiksvriendelijkheid en bereik.

Op basis van deze inventaris kan dan in een tweede fase (2007) gestart worden met de aanpassing aan de Vlaamse realiteit, de implementatie van meerdere instrumenten in een aantal voorzieningen, met begeleiding van een veralgemeende invoering ervan in 2008.’

De realisatie van de beheersovereenkomst resulteert in een reeks van 5 uitgaven van de VVGG. De rode draad wordt gevormd door 3 kernvragen:

1. 'Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?'
2. 'Hoe kunnen de verschillende soorten uitkomsten gemeten worden?'
3. 'Wat doen de zorginstellingen en de overheid met deze resultaten?'

Een 1ste publicatie is een verslag van het besloten VVGG-symposium. Tijdens deze bijeenkomst hebben buitenlandse deskundigen gerapporteerd over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoording in de geestelijke gezondheidszorg.

Een 2de publicatie is de inventaris die gemaakt werd op basis van een rondvraag eind 2006. Het is een exploratief onderzoek naar de meetinstrumenten die gebruikt worden in de geestelijke gezondheidsvoorzieningen waarvoor de Vlaamse overheid bevoegd is.

Een 3de publicatie is een literatuurstudie over het meten van uitkomsten. Hierin wordt een beeld geschetst van wat in het buitenland al is gebeurd, met speciale aandacht voor Nederland, gezien de bruikbaarheid voor Vlaanderen.

Een 4de en 5de publicatie zullen later verschijnen. In een 4de deel wordt gepeild naar standpunten en visies van de verschillende stakeholders. In een laatste publicatie wordt verslag uitgebracht van de implementatie van een set van meetinstrumenten in enkele zorginstellingen.

Gent, september 2007

DANKBETUIGING

We danken voor hun deskundig advies:

Paul Arteel (VGG)

Laurence Claes (KULeuven)

Marc Covents (Universiteit Gent)

Mieke Craeymeersch (Similes)

Mario De Prijker (CGG Vagga)

Stefaan Lievens (beheerder VGG)

Mieke Maertens (VU Brussel)

Lea Maes (Universiteit Gent)

Jan Michiels (Ups & downs vzw)

Geert Molenberghs (Universiteit Hasselt)

Guido Pieters (KULeuven)

Marc Schittekatte (Universiteit Gent)

Chantal Van Audenhove (KULeuven)

Chris Vander Auwera (Agentschap Zorg en Gezondheid)

Rik Van Nuffel (VGG)

Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)

Geert Verstuyf (VAD)

Alain Vincke (CCG Eclips)

Yves Wuyts (VVI).

Speciale dank aan Kristien Corijn die instond voor de telefonische bevraging van alle Vlaamse ggz-voorzieningen in het najaar van 2006.

VOORWOORD

In dit deel wordt gerapporteerd over een rondvraag naar het gebruik van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in Vlaanderen. Hoofdstuk I schetst de onderzoeksmethode. Hoofdstuk II geeft de resultaten weer. In hoofdstuk III worden de belangrijkste resultaten summier weergegeven. In hoofdstuk IV worden besluiten geformuleerd, inclusief de beperkingen van deze studie en een toekomstperspectief.

HOOFDSTUK I: ONDERZOEKSMETHODE

De adviesgroep bracht in augustus 2006 een werkbezoek aan GGZ Nederland en het Trimbosinstituut. Op de daaropvolgende samenkomsten in september en november 2006 werd overleg gepleegd over de manier waarop de bevraging zou gebeuren en hoe de resultaten zouden verwerkt worden.

1.1. De methodologie

Er werd gekozen voor een bevraging per telefoon, ondersteund door e-mailverkeer, waarbij alle Vlaamse voorzieningen een viertal vragen werden voorgelegd.

Deze methodologie werd in 2005 ontwikkeld en gebruikt voor het onderzoek 'Enquête Dubbeldiagnose Schizofrenie - illegale Drugs' dat uitgevoerd werd door de Belgische Schizofrenieliga, onder leiding van D. Van Werde, M. De Hert en M.A. Domken.

1.2. De keuze van de voorzieningen

In overleg met de opdrachtgever werd ervoor gekozen om alleen deze voorzieningen te contacteren die door de Vlaamse Gemeenschap erkend en/of gesubsidieerde worden. Het betreft alle reguliere voorzieningen: Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ-diensten), Beschut Wonen (BW), Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG).

Therapeutische gemeenschappen, dagcentra, RIZIV-geconventioneerde instellingen, enz. werden bijgevolg niet gecontacteerd. Nochtans is gebleken dat ook in deze voorzieningen meetinstrumenten en behandelrichtlijnen gebruikt worden. In de verslavingszorg, waar heel wat therapeutische gemeenschappen en RIZIV-geconventioneerde instellingen zijn, bestaat heel wat ervaring op dit vlak. We verwijzen daarvoor naar de resultaten van het onderzoeksproject '*Kennis en toepassing van evidence-based richtlijnen in de verslavingszorg*' in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid, uitgevoerd door een interuniversitaire equipe gecoördineerd door prof. Dr. Bernard Sabbe (Autrique, 2007).

De begeleidende brief en de vragenlijst van de rondvraag vindt u in bijlage 1 en 2.

1.3. De timing

De opdracht werd gegeven op 31 juli 2006 (vervat in het beheerscontract dat op die dag ondertekend werd door de VVGG en minister Vervotte).

Tussen 15 oktober en 1 december 2006 werden alle voorzieningen gecontacteerd. Er werd gebruik gemaakt van de overzichten die begin oktober beschikbaar waren op de websites van de Vlaamse en de federale overheid en de daarin vermelde telefoonnummers en e-mail adressen. Wanneer reactie of antwoord uitbleef was er tot 3 keer toe een herinneringscontact via e-mail. Wie op 1 december nog niet geantwoord had kreeg nog een laatste e-mail met vermelding van 15 december 2006 als ultieme deadline.

1.4. Algemene opmerking

Door het korte tijdsbestek waarbinnen deze rondvraag georganiseerd werd, kregen de voorzieningen slechts heel beperkte tijd om op de vragenlijst te antwoorden, en was er geen mogelijkheid tot correctie bij voorzieningen die om een of andere reden de vragenlijst niet volledig of niet correct hadden ingevuld. Er was ook geen tijd voor feedback om bepaalde antwoorden te verifiëren of te verhelderen.

Er was geen mogelijkheid om met de respondenten omstandige afspraken te maken over wat nu wel en niet als richtlijn of meetinstrument beschouwd werd. Er was alleen een niet-exhaustieve lijst (zie bijlage 3) die ter illustratie aangeboden werd. Deze niet-

exhaustieve lijst bevat 17 meetinstrumenten die op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek door het Trimbosinstituut naar voren zijn geschoven als betrouwbare, valide en gebruiksvriendelijke meetinstrumenten. Verder werd ook verwezen naar 17 behandelrichtlijnen.

Er was ook geen mogelijkheid om na te gaan in welke mate de antwoorden die ingestuurd waren echt representatief kunnen genoemd worden voor de voorziening. Soms is het duidelijk dat men echt alle afdelingen bevroegd heeft, in andere gevallen is het duidelijk dat slechts een beperkt aantal afdelingen bij de bevraging betrokken werden, maar meestal is dit onduidelijk.

De hieronder weergegeven verwerking van de resultaten is dan ook als indicatief te beschouwen.

HOOFDSTUK II: RESULTATEN

2.1. Aantal contacten

Het vergde van de voorzieningen toch wel enige consultatie, overleg en opzoeking om de enquête behoorlijk in te vullen. In totaal werden 160 voorzieningen gecontacteerd (tabel 1). 74% antwoorden voor de vooropgestelde deadline van 1 december. Uiteindelijk heeft 97% geantwoord op de rondvraag, de grote meerderheid met een ingevuld formulier, de anderen antwoordden zonder gebruik te maken van het formulier. Bij deze laatste was het antwoord meestal dat er geen meetinstrumenten gebruikt werden in de voorziening of werd er verwezen naar voorziening-eigen meetinstrumenten. Analyse van de antwoorden van de voorzieningen die later kwamen leverde bijna geen nieuwe meetinstrumenten of behandelrichtlijnen op.

Slechts met een paar voorzieningen was er geen enkel contact, te wijten aan afwezigheid van de verantwoordelijke, maar ook aan naamsverwarring of misverstanden bij het opbellen en/of e-mailen. 5 voorzieningen weigerden hun medewerking. Alle gecontacteerde CGG's en BW's waren tot medewerking bereid.

De respondenten die later reageerden situeren zich vooral bij de PVT's en de PAAZ-diensten. Van de 5 weigeringen zijn er ook 4 uit deze subsectoren afkomstig. Het waren overigens vooral PVT's en PAAZ'en die het moeilijkst bereikbaar waren en de minst duidelijke structuren hebben, wegens de verwevenheid met het Algemeen Ziekenhuis voor de PAAZ-diensten en met het PZ voor de PVT's.

Voor de CGG's werd in eerste instantie contact opgenomen met de centrale zetel. Één CGG vroeg alle vestigingsplaatsen apart te contacteren, de anderen verzamelden zelf de gegevens over de verschillende vestigingen.

Tabel 1: aantal contacten

	contact	antwoord		weigering	
BW	42	42	100%	0	0%
CGG	21	21	100%	0	0%
PAAZ-diensten	38	35	92%	3	8%
PVT	24	23	96%	1	4%
PZ	35	34	97%	1	3%
totaal	160	155	97%	5	3%

64% van de voorzieningen maken gebruik van één of meer meetinstrument (tabel 2). PVT's en Beschut Wonen vormen twee buitenbeentjes. Heel wat antwoorden vanuit deze twee subsectoren verwijzen naar het feit dat zij stricto sensu niet behandelen (KB 10/07/1990). Vermits zij niet behandelen, hanteren zij ook geen meetinstrumenten om het resultaat ervan te bepalen.

Anderzijds blijkt dat bij de grote meerderheid van de PZ, PAAZ-diensten en CGG's wel degelijk gebruik gemaakt wordt van meetinstrumenten. Indien we de resultaten van BW en PVT niet meerekenen, bekomen we een percentages van 80.

Tabel 2: gebruik van meetinstrumenten per voorziening

	contact	meetinstrumenten	
BW	42	12	29%
CGG	21	15	71%
PAAZ-diensten	38	31	82%
PVT	24	15	62%
PZ	35	29	83%
totaal	160	102	64%

2.2. Meetinstrumenten

In de vragenlijst werd ter verduidelijking verwezen naar een overzicht dat enkele jaren geleden verscheen in een publicatie van het Trimbosinstituut waarin een aantal meetinstrumenten toegelicht werden.

Nader onderzoek van de oorspronkelijke lijst met meetinstrumenten wees uit dat verschillende meetinstrumenten onder een andere naam of versie voorkwamen. Daarnaast werden een aantal voorziening-eigen meetinstrumenten (zoals een tevredenheids-enquête), registratiesystemen (MPG, Arcade en RPL) en allerhande lichamelijke test (ademhalingstest, bloedanalyse, urinetest, etc) gevonden. Deze zijn niet verder opgenomen, omdat ze buiten het bestek van deze rondvraag vallen. Bij voorziening-eigen meetinstrumenten stelt zich een bijkomend probleem dat *benchmarking* niet mogelijk is.

De informatie over de meetinstrumenten is gebaseerd op 6 verschillende bronnen:

1. er werd nagegaan of het meetinstrument voorkomt in Nederlands onderzoek (Trimbosonderzoek van 2003 en Tijdschrift voor Psychiatrie 2004/10)
2. er werd gekeken of het meetinstrument werd beoordeeld in de COTAN-gids (Evers et al, 2000)
3. diverse testcatalogussen van Nederlandstalige uitgeverijen werden geconsulteerd
4. internationale, wetenschappelijke literatuur werd geraadpleegd via elektronische databanken (PubMed en PsychLit)
5. de testotheken van de KUL, UG en VUB werden gecontacteerd en geraadpleegd
6. de zorginstellingen die een meetinstrument citeerden waarover nauwelijks informatie te vinden is, werden opnieuw gecontacteerd.

Van een tiental meetinstrumenten zijn geen of weinig gegevens teruggevonden. Het gaat hierbij vermoedelijk om oudere meetinstrumenten of meetinstrumenten die op basis van bestaande meetinstrumenten zijn samengesteld door de voorziening zelf (voorziening-eigen meetinstrumenten). Deze werden toch opgenomen in de lijst (zie bijlage 4). Het betreft hier telkens de meest recente versie(s). In totaal werden door de respondenten ruim 160 verschillende meetinstrumenten vermeld. Ongeveer 40% wordt in de COTAN-gids vermeld.

Benchmarking is het vergelijken van diensten en werkwijzen van de eigen organisatie met de best presterende organisatie(s) of met de organisatie(s) die erkend worden als leidinggevend.

2.2.1. Verdeling volgens subsector

Tabel 3 geeft het aantal geciteerde meetinstrumenten weer per subsector. De psychiatrische ziekenhuizen gebruiken 121 verschillende meetinstrumenten, dat is bijna de helft meer dan de PAAZ-diensten en drie keer zoveel als de CGG's.

