

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN  
DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG  
IN VLAANDEREN  
DEEL 8**

*Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid*



**Stefaan Baert, Wannes Rambour, Evelien Delaere,  
Maarten Bockstaele & Hilde Bauwens**

UITKOMSTENMANAGEMENT IN DE BEHANDELING VAN  
KINDEREN EN JONGEREN: VIER VERHALEN UIT DE PRAKTIJK.

VERSLAG SYMPOSIUM ZEVENDE VLAAMS CONGRES  
KINDER- EN JEUGDPYCHIATRIE EN -PSYCHOTHERAPIE,  
GENT 10 SEPTEMBER 2009

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](mailto:info@vvgg.be)

Wettelijk depot: D/2010/2566/1

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

Baert, S., Rambour, W., Delaere, E., Bockstaele, M., & Bauwens, H. (2010). Uitkomstenmanagement in de behandeling van kinderen en jongeren: vier verhalen uit de praktijk. Verslag symposium Zevende Vlaams Congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -Psychotherapie, Gent 10 september 2009. Deel 8. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

# INHOUDSTAFEL

DANKBETUIGING

p. 4

VOORWOORD

p. 5

HOOFDSTUK I: INTRODUCTIE VAN UITKOMSTENMANAGEMENT

p. 7

IN EEN AMBULANT KINDERTEAM

WANNES RAMBOUR & FILIP DESMIT, CGG NOORD WEST-VLAANDEREN

p. 7

1.1. Inleiding

p. 7

1.2. Uitkomstenmodel

p. 7

1.3. Implementatie

p. 7

1.4. Resultaten

p. 9

1.5. Voorlopige conclusie

p. 10

1.6. Literatuur

p. 10

HOOFDSTUK II: EEN METING VAN CLIËNTWAARDERING

p. 11

BIJ KINDEREN EN JONGEREN EN HUN OUDERS

EVELIEN DELAERE, CGG LARGO

p. 11

2.1. Inleiding

p. 11

2.2. Doelstelling

p. 11

2.3. Methode

p. 11

2.4. Resultaten

p. 12

2.5. Beperkingen en bedenkingen

p. 13

2.6. Actiepunten rond behandelplan

p. 13

2.7. Voorlopige conclusie

p. 14

HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT IN EEN GROEPSBENADERING

p. 15

VOOR ADOLESCENTEN EN JONGVOLWASSENEN

MAARTEN BOCKSTAELE & FRANCIS PASCAL-CLAES, CGG WAAS & DENDER

p. 15

3.1. Inleiding

p. 15

3.2. Acceptance en Commitment Therapy (ACT)

p. 15

3.3. Hypotheses

p. 15

3.4. Meetinstrumenten

p. 16

3.5. Resultaten

p. 16

3.6. Discussie

p. 18

3.7. Voorlopige conclusie

p. 18

3.8. Literatuur

p. 18

HOOFDSTUK IV: INTRODUCTIE VAN UITKOMSTENMANAGEMENT

p. 19

IN EEN MOEDER KIND-UNIT

HILDE BAUWENS, PZ SINT-CAMILLUS

p. 19

4.1. Inleiding

p. 19

4.2. Moeder kind-unit

p. 19

4.3. Doelstellingen

p. 19

4.4. Uitkomstenmanagement

p. 20

4.5. Voorlopige conclusie

p. 23

4.6. Literatuur

p. 24

HOOFDSTUK V: SAMENVATTING

p. 25

HOOFDSTUK VI: TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

p. 26

## DANKBETUIGING

Ter gelegenheid van het zevende Vlaams Congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -Psychotherapie te Gent op 10 september 2009 organiseerde de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid een symposium over uitkomstenmanagement bij kinderen en jongeren.

Onze dank gaat uit naar de vier sprekers die elk vanuit hun praktijkervaring de meerwaarde van uitkomstenmanagement onderstreepten: Wannes Rambour (CGG Noord West-Vlaanderen), Evelien Delaere (CGG Largo), Maarten Bockstaele (CGG Waas & Dender) en Hilde Bauwens (PZ Sint-Camillus). De VVGG dankt ook de talrijke aanwezigen op het symposium voor hun betrokkenheid bij het project uitkomstenmanagement en hun bijdrage in de discussie.

Daarnaast danken de auteurs Jan Van Speybroeck (VVGG), Rik Van Nuffel (VVGG), Joris Casselman (VVGG) voor het nalezen van de ontwerptekst.

## VOORWOORD

Bij hulpverleners, managers van zorg, onderzoekers en de overheid is er een groeiende interesse om behandelresultaten bij kinderen en jongeren in kaart te brengen. Voor hulpverleners kan uitkomstenmanagement een *therapeutisch instrument* zijn waarmee ze beter zicht krijgen op veranderingen die al dan niet plaatsvinden tijdens het therapeutische proces. Het is een manier om patiëntenrechten in de praktijk te brengen. Voor managers van zorg kan uitkomstenmanagement een *beleidsinstrument* zijn dat kansen biedt op vlak van integrale kwaliteitszorg. Het periodiek meten van behandeluitkomsten biedt mogelijkheden voor zelfevaluatie en opstellen van verbeterprojecten. Voor onderzoekers betekent uitkomstenmanagement een *onderzoeksinstrument* waarbij de complexiteit van de klinische realiteit kan worden ingeschreven in het onderzoeksdesign, wat een grote externe validiteit met zich meebrengt. Tenslotte, organisaties moeten kunnen aantonen dat ze kwaliteitsvolle zorg aanbieden voor de ter beschikking gestelde financiële middelen. In dit kader sloot de Vlaamse overheid met de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid een beheerovereenkomst om de geestelijke gezondheidszorg wetenschappelijk te ondersteunen bij het ontwikkelen van een uitkomstenmodel om periodieke behandelresultaten op een objectieve manier in te schatten. De centrale doelstelling is om via het in kaart brengen van kernprocessen en behandelresultaten de kwaliteit van de zorg voor kinderen/jongeren met psychische problemen en hun ouders te waarborgen en te verbeteren.

Om dit te realiseren ontwikkelde de VVGG een wetenschappelijk onderbouwd uitkomstenmodel, waarin behandelresultaten periodiek gemeten kunnen worden. Dit betekent dat op regelmatige tijdstippen cruciale behandelaspecten in beeld worden gebracht. Het model is multi-dimensioneel, multi-informant en multi-methodisch. Ten eerste, we houden niet alleen rekening met klinische aspecten, maar ook met kwaliteit van leven en tevredenheid (multi-dimensioneel). Recent werd het model uitgebreid met het therapeutische proces (= eerste uitbreiding). Vraag blijft echter hoe deze aspecten zich tot elkaar verhouden. Een kind met ADHD bijvoorbeeld kan zich beter concentreren in de klas (functioneren), maar wordt angstig en krijgt nachtmerries (klinisch). Ten tweede, elke informant is potentieel een valide informatiebron (multi-informant). Bij kinderen en jongeren is dit zeer belangrijk. Zowel kinderen, ouders als de hulpverleners kunnen bevraagd worden. Tenslotte, bij de operationalisering worden verschillende methodieken gebruikt (multi-methodisch). Tot nu toe hebben we enkel rekening gehouden met kwantitatieve meetinstrumenten, maar je kan ook kwalitatieve tools gebruiken (= tweede uitbreiding). Voor het gebruik als therapeutisch instrument kan dit zeer interessant materiaal opleveren. Deze multi-dimensionele, multi-informant, multi-methodische benadering moet leiden tot een genuanceerd beeld op de kernprocessen en behandelresultaten.

### Tool voor uitkomstenmanagement

Tot slot is het belangrijk om twee initiatieven kort te vermelden. Ten eerste, om een snelle verwerking en feedback te garanderen ontwikkelde de VVGG een web-based *Tool voor Uitkomstenmanagement* (TUM). Voor hulpverleners en management voorzien we afzonderlijke analysemodules, waarbij de privacy van de cliëntgegevens wordt gerespecteerd. De hulpverlener kan grafieken maken per cliënt, terwijl de kwaliteitscoördinator analyses kan genereren over alle cliënten van de organisatie heen. Ten tweede, sinds mei 2009 organiseert de VVGG vorming, bestaande uit drie delen. De eerste module start met een algemene inleiding op de toepassing van uitkomstenmanagement. De tweede module

gaat dieper in op de toepassing van het model in de behandeling. De derde module verduidelijkt implementatiestrategieën en analysetechnieken. Meer informatie kan u vinden op [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be) (uitkomstenmanagement).

