Diagnostiek, meten en therapie: drie handen op één buik?!

Eva Dierckx, An Haekens

SAMENVATTING

We willen in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen (behorend tot de overkoepelende organisatie Broeders van Liefde) tegemoetkomen aan de groter wordende vraag om te 'meten' in de geestelijke gezondheidszorg. Binnen dat landschap duikt immers, in navolging van de zogenaamde Routine Outcome Measurements/Monitoring onder andere in Nederland, de term 'uitkomstenmanagement' steeds meer op, oftewel het in kaart brengen van de effectiviteit van behandelingen; dit tezamen met de zogenaamde 'evidence-based practice'. De focus, ook binnen residentiële settings, komt met andere woorden meer en meer te liggen op (psycho)diagnostiek, evidence-based werken, wetenschappelijk onderzoek, meten van uitkomsten van behandeling, ...

Het meten kan echter veel meer inhouden dan enkel weten. We willen in onze organisatie meten immers zodanig in het hulpverleningsproces verankeren dat het niet enkel gaat om het vergaren van cijfers, maar dat het meten ook voeding geeft aan goede klinische praktijk. We zullen 'meten' zo faciliteren en inbedden in het therapieproces dat diagnostiek, therapie en (follow-up)metingen drie handen op één buik worden, met als grote prioriteit komen tot kwalitatief hoogstaande zorg op maat voor elke patiënt.

Inleiding

In deze 21ste eeuw staat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor een aantal uitdagingen, zoals de vermaatschappelijking van zorg (het zogenaamde artikel 107), monitoring, uitkomstenonderzoek, accreditering, evidence-based practice, ... (bijvoorbeeld: De Jaegere, De Smet, De Coster, & Van Audenhove, 2010; Stinckens, Smits, Rober, & Claes, 2012). Veel van deze thema's kunnen ondergebracht worden onder de grote noemer van 'meten'. Ten opzichte van meten – oftewel het verzamelen van data en gegevens – bestaat er onder clinici vaak een (grote) weerstand. Veel hulpverleners zien het nut er niet van in en houden zich liever bezig met de 'hard core business', zijnde therapie. Meten kan echter veel meer inhouden dan enkel registreren. Zeker wanneer meten verankerd zit in het hulpverleningsproces, kan het bijdragen aan kwaliteitsvolle zorg. In de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen (PK BAT) zijn we momenteel bezig met het verweven van het meten in

het behandelproces van de verschillende therapeutische afdelingen, in de vorm van therapeutisch georiënteerde diagnostiek, monitoring van het therapieproces, uitkomstenonderzoek (meten van de effectiviteit van behandelingen) en implementatie van evidence-based practice.

Therapeutisch georiënteerde diagnostiek = verwevenheid psychodiagnostiek en therapie

Sinds 2007 werkt het psychodiagnostische team van PK BAT aan een nieuwe visie op psychodiagnostiek. Tot dan was het zo dat slechts een gedeelte van de opgenomen patiënten een diagnostisch onderzoek onderging, door de altijd korter wordende opnameduur en zeer uitgebreide psychodiagnostiek die werd toegepast. We zijn in de kliniek echter de opvatting gaan huldigen dat diagnostiek een wezenlijk onderdeel dient uit te maken van het therapieproces. Het doel van diagnostiek is immers om "de patiënt zodanig te begrijpen dat er vanuit de structurering van diens problemen en mogelijkheden aanwijzingen voor therapie voortvloeien" (Houben, 1986, in Claes, Bijttebier, Vercruysse, Hamelinck, & De Bruyn, 2006). Wanneer we deze denkwijze doortrekken, betekent dit dat psychodiagnostiek uitgevoerd moet worden bij elke patiënt aan het begin van zijn behandeling. Onmiddellijk rees de vraag of dat überhaupt haalbaar was. Zeer veel hulpverleners waren de mening toegedaan dat, vanwege de zeer korte opnameduur en de daarbij horende grote turn-over, diagnostiek onmogelijk uitgevoerd kon worden bij de volledige patiëntenpopulatie.