Tabel 3: aantal geciteerde meetinstrumenten per voorziening		
	aantal geciteerde meetinstrumenten	hoogste aantal geciteerde meetinstrumenten
BW	10	5
CGG	40	11
PAAZ-diensten	66	40
PVT	11	9
PZ	121	26

2.2.2. Verdeling volgens kwadranten

Walburg (2003) maakt een onderscheid tussen vier manieren waarop uitkomsten kunnen gemeten worden. Deze verdeling in vier kwadranten (1) klinische uitkomsten, (2) functionele uitkomsten (onder meer kwaliteit van het leven), (3) cliëntenwaardering en (4) kosten kan in de verschillende subsectoren worden toegepast. Deze kwadranten worden in de literatuurstudie (Keymolen en Casselman, 2007) uitgebreid toegelicht.

Zoals blijkt uit onderstaande tabel, meten de meeste meetinstrumenten klinische uitkomsten en slechts een minderheid functionele uitkomsten en waardering. Voor de Trimboslijst geldt trouwens hetzelfde. Van de 11 geciteerde functionele meetinstrumenten verwezen er vier naar de kwaliteit van het leven. De andere verwezen naar meetinstrumenten waarmee men het psychisch, sociaal, beroepsmatig, dagelijks, interpersoonlijk en/of fysiek functioneren meet. De twee geciteerde waarderingsinstrumenten betreffen de 'Trimbosthermometer' en 'Oordeel over de ontvangen behandeling' (OOB). Beiden gaan de tevredenheid van de patiënten na. Van de Trimbosthermometer bestaan vijf versies, waarvan een de waardering van de betrokken peilt.

Tabel 4: aantal geciteerde meetinstrument per kwadrant	
	aantal geciteerde meetinstrumenten
klinische	150
functionele	11
waardering	2
kosten	0

Klinische uitkomsten zijn kenmerken van de zorgconsument, gerelateerd aan een specifieke stoornis die veranderen in de tijd ten gevolge van een zorginterventie.

Functionele uitkomsten geven het functionele vermogen van de patiënt weer, het vermogen om zo goed mogelijk te functioneren.

2.2.3. De meest gebruikte meetinstrumenten in Vlaanderen

In tabel 5 vindt u een alfabetische lijst van 9 meetinstrumenten die minstens 5 maal werden geciteerd. Daarnaast werden ook het MPG-registratiesysteem en eigen tevredenheidsenquêtes bij de patiënten vaak vermeld, maar deze zijn niet opgenomen in onderstaande tabel.

Eén derde van de meetinstrumenten (SCL-90-R, SDS en de IOA) komt ook voor op de Trimboslijst (bijlage 3). Verder zien we dat alle meetinstrumenten, op 1 na, uit het kwadrant met de klinische uitkomsten komen. Dit is niet verwonderlijk, gezien de meeste meetinstrumenten uit dit kwadrant komen. Dit heeft waarschijnlijk te maken met een traditie in de psychiatrie en klinische psychologie. Het betreft meestal meetinstrumenten die internaliserende stoornissen meten (angst en depressie) of psychose. Eén meetinstrument is een globaal screeningsinstrument voor lichamelijke en psychische klachten (SCL-90-R), een ander meetinstrument (MMSE) is een cognitieve screeningstest. Enkel de GAF meet functionele uitkomsten.

Tabel 5: Overzicht meest gebruikte meetinstrumenten in Vlaanderen

Meetinstrument	BDI-II-NL	Kwadrant	Bereik
Beck Depression Inventory	BDI-II-NL	klinisch	De BDI-II-NL is een korte zelfrapportage vragenlijst voor het meten van de algemene ernst van van depressie. Het instrument is ontwikkeld voor het beoordelen van symptomen.
Global Assessment of functioning	GAF	functioneel	De GAF is een meetinstrument waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een patiënt wordt uitgedrukt in een getal tussen 0 en 100.
Hamilton Depressie Schaal	HRS	klinisch	De HRS geeft een maat voor de ernst van depressie. Er bestaan verschillende versies, waarvan diegene met 17 items het meest wordt gebruikt.
Inventarislijst Omgaan met Anderen	IOA	klinisch	De IOA is een zelfrapportage instrument voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden. Er wordt zowel rekening gehouden met frequentie als met spanning.
Mini Mental State Exam	MMSE	klinisch	De MMSE is een cognitieve screeningstest die bestaat uit items die betrekking hebben op geheugen, aandacht en andere cognitieve domeinen.
Positive And Negative Syndrome Scale	PANSS	klinisch	De PANSS is een instrument voor de beoordeling van schizofrene verschijnselen.
Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers	PECC	klinisch	De PECC bestaat uit 5 delen (registratie, assessment / beoordeling, medicatie, educatie / therapie en levenscyclus) en is bestemd voor verpleegkundigen die werken met psychotische patiënten.
Symptom Check List	SCL-90-R	klinisch	De SCL-90-R is een zelfrapportage instrument die lichamelijke en psychische klachten meet ten behoeve van de screening van psychopathologie.
Zung Zelfbeoordelings-schaal voor Depressie	SDS	klinisch	De SDS is een zelfrapportagevragenlijst voor depressie.

2.2.4. Kwaliteit van de meetinstrumenten

2.2.4.1. Kwaliteit volgens de COTAN-gids

Hieronder bekijken we de COTAN-beoordeling van 6 van de 9 meest gebruikte meetinstrumenten in Vlaanderen. De overige 3 meetinstrumenten komen in de COTAN-gids niet voor. Vooraf twee belangrijke opmerkingen: (1) De COTAN-gids beoordeelt testen voor gebruik in Nederland. Hoewel we over hetzelfde taalgebied spreken, moeten deze meetinstrumenten in principe opnieuw worden beoordeeld voor hun toepassing in Vlaanderen, omdat sommige testen cultuurgevoelig blijken te zijn. Zo zijn de verschillen qua normen tussen Vlamingen en Nederlanders op cognitieve tests verwaarloosbaar, maar het tegendeel is waar voor gedragsvragenlijsten (Stinissen, 2002). (2) Het oordeel 'onvoldoende' heeft vooral een functie van 'waarschuwingssignaal' (Evers et al, 2000).

Bob van Wijngaarden inventariseerde op basis van een literatuuronderzoek 168 meetinstrumenten. Hij selecteerde daaruit 17 meetinstrumenten (zie bijlage 3). De selectie gebeurde op basis van volgende criteria: (1) geschikte maat voor het meten van behandelresultaat?, (2) ingebed in theoretisch model?, (3) betrouwbaarheid en validiteit, (4) geschikte maat voor het meten van veranderingen? en (5) praktische bruikbaarheid. Een dergelijke diepgaande doorlichting van alle in Vlaanderen geïnventariseerde meetinstrumenten is in deze fase niet opportuun, gezien er ook diagnostische meetinstrumenten in de lijst voorkomen. Deze komen niet in aanmerking voor het meten van behandelresultaten of verandering van ernst van symptomen. In bijlage 4 vindt u een alfabetische lijst van alle geciteerde meetinstrumenten, met een korte toelichting.

2.2.4.2. Kwaliteit van meest gebruikte meetinstrumenten

De GAF, PANSS en PECC zijn niet opgenomen in de COTAN-gids. Twee schalen, IOA en SCL-90-R, behalen op alle criteria minstens voldoende. De HRSD scoort het minst goed van de 6 meetinstrumenten (4 onvoldoendes). Vooral op vlak van kwaliteit van handleiding, normen en criteriumvaliditeit scoren deze meetinstrumenten onvoldoendes.

Tabel 6: overzicht beoordeling 'documentatie van tests en testresearch in Nederland'

	BDI-II-NL	HRSD	IOA	MMSE	SCL-90-R	SDS
uitgangspunten bij de testconstructie	g	v	g	g	g	g
kwaliteit van het testmateriaal	g	o	g	g	g	v
kwaliteit van de handleiding	g	o	g	g	g	o
normen	o	o	v	v	v	o
betrouwbaarheid	g	v	v	g	g	v
begripsvaliditeit	v	v	v	g	g	v
criteriumvaliditeit	o	o	g	g	g	o

o = onvoldoende; v = voldoende; g = goed

Naast wetenschappelijke evidentie (tabel 6) en bereik (tabel 5) geeft tabel 7 een eerste aanzet tot evaluatie van de praktische bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de meest gebruikte meetinstrumenten.

Tweede van de meetinstrumenten zijn zelfbeoordelingsschalen die door de patiënt zelf worden ingevuld. De afname- en scoringsduur zijn maximaal een half uur. Het aantal items is meestal kleiner dan 30. Uitzonderingen hierop zijn de IOA en de SCL-90-R. De gegevens van deze meetinstrumenten kunnen dus op een snelle en efficiënte wijze worden verwerkt.

Tabel 7: praktische bruikbaarheid en gebruiksvriendelijkheid				
		aantal items	afname- en scoringsduur	respondent
BDI-II-NL	Beck Depression Inventory	21	10' / 5'	patiënt
GAF	Global Assessment of Functioning	1	1'	hulpverlener
HRSD	Hamilton Depressie-schaal	17/21	30'	patiënt
IOA	Inventarislijst Omgaan met Anderen	2 x 35	20' / 10'	patiënt
MMSE	Mini Mental State Exam	20	15' / 5'	patiënt
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale	30	20'	hulpverlener
PECC	Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers	5 delen	onbekend	verpleegkundige
SCL-90-R	Symptom CheckList	90	20' / 10'	patiënt
SDS	Zung Zelfbeoordelings-schaal voor Depressie	20	5'	patiënt

2.2.5. Gebruik van meetinstrumenten

In het Psychiatrisch Ziekenhuis wordt het meest gebruik gemaakt van de MMSE. PAAZ-diensten gebruiken vooral de PECC. Zowel bij de PZ'en, de PAAZ-diensten en de GGZ's blijkt de SCL-90-R een populair meetinstrument te zijn.

De gebruikte meetinstrumenten kunnen ook gelinkt worden aan een specifieke doelgroep. Voor kinderen en adolescenten is de Children Behaviour Check List (CBCL) een veelgebruikt meetinstrument. Voor bejaarden wordt de Global Deterioration Scale (GDS) veel gebruikt. In de verslaafdenzorg blijken vooral de Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) en de GAF populaire meetinstrumenten te zijn. In een forensische setting wordt veelal de Historical Clinical Risk management scheme for assessment of dangerousness and risk (HCR-20) gebruikt.

Als we de meetinstrumenten linken met stoornissen, dan merken we dat voor depressie vooral de BDI, HRSD en de SDS gebruikt worden en voor psychose vooral de GAF, SCL-90-R, PANSS en de PECC.

2.2.6. Alle geïnventariseerde meetinstrumenten

Bij de indeling van alle geïnventariseerde meetinstrumenten zijn we vertrokken van de hierboven vermelde kwadranten van Walburg (2003). Een aantal van de meetinstrumenten zijn bedoeld voor algemeen klinische metingen, zoals de CGI of de SCL-90-R, andere waren specifiek gericht op bepaalde doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen, jongeren of ouderen) of op een specifieke stoornis (stemmingsstoornis, angststoornis, etc). De categorie klinische uitkomsten is verder onderverdeeld in algemeen klinische, stoornisspecifieke meetinstrumenten en specifieke doelgroepen.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat een groot aantal van deze klinische meetinstrumenten zuiver diagnostische meetinstrumenten zijn en dus niet toelaten om bijvoorbeeld een verandering van de ernst van symptomen en/of efficiëntie van de behandeling te meten. Waarschijnlijk werden bij de vraagstelling de aspecten effectiviteit en verandering van ernst van symptomen te weinig beklemtoond. Het meten van de ernst van een stoornis gebeurt door een eenmalige meting die wordt vergeleken met een norm; het meten van verandering van de ernst gebeurt door middel van de vergelijking tussen een voor- en nameting. Deze meetinstrumenten moeten dus gevoelig zijn voor veranderingen.

Voor de toekenning van een meetinstrument aan een bepaalde categorie hebben we ons laten leiden door de antwoorden van de respondenten. Dit betekent dat een algemeen klinisch meetinstrument kan geplaatst worden bij een specifieke stoornis of doelgroep. Daardoor zijn sommige meetinstrumenten ondergebracht in meerdere categorieën.