### Het symposium

De toepassing van uitkomstenmanagement bij kinderen en jongeren brengt een aantal specifieke aspecten met zich mee. In dit symposium namen vier sprekers het woord. Wannes Rambour (CGG Noord West-Vlaanderen) lichtte de introductie van het uitkomstenmodel toe in een ambulante kinderteam. Naast kansen en knelpunten toonde hij ons de eerste resultaten. Evelien Delaere (CGG Largo) vertelde ons over de toepassing van het uitkomstenmodel als beleidsinstrument. Een meting van de cliënttevredenheid bij jongeren en hun ouders bracht enkele werkpunten aan het licht, o.a. rond behandelplannen. Maarten Bockstaele (CGG Waas & Dender) toonde dat het uitkomstenmodel ook toepasbaar is in een groepsbehandeling. Bij de interpretatie van de metingen werd rekening gehouden met procesvariabelen. Met Hilde Bauwens (PZ Sint-Camillus) maakten we de overstap naar de residentiële sector. Hilde lichtte toe hoe het uitkomstenmodel vorm kreeg in een moeder-kind unit.

[www.vvgg.be](http://www.vvgg.be)  
[stef@vvgg.be](mailto:stef@vvgg.be)

Stefaan Baert, stafmedewerker VVGG

Gent, april 2010

# HOOFDSTUK I: INTRODUCTIE VAN UITKOMSTEN-MANAGEMENT IN EEN AMBULANT KINDERTEAM

Wannes Rambour & Filip Desmit, CGG Noord West-Vlaanderen

www.cgg.be  
wannesrambour@gmail.com  
filip.desmit@cgg.be

## 1.1. Inleiding

Het CGG Noord West-Vlaanderen besloot eind 2007 om uitkomstenmanagement naar voren te schuiven als een prioritair kwaliteitsthema voor de komende jaren. Sinds begin 2008 bereidt een werkgroep de introductie voor van het uitkomstenmodel. In mei 2009 is gestart met het meten van uitkomsten van de behandeling. Voor meer informatie over het tot stand komen van dit project verwijzen we naar het eerste hoofdstuk van deel 7 van deze reeks (Baert et al., 2009). Meteen werd gekozen om dit meetsysteem te introduceren voor alle doelgroepen, waaronder ook kinderen en jongeren. Hierbij is het de bedoeling om het meten van behandeluitkomsten te laten aansluiten bij de dagelijkse werking en integraal deel te laten uitmaken van het behandelplan. De kinderen zijn 7 tot 18 jaar. Naargelang de werking met de individuele cliënt kan de behandeling bestaan uit verschillende vormen, zoals individuele begeleiding, ouderbegeleiding, creatieve therapie, farmacotherapie, psycho-educatie en combinaties van voorgaande, ...

## 1.2. Uitkomstenmodel

Er werd gekozen voor een uitkomstenmodel conform de indeling van Walburg (2003): klinische uitkomsten, functionele uitkomsten en cliënttevredenheid. Daarnaast vond de werkgroep het belangrijk om zoveel mogelijk perspectieven in beschouwing te nemen, i.c. de geïdentificeerde patiënt, zijn/haar ouders en de therapeut. Mogelijke verschillen in deze perspectieven lijken ook zinvol binnen de intake- of behandel fase. We hopen met deze multi-dimensionele en multi-informant benadering een vollediger beeld te krijgen van de cliënt en zijn/haar problematiek.

We verkozen generieke boven specifieke meetinstrumenten, gezien onze beslissing om uitkomstenmanagement bij de volledige populatie van ons CGG in te voeren. Dit resulteerde uiteindelijk in een uitkomstenkompas dat bestaat uit drie meetinstrumenten: de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, ouder- en kindversie), de *Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents* (HoNOSCA, versie hulpverlener) en de *Jeugdthermometer* (ouder- en kindversie). Een bespreking van deze meetinstrumenten is terug te vinden in deel 5 van deze reeks (Baert, 2008).

## 1.3. Implementatie

De implementatie van het uitkomstenmodel werd ruim op voorhand voorbereid. In een pilootfase werden de vragenlijsten bij enkele cliënten afgenomen. De invulduur en duidelijkheid van de vraagstelling werd nagegaan. Hierbij werd gezocht naar oplossingen voor praktische problemen. Een scoringsinstrument, de zogenaamde testmanager, werd ontwikkeld voor de automatische berekening en interpretatie van subscores. Hiervoor werd een Open Office-spreadsheet gemaakt waaruit de hulpverleners rechtstreeks de schaalscores en interpretatie konden aflezen. Ook de *Reliability of Change Index* werd geïntegreerd om de betrouwbaarheid van de verandering ten opzichte van de aanmelding en

het vorige meetmoment na te gaan. Daarnaast worden deze repeated measures samengebracht in één centrale datamatrix. Deze datamatrix kan gebruikt worden om de kwaliteit van de behandelingen te verbeteren. De drie analyseniveaus zijn de individuele cliënt, de hulpverlener en de teams.

In een tweede fase werden zowel therapeuten, administratief personeel, medische secretariaat als raad van bestuur ingelicht over de nieuwe manier van werken. De medewerkers werden per therapeut en per team op de hoogte gebracht van het gebruik en interpretatie van veranderingsgegevens. Dit leidde tot onze verbazing niet tot grote weerstand of angst. Het uitkomstenmodel werd eerder gezien als een extra bron van informatie voor reflectie en functioneringsgesprekken.

In een derde fase kregen de therapeuten een opleiding rond het scoren van de HoNOSCA en het gebruik van onze “testmanager”. Er werd gekozen voor een maximale integratie in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) om de link met het therapeutische project van het CGG Noord West-Vlaanderen ten volle te benutten.

Ten slotte werden in de vergaderzalen posters opgehangen met informatie rond de gebruikte vragenlijsten en subschalen. Op die manier werd het bespreken van de resultaten binnen de teamvergaderingen gemakkelijker.

Bij de uiteindelijke invoering van uitkomstenmanagement werd de keuze gemaakt om in één vlotte beweging op te starten over alle vestigingen en doelpopulaties heen. Er werd ook voor geopteerd om niet te kiezen voor één cliëntengroep, maar onmiddellijk alle cliënten hierin te betrekken. Dit vanuit onze wens tot integratie van de metingen binnen het behandelplan en het werken aan een goed kwaliteitsbeleid.

#### 1.3.1. Specifieke situaties

Naargelang de specificiteit van de verschillende doelgroepen bleek een andere aanpak noodzakelijk. Zo diende voor kinderen en jongeren rekening gehouden te worden met de verschillende settings waarin therapie kan georganiseerd worden, individuele therapie, ouderbegeleiding of een combinatie. Dit betekent dus ook drie verschillende manieren van meting. Om hieraan tegemoet te komen werd de verantwoordelijkheid van de organisatie en controle hiervan toegewezen aan het medische secretariaat. Er wordt bijgehouden bij wie de afname dient plaats te vinden en mogelijke uitzonderingen of weigeringen worden geregistreerd.

#### 1.3.2. Afname

De afname gebeurt voor het begin van de sessie om zo veel mogelijk de invloed van de individuele sessie te minimaliseren en eerder naar het proces te kijken. Kinderen en ouders vullen de vragenlijsten in in de wachtzaal. Indien wenselijk kunnen vragen of moeilijkheden bij het invullen met de hulpverlener besproken worden. Deze laatste kijkt na of de vragenlijsten volledig zijn ingevuld. De ouderversie wordt bij voorkeur steeds door dezelfde ouder ingevuld omdat beide ouders een verschillend perspectief kunnen hebben op hun kind. De verwerking gebeurt onder de verantwoordelijkheid van het medische secretariaat via de OpenOffice.Org scoring. De gegevens worden ook opgeladen in het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en gebruikt in de verschillende vergadermomenten.

Query's die uit het EPD getrokken worden houden bij wanneer de cliënten opnieuw dienen uitgenodigd te worden tot het invullen van de vragenlijsten. De verantwoordelijke hulpverlener wordt hiervan door het medische secretariaat op de hoogte gebracht.