Door een vernieuwde zienswijze op het uitvoeren van (psycho)diagnostiek hebben we het tegendeel kunnen bewijzen. Waar we in het verleden slechts enkele patiënten met een uitgebreide testbatterij onderzochten op zowel descriptief als structureel niveau (wat zeer tijdsintensief is, zowel op het vlak van de testafname als op het vlak van de verwerking, interpretatie, integratie en rapportering), hanteren we nu de zogenaamde 'getrapte diagnostiek' (zie ook de 'stepped-care' gedachte; bijvoorbeeld: Kamstra & Hutschemaekers, 2011). Concreet houdt dat in dat we beginnen met de minst invasieve en tijdsintensieve diagnostiek en pas daarna, indien het aangewezen is, overgaan tot uitgebreidere, specialistische diagnostiek. We beginnen bij alle patiënten met een brede screening op descriptief niveau, de zogenaamde 'basisscreening'. Om te bepalen welke tests/vragenlijsten er nu binnen deze basisscreening aan het begin van de opname afgenomen moeten worden, hebben we ons gebaseerd op een artikel van Schacht, De Raedt en Rijnders (2007). De auteurs stellen dat men aan het begin van een behandeling van een patiënt zicht moet krijgen op drie grote domeinen: **K**lachten, levens**O**mstandigheden en **P**ersoonlijke stijlkenmerken, het zogenaamde KOP-schema; zonder daarbij echter expliciet aan te geven welk testmateriaal dan precies gebruikt moet worden.

Bij onze zoektocht naar testinstrumenten om de bovengenoemde KOP-domeinen te operationaliseren hebben we geopteerd voor een goede balans tussen evidence-based en practice-based instrumenten. Uiteraard wensten we dat het gekozen materiaal voldoende valide en betrouwbaar zou zijn; anderzijds diende het ook praktisch toepasbaar en gebruiksvriendelijk te zijn. Zo zijn we gekomen tot een basisset van vragenlijsten die momenteel wordt afgeno-

men bij alle volwassen opgenomen patiënten in de eerste twee weken van hun verblijf in de kliniek[1] (voor een overzicht verwijzen we naar figuur 1).

K = Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R; Arindell & Ettema, 2003)

O = Vragenlijst Tevredenheid Levensdomeinen (VTL; Schacht, 2003)

P = Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993)
Screening DSM-IV As II Persoonlijkheidsstoornissen (ADP-IV; Schotte, De Doncker, Van Kerckhoven, Vertommen, & Cosyns, 1998)
Young Schema Questionnaire (YSQ; Young, 1994)

Aangevuld met de Raven Standard Progressive Matrices (RPM; Raven, Raven, & Court, 2000)

FIGUUR 1. Generieke instrumentenset behorend tot de basisscreening.

In overleg met de afdelingsarts, de teamcoördinator en de therapeutisch coördinator werd deze basisset nog verder aangevuld met meer 'pathologiespecifieke' instrumenten. In figuur 2 is aangegeven welke tests er bij bijvoorbeeld de afdeling voor eetstoornissen (Ter Berken) en de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen (Ter Dennen) werden toegevoegd.