Tabel 8: aantal geciteerde meetinstrument uit het klinische kwadrant	
	aantal geciteerde meetinstrumenten
Waarderingsinstrumenten	2
Functionele meetinstrumenten	11
meetinstrumenten algemene beoordeling	7
kwaliteit van het leven	4
Klinische meetinstrumenten	150
Algemeen klinische	9
Stoornisspecifieke	
aandachtsstoornissen	4
angststoornissen	11
cognitieve stoornissen	2
dissociatieve stoornissen	1
eetstoornissen	5
geheugenstoornissen	2
persoonlijkheidsstoornissen	2
psychotische stoornissen	10
stemmingsstoornissen	12
stoornissen in middelengebruik	17
suïcidaliteit	2
Specifieke groepen	
forensische psychiatrie	4
kinderen	42
ouderen	17

2.2.6.1. Waarderingsinstrumenten

Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB)
 Trimbosthermometer

2.2.6.2. Functionele meetinstrumenten

2.2.6.2.1. Meetinstrumenten algemene beoordeling

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)
 Children-Global Assessment of Functioning (C-GAF)
 Global Assessment of Functioning (GAS)
 Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
 Medical Outcome Study Short Form (MOS SF 12/20/36)
 Outcome Questionnaire (OQ-45)
 Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)

2.2.6.2.2. *Kwaliteit van het leven*

Manchester Short Assessment of quality life (MANSA)
Quality of Life in Depression Scale (QLDS)
Quality of Life Scale (QOLS)
Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS)

2.2.6.3. *Klinische meetinstrumenten*

2.2.6.3.1. *Algemeen klinische meetinstrumenten*

Adult Behaviour Check List (ABCL)
Adult Self Report (ASR)
Clinical Global Impressions (CGI)
Crisis Triage Rating Scale (CTRS)
HSCL klachtenlijst
Klachtenlijst van Brinkman
MINI-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (MINI-SCAN)
Symptom Check List (SCL-90-R)
Utrechtse Coping List (UCL)

2.2.6.3.2. *Stoornisspecifieke meetinstrumenten*

Aandachtstoornissen

Auditory-Verbal Learning Test (AVLT) / 15 woorden van Rey
Bourdon-Vos test (BV)
Complexe Figuur van Rey (CFR)
Trail Making Test (TMT)

Angststoornissen

Body Sensation Questionnaire (BSQ)
Hamilton Angst Schaal (HAS of HAM-A)
Hospital Anxiety Depression Scales (HADS)
Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)
Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)
Tampa Schaal voor Kinesofobie (TSK-DLV)
Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale checklist (Y-BOCS)
Zelf Inventarisatie Lijst posttraumatische stress (ZIL)
ZelfBeoordelingsVragenlijst (ZBV)
Zung Self-Rating Anxiety Scale

Cognitieve stoornissen

Behaviour Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)
Mini-Mental State Examination (MMSE)

Dissociatieve stoornissen

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20 / SDQ-5)

Eetstoornissen

Binge Eating Tripper Checklist (BETCH)
Body Image - Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)
Eating Disorder Evaluation Scale (EDES)
Eating Disorder Inventory (EDI-II)
LichaamsAttitude Vragenlijst (LAV)

Geheugenstoornissen

Benton visual retention test (BVRT)
Rivermead Behaviour Memory Test (RBMT)

Persoonlijkheidsstoornissen

Nederlandse Verkorte MMPI (NVM)
NEO-PI-R en NEO-FFI

Psychotische stoornissen

Attention Diagnostic Method (ADM)
Autonome Gehechtheidschaal (AGS-30)
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)
Psychosis Evaluation tool for Communit use by Caregivers (PECC)
Temperament en Karaktervragenlijst (TCI)
Udvalg for Kliniske Undersogelse (UKU)
Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP)
Ward Atmosphere Scale (WAS)

Stemmingsstoornissen

Bech Depression Inventory (BDI-II-NL)
Bech-Rafaelsen Mania Scale (BR-MAS)
CAROLL
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
Hospital Anxiety Depression Scales (HADS)
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)
Plezierige Activiteiten Lijst (PAL)
Van Rooijens opsomming van Opgewektheid en Somberheid (VROPSOM)
Young Mania Rating Scale (YMRS)
Zelfbeoordelingsschaal voor depressie (Bf-s)
Zung zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (SDS)

Stoornissen in middelengebruik

Addiction Severity Index (ASI)
Alcohol Use Scale (AUS)
Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised (CIWA-AR)
Cognitieve ScreeningsTest (CST)
Doorlichtingsvragenlijst alcohol (Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen – VAD)
Drug Use Scale (DUS)
Drug/alcohol 6-month Follow-Back Calendar (TLFBC)
Korsakov observatielijst
Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure (K-SNAP)
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
München Alcoholism Test (MALT / MALT-3)
Omstandigheids- motivatie en bereidheidsschaal voor drugbehandeling
Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)
Risico-analyse

Vragenlijst risicosituaties (Vereniging voor Alcohol en andere Drugsproblemen – VAD)
Wechsler Memory Scale

Suïcidaliteit

Hopeloosheidsschaal van Beck
Leidraad voor inschatten suïcide ideatie

2.2.6.3.3. Specifieke doelgroepen

Forensische geestelijke gezondheidszorg

Behaviour Status Index – Nederlandse versie (BSI-D)
Hare Psychopathy Check List (HARE PCL-R)
Historical Clinical Risk management scheme for the assessment of dangerousness and risk (HCR-20)

Kinderen en jongeren

Berges-Lizines
SNAP rating scale van Swanson
Stimulant drug side effects rating scale van Barkley

Stemming en angst

Children's Depression Inventory (CDI)
Competentie Belevingsschaal Adolescenten (CBSA)
Competentie Belevingsschaal Kinderen (CBSK)
Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK / KDVK)
Screen for Children Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED-NL)
Sociale Angst Schaal voor Kinderen (SAS-K)
Spence Children's Anxiety scale (SCAS-NL)
Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK)
ZelfBeoordelingsVragenlijst voor Kinderen (ZBV-K)

Ontwikkeling, intelligentie, motoriek en taal

Bayley Scales of Infant Development (BOS 2-30 / BSID-II-NL)
Beery Visual Motor Integration test (VMI)
Grafomotorische test (GHB)
Lijsten voor communicatieve ontwikkeling (NCDI)
Movement Assessment Battery for Children (MOVEMENT ABC)
Nederlandstalige Non Speech test (NNST)
Nepsy
Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2)
Peabody test voor passieve woordenschat (PPVT-III-NL)
Pre School Language Scale (PSL-3)
Psycho Educational Profile – Revised (PEP-R)
Raven's Coloured Progressive Matrices (CPM)
Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test (RAKIT)
Reynell TaalOntwikkelingsSchalen (RTOS)
Schlichting Test voor Taalproductie
Symbolic Play Test (SPT)
Taaltest voor Kinderen (TVK)
Utrechtse Korte Kleuter Intelligentietest (UKKI)
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised (WPPSI-R)
Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA)

Gedrag en emotie

ADHD Rating Scale van DuPaul

AVL ADHD vragenlijst
Children Behaviour Check List (CBCL)
Gevoelsthermometer
Teacher's Report Form (TRF / C-TRF)
Youth Self Report (YSR)

Opvoeding

Bethlem Mother Infant Interaction Score (BMIS)
Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI / NOSIK)
Nijmeegse Vragenlijst voor de OpvoedingsSituatie (NVOS)
The Feeding Scale Chatoor

Ouderen

Alzheimer Disease Assessment Scale, cognition subscale (ADAS-cogn)
Amsterdamse DementieScreeningstest (ADS-6)
Cambridge Examination for Mental Disorders – revised (CAMDEX-R/N)
Cognitieve testbatterij
Fluency
Gedragsobservatieschema voor Intramuraal Gerontopsychiatrie (GIP / GIP-28)
Geriatrische Depressie Schaal (GDS-30)
Global Deterioration Scale (GDS)
Graded Naming Test (GNT)
Katzschaal
Neuropsychiatric Inventory (NPI)
Testbatterij i.v.m. Alzheimer
Trail Making Test (TMT)
Tunetti en Tug
Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)
Vlaamse Dementie Batterij (VDB-II)
Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III-NL)

2.2.6.4. Andere meetinstrumenten

Basic ADL
Bender Gestalt test
HAND test
McGill Pain Questionnaire – Dutch Language Version (MPQ-DLV)
Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS)
Pain Disability Index (PDI)
Piekerlijst
Pijn Coping & Cognitieve Vragenlijst (PCCL)
Proef van Franz
SLD-I
Widlockerschaal voor geremdheid, retardatieschaal

2.3. Behandelrichtlijnen

In de vragenlijst werd ter verduidelijking verwezen naar 2 websites waarin een overzicht geboden wordt van behandelrichtlijnen die in ons land gangbaar zijn (<http://portal.iscientia.net/public/cebamnl/richtlijnen/Pages/default.aspx> en http://www.guidelines.gov/browse/guideline_index.aspx). Uit onze rondvraag blijkt dat er in de praktijk verwarring bestaat tussen de begrippen 'behandelrichtlijn', 'protocollaire behandeling' en andere interventies en behandelingsvormen.

Een *behandelrichtlijn* is een document met aanbevelingen en behandelinstructies ter

ondersteuning van de praktijk. Ze berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence based) enerzijds en discussie en meningsvorming (consensus) anderzijds. Meestal is het beleid hierbij één van de partijen. Een behandelingsrichtlijn is dus gericht op het beschrijven van goed handelen en vormt een leidraad voor diagnostiek en behandeling.

Een *protocollaire behandeling* daarentegen is een wetenschappelijk ontwikkelde behandeling die veelal getoetst is binnen gerandomiseerde klinische trials en waarbij ook getrouwheids- en doenbaarheids-onderzoek is voorafgegaan.

Gezien er geen duidelijke afspraken zijn gemaakt met de respondenten omtrent wat wel en wat niet als een behandelrichtlijn beschouwd wordt, kwamen in onze lijst veel behandelingsplannen, gedragscodes, protocollen, trainingen en andere werkvormen voor. Na grondige analyse hielden we een lijst over met 12 behandelrichtlijnen; de meeste kwamen uit Nederland of uit Amerika (APA) (tabel 9). De meeste werden slechts 1 maal vernoemd. Daarnaast werd ook nog verwezen naar de Trimbosrichtlijnen en medicofarmaceutische richtlijnen. Uit deze gegevens blijkt dat behandelrichtlijnen in Vlaanderen nauwelijks worden gebruikt.

Tabel 9: Overzicht geciteerde behandelrichtlijnen

	Richtlijn	Jaartal	Bron
1	Best practices in family intervention for serious mental illness (vertaald als Gezinsinterventie: richtlijn voor de diagnostiek en zorgorganisatie van volwassen cliënten met schizofrenie)	2005	UK
2	Multidisciplinaire richtlijn depressie	2005	NVP
3	Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie	2005	NVP
4	Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder – revision	2002	APA
5	Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder	2001	APA
6	Practice guideline for the treatment of patients with delirium	1999	APA
7	Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder	2000	APA
8	Practice Guidelines for treatment of patients with schizophrenia second edition	2004	APA
9	Practice guidelines for treatment of patients with substance use disorders	2006	APA
10	Richtlijn Electroconvulsietherapie	2000	NVP
11	Richtlijnen voor het bepalen van de duur van de profylactische therapie (Brugse Consensus Conferentie, grotendeels overgenomen in de guidelines van de American Psychiatric Association).	?	APA
12	Stoornissen in het gebruik van alcohol, multidisciplinaire richtlijn	2006	NVP

APA = American psychiatric association

NVP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Uit onze analyse blijkt verder dat behandelrichtlijnen vooral gebruikt worden in psychiatrische ziekenhuizen en in PAAZ-diensten, en in een kleine minderheid van de CGG's. Het gaat hierbij vooral om behandelrichtlijnen over psychose / schizofrenie, depressie en verslaving. De meeste behandelrichtlijnen zijn relatief recent.

2.4. Registratie

Sinds 1 april 1996 registeren PZ en PAAZ-diensten Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG). Sinds januari 1998 volgden de PVT's en BW. De gegevens worden samengebracht in een nationale databank. In een latere fase worden de gegevens teruggekoppeld aan de verschillende voorzieningen. De doelstelling van deze uniforme registratie is een algemeen beeld te krijgen. Bovendien kan elke voorziening nakijken hoe het zich positioneert ten opzichte van de nationale gegevens (bechmarking). De cgg registreren al 20 jaar. Het jongste registratiesysteem heet Arcade.

Ongeveer gelijktijdig met de MPG-registratie startte de provincie Limburg met een gelijkaardig registratiesysteem voor de 5 sectoren van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg: Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg: Registratie Psychiatrie Limburg (SPIL-RPL).

2.5. Gebruik van meetresultaten

Hoe worden de resultaten van de metingen gebruikt?

Antwoorden op deze laatste vraag verwezen naar de eigen praktijk, dossiervorming en teambespreking.

2.6. Opmerkelijke commentaren van respondenten

Enkele voorzieningen gaven opmerkelijke commentaren bij het invullen van de vragenlijst. Deze commentaren tonen aan dat de thema's meten van behandelresultaten en kwaliteit zorg levendig aanwezig zijn in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

'Onderzoek toont aan dat slechts 15% van het effect van therapie te danken is aan specifieke therapeutische technieken, tegenover 30% aan de therapeutische relatie (en daarnaast 40% aan cliënt en extra-therapeutische factoren en 15% aan de verwachtingen en placebo-effecten). Dit geeft het belang aan van procesvariabelen en een noodzakelijke investering in de therapeutische relatie (met klemtoon op de kernfactoren empathie, aanvaarding en echtheid) niet enkel van de therapeuten, maar van alle begeleidend personeel. De werkrelatie en het therapeutisch klimaat laten zich niet vatten in een sec behandelplan.'

'Binnen ons kwaliteitsbeleid (kwaliteitsdecreet) wordt expliciet in het vooruitzicht gesteld (2008) om onze behandelresultaten meer te gaan monitoren en dit dus op de verschillende behandelafdelingen en over de verschillende ziektebeelden heen. We denken momenteel na over instrumenten en methodologie. Momenteel is het meten van behandelresultaten via goede instrumenten weinig of niet aanwezig als systematische praktijk binnen onze voorziening. Steeds vaker wordt hier echter over nagedacht en staan toch wel allerlei plannen en zelfs concrete initiatieven in de steigers. Probleem is vaak de juiste methodologie en de juiste instrumenten te ontwikkelen (een arbeidsintensieve zaak die veel deskundigheid vereist).'