### 1.3.3. Reacties van medewerkers

Volgens de medewerkers is het voornaamste voordeel van het uitkomstenmodel dat er ruimte wordt gecreëerd, zodat onderwerpen die anders misschien niet bevroegd zouden worden toch aan bod komen. Zo wordt er bijvoorbeeld niet altijd aan gedacht om alcohol- of druggebruik bij een 12-jarige te bevroeden. Een tweede voordeel is het gebruik van de verschillende perspectieven. Soms is het therapeutisch interessant om elkaars 'tegensprekende' gegevens te gebruiken. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden of er een verschil is tussen scores die ouders en kinderen geven op de SDQ. Daarnaast kan gekeken worden naar tendensen in zelfrapportage versus interpretatie door de hulpverlener. Hoewel de SDQ en de HONOSCA verschillende zaken meten, is het interessant om te kijken of hoge/significante scores op de ene schaal ook overeen komen met eerder hoge/significante scores op de ander schaal. Een derde voordeel is dat door de systematiek van het uitkomstenmodel er meer wordt gekeken naar de vorderingen van de cliënt. Ook het feit dat de SDQ kijkt naar sterktes van kinderen werd door een aantal medewerkers als positief ervaren.

### 1.3.4. Problemen

Hoewel oorspronkelijk gevreesd werd voor een aantal kinderziektes bij de implementatie, blijkt dit mee te vallen. Voornaamste problemen liggen in kleine, praktische zaken, bijvoorbeeld het vergeten van een bril of het vergeten meegeven van de testen. Van de 120 patiënten die bevroegd werden, weigerde slechts 1 ouder. Ons voornaamste werkpunt ligt in de volledigheid waarmee de vragenlijsten worden ingevuld. Ondanks de controle van de hulpverleners bleek dat 10% van de vragenlijsten onvolledig ingevuld waren, zodat één of meerdere subschalen van de SDQ niet konden berekend worden (er dient een minimaal aantal vragen ingevuld te zijn om valide subscores te krijgen). Het lijkt ons dan ook zeer belangrijk om de medewerkers hierop attent te maken. Daarnaast bleek ook dat herhaling van informatie over de gebruikte instrumenten belangrijk was. Daarom werd ervoor geopteerd om posters op te hangen en werd het intranet van het cgg benut om vragen en opmerkingen te beantwoorden. Ten slotte wordt ook in de toekomst een regelmatige herhaling en afstemming van de manier van werken met het uitkomstenmodel en de scoring van de HONOS voorzien.

## 1.4. Resultaten

De eerste resultaten dienen met de nodige voorzichtigheid behandeld te worden, gezien het hier om relatief kleine aantallen gaat. We kunnen voorlopig enkel spreken van tendensen op meetmoment 1. We hopen in de toekomst evolutiecijfers te kunnen presenteren. Een eerste tendens is dat onze cijfers een heel stuk hoger liggen dan die van normpopulaties uit Engeland. Het gemiddelde in onze populatie lag steevast hoger en was in een aantal gevallen zelfs meer dan 1 standaardafwijking hoger dan de normpopulaties. Dit zou kunnen verklaard worden vanuit het feit dat wij te maken hebben met een poliklinische psychiatrische populatie, terwijl de normpopulatie betrekking heeft op 'normale' populaties. Meer gespecialiseerd onderzoek kan hierin meer duidelijkheid brengen. Bij de discussie onder hulpverleners werd ook opgemerkt dat de scores op de schaal pro-sociaal gedrag weinig afwijken van de waarden bij de Engelse normpopulatie. Ook de impactschaal wordt zowel door de kinderen als de ouders zeer laag gescoord (tabel 1.1).

Tabel 1.1. SDQ-scores

	SDQ self-report				SDQ-ouders			
	British sample (n = 10.298)		CGG sample (n = 34)		British sample (n = 10.298)		CGG sample (n = 54)	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Total difficulties	10,3	5,2	16,4	4,9	8,4	5,8	17,8	6,4
Emotional symptoms	2,8	2,1	4,9	2,5	1,9	2	5,6	2,5
Conduct problems	2,2	1,7	3,1	2,4	1,6	1,7	3,7	2,5
Hyperactivity-inattention	3,8	2,2	6,1	2,4	3,5	2,6	5,8	2,7
Peer problems	1,5	1,4	2,3	1,5	1,5	1,7	3,1	2,3
Prosocial behaviour	8,0	1,7	7,3	1,9	8,6	1,6	7,1	1,8
Impact	0,2	0,8	0,6	0,9	0,4	1,1	0,1	0,3

www.sdqinfo.com

### 1.5. Voorlopige conclusie

Hoewel we op voorhand nooit gedacht hadden dat dit zo vlot kon lopen waren we toch verbaasd door de vlotheid waarmee het uitkomstenmodel werd geïmplementeerd. Dit lijkt ons voornamelijk te danken aan het enthousiasme van onze medewerkers en de grondige voorbereiding vooraf. Een volledige integratie in de manier van werken en denken lijkt noodzakelijk om op een vlotte en efficiënte manier met uitkomstenmanagement aan de slag te gaan. Een goed uitgebouwd uitkomstenmanagement lijkt ons zeker de moeite waard om aan te raden aan andere CGG's en instellingen in de geestelijke gezondheidszorg.

### 1.6. Literatuur

Baert, S., Desmit, F., Herman, E., Verbeerst, L., Adriaenssens, K., De Wachter, D. & Casselman, J. (2009). *De introductie van uitkomstenmanagement: vier verhalen uit de praktijk. Verslag symposium vierde geestelijke gezondheidscongres, Antwerpen 17 september 2008*. Deel 7. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Baert, S. (2008). *De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen*. Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Walburg, J.A., (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.

[www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com): Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires

## HOOFDSTUK II: EEN METING VAN CLIËNTWAARDERING BIJ KINDEREN EN JONGEREN EN HUN OUDERS

Evelien Delaere, CGG Largo

www.cgglargo.be  
evelien.delaere@cgglargo.be

### 2.1. Inleiding

Begin 2009 deed CGG Largo een onderzoek naar de tevredenheid en waardering bij de cliënten van het kinder- en jongerenteam (jongeren en hun ouders). Onze doelstelling was om opmerkingen en minder goede resultaten te gebruiken om de kwaliteit van ons zorgaanbod te verbeteren. Er werd gekozen om gebruik te maken van twee bestaande meetinstrumenten. Uit een eerste globale analyse blijkt dat zowel de jongeren als de ouders tevreden zijn over ons centrum. Er heerst echter onduidelijkheid rond het behandelplan.

### 2.2. Doelstelling

Door middel van een peiling naar de tevredenheid en waardering van jongeren en hun ouders zullen we trachten onze diensten aan te passen en te verbeteren.

### 2.3. Methode

#### 2.3.1. Werkgroep

Er werd een werkgroep opgericht met zes mensen uit de drie vestigingen. Een belangrijke discussie handelde over de methodiek: 'wat willen we precies weten?', 'bestaan hiervoor vragenlijsten?'

#### 2.3.2. Meetinstrumenten

Zelf een vragenlijst opstellen leek niet zo evident. Vandaar dat we inspiratie hebben gezocht bij de meetinstrumenten die door de VVGG werden voorgesteld. Op hun website vonden we de ggz-thermometers voor cliëntwaardering die ontwikkeld werden door het Trimbosinstituut. Voor jongeren en hun ouders gebruikten we respectievelijk de ggz-thermometer voor jongeren vanaf 12 jaar en de ggz-thermometer voor ouders over de behandeling van hun kind. We hebben enkel kleine wijzigingen aangebracht in de uitleg bij de vragen en de achtergrondgegevens.

#### 2.3.3. Doelgroep

Als doelgroep namen we lopende dossiers waarbij de cliënten (of hun zoon/dochter) minstens drie keer op afspraak kwamen en openstaande dossiers waarbij de cliënten (of hun zoon/dochter) minstens drie keer op afspraak kwamen en waarbij geen verdere afspraak werd gepland. Deze meting werd in de drie vestigingen uitgevoerd.

## 2.4. Resultaten

### 2.4.1. Jongeren

#### 2.4.1.1. Respons

In totaal werden vanuit de drie vestigingen (Roeselare, Ieper & Veurne) 151 vragenlijsten verstuurd met een gemiddelde respons van 38,4%. De respons in Ieper lag iets hoger dan in de andere vestigingen.