Ter Berken
Eetstoornissen

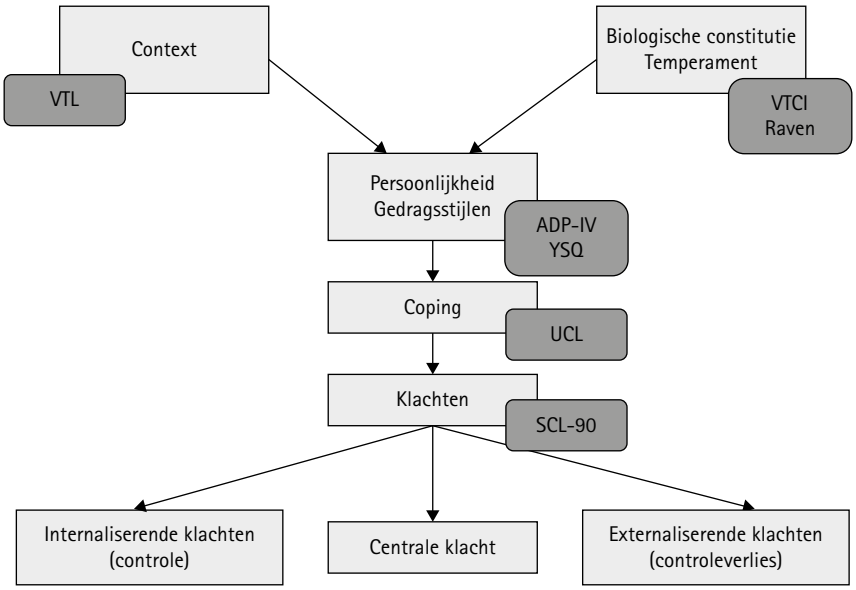
Eating Disorder Inventory-II (EDI-II; Garner & Van Strien, 2002)
Eating Disorder Evaluation Scale (EDES; Vandereycken, 1993)
LichaamsAttitude Vragenlijst (LAV; Probst, van Coppenolle, & Vandereycken, 1992)
Zelfverwondingsvragenlijst (ZVV; Claes & Vandereycken, 2007)
Vragenlijst Belastende Ervaringen (VBE; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden,1998)
Padua Inventory Revised (Padua-R; Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995)

Ter Dennen
Afhankelijkheidsproblemen, hoofdzakelijk alcohol

Drug Use Screening Inventory – Revised (DUSI-R; Tarter & Kirisci, 2001)
Leeds Dependence Questionnaire (LDQ; Raistrick et al., 1994)
Alcohol Dependence Scale (ADS; Skinner & Horn, 1984)

FIGUUR 2. Overzicht van de toegevoegde pathologiespecifieke instrumenten.

Alle vragenlijsten die behoren tot de basisscreening, worden in onze kliniek door de patiënten ingevuld op de computer, waarna het softwareprogramma (Questmanager) de resultaten verwerkt en automatisch een rapport genereert waarbij de ruwe scores met de juiste normgegevens (uit de handleidingen) worden vergeleken en weergegeven. Dat rapport wordt in de vorm van een fiche (pdf-formaat) zichtbaar voor de therapeut in het elektronische patiëntendossier. Aangezien er in deze rapporten geen interpretaties noch integraties worden opgenomen, kunnen de resultatenfiches geplaatst worden binnen de zogenaamde nomothetische invalshoek (de kwantitatieve benadering: Weiner & Greene, 2008). De therapeuten op de afdeling passen hiermee complementair de meer ideografische (kwalitatieve) benadering toe, waarbij de resultaten van de basisscreening besproken worden met de individuele patiënt en geplaatst worden binnen de bredere context; het begrijpen van deze individuele patiënt staat daarbij centraal. Op die manier worden patiënten niet enkel gereduceerd tot of gelijkgesteld met hun symptomen, maar wordt er rekening gehouden met de individuele en bredere context. Om de resultaten van de basisscreening te ordenen wordt er door de afdelingstherapeut, tezamen met de patiënt, een zogenaamde holistische theorie (hypothetische probleemsamenhang) opgesteld. Het schema dat we hiervoor hanteren (zie figuur 3), is in samenwerking met prof. dr. L. Claes opgesteld naar analogie van het 'moeilijke mensen'-model van Young (1994). De holistische theorie vormt met andere woorden het therapeutische referentiekader, waarbinnen zowel de therapeut als de patiënt de klachten kan begrijpen (door middel van wederzijds gedeelde kennis). Van hieruit kunnen doelstellingen binnen het behandelplan geformuleerd worden. Op die manier vormt de basisscreening een wezenlijk onderdeel van het therapeutische proces ('therapeutisch georiënteerde diagnostiek').