'Wij gebruiken geen meetinstrumenten om de resultaten van de behandelingen te bepalen en vast te stellen. Onze beoordeling van de resultaten is gebaseerd op de kliniek, op een grondige en uitgebreide psychiatrische diagnostiek. De follow-up van verscheidene van onze patiënten levert ons ook informatie over onze resultaten. Systematisch wordt de GAF-score bepaald bij opname en ontslag in het kader van de MPG. Wij hebben niet de tijd, middelen en personeel om dit op een verantwoorde wijze met meetinstrumenten uit te voeren.'

‘Vanuit onze voorziening verwelkomen we dit initiatief zeer sterk. Meten van behandelresultaten en effectonderzoek vinden we een belangrijke uitdaging... alleen is het voor een voorziening niet evident dit met de beschikbare middelen op te nemen en te realiseren... Systematisch meten van resultaten en gsystemiseerd effectonderzoek hebben we niet opgenomen omwille van de relatieve schaarste aan personele middelen en omwille van onvoldoende know how gekoppeld aan mensen die daarvoor kunnen vrijgesteld worden.’

HOOFDSTUK III: SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN

Hoewel de representativiteit van de resultaten binnen de voorziening niet werd nagegaan, kregen we met behulp van deze rondvraag toch een duidelijker beeld van welke meetinstrumenten en behandelrichtlijnen er in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg gebruikt worden. 74% van de respondenten reageerden immers voor de deadline van 1 december. 23% reageerden veertien dagen later. Uit de analyse van deze laatste antwoorden bleken maar weinig nieuwe meetinstrumenten te komen.

Uit de rondvraag is verder gebleken dat de meeste voorzieningen, vooral de PZ, PAAZ-diensten en CGG's gebruik maken van meetinstrumenten. Bij de meetinstrumenten dienen we echter op te merken dat een aantal meetinstrumenten zuiver diagnostische meetinstrumenten zijn en dus geen behandel-effect of verandering meten. Verder merken we dat de grote meerderheid van de meetinstrumenten klinische uitkomsten meten. Dit heeft te maken met een traditie in de psychiatrie. Een aantal geciteerde meetinstrumenten meten functionele uitkomsten en waardering. Behandelrichtlijnen worden in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg nauwelijks gebruikt.

HOOFDSTUK IV: CONCLUSIES

4.1. Beperkingen van de rondvraag

Gezien het korte tijdsbestek waarin deze rondvraag werd uitgevoerd, kan de inventarisatie van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen best omschreven worden als een eerste exploratie. Toch kunnen we een viertal beperkingen van deze studie omschrijven:

- Enkel de voorzieningen waarvoor de Vlaamse overheid bevoegd is (voor erkenning en/of subsidiëring) zijn gecontacteerd. De RIZIV-geconventioneerde instellingen behoren hier niet toe. Vandaar dat heel wat residentiële en ambulante categorale voorzieningen in de verslavingszorg niet werden bevraagd (therapeutische gemeenschappen, dagcentra, medisch sociale opvang centra). Dit zou eventueel in de nabije toekomst met medewerking van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD) kunnen gerealiseerd worden. Daartegenover staat dat alle 160 voorzieningen waarvoor de Vlaamse bevoegd is, zijn bevraagd en de respons zeer hoog was.
- De geciteerde meetinstrumenten werden weliswaar geclassificeerd volgens de vier kwadranten, de wetenschappelijke evidentie en gebruiksvriendelijkheid werd enkel voor de meest geciteerde meetinstrumenten nagegaan via de COTAN-beoordeling. De kwaliteit van deze instrumenten bleek te variëren van matig tot zeer goed. Door de respondenten werd regelmatig gesignaleerd dat voor heel wat meetinstrument de kenmerken validiteit en betrouwbaarheid op een Vlaamse populatie niet werden bepaald. Gezien de kleine omvang van ons Vlaamse taalgebied is dit geen verrassing. Er is dus duidelijk nood aan meer wetenschappelijk onderzoek.
- Er werd geen informatie gevraagd over de versie van een meetinstrument dat wordt gebruikt. Zo is het mogelijk dat één versie van een bepaald meetinstrument is weergegeven, maar dat in de praktijk verschillende versies (met verschillende normen, validiteit, etc) worden gebruikt.
- Wat de situatie in het buitenland betreft hebben wij ons, gezien de talige context, beperkt tot een vergelijking met een recente inventarisatie in Nederland en tot datgene waarnaar de sprekers op het VVGG-symposium op 1 december 2006 hebben verwezen. In een parallel lopende literatuurstudie (Keymolen, Casselman, 2007) wordt de situatie in het buitenland meer uitvoerig beschreven, met speciale aandacht voor Nederland. Gezien de bruikbaarheid voor Vlaanderen zijn de Nederlandse ervaringen erg interessant, o.a. ook omdat aldaar enkele meetinstrumenten wel op hun validiteit, betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid werden getest.

4.2. Belangstelling vanwege de sector

Deze inventarisatie heeft aangetoond dat er in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen een meer dan gewone belangstelling bestaat voor de discussie over het gebruik van meetinstrumenten. De zeer ruime respons, zelfs binnen het zeer beperkte tijdsbestek, toont dit aan. Als er dan toch een weigering kwam, was die meestal gebaseerd op een vrees voor controle door of inmenging van de overheid.

Dat de overgrote meerderheid van de voorzieningen daar niet voor terugschrok, toont aan dat er in de sector een groot vertrouwen bestaat. Herhaaldelijk werd expliciet gesteld dat men deelname aan deze bevraging verbond aan het engagement van de VVGG om zich als 'trusted third party' te positioneren. Dit was tijdens de telefonische contacten een meermaals geëxpliciteerde voorwaarde om ook vertrouwelijk geachte gegevens ter beschikking te stellen, zonder vrees dat die oneigenlijk zullen gebruikt worden.

Een goede feedback en follow up vanuit de VVGG in de komende maanden zal dit ver-

trouwen moeten bevestigen. Deze vaststelling zou trouwens ook zeer belangrijk kunnen zijn in de komende discussies over de specifieke rol van de VVGG binnen wat dient verstaan te worden onder 'wetenschappelijke ondersteuning' van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.

4.3. Het gebruik van meetinstrumenten

Het gebruik van meetinstrumenten is in de bevroegde Vlaamse GGZ-voorzieningen ingeburgerd. Slechts enkele voorzieningen verwoorden principiële bezwaren.

Vooraf in PAAZ-diensten, PZ en CGG worden meetinstrumenten gebruikt. Bij BW en in de PVT's is dit opmerkelijk minder het geval. In veel gevallen wordt hierbij expliciet verwezen naar het KB van 10/07/1990. Veelvuldig wordt verwezen naar het PZ of het CGG waarmee BW of PVT verbonden is, en waar dan desgevallend wel behandeling gebeurt en resultaten ervan gemeten (kunnen) worden. Teneinde de resultaten van hun inspanningen na te gaan, zouden de onderzoeksvragen in de toekomst anders moeten gesteld worden.

Er is duidelijk geen consensus aanwezig in die zin dat uit deze bevraging zou blijken dat bepaalde meetinstrumenten dominant aanwezig zijn en gebruikt worden. Elke voorziening voert een eigen beleid en het al dan niet gebruiken van een of ander meetinstrument of richtlijn is wellicht in veel gevallen afhankelijk van persoonlijke kennis en interesse van de betrokken hulpverlener(s) of beleidsverantwoordelijken. Toch konden we een negental populaire meetinstrumenten vinden.

De koppeling van de resultaten van deze inventaris aan de resultaten van de inventaris die door Bob van Wijngaarden van het Trimbosinstituut gemaakt werd, en aan de bijdragen van de andere buitenlandse sprekers op het VVGG-symposium van 1 december 2006 (Van Nuffel, 2007) kan een eerste stap zijn om in 2007 orde in deze chaos te scheppen.

Het feit dat de buitenlandse ervaring aantoont dat er nauwelijks gevalideerde meetinstrumenten voorhanden zijn, mag bij verdere implementatie niet over het hoofd gezien worden. Ook de discussie over wat gemeten dient te worden is essentieel (Keymolen en Casselman, 2007).

4.4. Toekomstperspectief

Het lijkt ons aangewezen om in de nabije toekomst de volgende initiatieven te nemen.

- Aan de hand van een aantal publicaties, waaronder deze inventaris, wordt feedback gegeven aan de sector.
- Op basis van deze inventaris en de literatuurstudie (Keymolen en Casselman, 2007) zal een selectie worden gemaakt van een aantal relevante meetinstrumenten (short list). Het resultaat hiervan zal worden voorgelegd aan een panel van toekomstige gebruikers, afkomstig uit de diverse beroepsgroepen en geselecteerd op hun actieve belangstelling voor het thema (zoals gebleken is uit hun antwoorden op de inventaris). Er zal worden nagegaan wie er reeds in Vlaanderen werkt met instrumenten. Hun medewerking zal worden gevraagd om een stap verder te zetten.
- Aanvulling van de inventaris voor de verslavingszorg met medewerking van de VAD.
- De resultaten rapporteren aan belangrijke groepen van actoren om tot een gemeenschappelijke visie te komen van wat (welke kwadranten) en hoe (meetinstrumenten, indicatoren) gemeten dient te worden.

4.5. Selectie van meetinstrumenten

Bij de selectie van de meetinstrumenten zal worden rekening gehouden met de volgende criteria: (1) meten de meetinstrumenten verandering van ernst van een stoornis en/of effectiviteit van de behandeling, of zijn het louter diagnostische meetinstrumenten?; (2) het voorkomen in de verschillende bronnen (Tijdschrift voor psychiatrie, Trimbosonderzoek en inventaris); (3) toepasbaarheid (praktische bruikbaarheid in de Vlaamse context, gebruiksvriendelijkheid, eenvoudig af te nemen, training, beschikbaarheid in het Nederlands, etc) en (4) wetenschappelijkheid (betrouwbaarheid en validiteit) en/of de COTAN-beoordeling.

LITERATUUR

Boeken en tijdschriften

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E., Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken*, Gent, Academia Press.

Basisset Prestatie indicatoren Geestelijke gezondheidszorg en Verslavingszorg (2006), Inspectie voor de gezondheidszorg, Utrecht.

Enquête naar de behandeling van dubbeldiagnose, Belgische schizofrenieliga.

Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*, Van Gorcum, Den Haag, 2 delen (en updates 2001 - 2007).

Keymolen, S. & Casselman, J. (2007). *Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007*. Deel 3. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Koninklijk Besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van initiatieven van beschut wonen ten behoeve van psychiatrische patiënten. *Belgisch Staatsblad*, 26 juli 1990.

Koninklijk Besluit van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van psychiatrische verzorgingstehuizen. *Belgisch Staatsblad*, 26 juli 1990.

Stinissen, H. (2002). *Vlaamse doorlichting van de Vlaamse tests beoordeeld in 'Documentatie van tests en testresearch in Nederland'* (tekst beschikbaar via <http://www.vfd-vzw.be>).

Van Nuffel, R. (2007). *Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren. Internationaal symposium 1 december 2006*. Deel 1. In VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

van Wijngaarden, B., Wennink, H.J., Kom, I. (2003). *Klinische uitkomstindicatoren in de GGZ en verslavingszorg, in Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*. Utrecht, Trimbos-instituut.

Walburg, J.A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg*, Maarssen, Elsevier.

Websites

<http://portal.iscientia.net/public/cebamnl/richtlijnen/Pages/default.aspx>

<http://ppw.kuleuven.be/testotheek/>

<http://www.boomtestuitgevers.nl>

<http://www.datec.nl>

http://www.guidelines.gov/browse/guideline_index.aspx

<http://www.harcourt.nl>

<http://www.hogrefe.nl>

<http://www.ligschizbel.be>

<http://www.pits-online.nl>

<http://www.psynip.nl>

<http://www.testpracticum.ugent.be/index.html>
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>
<http://www.vfd-vzw.be/Images/COTAN.pdf>
<http://www.vub.ac.be/AROR/testotheek/ATOM/index-ATOM.html>
<http://www.vvvgg.be>

Testotheken

ATOM, Vrije Universiteit Brussel (zie website)
Testotheek KULeuven (zie website)
Testpracticum, Universiteit Gent (zie web site)

Testcatalogussen

Datec testcatalogus 2006-2007
Harcourt testcatalogus (online versie beschikbaar)
Hogrefe Groep
Pits testuitgeverij (2006-2007)

BIJLAGEN

Bijlage 1: De begeleidende brief

Geachte mevrouw, geachte heer,

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) kreeg van de Vlaamse overheid de opdracht om te werken aan een inventarisatie wat in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg gebruikt wordt als meetinstrument om de resultaten van behandeling te bepalen en vast te stellen.

De volledige tekst van de VVGG opdracht kan u lezen op de website www.vvgg.be

In het kader van deze opdracht werd een adviesgroep opgericht o.l.v. prof. em. J. Casselman, VVGG voorzitter, en samengesteld uit vertegenwoordigers van de hulpvragers, hun omgeving, hulpverleners, deskundigen uit de wetenschappelijke en universitaire wereld, beleidsfunctionarissen en andere actoren uit de geestelijke gezondheidszorg.