#### 2.4.1.2. Kindfactoren

De gemiddelde leeftijd van de jongeren die de lijst invulden was 14,7 jaar (SD = 1,9; range = 12 – 20). De meerderheid (62%) van de vragenlijsten werden ingevuld door meisjes. Roeselare scoort hoger, met 77% meisjes. De opleiding van de jongeren is verdeeld over lager secundair, buitengewoon secundair onderwijs, beroepssecundair onderwijs, technisch secundair onderwijs (TSO), algemeen secundair onderwijs (ASO) en andere. In Ieper zijn er opvallend meer TSO-jongeren. In Veurne zijn er meer ASO-jongeren. In Roeselare zijn er meer jongeren die geen ASO-opleiding volgen.

#### 2.4.1.3. Tevredenheid

Tabel 2.1. (bovenste deel) toont een overzicht van de waardering van de jongeren. De eerste kolom geeft verschillende facetten van tevredenheid weer. In de tweede tot de vijfde kolom staan de resultaten. In de laatste kolom worden de maximale scores weergegeven. We weerhouden drie belangrijke vaststellingen. Er zijn weinig verschillen te merken tussen de drie vestigingen. Jongeren zijn globaal tevreden. Jongeren geven gemiddeld een lage score voor inspraak/behandelplan.

Tabel 2.1. Waardering jongeren en hun ouders

Waardering jongeren (N = 58)					
	Gemiddelde score				Max*
	Fusie	Roeselare	Ieper	Veurne	
Informatie	2,7	2,8	2,6	2,6	3
Inspraak / behandelplan	1,9	1,8	1,9	1,9	3
Hulpverlener	3,9	3,7	4	3,9	4
Resultaat begeleiding	4,7	4,8	4,4	4,9	6
Rapportcijfer	7,9	8,4	7,5	8,1	10
Aanraden centrum	82,7%	84,6%	80,0%	84,0%	100%

Waardering ouders (N = 133)					
	Gemiddelde score				Max*
	Fusie	Roeselare	Ieper	Veurne	
Informatie / inspraak	4,2	4	4,2	4,5	5
Hulpverlener	3,8	3,8	3,8	3,9	4
Behandeling kind / behandelplan	3,5	2,6	3,7	3,9	6
Rapportcijfer	7,6	7,5	7,5	7,7	10
Aanraden centrum	84,2%	88,9%	79,6%	84,9%	100%

\* Maximale score per subschaal

## 2.4.2. Ouders

### 2.4.2.1. Respons

In totaal werden vanuit de drie vestigingsplaatsen 270 vragenlijsten naar ouders verstuurd, met een respons van 49,2%. Dat is hoger dan bij de jongeren. Net zoals bij de vragenlijsten voor jongeren ligt de respons in Ieper hoger.

### 2.4.2.2. Gezins-, ouder- en kindfactoren

De gemiddelde leeftijd van de ouders die de lijst invulden is 41 (range: 29 – 58). Het gemiddelde geboortjaar van hun kind is 1913 (range: 5 – 18).

De meerderheid van de vragenlijsten werden ingevuld door moeders (78%). Meisjes en jongens kwamen ongeveer evenveel voor (52% meisjes).

De opleiding van de kinderen is verdeeld over alle opleidingsvormen heen. Opnieuw vinden we meer TSO-jongeren in Ieper en meer ASO-jongeren in Veurne.

Het gaat vooral om kerngezinnen (48,8%) en in iets mindere mate nieuw samengestelde gezinnen met hoederecht (22,7%) en alleenstaanden met hoederecht (22,7%). Nieuw samengestelde gezinnen met bezoekrecht (3,9%) en alleenstaanden met bezoekrecht (2,3%) vormen de minderheid. Er waren vijf missers.

### 2.4.2.3. Tevredenheid

Tabel 2.1. (onderste deel) toont de waardering van de ouders voor de behandeling van hun kind. We weerhouden drie belangrijke vaststellingen. Er zijn weinig verschillen met de waardering van de jongeren. Net zoals bij de jongerenversie zijn er weinig verschillen tussen de drie vestigingen. De ouders geven gemiddeld een lage score voor behandeling kind/behandelplan.

## 2.5. Beperkingen en bedenkingen

- Indien zou blijken dat bepaalde vragen niet duidelijk zijn voor de jongeren, dan kunnen de grijze vakken op de vragenlijst gebruikt worden om meer uitleg te geven.
- Indien de ouders samen met hun kind de vragenlijst invullen, dan bestaat het gevaar dat de mening van de ouders doorweegt.
- Niet alle achtergrondgegevens waren relevant voor ons onderzoek.
- Indien de ouders niet op de hoogte zijn van de begeleiding of Frans spreken, dan kregen deze cliënten geen vragenlijst.

## 2.6. Actiepunten rond behandelplan

Er zal een werkgroep samengesteld worden die rond volgende punten aan het werk gaat:

- 1) Moeten de therapeuten geadviseerd worden om de term 'behandelplan' meer te gebruiken tijdens de begeleiding?
- 2) Moet aan de cliënt een schriftelijke versie van het behandelplan meegegeven worden?
- 3) Moet de term behandelplan aangepast worden?

## 2.7. Voorlopige conclusie

Uit een eerste globale analyse blijkt dat er geen grote verschillen zijn noch tussen de drie vestigingen, noch tussen jongeren en ouders. Zowel jongeren als hun ouders zijn tevreden over ons centrum. Er heerst enkel onduidelijkheid rond het behandelplan. Veel cliënten weten niet of er een behandelplan werd opgemaakt. Bedoeling is dat we de resultaten alsook de antwoorden op de open vragen verder analyseren en van daaruit actiepunten uitwerken.

## HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT IN EEN GROEPSBENADERING VOOR ADOLESCENTEN EN JONGVOLWASSENEN

Maarten Bockstaele & Francis Pascal-Claes, CGG Waas & Dender

www.ggz.be  
maartenbockstaele@ggz.be  
francispascalclaes@ggz.be

### 3.1. Inleiding

Bij experiëntiële vermijding, een onderliggend proces bij vele psychologische problemen, tracht men (nare) innerlijke ervaringen zoals gedachten, gevoelens, herinneringen en dergelijke meer zoveel mogelijk te controleren. Acceptance en Commitment Therapy (ACT) werkt in op deze experiëntiële vermijding en leert cliënten de strijd tegen innerlijke ervaringen te staken, ervaringen te accepteren en het leven te richten naar wat belangrijk is. Door het ervaringsgerichte karakter van deze benadering, leent de methode zich uitstekend tot het werken met kinderen en adolescenten, zowel curatief als preventief (Greco & Hayes, 2008).

GGZ Waas & Dender ontwikkelde een groepsprotocol voor adolescenten en jongvolwassenen (16+), gebaseerd op ACT. In de periode oktober 2008 – juni 2009 werd deze methode toegepast bij vier groepen (n = 30) die acht weken na elkaar samen kwamen voor een sessie van 2 uur. Iedere groep bestond uit een achttal cliënten met uiteenlopende DSM-IV AS-I problematieken.

Om dit werk in process op te volgen, stelden we een uitkomstenkompas samen dat aangepast was aan het ACT-model en de hypothesen die hieruit voortvloeien. In dit derde hoofdstuk staan we stil bij het uitkomstenmodel.

### 3.2. Acceptance en Commitment Therapy (ACT)

Acceptance en Commitment Therapy (ACT) is een derde generatie gedragstherapie met een wetenschappelijke onderbouw (Relational Frame Theory) en empirische ondersteuning bij tal van problematieken zoals angst, depressie, trauma, OCD, ... (Hayes, Strosahl & Wilson, 2006). ACT is een model dat gebruik maakt van acceptatie- en gedragsveranderingsprocessen met als doel de kwaliteit van het leven van de cliënt te verbeteren. ACT is dus geen set technieken of methodes. Bovendien wijst onderzoek uit dat er op lange termijn ook symptoomreductie is na ACT.

### 3.3. Hypothesen

De vooruitgang die we na ACT bij cliënten hopen te zien, situeert zich op drie gebieden: meer aanvaarding, een betere kwaliteit van leven en op lange termijn een vermindering van symptomen. Dit sluit perfect aan bij het multi-dimensionele aspect van het uitkomstenmodel. We zetten onze hypothesen op een rijtje:

- Tegen het einde van behandeling verwachten we een significante stijging van de aanvaarding en actie. Ook na drie maanden blijft deze stijging behouden.
- Tegen het einde van de behandeling, of ten laatste na drie maanden, verwachten we een significante stijging van de kwaliteit van leven.