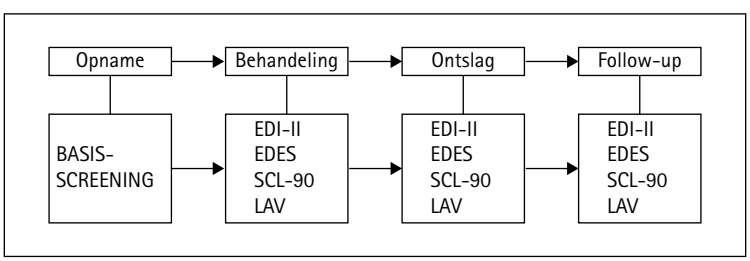


FIGUUR 3. Holistische theorie

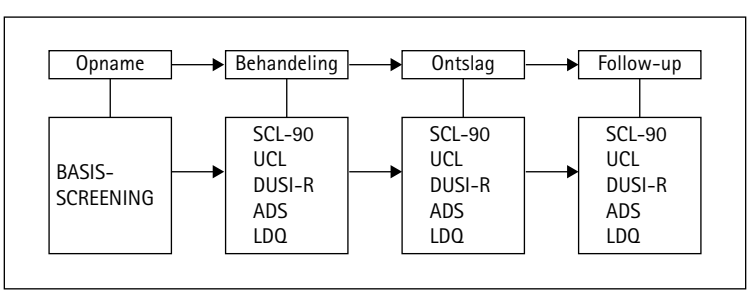
Patiënten bij wie, na de basisscreening, differentiaaldiagnostische vragen rijzen (bijvoorbeeld: 'gaat het om een bipolaire stoornis, dan wel om een psychose' of 'is er bij deze patiënt sprake van een autismespectrumstoornis of ADHD', ...) en/of diegenen bij wie er indicaties zijn voor cognitieve disfuncties, worden verder uitgebreid psychodiagnostisch onderzocht. Bij deze patiënten wordt, mede op vraag van het team, een uitgebreid persoonlijkheids- en/of neuropsychologisch onderzoek uitgevoerd. De basisscreening is echter in de meeste gevallen de eerste stap van waaruit verdere hypothesen voor uitgebreid onderzoek geformuleerd worden. Ter illustratie: wanneer we de aantallen diagnostische onderzoeken die werden uitgevoerd in de kliniek in 2012 in beschouwing nemen, merken we op dat er tussen 01/01/2012 en 31/12/2012 ongeveer 750 basisscreenings en een 125-tal uitgebreide 'specialistische onderzoeken' werden uitgevoerd.

Monitoring van het therapieproces = verwevenheid therapie en follow-upmetingen

Monitoring heeft als doel om therapeuten en patiënten van feedback te voorzien over het verloop van het therapieproces (Stinckens, Verdru, & Leijssen, 2010). Door de implementatie van monitoring in de kliniek willen we een antwoord bieden op de volgende vraag: *'Zijn wij (ik als hulpverlener en mijn cliënt) goed bezig?'* Uit onderzoek is immers gebleken dat het overgrote deel van de therapeuten niet in staat is in te schatten of en hoe hun patiënten reageren op de aangeboden behandeling (bijvoorbeeld: Hannan et al., 2005).



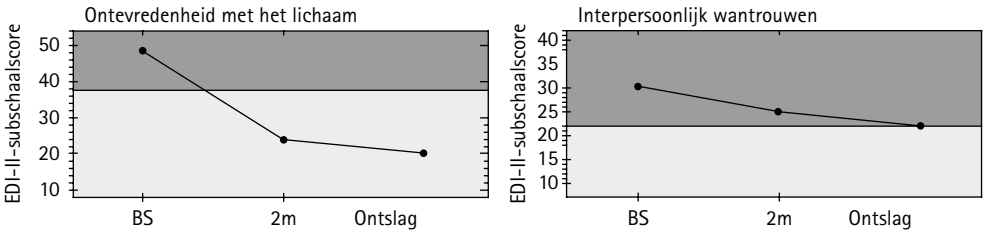
FIGUUR 4. Overzicht follow-uponderzoek op Ter Berken, afdeling voor eetstoornissen.