In overleg met deze experts werd een vragenlijst opgesteld.

Gezien de overheid de inventarisatie verwacht tegen het einde van dit jaar, werd gekozen voor een beperkte vragenlijst met telefonische contactname en communicatie per e-mail.

Mogen wij u vragen het document dat u samen met deze brief toegestuurd werd te willen invullen en het ons in de loop van de volgende dagen terug te mailen.

Geef het in dit geval een naam die een verwijzing naar uw voorziening bevat (bv. PZdehoopGent.doc)

U mag het document ook uitprinten en ingevuld per post terugsturen aan VVGG

Tenderstraat 14

9000 Gent

of faxen aan 09/221.77.25.

We rekenen erop tegen 1 december een eerste overzicht te kunnen maken. Uiteraard ontvangt iedereen die meewerkt een exemplaar van het rapport.

De antwoorden zullen geanonimiseerd worden en in de rapportage aan de overheid zal op geen enkele manier verwezen worden naar individuele voorzieningen.

Bijlage 2: De vragenlijst

1. a. Van welke meetinstrumenten om de resultaten van behandeling vast te stellen wordt binnen uw voorziening gebruik gemaakt?

1.b. Per **meetinstrument** dat gebruikt wordt dient gespecificeerd:

Gebeurt dit systematisch en in alle gevallen

Gebeurt dit occasioneel

- voor bepaalde ziektebeelden
- in specifieke omstandigheden
- in bepaalde afdelingen of diensten

2.a. Wordt in uw voorziening gewerkt met specifieke **behandelplannen** of richtlijnen, die (evidence based) een positief resultaat garanderen

2.b. Per meetinstrument dat gebruikt wordt dient gespecificeerd:

Gebeurt dit systematisch en in alle gevallen

Gebeurt dit occasioneel

- voor bepaalde ziektebeelden
- in specifieke omstandigheden
- in bepaalde afdelingen of diensten

3. Registreert u op een of andere manier uw **behandelingsactiviteiten** (en de resultaten van de behandeling)?

Gebeurt dit systematisch en in alle gevallen

Gebeurt dit occasioneel

- voor bepaalde ziektebeelden
- in specifieke omstandigheden
- in bepaalde afdelingen of diensten

4. Hoe worden de resultaten van de metingen gebruikt?

Bijlage 3: Niet-exhaustieve lijst van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen

Volgende lijst met meetinstrumenten werden aan de respondenten voorgelegd:

1. Agoraphobic Self-Statements Questionnaire
2. CES-D
3. Inventarisatielijst Omgaan met Anderen
4. Betrokkenen Evaluatie Schaal
5. HCL Klachtenlijst
6. Lehrer Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire
7. MOS 36-item Short Form Health Survey
8. Oordeel over de Ontvangen Behandeling
9. Positive and Negative Affect Schedule
10. Profile of Mood States (verkorte versie)
11. Quality of Life in Depression Scale
12. RAND-36 Health Survey
13. REHAB 1994
14. Somatoform Dissociation Questionnaire
15. Symptom Checklist - 90
16. Trimbos thermometer
17. Zelfbeoordelingschaal voor Depressie.

uit: van Wijngaarden B, Wennink IK (2003), *Klinische uitkomst-indicatoren in de ggz en verslavingszorg: in Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*, Trimbosinstituut, Utrecht.

op <http://www.iscientia.net/cebam3/index.htm> wordt verwezen naar volgende Belgische behandelrichtlijnen:

1. Omgaan met agitatie bij patiënten met dementie
2. Consensus kwaliteitsverbetering in de zorg voor depressie en angst bij dementerenden
3. Ondersteuning van mantelzorgers van dementerende personen
4. Psychotische symptomen bij dementerenden
5. Slapeloosheid in de eerste lijn
6. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk.

op http://www.guidelines.gov/browse/guideline_index.aspx wordt verwezen naar volgende behandelrichtlijnen:

1. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors
2. Practice guideline for the psychiatric evaluation of adults
3. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder
4. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias of late life
5. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision)
6. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder
7. Practice guideline for the treatment of patients with delirium

8. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders
9. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder
10. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia.
Second edition
11. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders.

Bijlage 4: Alfabetisch overzicht van alle geciteerde meet-instrumenten

Onderstaande testbeschrijvingen zijn gebaseerd op gegevens van de uitgeverij of de literatuur. Het betreft telkens de meest recente versie(s). Van enkele meetinstrumenten werden weinig of geen gegevens teruggevonden. Bij deze meetinstrumenten wordt vermeld waarvoor ze in de betrokken zorginstelling gebruikt worden.

Addiction Severity Index (ASI)	De ASI is een interview over de geschiedenis, frequentie en gevolgen van alcoholgebruik. Deze schaal peilt ook naar medicamenteuze, wettelijke, tewerkstellings-, sociaal / familiale en psychische aspecten verbonden aan het alcoholgebruik.
ADHD Rating scale van DuPaul	De ADHD rating scale van DuPaul kan gebruikt worden als diagnose-instrument voor ADHD bij kinderen en adolescenten. De schaal bevat 18 items en is verbonden met de DSM-IV criteria. Er bestaat zowel voor de ouders als voor de leerkracht een schaal.
Alcohol Use Scale (AUS)	De AUS brengt het drug- en alcoholgebruik van de patiënt in kaart. Daarnaast is er ook aandacht voor de behandeling en het functioneren van de patiënt.
Alzheimer Disease Assessment Scale, cognition subscale (ADAS-cognition)	Bij de ADAS-cognition worden het geheugen, de oriëntatie, taal, visuo-constructie (het natekenen van afgebeelde voorwerpen) en praxis getest.
Amsterdamse Dementie-Screeningstest (ADS-6)	De ADS-6 is bestemd voor neuropsychologisch onderzoek van bejaarde (demente) patiënten en bestaat uit 6 subschalen: o.a. visueel geheugen en oriëntatie. Er zijn aparte schalen geconstrueerd voor het differentiëren tussen dementie en geheugenstoornissen, frontale stoornissen, taalstoornissen, visuele stoornissen, motorische stoornissen en visueel-constructieve stoornissen.
Arizona Battery for Communication disorders of Dementia (ABCD)	Dit instrument gaat de ziekte van Alzheimer en daarmee gepaard gaande taal- en communicatiestoornissen na.
ASEBA vragenlijsten (ABCL en ASR)	Bij de ABCL vullen informanten een vragenlijst in over het gedrag van een volwassene. Bij de ASR vult de volwassene zelf de vragenlijst in. De ABCL en ASR omvat profielen met schalen voor vaardigheden, empirisch gebaseerde syndromen, middelengebruik, internaliseren, externaliseren en totale problemen. Daarnaast omvat de ABCL profielen met DSM-schalen, die uit vragen bestaan waarvan experts de overeenkomst beoordeelden met de DSM-IV classificaties.

ASEBA vragenlijsten (CBCL)	De CBCL is een vragenlijst die ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen kunnen invullen over gedrag, moeilijkheden en goede dingen van een kind. De vragenlijst bestaat uit 7 of 8 (afhankelijk van de leeftijd van het kind) probleem-schalen. Zij vormen samen de subschalen internaliserende en externaliserende problemen.
ASEBA vragenlijsten (TRF en C-TRF)	Deze gedragsvragenlijst voor kinderen geeft een beeld over het gedrag, moeilijkheden en positieve aspecten van een kind. De vragenlijst wordt ingevuld door begeleiders in een kinderdagverblijf of leerkrachten.
ASEBA vragenlijsten (YSR)	De YSR is de overeenkomstige versie van CBCL voor kinderen van 11 tot 18 jaar. Het is een vragenlijst waarmee jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden, emotionele en gedragsproblemen.
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	De AMPS is een gestandaardiseerd en gevalideerd observatie instrument waarmee de ergotherapeut het functioneren van een cliënt in alledaagse huishoudelijke en zelfzorg taken kan beoordelen. De kwaliteit van dit functioneren wordt beoordeeld op de fysieke inspanning die het kost om de taak te kunnen uitvoeren, of het handelen efficiënt en veilig gebeurt en of de persoon dit zelfstandig kan.
Attention Diagnostic Method (ADM)	Dit instrument wordt gebruikt bij psychotische stoornissen.
Auditory-Verbal Learning Test (AVLT) of 15 woorden van Rey	Met dit instrument kan men de visuele organisatie, visueel geheugen en leerbaarheid van verbaal materiaal nagaan. Deze test kan worden afgenomen vanaf de leeftijd van 4 jaar. Voor de leeftijdscategorie 4-8 is er een eenvoudiger versie.
Autonomie Gehechtheidschaal (AGS-30)	Met de AGS-30 kan het onderzoek naar autonomie, gehechtheid en psychopathologie verder worden verdiept. Ook kan de AGS-30 worden ingezet om therapie- of trainingseffecten te evalueren. De AGS-30 bestaat uit 3 subschalen: zelfbewustzijn, gevoeligheid voor anderen en het vermogen om nieuwe situaties te hanteren.
AVL ADHD vragenlijst	Deze vragenlijst, door ouders of leerkracht ingevuld, meet de gedragssymptomen van ADHD. Het instrument bestaat uit 3 subschalen overeenkomstig de probleemgebieden bij ADHD.
Basic ADL	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten.

Bayley Scales of Infant Development (BOS 2-30 / BSID-II-NL)	Met deze test kan men een algemeen beeld bekomen van de mentale en motorische ontwikkeling van kinderen tot 42 maanden. De BSID-II-NL bestaat uit een mentale, motorische en gedragsobservatieschaal.
Bech-Rafaelsen Mania Scale (BR-MAS)	De BR-MAS wordt gebruikt om een hypomane episode te diagnosticeren. Gezien de patiënt doorgaans weinig last heeft van de symptomen, wordt er aan iemand in de omgeving gevraagd om de vragenlijst in te vullen.
Beck Depression Inventory (BDI-II-NL)	De BDI-II-NL is een korte zelfrapportage vragenlijst voor het meten van de algehele ernst van depressie. Het instrument is ontwikkeld voor het beoordelen van symptomen overeenkomstig de DSM-IV criteria.
Beery Visual Motor Integration test (VMI)	De Beery VMI test is een screeningsinstrument dat onderzoek doet naar de visuomotoriek. De Beery VMI test bestaat uit 24 geometrische tekeningen die gerangschikt zijn van makkelijk naar moeilijk. Van de Beery VMI bestaat ook een verkorte vorm die slechts 15 tekeningen telt, bedoeld voor jonge kinderen van 3 tot 8 jaar. De lange vorm kan gebruikt worden bij adolescenten en volwassenen. In de vierde editie van de Beery VMI heeft men 2 onderdelen toegevoegd nl. de VMI Visual Perception en de VMI Motor Coordination test.
Behaviour Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS)	Met deze batterij kunnen de effecten van executieve hersenfuncties worden nagegaan. Het instrument bestaat uit zes testen en twee vragenlijsten.
Behaviour Status Index – Nederlandse versie (BSI-D)	De BSI-D is een beoordelingschaal, gebaseerd op gestructureerde observatie van gedrag. Het instrument meet alledaags gedrag in een sociale context en bestaat uit 6 subschalen: communicatie en sociale vaardigheden, inzicht, werk en ontspanningsactiviteiten, zelfverzorging en verzorging van gezin, risico op gevaar en empathie.
Bender gestalt test	Bij deze visuo-motorische constructie test vraagt men aan patiënten om figuren na te tekenen.
Benton visual retention test (BVRT)	De Benton is een visuele geheugentaak met geometrische figuren. Aan de persoon wordt gevraagd een figuur uit het hoofd na te tekenen.
Berges-Lizines	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij kinderen en adolescenten.
Bethlem Mother Infant Interaction Score (BMIS)	De BMIS bestaat uit zeven subschalen die elk een ander aspect meten van de moeder-kind interactie.

Binge Eating Tripper Check List (BETCH)	Binge-eating verwijst naar de groep eetstoornissen waarbij psychosociale problematiek aanleiding geeft tot een boulimisch gedrag dat niet gevolgd wordt door een purgeergedrag. Uiteraard leidt dit tot overgewicht door de veel te grote energieopname. Wanneer de eetstoornis niet onderkend wordt en een behandeling ingesteld wordt enkel in functie van het overgewicht, leidt dit vaak tot toename in gewicht en/of het gekende jojo-effect.
Body image - Acceptance and Action Questionnaire (BI-AAQ)	Dit instrument is ontwikkeld om de houding betreffende negatieve gedachten en gevoelens i.v.m. gewicht en lichaam te meten.
Body Sensation Questionnaire (BSQ)	De BSQ is een meetinstrument om somatische aspecten van angst te meten. Deze vragenlijst bestaat uit 17 items en meet de angst voor verschillende lichamelijke sensaties, die kunnen optreden tijdens angst of een paniekaanval.
Bourdon-Vos Test (BV)	Deze test is een prestatietest voor het bepalen van de selectieve aandacht bij kinderen en jongeren (van 6 tot 17 jaar).
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)	De BPRS bestaat uit 18 items en meet de (algemene) ernst van psychopathologie. De lijst wordt in een interview afgenomen.
Cambridge Examination for mental disorders – revised (CAMDEX-R/N)	De CAMDEX-R/N is een gestandaardiseerd, gestructureerd vraagesprek voor de diagnostiek van de meest voorkomende psychische stoornissen op oudere leeftijd, met speciale aandacht voor dementie.
CAROLL	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij stemmingsstoornissen.
Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	De CES-D is een zelfbeoordelingslijst die wordt gebruikt om depressieve gevoelens over de afgelopen week bij bevolkingsgroepen vast te stellen. De lijst is oorspronkelijk bedoeld om risicogroepen te identificeren. Daarnaast wordt het instrument ook gebruikt als screeningstool voor depressie in verschillende populaties.
Children's Depression Inventory (CDI)	De CDI is een veelgebruikte zelfrapportagelijst over de symptomatologie van depressie bij kinderen en adolescenten in de leeftijdscategorie van 7 tot 18 jaar. De vragenlijst bestaat uit 27 items, die diverse categorieën van symptomen weerspiegelen.