- Tegen het einde van de behandeling verwachten we geen significante vermindering van de symptomen. Drie maanden na de behandeling verwachten we echter wel een daling van het aantal symptomen.

Als je na ACT enkel naar de symptomen zou kijken, en merkt dat cliënten meer symptomen vertonen, dan zou je misschien ten onrechte kunnen besluiten dat ACT niet werkt. Indien de symptomen echter gestegen zijn, maar de aanvaarding ook, dan beantwoordt dit aan de verwachtingen vanuit het ACT-model.

### 3.4. Meetinstrumenten

Aansluitend op bovenstaande hypothesen bestaat ons uitkomstenonderzoek uit drie meetinstrumenten:

- De *Acceptance and Action Questionnaire* (AAQ-II-NL, Jacobs, Kleen, De Groot & A-Tjak, 2008). Deze vragenlijst bestaat uit 10 vragen op een 7-punten Likertschaal (1 = nooit waar, 7 = altijd waar) waarbij een hogere score wijst op meer aanvaarding en actie.
- De *Manchester Quality of Life scale* (MANSA, Priebe, Huxley, Knight & Evans, 1999). Deze vragenlijst bestaat uit 12 vragen op een 7-punten Likertschaal (1 = kan niet slechter, 7 = kan niet beter) en 4 ja-nee vragen. Een hogere score wijst op een betere kwaliteit van leven (Baert, 2008).
- De *Depressie, Angst en Stress-schaal* (DASS, de Beurs, Van Dyck, Marquenie, Lange & Blonk, 2001). Deze vragenlijst bestaat uit 42 vragen op een 4-punten Likertschaal (0 = helemaal niet of nooit van toepassing, 3 = zeer zeker of meestal van toepassing). Er zijn drie subschalen (depressie, angst, stress) met elk 14 vragen waarbij een hogere score wijst op meer depressie, angst en stress.

Deze drie vragenlijsten worden driemaal afgenomen: voor de start van de eerste sessie (T<sub>1</sub>), na de laatste sessie (T<sub>2</sub>) en tijdens de follow-up sessie (T<sub>3</sub>).

Tabel 3.1. Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD)

	Meet-instrumenten	T1 M(SD) N = 28	T2 M(SD) N = 15	T3 M(SD) N = 14
Aanvaarding	AAQ-II-NL	36,03 (9,2)	44,00 (11,34)	46,27 (11,58)
Levenskwaliteit	MANSA	52,54 (9,81)	54,90 (11,61)	58,67 (11,53)
Symptomen	DASS depressie	17,37 (9,70)	9,89 (9,98)	9,80 (9,25)
	DASS angst	13,17 (8,45)	8,04 (8,59)	8,53 (7,71)
	DASS stress	19,57 (8,32)	13,93 (9,80)	13,73 (9,81)

AAQ-II-NL = Acceptance and Action Questionnaire;  
MANSA = Manchester Quality of Life scale; DASS = Depressie, Angst en Stress Schaal;  
T<sub>1</sub> = voor de eerste sessie; T<sub>2</sub> = na de laatste sessie; T<sub>3</sub> = na drie maanden.

### 3.5. Resultaten

Tabel 3.1. geeft de gemiddelde scores en standaarddeviaties van de drie meetinstrumenten weer per meetmoment. We zien voor alle meetinstrumenten een sterke verbetering tijdens de behandeling (T<sub>1</sub> – T<sub>2</sub>), behalve voor de MANSA. Bij dit laatste meetinstrument is de verbetering na de behandeling groter (T<sub>2</sub> – T<sub>3</sub>). Tabel 3.2. bevestigt dit beeld: we vonden significante verschillen tussen het begin en het einde van de behandeling.



en dit voor alle meetinstrumenten. Bovendien blijven de meeste van deze effecten ook zichtbaar drie maanden na het stopzetten van de behandeling. Enkel bij de depressie- en angstschaal van de DASS is een lichte stijging te merken. Onze eerste twee hypothesen zijn bevestigd. De derde hypothese wordt deels bevestigd, gezien de verbetering op vlak van symptomatologie al te zien was na de behandeling (T2).

Bovendien is de verandering van de aanvaarding en actie zoals gemeten met de AAQ-II-NL bij 54% van de deelnemers (T2: 15/28, T3: 8/15) ook een klinische significante verandering. Klinisch significante verandering geeft aan hoe klinisch betekenisvol de verandering is, met andere woorden of de score van de individuele cliënt zich na de training dichterbij het gemiddelde van de gezonde populatie dan bij het gemiddelde van de disfunctionele populatie bevindt. Bij de meting van de depressie, angst en stressschalen van de DASS, zien we zoals verwacht een significante daling bij de follow-up (T3). Deze daling was klinisch significant voor 47% (depressie), 60% (angst) en 73% (stress) van de deelnemers.

**Tabel 3.2. Paired sample t-tests**

		t-waarde	df	p-waarde
T1 & T2	AAQ-II-NL	5,173	27	.000 **
	MANSA	-3,045	25	.005 **
	DASS depressie	3,693	27	.001 **
	DASS angst	3,677	27	.001 **
	DASS stress	3,695	27	.001 **
T1 & T3	AAQ-II-NL	-3,865	14	.002 **
	MANSA	-3,310	13	.006 **
	DASS depressie	2,761	14	.015 *
	DASS angst	2,440	14	.029 *
	DASS stress	3,063	14	.008 **
T2 & T3	AAQ-II-NL	-.655	13	.524
	MANSA	-2,144	13	.052
	DASS depressie	.212	13	.835
	DASS angst	-.275	13	.788
	DASS stress	.195	13	.848

\* significant op 5% niveau, \*\* significant op 1% niveau.

### 3.6. Discussie

Globaal bevestigen de resultaten onze hypothesen. Na de ACT-groepstraining is er immers een significante stijging van aanvaarding en kwaliteit van leven en een daling van depressie, angst en stress-symptomen. Deze resultaten blijven behouden tijdens de follow-up meting na drie maanden, al veranderen ze nauwelijks in de periode tussen de laatste sessie en de drie maanden follow-up. Echter, op basis van het ACT-model zou men verwachten dat er eerst een stijging is van aanvaarding, pas daarna een daling van symptomen. We zien echter zowel een stijging van aanvaarding als een daling van symptomen op het einde van de behandeling. Waarschijnlijk liggen deze drie meetmomenten te ver uiteen om hierover uitspraak te kunnen doen. Een aandachtspunt voor volgende metingen is dus het toevoegen van één of meerdere extra meetmomenten tijdens de groepsessies, bijvoorbeeld na de vierde sessie. Dit zou een licht kunnen werpen op wat eerst verandert, de aanvaarding dan wel de symptomen. Het verwachte mediërend effect van aanvaarding op het dalen van symptomen zou dan eveneens berekend kunnen worden.

Ondanks de bemoedigende resultaten moeten we opmerken dat slechts de helft van de proefpersonen (14/28) deelnam aan het follow-up onderzoek. Bij één groep werd er besloten geen extra sessie te doen, bij andere groepen kwamen sommige cliënten niet opdagen. Dit beperkt de generaliseerbaarheid van de resultaten.

### 3.7. Voorlopige conclusie

Enkele therapeuten in ons centrum hadden positieve ervaringen met ACT in hun individuele begeleidingen. Eind 2008 vertaalde zich dit in de wil om ACT ook in groepen te gaan gebruiken. Om dit proces op te volgen, ontwikkelden we een uitkomstenkompas dat aansloot bij de hypothesen van het model. De resultaten liggen in de lijn van de verwachtingen, al zijn er een aantal werkpunten voor de toekomst, zoals het frequenter uitvoeren van metingen.