Clinical Global Impressions (CGI)	De CGI is een eenvoudig te scoren meetinstrument die de ernst van de stoornis en de veranderingen daarin over de tijd (bijvoorbeeld effect van behandeling) meet. Er zijn drie subschalen: ernst van de stoornis, globale verandering en effectiviteit van behandeling. Deze worden elk op een 7-puntenschaal beoordeeld. Subschaal 2, globale verandering, kan ook door de patiënt gescoord worden. Subschaal 3, waarbij ook rekening wordt gehouden met eventuele bijwerkingen, wordt nog maar zelden gebruikt.
Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-revised (CIWA-Ar)	Deze lijst is bedoeld om tijdens de ontwenningperiode verschillende keren af te nemen. De CIWA-Ar laat toe 10 voor alcoholonthouding relevante symptoomgroepen te volgen en het medicatiebeleid hierop af te stemmen.
Cognitieve Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)	Dit instrument meet specifieke cognitieve copingstrategieën en maakt hiermee onderscheid tussen hoe mensen denken en handelen na het ervaren van een negatieve gebeurtenis. Hij kan zowel voor normale als klinische populaties worden gebruikt.
Cognitieve screeningstest	Deze testbatterij (door de zorginstelling zelf samengesteld) wordt gebruikt bij stoornissen in middelengebruik en is gebaseerd op de MMSE, de VDB-II en een afasietest.
Cognitieve testbatterij	Deze testbatterij (door de zorginstelling zelf samengesteld) is o.a. gebaseerd op de MMSE, klokttest, Stroop-test, BV en wordt gebruikt bij oudere patiënten.
Competentie Belevingsschaal Kinderen / Adolescenten (CBSK en CBSA)	De CBCA en de CBSK beogen de competentiebeleving te meten. Met deze instrumenten kan op een gestandaardiseerde wijze een beeld worden verkregen van zowel de competenties op een zestal specifieke gebieden als van het globale gevoel van eigenwaarde zoals beoordeeld door het kind of de adolescent zelf.
Complexe Figuur Rey (CFR)	Deze test meet de verwerkingscapaciteit van complex visueel materiaal. De figuur van Rey is een tekening van een complexe figuur, die de proefpersoon dient na te tekenen. Er is sprake van een directe reproductie alsook van een uitgestelde reproductie. Deze recall vindt plaats tien minuten na de eerste reproductie.
Crisis Triage Rating Scale (CTRS)	De CTRS is een korte checklist, bestaande uit 3 subschalen, ontwikkelt om een psychiatrische crisis te screenen. Het instrument onderscheidt patiënten die moeten worden opgenomen van diegene die ambulant kunnen worden geholpen. De 3 subschalen zijn: sociaal netwerk, bereidheid tot medewerking en gevaar voor zichzelf of andere.

Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK / KDVK)	Deze vragenlijst peilt naar de aanwezigheid van depressie bij kinderen van 9 tot 13 jaar. De items hebben betrekking op affectieve, cognitieve en motivationele depressiesymptomen. Er bestaat ook een korte versie van dit instrument.
Doorlichtingsvragenlijst alcohol	Deze vragenlijst ter bevraging van alcoholgebruik werd ontworpen door de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD).
Drug Use Scale (DUS)	De DUS is ontwikkeld voor het screenen van psychiatrische patiënten met een verslavings-problematiek.
Drug/alcohol 6-month Follow-Back Calendar (TLFBC)	De TLFBC geeft een overzicht van het alcohol- en druggebruik van de patiënt over een periode van 6 maanden. De focus ligt op het maken van een schatting van de hoeveelheid en het tijds patroon.
Eating Disorder Evaluation Scale (EDES)	De EDES is een zelfbeoordelingslijst waarmee zowel de specifieke symptomen als bredere psychosociale aspecten van eetstoornissen vastgesteld worden. De volgende subschalen worden onderscheiden: anorectische preoccupatie; boulimisch gedrag; psychosociale aanpassing en de uitvoering van bezigheden.
Eating Disorder Inventory (EDI-II)	De EDI-II is een zelfrapportage vragenlijst die psychologische en gedragskenmerken meet die met eetstoornissen als anorexia nervosa of boulimie nervosa samenhangen.
Feeding scale Chatoor	De feeding scale van Chatoor bestaat uit 46 moeder – kind interacties die worden gescoord op het einde van de voeding. De schaal bestaat uit 5 subschalen (wederkerigheid, conflict, taal en ontspanning, controle en zekerheid).
Fluency tasks	De Woord-Fluency (WFT) en de Figuur Fluency Test (FFT) sporen stoornissen in uitvoerende en/of het semantisch geheugen op. Deze taken, die o.a. deel uitmaken van de Groninger Intelligentie Test (GIT), geven een indruk van het vermogen tot het spontaan genereren van woorden/figuren uit bepaalde categorieën. Als zodanig is deze taak gevoelig voor gestoorde opslag- en zoekmechanismen en voor retrievalstoornissen.
Gedragsobservatieschaal voor Intramurale Gerontopsychiatrie (GIP of GIP-28)	De GIP is een gedragsobservatieschaal voor de intramurale psychogeriatric en wordt gebruikt voor het in kaart brengen van gedragsproblemen ten gevolge van cognitieve stoornissen en stemmingsproblemen. De schaal bestaat uit 3 subschalen (apathie, cognitie en affect) en bestaat ook in korte versie.
Geriatrische Depressie Schaal (GDS-30)	De GDS-30 is een screeningsinstrument voor depressie bij ouderen.

Gevoelsthermometer	Dit instrument wordt gebruikt bij kinderen om aan te geven hoe ze zich op een bepaald moment voelen.
GHB grafomotorische test	De GHB grafomotorische testbatterij werd in Vlaanderen ontworpen. Ze bestaat uit vier onderdelen en werd toegepast bij kinderen van 4 jaar 3 maanden tot en met 9 jaar 2 maanden. Men kan de GHB ook gebruiken als lateralisatietest, want de opgaven worden rechts- en linkshandig uitgevoerd.
Global assessment of functioning (GAF /C-GAF)	De GAF is een instrument waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een patiënt wordt uitgedrukt in de vorm van een score tussen 0 en 100. De GAF-score is een onderdeel van het DSM-IV-systeem (AS V). Er bestaat ook een versie voor kinderen.
Global Deterioration Scale (GDS)	De GDS is een instrument voor de assessment van primaire degeneratieve dementie.
Graded Naming Test (GNT)	De GNT bestaat uit het benoemen van dertig zwart-wit tekeningen die geordend zijn volgens moeilijkheidsgraad. Het is een bijzonder moeilijke test. De score wordt bovendien sterk beïnvloed door de scholingsgraad en intelligentie van de proefpersoon. De afname van deze test kan een bijdrage leveren in de diagnostiek van lichte woordvindingsproblemen bij patiënten met een premorbide uitgebreide woordenschat.
Hamilton Angstschaal (HAS of HAM-A)	Deze vragenlijst is een semi-gestructureerde beoordelingsschaal die de afgelopen 72 uur betreft. De schaal omvat 14 items die gescoord worden van 0 tot 4. De HAS meet hoofdzakelijk algemene angst. Er is ook een aangepaste versie voor paniekangst. De schaal omvat een dimensie somatische angst en een dimensie psychische angst.
Hamilton Depressieschaal (HRSD)	Van de HDRS bestaan verschillende versies, waarvan diegene met 17 items meest wordt gebruikt. De schaal geeft een maat voor de ernst van depressie.
HAND test	De HAND test is een projectief instrument voor de screening van acting-out gedrag en agressie. Er kan zowel kwantitatief als kwalitatief worden gescoord. Er zijn normen voor volwassenen, adolescenten en kinderen.
Hare Psychopathy checklist (HARE PCL-R)	Dit instrument wordt gebruikt om de diagnose psychopatische persoonlijkheid vast te stellen en geeft implicaties voor de inschatting van toekomstige delictisico's en de indicatiestelling voor behandeling.

Historical Clinical Risk management scheme for the assessment of dangerousness and risk (HCR-20)	De HCR-20 is een instrument waarmee men risico's kan voorspellen. Het instrument bestaat uit tien historische items, vijf klinische items en vijf riskmanagementitems.
Hopeloosheidsschaal van Beck	De Hopeloosheidsschaal bestaat uit 20 zelfrapportagestellingen. Ze differentieert tussen mensen die dreigen met zelfmoord, mensen die reeds een poging hebben ondernomen en controlepersonen.
Hospital Anxiety Depression Scales (HADS)	De HADS bestaat uit een depressieschaal en een angstschaal van telkens 7 items.
HSCL Klachtenlijst	De HSCL klachtenlijst bestaat uit 2 subschalen (psychische en somatische klachten) en een totaalscore. Op een vierpuntschaal geeft de patiënt aan in hoeverre hij de afgelopen week last heeft gehad van de genoemde klachten. De HSCL kan veranderingen in de ervaren pathologie meten.
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)	Dit instrument meet in hoeverre oudere mensen nog in staat zijn alledaagse activiteiten (zoals telefoneren, shoppen, huishouden, maaltijden bereiden, etc) uit te voeren.
Intensive Follow Up and Treatment (IFT)	De IFT is een observatieschema voor ontwenningverschijnselen bij delirium tremens.
Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden (IDB)	De IDB, bestaande uit 6 niet onafhankelijke clusters, (1) herhalen en controleren, (2) handelingen uitvoeren in vaste volgorde of tijd, (3) vuil en besmetting, (4) netheid en nauwgezetheid, (5) onaangename en irreële gedachten en (6) besluiteloosheid, geeft de mate van obsessief compulsief gedrag aan.
Inventarislijst Omgaan met Anderen (IOA)	De IOA is een zelfbeoordelinginstrument voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden. De IOA bestaat uit 5 subschalen, waarbij zowel de frequentie als de spanning in rekening wordt gebracht.
Katzschaal	Deze schaal, meestal gebruikt bij ouderen, meet in welke mate een bejaarde nog zelfstandig instaat voor zes functies van het dagelijks leven: wassen, kleden, zich verplaatsen, toiletgang, continence en eten. Voor elk van deze functies gaat men na of ze afhankelijk of onafhankelijk kunnen gebeuren. Er zijn zeven gradaties mogelijk voor alle zes functies.
Klachtenlijst van Brinkman	Deze klachtenlijst bestaat uit 57 verschillende klachten die vaak voorkomen bij mensen die in therapie. Elke uitspraak wordt gescoord op een 5-punten-schaal. De vragen in deze klachtenlijst zijn onder te brengen in 20 klachtenproblemen.

Korsakov Observatielijst	Dit instrument werd door de zorginstelling zelf ontworpen om het gedrag en de beleving van Korsakovpatiënten tijdens hun behandeling te evalueren en op te volgen. Het wordt als diagnostisch en outcome maat gebruikt. Hoewel kwantificatie op de verschillende gedragsobservaties mogelijk is, wordt het instrument vooral kwalitatief gebruikt.
Kaufman Short Neuropsychological Assessment Procedure (K-SNAP)	Met deze test, die bestaat uit drie subtesten, wordt het cognitief functioneren op 3 niveaus van complexiteit beoordeeld, overeenkomstig de functionele eenheden volgens het model van Luria.
Leidraad voor inschatten suïcide ideatie	Dit instrument wordt gebruikt bij suïcidale patiënten.
Lexilijsten NL	De Lexilijst is een instrument om de vroege taalontwikkeling te meten. Met de lexilijst kan worden nagegaan of de taalontwikkeling normaal verloopt, maar het instrument kan ook dienen als diagnostisch instrument voor de actieve woordenschat.
Lichaamsattitude vragenlijst (LAV)	De LAV is een zelfrapportage vragenlijst die tot doel heeft bij vrouwen de subjectieve lichaamsbeleving en lichaamsattitude te meten. De 20 items worden gescoord op een 6-puntsschaal en er zijn drie subschalen: negatieve beoordeling van de lichaamsomvang, gebrek aan vertrouwdheid met het eigen lichaam en algemene ontevredenheid met het lichaam.
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	De LSAS is een gestructureerd interview dat door een therapeut of onafhankelijk beoordelaar afgenomen kan worden. In het interview worden 11 sociale interacties en 13 situaties waarin gepresteerd moet worden, gescoord op angst en vermijding. Internationaal is dit het meest gebruikte instrument voor het meten van sociale fobie.
Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA)	De MANSA is een kort interview dat gebruikt wordt om bij psychiatrische patiënten de subjectief ervaren kwaliteit van leven na te gaan.
McGill Pain Questionnaire – Dutch Language version (MPQ- DVL)	De MPQ-DLV kan gebruikt worden voor de standaardregistratie van pijnklachten, het opstellen van diagnosen en het meten van effecten van therapie en/of pijnbestrijding. Het instrument bestaat uit subschalen die betrekking hebben op sensorische modaliteiten van pijnvering, affectieve aspecten van pijnvering en evaluatieve (subjectieve beleving) dimensie.

Medical Outcome Study 36 items short form (MOS SF-12, MOS SF-20, MOS SF-36)	De MOS biedt een internationale standaard aan van een generieke gezondheidsmaat. Het instrument voorziet in een samengestelde maat voor fysieke gezondheid en voor mentale gezondheid. Er bestaan verschillende versies van dit instrument.
Mini Mental State EXAM (MMSE)	De MMSE is een cognitieve screeningstest die bestaat uit items die betrekking hebben op geheugen, aandacht en andere cognitieve domeinen.
Mini-schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (MINI-SCAN)	De mini-scan (verkorte versie van de SCAN 2.1) is een psychiatrisch interview waarmee de meest voorkomende psychiatrische symptomen in kaart worden gebracht.
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)	Deze meer dimensionale persoonlijkheidstest, bestaande uit 10 klinische schalen en 4 validiteitschalen, geeft een algemeen beeld van de persoonlijkheid.
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	De MADRS, een vragenlijst voor depressie, bestaat uit 10 zeer toegankelijke, in omgangstaal gestelde items, die elk op een 7-puntsschaal worden gescoord.
Movement Assessment Battery for Children (MOVEMENT ABC)	De Movement ABC bestaat uit 2 onderdelen: een checklist en een motorische test. Deze meetinstrumenten zijn ontwikkeld om een indicatie te verkrijgen van het motorisch functioneren van het kind in het dagelijkse leven. De test bestaat voor verschillende leeftijdsgroepen.
München Alcohol Test (MALT / MALT-3)	De MALT bestaat uit 24 zelfbeoordelingvragen en een medisch deel (7 items), in te vullen door een arts, dat gericht is op laboratoriumafwijkingen. Er bestaat ook een verkorte versie van 3 items.
Nederlandse Communicative Development Inventory (NCDI)	De NCDI is een oudervragenlijst waarmee men een beeld krijgt van de productieve woordenschat en zinsontwikkeling van de kinderen. Men kan er ook het risico op dyslexie mee inschatten.
Nederlandse verkorte MMPI (NVM)	De NVM is een kortere versie van de MMPI.
Nederlandstalige Non Speech test (NNST)	Deze nieuwe gestandaardiseerde Nederlandstalige taaltest voor kinderen met een communicatief niveau tussen 12 en 21 maanden bevat een receptieve en een expressieve schaal.
NEO-PI-R en NEO-FFI	Met deze vragenlijsten worden 5 belangrijke persoonsdimensies in kaart gebracht: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Met de NEO-FFI worden enkel de 5 hoofddimensies gemeten, terwijl de NEO-PI-R nog eens 6 onderliggende persoonlijkheidsfacetten per domein meet.

NEPSY	Dit instrument kan gebruikt worden voor kinderen (3-12 jaar) met ontwikkelingsstoornissen (aandacht, taal, sensomotorische functies, visuospatiële ruimte, geheugen en leren).
Neuropsychiatric Inventory (NPI)	De NPI is gebaseerd op een interview met een verzorger van de patiënt die goed op de hoogte dient te zijn van eventuele problemen; het liefst iemand die met hem of haar samenwoont. De vragen hebben betrekking op de veranderingen in gedrag die zijn opgetreden sinds het begin van de ziekte of over een gespecificeerde periode.
Nieuwkoopse Vragenlijst	Dit instrument meet het effect van klinische psychotherapie. Er is echter kritiek op de betrouwbaarheid, theoretische onderbouw en verandergevoeligheid. Deze vragenlijst werd niet meer opgenomen in de meest recente (2000) versie van de COTAN-gids.
Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI / NOSIK)	De NOSI is een meetinstrument waarmee de stressbeleving van ouders bij de opvoeding van een kind vastgesteld kan worden. De vragenlijst bestaat uit 13 schalen (7 schalen over het ouderdomein en 6 schalen over het kinddomein). Voor screening is er ook een verkorte versie.
Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)	De NVOS kan gebruikt worden om objectief en systematisch gegevens te verzamelen over de wijze waarop ouders de opvoeding van hun kind beleven. Met de NOS kunnen zowel problematische opvoedingssituaties in kaart worden gebracht als de effecten van gezinsinterventies worden onderzocht.
Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale (OCAIRS)	De OCAIRS, ontworpen voor diensten acute psychiatrie, biedt een wetenschappelijk onderbouwde methode om gegevens over de occupatie van een cliënt te verzamelen en tot ergotherapeutische indicaties te verwerken.
Omstandigheidsmotivatie en bereidheidschaal voor drugbehandeling	Deze Nederlandse vertaling van de 'Circumstances, motivation and readiness scales for substance abuse treatment' bestaat uit drie subschalen.
Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB)	Dit waarderingsinstrument omvat 45 vragen die terug te voeren zijn op zes dimensies: kenmerken van de kliniek (5 vragen), de sfeer op de afdeling (8 vragen), kenmerken van het behandelprogramma (7 vragen), de mate van zelfstandigheid (7 vragen), het contact met de behandelaars (9 vragen) en het resultaat van de behandeling (9 vragen).

Outcome Questionnaire (OQ-45)	De OQ-45 is een korte vragenlijst voor het meten van psychische klachten, het interpersoonlijk functioneren en het functioneren in de maatschappelijke rol. Hiermee heeft het instrument een bredere meetprentie dan de SCL-90-R. Het instrument is bedoeld om bij individuele patiënten het verloop van de klachten over de tijd in kaart te brengen om zo therapie-effect te documenteren.
Pain Disability Index (PDI)	De PDI bestaat uit 7 items die op een 11 punten schaal worden gescoord. Deze items gaan de invloed van de pijn op zeven gebieden na: gezin/huishouden, recreatie, sociale activiteiten, beroep, seksuele contacten, zelfverzorging en levensnoodzakelijke functies.
Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS)	Deze schaal dient voor het vastleggen van de beoordeling van de kwaliteit van de ouder-kind relatie volgens een continuüm van 'uitstekend geadapteerd' tot 'ernstig afwijkend'.
Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2)	De PDMS-2 is een motorisch ontwikkelingsprogramma voor de vroege kindertijd dat zowel een diepgaande assessment biedt als training of herstel van de grof- en fijnmotorische vaardigheden. De PDMS-2 is ontworpen voor de kwantificering van grof- als fijnmotorische vaardigheden op de verschillende ontwikkelingsniveaus, het identificeren van kinderen van wie de vaardigheden vertraagd of afwijkend zijn.
Peabody test voor Passieve woordenschat (PPVT-III-NL)	De PPVT-III-NL is een instrument om de receptieve kennis van de woordenschat te testen, door het meten van het begrip van gesproken woorden.
Piekerlijst	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten.
Pijn Coping & Cognitive vragenlijst (PCCL)	De PCCL heeft als doel attributies (met betrekking tot betekenis-toekenning) en verwachtingen (met betrekking tot controle) bij patiënten met pijn te kunnen meten.
Plezierige Activiteiten Lijst (PAL)	De PAL is een vertaling van de 'Pleasant Events Scale'. De PAL bestaat een lijst met activiteiten waarbij de patiënt moet aangeven hoe vaak hij deze activiteiten de afgelopen 30 dagen heeft gedaan en hoe leuk hij die vond. De PAL bestaat uit 7 subschalen.
Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)	De PANSS werd ontwikkeld en gestandaardiseerd voor typologische en dimensionale beoordeling van schizofrene verschijnselen. Het bestaat uit 30 items, die elk op een zevendelige schaal worden gescoord. De PANSS bestaat uit een positieve schaal, een negatieve schaal en een derde schaal voor algemene psychopathologie.

Pre School Language Scale (PSL-3)	Dit instrument evalueert de receptieve en expressieve taalontwikkeling van kinderen van 2 weken tot 6 jaar.
Proef van Franz	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij psychomotorische revalidatie van psychiatrische patiënten.
Psycho Educational Profile – Revised (PEP-R) en Adolescent and Adult Psycho-Educational Profile (AAPEP)	De PEP-R werd ontwikkeld voor kinderen met autisme. De PEP-R is geschikt voor kinderen in de leeftijdscategorie van 1 tot 12 jaar; voor adolescenten en volwassenen met autisme is de AAPEP ontwikkeld. De PEP-R is bedoeld voor autisme, maar kan ook gebruikt worden bij kinderen met andere ontwikkelingsstoornissen. Het doel is tweeledig: (1) het inventariseren van de mogelijkheden van het kind ten aanzien van 7 verschillende functiegebieden, en (2) het identificeren van eventueel aanwezige gedragsstoornissen en de gradaties waarin deze voorkomen. De PEP-R bestaat dan ook uit twee gedeelten: een ontwikkelingsschaal en een pathologieschaal.
Psychosis Evaluation tool for Common use by Caregivers (PECC)	De PECC is een instrument specifiek voor verpleegkundigen. Vijf symptoomgroepen worden aangevuld met 3 items over ziekte-inzicht en suïcidale intentie. De evaluatie van symptomen wordt aangevuld met gegevens over medicatie en therapie. Globaal valt de PECC uiteen in 5 grote delen (registratie, assessment / beoordeling, medicatie, educatie / therapie en levenscyclus).
Quality of Life in Depression Scale (QLDS)	De QLDS is een kwaliteitsschaal specifiek voor depressieve patiënten.
Quality of Life Scale (QOLS)	De QOLS is een 15-item instrument dat 5 domeinen beslaat (huishoudelijk en fysiek welbevinden, relaties met anderen, sociale activiteiten, persoonlijke ontwikkeling en recreatie).
Raven's Coloured Progressive Matrices (CPM)	De CPM bepaalt het niveau van intellectuele ontwikkeling van jonge kinderen, zwak begaafden en bejaarden.
Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)	De RCQ-D over alcohol en drugs is snel af te nemen (2 minuten, 12 items) en kan gebruikt worden binnen verschillende settings in de gezondheidszorg. De RCQ-D laat toe het motivatiestadium van een patiënt – zowel voorafgaand aan behandeling als tijdens het verloop ervan – in te schatten. Zo kunnen behandelinterventies gericht worden aangeboden.
Revisie Amsterdamse Kinder Intelligentie Test (RAKIT)	De RAKIT is een intelligentietest voor kinderen, bestaande uit 12 subtests. De verkorte vorm van de RAKIT bestaat uit 6 subtests.

Reynell Taalontwikkelingsschalen (RTOS)	De RTOS is een instrument waarmee het taalontwikkelingsniveau van kinderen tussen de 2 en 5 jaar kan worden ingeschat. Het taalbegripsniveau en taalproductieniveau worden afzonderlijk bepaald.
Risico-analyse	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij stoornissen in middelengebruik.
Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT)	De RBMT is een testbatterij voor het waarnemen van stoornissen in het alledaagse geheugen functioneren en voor het vastleggen van veranderingen hierin volgend op behandeling van geheugenproblematiek. DE RBMT wordt gebruikt bij volwassenen met een hersenaandoening.
Schaal voor interpersoonlijk gedrag (SIG)	De SIG is een zelfbeoordelingsschaal voor het meten van sociale vaardigheden. De vragenlijst bestaat uit vijftig vijfkeuze-items die verschillende situaties beschrijven. De SIG is bruikbaar voor diagnostiek en evaluatie van sociale vaardigheidstrainingen. Deze test meet met 50 items de spannings- en vermijdingsaspecten van sociaal gedrag.
Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS)	De SQLS is een kwaliteitsschaal specifiek voor schizofrene patiënten.
Schlichting Test voor Taalproductie	Dit instrument heeft het vaststellen van de taalproductie van kinderen (1 tot 6 jaar) tot doel. Hij bestaat uit 4 delen die ook afzonderlijk kunnen worden afgenomen (zinsontwikkeling, woordontwikkeling, auditief geheugen en lexi lijst).
Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED-NL)	De SCARED-NL is primair bedoeld voor klinisch werkende psychologen die kinderen en jeugdigen evalueren op het voorkomen van psychopathologie en willen vaststellen of er mogelijk sprake is van angstproblematiek. Omdat de vragenlijst sterk gerelateerd is aan de DSM, is enige bekendheid met dit classificatiesysteem nodig om te komen tot een juiste interpretatie van de SCARED-NL-scores.
Simulant Drug Side effects Rating Scale van Barkley	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij stoornissen in middelengebruik.
SLD-I	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten.
SNAP rating scale van Swanson	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten. Het wordt gebruikt bij kinderen en jongeren.
Sociale Angst Schaal voor kinderen (SAS-K)	De SAS-K is een zelfrapportage-vragenlijst voor kinderen waarmee de cognitieve en affectieve angstreacties in verschillende sociale situaties worden gemeten.