### 3.8. Literatuur

- Baert, S. (2008). *De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen*. Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG
- Beurs, E. de, Van Dyck, R., Marquenie, L.A., Lange, A., & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34, 35-53
- Greco, L.A. & Hayes, S.C. (2008). *Acceptance & Mindfulness treatments for children & adolescents: a practitioner's guide*. Reno, Context Press
- Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (2006). *ACT, een experiëntiële weg naar gedragsverandering*. Amsterdam, Harcourt Assessment
- Jacobs, N., Kleen, M., De Groot, F., & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding; de Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII). *Gedragstherapie*, 41, 349-361
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7-12

## HOOFDSTUK IV: INTRODUCTIE VAN UITKOMSTEN-MANAGEMENT IN EEN MOEDER-KIND-UNIT

Hilde Bauwens, PZ Sint-Camillus

www.sint-camillus.be  
hilde.bauwens@sint-camillus.be

### 4.1. Inleiding

De Moeder en Kind-unit van het PZ Sint-Camillus te Sint-Denijs-Westrem behandelt jonge moeders met een psychiatrische problematiek in het postpartum. Ze worden samen met hun baby opgevangen in een aangepaste en zorgzame omgeving. De opname-duur bedraagt twee tot drie maanden. Belangrijke doelstellingen van de behandeling zijn het persoonlijk functioneren bij de moeder herstellen en de affectieve band tussen moeder en kind handhaven en verstevigen. Om na te gaan in hoeverre deze doelstellingen bereikt worden, is er gekozen voor een pragmatisch uitkomstenmanagement.

Het periodiek meten van behandeluitkomsten gebeurt aan de hand van de *Bethlem Moeder-Kind Interactieschaal* en de *Global Assessment of Functioning (GAF)* die bij het begin en het einde van de residentiële behandeling worden afgenomen. Een jaar na ontslag contacteren we de moeders opnieuw voor de afname van een opvolg-enquête. In een telefonisch gesprek peilen we naar een aantal kritische succesfactoren. In dit laatste hoofdstuk lichten we het implementatieproces van het uitkomstenmodel toe en bespreken we de resultaten.

### 4.2. Moeder en Kind-unit

De Moeder en Kind-unit werd in november 1999 opgestart. Er kunnen vijf moeders met een psychiatrische postpartumproblematiek opgenomen worden, samen met hun baby. Zowel moeders die postpartaal een eerste depressieve of psychotische episode doormaken als moeders bij wie een bestaande psychiatrische problematiek uitgelokt wordt door de zwangerschap en/of de bevalling behoren tot de doelgroep.

### 4.3. Doelstellingen

Doelstelling van de behandeling is het persoonlijk functioneren bij de moeder te herstellen terwijl de affectieve band tussen moeder en kind gehandhaafd blijft, ondersteund en eventueel bijgestuurd wordt. De psychiatrische problematiek bij de moeder tast ook haar capaciteit aan om goed te moederen: ze kan de continuïteit in de zorg voor de baby niet waarborgen, ze kan zich vaak onvoldoende emotioneel afstemmen op de baby, expressiviteit en responsiviteit in de interactie met de baby ontbreken. Moeder en kind zijn beiden cliënt van de behandeling. Bij de moeder is er een curatieve doelstelling terwijl de doelstelling bij de baby vooral preventief is namelijk: voorwaarden creëren die een veilige hechting en een gezonde sociale ontwikkeling bij de baby bevorderen.

Van bij de start waren de algemeen directeur Marc Vermeire en de hoofdgeneesheer, tevens afdelingsarts van de unit, dr. Claudine Mertens, geïnteresseerd in de registratie van gegevens over de unit en dit vanuit twee motieven. Het project wordt deels gefinancierd door eigen middelen en deels door subsidies van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Gemeenschap. De directie was er zich er bewust dat het project jaar na jaar zijn bestaansrecht zou moeten bewijzen om aanspraak te kunnen maken op verdere subsidiëring. Cijfers vormen daarbij een doorslaggevend argument.

1 MPG: Minimale Psychiatrische Gegevens.

Daarnaast vond de directie dat de kleinschaligheid van het project het ook haalbaar maakte om gegevens bij te houden. Het motief voor de gegevensregistratie en het uitkomstenmanagement situeerde zich dus in eerste instantie op organisatieniveau dan wel op patiëntniveau. De directie wou de relevantie en de effectiviteit van het project aantonen. De gegevensregistratie omvat naast de gebruikelijke MPG-registratie<sup>1</sup>, ook gegevens over opnameaanvragen, verwijzers, nazorgtraject, patiëntentevredenheid... Gaandeweg werden er meetinstrumenten geïntroduceerd om de effectiviteit van de behandeling na te gaan. We beschrijven de verwerking van de data op organisatieniveau.

## 4.4. Uitkomstenmanagement

De voorbije tien jaren werden er vijf meetinstrumenten geïntroduceerd om de effectiviteit van de behandeling na te gaan: de *Global Assessment of Functioning* (GAF), de *Hamilton Rating Scale of Depression* (HRSD), de *Mongomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), de *Bethlem Mother-Infant Interaction Scale* (BMIS), en een zelf ontwikkelde opvolg-enquête. Over de HRSD en de MADRS kunnen we kort zijn: ze hebben het leven van alledag op de unit niet overleefd. We zien drie mogelijke verklaringen. Het team vond de instrumenten niet gebruiksvriendelijk. Bovendien konden door de krappe personeelsbezetting de opleidingssessies niet regelmatig bijgewoond worden zodat men onvoldoende getraind was in de afname en de scoring van de schalen. Daarnaast zijn deze meetinstrumenten enkel bruikbaar voor een deel van onze doelgroep, namelijk de depressieve patiënten. Ten slotte werden deze meetinstrumenten niet zinvol ervaren door de behandelaars omdat ze niet gebruikt werden als therapeutisch instrument. Er werd geen feedback gegeven aan de patiënten.

### 4.4.1. Behandeldoelstelling 1: handhaven en ondersteunen van het affectieve contact tussen moeder en kind

#### 4.4.1.1. Bethlem mother-infant interaction scale (BMIS)

Om de evolutie in de interactie tussen moeder en kind te objectiveren gebruiken we de *Bethlem Mother-Infant Interaction Scale* (BMIS). Deze beoordelingsschaal is bedoeld voor klinisch gebruik op een moeder-kind-unit (Kumar & Hipwell, 1996). De schaal werd ontwikkeld om klinische beslissingen over het verpleegkundig handelen te ondersteunen, om klinische beslissingen over de zelfstandigheid in de zorg bij de moeder te ondersteunen en om eventueel risico voor de baby te voorspellen.

De schaal bestaat uit zeven subschalen. De eerste vier meten verschillende aspecten van de bijdrage van de moeder bijdrage in de dialoog met haar baby. Deze contactitems zijn oogcontact, lichamelijk contact, verbale contact en stemmingsgevoeligheid. Item vijf meet de competentie van de moeder om de dagelijkse routine in de zorg voor haar baby te organiseren en aan te houden. Item zes meet het door het team gepercipieerde risico voor de baby item zeven meet de bijdrage van de baby in de interactie. Een o-score geeft aan dat de moeder op een aangepaste, sensitieve en goed georganiseerde manier met haar baby omgaat (het normale vergelijkingspunt), hoe hoger de score hoe problematischer het gedrag is.

De scores worden toegekend door de verpleegequipe. In overleg komen zij tot een consensus over wat het laagste interactieniveau was gedurende de voorbije week, dat minstens een dag aanhield. Dit instrument heeft zijn plaats verworven als werkinstrument op de moeder en kind-unit. De consensus die moet bereikt worden voor de toekenning van de score nodigt uit tot discussie. Daarbij toetsen de verpleegkundigen en

verzorgsters hun observaties bij elkaar, ze expliciteren eigen waarden en normen en kunnen eventuele vooringenomenheden bijsturen. De observatieschaal levert informatie op over aandachtspunten voor het verpleegkundig handelen, het bijsturen van de behandeling en aanpassingen in de toezichtopdracht. Een moeder is bijvoorbeeld voldoende zelfstandig in dagelijkse zorg, maar speelse interactie dient gestimuleerd te worden. Daarboven geeft de observatieschaal een houvast bij het inschatten van een gevaarsituatie voor de baby en draagt ze bij tot de objectivering van het teamstandpunt. Wanneer er bij ontslag een score groter dan 0 is toegekend voor deze subschaal (in 20% van de gevallen) vertaalt zich dat in de nazorg. Die kan variëren van een sterk uitgebouwd ondersteunend netwerk tot residentiële opvang voor de baby.

#### 4.4.1.2. Resultaten

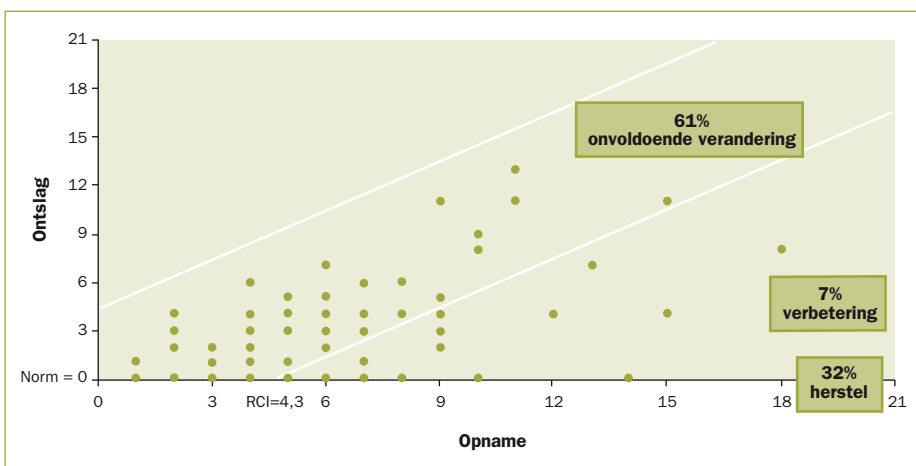
Tabel 4.1. toont dat de score tussen opname en ontslag gemiddeld met de helft daalt. Een paired sample t-test geeft een significant verschil aan tussen beide meetmomenten ( $t = 9,702$ ;  $df = 77$ ;  $p = .000$ ). Verder zien we dat de interne consistentie zeer hoog is, zowel bij de vier contactschalen als bij alle items samen. De items hangen dus goed samen. De interne consistentie bij opname en de standaarddeviatie geven een RCI van 4.3. Dat betekent dat de Bethlemscore met 4.3 moet dalen om van een betrouwbare verandering te spreken. Deze data hebben betrekking op de periode van januari 2002 tot juni 2009.

Tabel 4.1. Gemiddelde, standaarddeviatie en interne consistentie van de Bethlemschaal bij opname en ontslag (N = 78)

	Opname	Ontslag
Gemiddelde score	6.34	2.96
Standaard deviatie	3.676	3.148
Interne consistentie (7 items)	.82	.84
Interne consistency (4 contactitems)	.86	.89
Reliability of Change Index	4.3	

Figuur 4.1. geeft de scores van de Bethlemschaal weer voor alle moeders. Bedenk dat sommige punten samenvallen.

Figuur 4.1. Resultaten van de behandeling (Bethlem scores)



#### 4.4.2. Behandeldoelstelling 2: herstel van het persoonlijk functioneren

Om de evolutie in deze doelstelling na te gaan gebruiken we de GAF en een zelf ontwikkelde opvolgenquête.

##### 4.4.2.1. Meetinstrumenten

###### 4.4.2.1.1. Global Assessment of Functioning

De GAF, onderdeel van de MPG-registratie, wordt ingevuld door de arts. Het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van de patiënt wordt beoordeeld volgens een hypothetisch continuüm gaande van geestelijk gezond (score 81 tot 90) tot een ernstige stoornis (score 1 tot 10). Het feit dat de GAF-score betrokken wordt in de rapportage over de unit aan de overheid maakt dat deze zorgvuldig ingevuld wordt.

###### 4.4.2.1.1.1 Resultaten

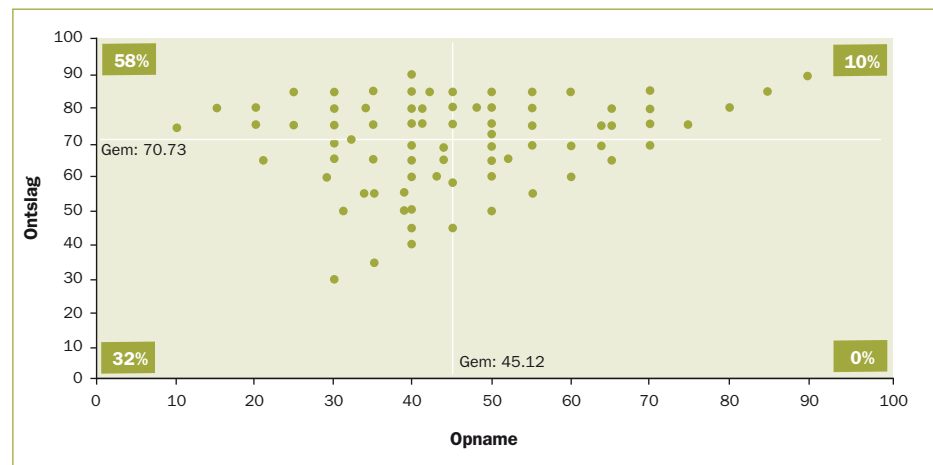
Tabel 4.2. toont dat de gemiddelde score tussen opname en ontslag is gestegen met 25 punten. Een paired sample t-test geeft een significant verschil aan tussen beide meetmomenten ( $t = -7.186$ ;  $df = 136$ ;  $p = .000$ ).

Tabel 4.2. Gemiddelde en standaarddeviatie van de GAF bij opname en ontslag

	Opname	Ontslag
Gemiddelde score	45.12	70.73
Standaard deviatie	14.793	12.183

Figuur 4.2. toont dat bij ontslag steeds een hogere GAF-score is gegeven dan bij opname. Alle scores vallen op of boven de diagonaal. In 68% van de cases is de GAF-score bij ontslag hoger dan 70, waarvan 10% al bij opname.

Figuur 4.2. Resultaten van de behandeling (GAF-scores)



#### 4.4.2.1.2. De opvolg-enquête

Eén jaar na ontslag worden ex-patiënten telefonisch gecontacteerd door de verpleegkundige voor een kwalitatieve bevraging. De enquête peilt naar een vijftal indicatoren die informatie geven over de mate waarin zij hun 'normale' leven hebben kunnen hervatten: (1) zijn ze terug aan het werk, (2) zijn er heropnames geweest, (3) in welke mate zijn ze zelfstandigheid in de zorg voor de baby, (4) doen ze beroep op opvoedingsondersteuning, en (5) op residentiële zorg voor de baby. Het team is erg gemotiveerd om dit te doen, want we zijn oprecht geïnteresseerd in hoe het nu met de mama en baby in kwestie gaat. Het initiatief wordt in de regel goed onthaald door ex-patiënten. De kleinschaligheid van de unit en de bijzondere levensfase waarin men hulp zocht en vond dragen wellicht bij tot de vertrouwensband tussen de behandelde moeders en de behandelaars.

De effectiviteit van de behandeling blijkt ook uit de gegevens die we door deze enquête verkrijgen. We krijgen een beeld van hoe deze patiënten het globaal genomen doen één jaar na het beëindigen van hun behandeling op de Moeder en Kind-unit.

- 98 op 106 oproepen werden beantwoord (92%)
- 70% van de ondervraagde moeders deden betaald werk voor hun opname (76% daarvan hebben hun werk hervat), 20% is werkzoekend.
- 86% van de ondervraagde moeders zegt een belangrijk deel in de verzorging van de baby op te nemen. 22% van de ondervraagde moeders doen nog beroep op opvoedingsondersteuning (Kind & Gezin, Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen, Comité Bijzondere Jeugdzorg, Centrum voor Integrale Gezinszorg). 12% heeft hulp in de huishouding (poetshulp, familie­zorg, mantel­zorg).
- 26% werd in het jaar na ontslag opnieuw opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. 9% van de baby's werd in het jaar na ontslag opgenomen in een residentiële voorziening.

Uit deze resultaten blijkt dat een groot deel van onze patiënten 1 jaar na de behandeling voor een ernstige psychische stoornis hun leven terug op de sporen heeft.

### 4.5. Voorlopige conclusie

De presentatie op het zevende Vlaams Congres Kinder- en Jeugdpsychiatrie en -Psychotherapie was een uitnodiging om stil te staan bij de resultaten van onze behandeling op de moeder en kind-unit. Deze bijdrage toont aan dat een instrument zoals de Bethlemschaal zijn plaats verworven heeft in de dagelijkse praktijk. Het is een instrument dat eenvoudig is in het gebruik en niet te veel tijd vraagt van de hulpverlener. Het belangrijkste is echter dat dit instrument informatie oplevert die ons helpt om te reflecteren over de behandeling. Op basis daarvan kan de dialoog aangegaan worden met de cliënt, kunnen de doelstellingen en de weg er naar toe duidelijk besproken worden. Daarnaast blijkt uit deze bijdrage dat we vooral functionele uitkomsten meten. We moeten op zoek gaan naar gebruiksvriendelijke meetinstrumenten voor het meten van klinische uitkomsten in onze doelgroep.