Somatoform Dissociation Questionnaire – 5 / 20 (SDQ)	De SDQ is een maat voor het concept somatoforme dissociatie. Dit concept is gebaseerd op de veronderstelling dat dissociatie betrekking heeft op zowel psychologische als somatoforme componenten van ervaringen, reacties en functies. De SDQ-20 omvat 20 uitspraken die betrekking hebben op verschillende lichamelijke verschijnselen. De SDQ-5 is een korte zelfinvullijst die dienst kan doen als screeningsinstrument voor dissociatieve stoornissen volgens de DSM-IV.
SON 2,5-7 SON 5,5-17	De SON is een niet verbale intelligentietest voor kinderen. Er bestaan 2 versies, voor kinderen van 5 ½ tot 17 en voor kinderen van 2 ½ tot 7.
Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-NL)	De SCAS-NL is een zelfrapportage vragenlijst voor kinderen en jeugdigen van circa 8 t/m 18 jaar, bestaande uit 44 items. Naast een totaalscore levert de lijst scores op 6 subschalen (paniek/agorafobie, separatieangst, sociale fobie, gegeneraliseerde angst, dwang en angst voor lichamelijke verwonding). De lijst is consistent met de DSM-IV classificatie van angststoornissen, met een algemene angststoornis waarbinnen de specifieke angststoornissen.
Symbolic Play Test (SPT)	Dit meetinstrument wordt gebruikt bij het meten van receptieve en actieve taalontwikkeling bij kinderen tussen de 1 en 3 jaar.
Symptom Checklist (SCL-90-R)	De SCL-90-R is een zelfbeoordelingsschaal die lichamelijke en psychische klachten meet ten behoeve van de screening van psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten, waarbij de onderzochte moet aangeven in welke mate hij/zij daar de afgelopen week last van heeft gehad. Deze checklist kan gebruikt worden in diagnostiek, in onderzoek naar effecten van therapie en bevolkingsonderzoek.
Taaltest Voor Kinderen (TVK)	De taaltest voor kinderen is bedoeld om het taalvaardigheidsniveau van kinderen van 4 tot 9 te beoordelen. De testbatterij heeft betrekking op de fonologische, syntactische, morfologische en semantische aspecten van de taal.
Tampa Schaal voor Kinesofobie (TSK-DLV)	De TSK-DLV is een vragenlijst die de mate van pijn-gerelateerde vrees bij patiënten weergeeft. Met de vragenlijst, bestaande uit 17 items, kan worden nagegaan of de patiënt beïnvloed wordt door vrees of vermijdingsgedrag.

Temperament en Karaktervragenlijst (TCI)	Deze test wordt gebruikt om persoonlijkheidskenmerken en pathologie in kaart te brengen en vormt een alternatief voor de NVM, NPV en NEO-PI. Hij bestaat uit vier temperament- en drie karakter-schalen.
Tinetti en Time up and go (TUG)	De Tinetti evalueert de gang & evenwicht aan de hand van 9 items. Voor evenwicht scoort men op zitbalans, het opstaan, pogingen tot recht opstaan, balans in stand... tot terug gaan zitten. Voor gang scoort men op het opvolgen van instructie tot stappen, paslengte, symmetrie... tot voetafstand. De TUG meet de snelheid waarmee een bepaald persoon vanuit de stoelzit rechtkomt, een afstand van 3 meter overbrugt en vervolgens terug plaats neemt. Samen geven ze een mobiliteitscore die aangeeft of er een verhoogd risico tot vallen is.
Trail Making Test (TMT)	In deze test worden verbindingen gemaakt tussen opeenvolgende letters en cijfers (kinderen tussen 9-14 jaar, gespreide aandacht).
Trimbothermometer	De Trimbothermometer is een instrument om de waardering of tevredenheid van de patiënten te meten. De eerste versie dateert van 2001, de tweede van 2003. Daarnaast is ook een GGZ-jeugdthermometer ontwikkeld. In de vragenlijst worden verschillende aspecten, o.a. informatie, inspraak en resultaat van de behandeling, bevraagd.
Udvalg for Kliniske Undersogelse (UKU)	De UKU, een gestructureerd instrumenten om somatische bijwerkingen te evalueren, bevat 70 items. Per item wordt door de behandelaar de ernst gescoord, waarbij het mogelijk is om ook de attributie te scoren.
Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)	De UPDRS is het meetinstrument bij de ziekte van Parkinson en heeft een motor section die de ernst van de motorische symptomen meet. De UPDRS is ook goed bruikbaar voor het vastleggen van medicijngeïnduceerd parkinsonisme.
Utrechtse Copinglijst (UCL)	De UCL is het best te plaatsen onder de opvatting van coping als persoonlijkheidsstijl. Dit betekent niet dat de copingvormen die iemand hanteert opgevat worden als onverantwoordelijke eigenschappen, maar wel dat er sprake is van bepaalde voorkeuren voor copingvormen over een aantal situaties heen. Deze reactiewijzen zijn mede tot stand gekomen door vroegere leerervaringen, opvoedingspatronen en persoonlijkheidskenmerken.

Utrechtse Korte Kleuter Intelligentietest (UKKI)	De UKKI bestaat uit 3 subtesten (natekenen van figuren, menstekening en woordenlijst) en is bedoeld voor kinderen van 4½ tot 6½ jaar. Deze test geeft in een korte tijd een globale indicatie van het algemeen niveau van de intellectuele ontwikkeling van de kleuter.
Van Rooijens opsomming van Opgewektheid en SOMberheid (VROPSOM)	De VROPSOM meet stemming en de emotionele kant van depressie. Oorspronkelijk bestond de VROPSOM uit 7 parallele lijsten, waarvan er twee zijn vertaald.
Vlaamse Dementie Batterij (VDB-II)	De VDB-II omvat 7 onderdelen: aandacht, taal, geheugen, redeneren, praxie, somatognosie, tijdschatting. De test wordt afgenomen in drie sessies van ongeveer 30 minuten.
Vragenlijst Positieve en Negatieve Gedachten bij kinderen (PNG-K)	Dit instrument gaat de positieve en negatieve gedachten na bij kinderen met depressie.
Vragenlijst risicosituaties	Dit instrument, ontwikkeld door de VAD, wordt gebruikt bij stoornissen in middelengebruik.
Vragenlijst voor Angst bij Kinderen (VAK)	De VAK is een zelfrapportagevragenlijst die is ontwikkeld voor het kwantificeren van angst bij kinderen. De vragenlijst bestaat uit items die situaties en objecten beschrijven die angst bij kinderen kunnen oproepen. De VAK bestaat uit 5 subschalen.
Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP)	Dit instrument, waarvan ook een verkorte versie bestaat, wordt gebruikt voor het screenen van persoonlijkheidsstoornissen volgens de classificatiesystemen DSM IV en ICD 10.
Ward Atmosphere Scale (WAS)	De WAS is een instrument waarmee beïnvloedende factoren van het milieu op het voorkomen van symptomen en de behandelresultaten worden gemeten. De WAS heeft 3 dimensies (relatie, behandeling en systeemondersteuning) en 10 subschalen.
Wechsler Adult Intelligence Scale III (WAIS III-NL)	De WAIS-III-NL meet het intellectuele vermogen van de volwassene. De test kan ook ingezet worden als psycho-educatieve test en om neurologische en / of psychiatrische stoornissen vast te stellen.
Wechsler Memory scale (WMS)	De WMS is een uitgebreide geheugenbatterij.
Wechsler Preschool and primary scale of Intelligence – revised (WPPSI-R)	Deze testbatterij meet het intellectueel vermogen van kinderen tot 7 à 8 jaar.

Wide Range Assessment of Visual Motor Abilities (WRAVMA)	De WRAVMA is een test die als doel heeft de visuo-motoriek te evalueren bij kinderen tussen 3 en 17 jaar. De WRAVMA bestaat uit 3 subtests die de vaardigheden zoals fijne motoriek, visuo-spatiale en visueel-motorische vaardigheden onderzoeken.
Widlockerschaal voor geremdheid, retardatie	Dit instrument werd geciteerd door één van de respondenten.
Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs)	De Y-BOCS is een gestructureerd interview dat gescoord kan worden door een therapeut of een onafhankelijke beoordelaar. Tevens wordt er een inventarisatie van de bestaande obsessies en compulsies gemaakt. De Y-BOCS bestaat uit 10 items die de ernst van de dwangsymptomen meten. In de Y-BOCS zijn twee subschalen te onderscheiden: (1) obsessies en (2) de dwanghandelingen.
Young Mania Rating Scale (YMRS)	De YMRS wordt gebruikt om een hypomane episode te diagnosticeren. Gezien de patiënt doorgaans weinig last heeft van de symptomen, wordt er aan iemand in de omgeving gevraagd om de vragenlijst in te vullen.
Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (Bf-s)	De Bf-s bestaat uit een lijst met 28 bipolaire items die bedoeld zijn om stemmingswisselingen tussen depressie en manie te meten. Er bestaan 2 versies van deze schaal.
Zelf-beoordelingsvragenlijst (ZBV)	De ZBV is een bewerking van Spielberger's State Trait Anxiety Inventory (STAI) en meet algemene angst. De lijst bestaat uit 2 schalen: toestandsangst verwijst naar de angst op het moment van invullen; angst-dispositie betreft de meer continue aanwezigheid van angst. De lijst is geschikt om fluctuaties in het angstniveau te meten. Er bestaat ook een versie voor kinderen.
Zelf-beoordelingsvragenlijst voor kinderen (ZBV-K)	De ZBV-K bestaat uit 2 afzonderlijke zelfbeoordelingsvragenlijsten, die corresponderen met 2 vormen van angst: toestandsangst en angstdispositie.
Zelfinventarisatielijst PTSD (ZIL)	De ZIL is speciaal ontwikkeld om de DSM-III-R criteria van PTSD te meten. Ze omvat 52 items die gescoord worden. De vragen zijn geformuleerd zonder verwijzing naar een trauma. Scores worden verkregen van intrusies (5 items), vermijding (9 items) en hyperarousal (8 items) en een totaalscore.

Zung Self-Rating Anxiety Scale	De Zung Self-Rating Anxiety Scale bestaat uit 20 uitspraken die symptomen beschrijven in verband met angst. De patiënt wordt gevraagd deze symptomen in de voorbije week te evalueren.
Zung Zelfbeoordelingsschaal voor Depressie (SDS)	De SDS bestaat uit een lijst met 20 uitspraken, die elk betrekking hebben op een specifiek kenmerk van depressie.

Rond het thema meten van uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg voorziet de VVGG een reeks van 5 publicaties. Zijn reeds verschenen

Deel 1

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING EN KWALITEITSZORG: OVER MEETINSTRUMENTEN EN INDICATOREN INTERNATIONAAL SYMPOSIUM 1 DECEMBER 2006

Vier sprekers rapporteerden op het besloten VVGG-symposium over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoording in de geestelijke gezondheidszorg. Bob van Wijngaarden bracht een actuele stand van zaken over het meten van de effectiviteit van de zorg in Nederland. Eta Mulder's bijdrage beschreef de implementatie van een set van basis-indicatoren voor de geestelijke gezondheid in Nederland. Chris Heginbotham gaf met de uitspraak 'Measuring what matters' aan dat vooraf goed moet worden nagedacht over wat er gemeten moet worden. Jacques Gasser tenslotte haalde de consequenties aan van een nieuwe Zwitserse wet over de controle van ziektekosten.

Deel 3

METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG LITERATUURSTUDIE 2007

Een eerste hoofdstuk beoogt een genuanceerde formulering van de probleemstelling in verband met het meten van uitkomsten van de behandeling, als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Hoofdstuk 2 beschrijft de verschillende soorten uitkomsten die van belang zijn. Vervolgens wordt een overzicht geboden van de bestaande meetinstrumenten. Hierbij wordt een 1ste poging gedaan om die instrumenten te selecteren die voor de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen geschikt en gebruiksvriendelijk zijn. In hoofdstuk 4 wordt de vraag gesteld wat met de uitkomsten wordt gedaan door de verschillende betrokken actoren.

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/2007/2566/3

Deel 2

MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRIJCHLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG INVENTARIS

Tweede deel van een reeks van 5 rond het meten van uitkomsten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. In dit deel wordt gerapporteerd over een rondvraag naar het gebruik van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in Vlaanderen. 97% van de 160 Vlaamse ggz-voorzieningen - centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), beschut wonen (BW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) - reageerden op de rondvraag. Meetinstrumenten worden in 64% van de voorzieningen gebruikt. Hierbij gaat het vooral om klinische meetinstrumenten. Behandelrichtlijnen daarentegen worden nauwelijks gebruikt.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) promoot het thema van de geestelijke gezondheid in de samenleving. Publiekgerichte campagnes zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast levert de VVGG een bijdrage in de afstemming tussen wetenschappelijk onderzoek enerzijds en de klinische praktijk anderzijds. Wetenschappelijke kennis over geestelijke gezondheid wordt zowel voor het grote publiek als voor specifieke doelgroepen beschikbaar gesteld. Dit leidt respectievelijk tot een beter begrip van psychische problemen én tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg.

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, boeken en video's.
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