## 4.6. Literatuur

Baert, S., Desmit, F., Herman, E., Verbeerst, L., Adriaenssens, K., De Wachter, D., & Casselman, J. (2009). *De introductie van uitkomstenmanagement: vier verhalen uit de praktijk. Verslag symposium vierde geestelijke gezondheidscongres, Antwerpen 17 september 2008*. Deel 7. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG

Kumar, R., & Hipwell, A.E. (1996). Development of a clinical rating scale to assess mother-infant interaction in a psychiatric mother and baby unit. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 18-26

Stinckens, N., Verdru H., Leijssen, M. (2009). Meestertherapeuten en het geheim van hun succes: het belang van praktijkgeoriënteerd onderzoek en monitoring. *Psychopraxis* 11(3), p. 96-103

Stocky, A.J., Tonge, B.J. & Nunn R.J. (1996). The reliability and Validity of the Bethlem Mother-Infant Interaction Scale. *British Journal of Psychiatry*, 169(1), 27-29



## HOOFDSTUK V: SAMENVATTING

Zonder voorbij te gaan aan de knelpunten, illustreerden vier sprekers welke voordelen het meten van behandelresultaten heeft in de praktijk. Wannes Rambour (CGG Noord West-Vlaanderen) lichtte de introductie van het uitkomstenmodel toe in een ambulante kinderteam. Hij toonde dat een goede voorbereiding en een draagvlak bij medewerkers de kansen op slagen aanzienlijk doen toenemen. Evelien Delaere (CGG Largo) vertelde ons over de toepassing van het uitkomstenmodel als beleidsinstrument. Een meting van de cliënttevredenheid bij jongeren en hun ouders bracht onduidelijkheid over het behandelplan aan het licht. Maarten Bockstaele (CGG Waas & Dender), toonde dat het uitkomstenmodel ook toepasbaar is in een groepsbehandeling. CGG Waas & Dender ontwikkelden een uitkomstenkompas dat aansloot bij het ACT-model. Hoewel de resultaten in de lijn van de verwachtingen liggen, lijkt het frequenter uitvoeren van metingen onvermijdelijk... Met Hilde Bauwens (PZ Sint-Camillus) maakten we de overstap naar de residentiële sector. Hilde lichtte toe hoe het uitkomstenmodel vorm kreeg in een moeder en kind-unit. Zij illustreerde dat de keuze voor een efficiënt meetinstrument uiterst belangrijk is.

Het toepassen van ons multi-dimensionele, multi-informant uitkomstenmodel als therapeutische en beleidsinstrument heeft als doel het de kwaliteit van de behandeling te borgen en te verbeteren. Zoals uit de vier praktijkervaringen blijkt, verschaft het huidige uitkomstenmodel nuttige informatie over het verloop van de behandeling bij kinderen en jongeren, maar zullen we een aantal aanpassingen moeten doorvoeren.

## HOOFDSTUK VI: TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Naast de methodologische en praktische ondersteuning zal de VVGG in haar toekomstig aanbod twee accenten toevoegen: een web-based *Tool voor Uitkomstenmanagement* (TUM) en een vormingscyclus bestaande uit drie modules. De web-based tool probeert een antwoord te geven op de vraag naar ondersteuning op vlak van dataverzameling. Voor hulpverleners en management voorzien we afzonderlijke analysemodules, waarbij de privacy van de cliëntgegevens wordt gerespecteerd. De hulpverlener kan grafieken maken per kind/jongere, terwijl de kwaliteitscoördinator analyses kan genereren over alle kinderen/jongeren van de organisatie heen. De TUM wordt uitgerust met Vlaamse normen en *Reliability of change indices*, dit op basis van een pilootonderzoek in cgg's. De TUM vormt op die manier de operationalisering van ons uitkomstenmodel. Er zullen aparte versies komen voor kinderen/jongeren en ouders. Naast symptomatologie, functioneren en tevredenheid is er ook aandacht voor de *therapeutische relatie*. Tenslotte kunnen ook *kwalitatieve tools* een bijdrage leveren aan het interpreteren van behandelresultaten. De toevoeging van de therapeutische relatie als een vierde belangrijk aspect en de mogelijkheid om zowel kwantitatieve als kwalitatieve tools te gebruiken (multi-method benadering) dragen bij tot een meer genuanceerd beeld op behandelresultaten.

Ten tweede voorzien we drie vormen – (a) introductie uitkomstenmodel, (b) uitkomstenmodel als therapeutisch instrument, en (c) uitkomstenmodel als beleidsinstrument – met als doelstelling organisaties te ondersteunen in het vormen en motiveren van hun medewerkers. Gedurende deze vormingscyclus worden alle medewerkers op regelmatige tijdstippen bevraagd naar hun motivatie om het uitkomstenmodel toe te passen, zodat de organisatie haar implementatiestrategie hierop kan afstemmen.

Meer informatie over ons aanbod is te vinden op [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be) (uitkomstenmanagement).

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

### **Deel 1**

Van Nuffel R. (2007)

#### **MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING EN KWALITEITSZORG: OVER MEETINSTRUMENTEN EN INDICATOREN**

Internationaal symposium 1 december 2006

### **Deel 2**

Baert S. (2007)

#### **MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRIJCHLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Inventaris 2006

### **Deel 3**

Keymolen S. & Casselman J. (2007)

#### **METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Literatuurstudie 2007

### **Deel 4**

Baert S. (2008)

#### **CONCEPT MAP VAN GOEDE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING**

Stakeholdersbevraging najaar 2007

### **Deel 5**

Baert S. (2008)

#### **DE ZOEKTOCHT NAAR GESCHIKTE MEETINSTRUMENTEN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN UITKOMSTENKOMPASSEN**

### **Deel 6**

Baert S. (2008)

#### **MEETINSTRUMENTEN BIJ DE BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Internationaal symposium december 2007

### **Deel 7**

Baert S, et. al. (2009)

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

## **DEEL 8**

### **UITKOMSTENMANAGEMENT IN DE BEHANDELING**

#### **VAN KINDEREN EN JONGEREN: VIER VERHALEN UIT DE PRAKTIJK.**

VERSLAG SYMPOSIUM ZEVENDE VLAAMS CONGRES KINDER- EN  
JEUGDPSYCHIATRIE EN -PSYCHOTHERAPIE, GENT 10 SEPTEMBER 2009

Er is een groeiende interesse bij hulpverleners, beleidsverantwoordelijken, onderzoekers en de overheid om zicht te krijgen op behandeluitkomsten van kinderen en jongeren met psychische problemen. In het kader van de opdracht wetenschappelijke ondersteuning begeleidt de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid de introductie van een model dat behandeluitkomsten periodiek in kaart brengt. Het theoretische kader is gebaseerd op het periodiek meten van behandeluitkomsten vanuit een multi-dimensionele, multi-informant benadering. Sinds de start van het project eind 2007 zijn een zestal organisaties bezig met het uitvoeren van periodieke metingen bij kinderen en jongeren. De toepassing van uitkomstenmanagement bij kinderen en jongeren brengt een aantal specifieke problemen met zich mee. Deze problemen, alsook de resultaten van de metingen, worden toegelicht in vier praktijkervaringen. Afsluitend werpen we een licht op de toekomst. Zoals uit de vier praktijkervaringen blijkt, verschaft het huidige uitkomstenmodel nuttige informatie over het verloop van de behandeling bij kinderen en jongeren.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG) promoot het thema van de geestelijke gezondheid in de samenleving. Publiekgerichte campagnes zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast levert de VGG 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.

#### **VGG – Documentatiecentrum**

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

Openingsuren documentatiecentrum: maandag, woensdag en vrijdag

9u00 tot 12u15 en 13u30 tot 17u00

tel. documentatiecentrum: 09 221 27 13

#### **VGG – 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](mailto:info@vvgg.be) – [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be)