FIGUUR 5. Overzicht follow-uponderzoek op Ter Dennen, afdeling voor afhankelijkheidsproblemen.

Om te kunnen monitoren, moet er sprake zijn van herhaalde metingen; met andere woorden: vragenlijsten moeten op een systematische wijze periodiek afgenomen worden. In de PK BAT werd, in het kader van het bredere uitkomstenonderzoek, bekeken welke instrumenten uit de basisscreening (1) tijdens het therapieproces, (2) op het einde van de behandeling en ook (3) na ontslag (follow-up na één, zes en twaalf maanden) klinisch bruikbare informatie zouden kunnen bieden bij herhaalde metingen. We hebben hierbij als kliniek de focus in eerste instantie gelegd op Walburgs (2003) kwadrant van de klinische uitkomsten. Klinische uitkomsten worden daarbij omschreven als "kenmerken van de zorgconsument, gerelateerd aan een specifieke stoornis, die veranderen in tijd ten gevolge van een zorginterventie, waarbij het soms kan gaan om een globale klinische evaluatie van symptomatologie". Bij de selectie van vragenlijsten werd bewaakt dat deze voldoende sensitief zijn om verandering in kaart te brengen. Voor een overzicht van het follow-uponderzoek op de afdeling voor eetstoornissen en de afdeling voor afhankelijkheidsproblemen verwijzen we naar respectievelijk figuren 4 en 5.

Bij *monitoring* bekijken we bij elke individuele patiënt of er een verandering is in de symptomatologie door een vergelijking te maken tussen de verschillende metingen. Als voorbeeld nemen we een patiënte van Ter Berken die de *Eating Disorder Inventory-II* (EDI-II) op drie verschillende tijdstippen heeft ingevuld: (1) bij het begin van de opname, in het kader van de basisscreening, (2) twee maanden na de opname, tijdens de behandeling en (3) op het einde van de opname, bij ontslag (zie figuur 6). Door middel van de EDI-II worden psychologische en gedragskenmerken gemeten waarvan men aanneemt dat die samenhangen met een eetstoornis (Garner & van Strien, 2002). De resultaten van de vergelijking tussen de verschillende meetmomenten kunnen door het computerprogramma worden weergegeven zowel in tekst als door middel van grafieken. De therapeuten op de afdeling kunnen de resultaten samen met de patiënten doorlopen. Het zien van verbetering op domeinen kan daarbij zeer motiverend zijn voor de patiënt én de therapeut. Bovendien heeft zowel de patiënt als de therapeut, door systematisch te evalueren, een beter zicht op de voortgang van de behandeling en kan deze eventueel tijdig bijgestuurd worden; behandeldoelen kunnen toegevoegd en/of bijgestuurd worden. Ook krijgt men een goed beeld van mogelijke werkpunten voor de nazorg, namelijk die domeinen waarop de patiënt tijdens de behandeling onvoldoende vooruitgang heeft geboekt, waardoor de scores nog steeds afwijken (het donkergrijze vlak van de grafiek) van de normgroep van 'gezonden' (de lichtgrijze zone in de grafiek).



FIGUUR 6. Verloop symptomen aan de hand van twee subschalen van de EDI-II bij een patiënt van Ter Berken aan het begin van de opname, na twee maanden behandeling en bij ontslag.

Uitkomstenonderzoek en evidence-based practice = verwevenheid psychodiagnostiek en follow-upmetingen

Uitkomstenonderzoek

Er is een toenemende druk vanuit de samenleving en de overheid om meer zicht te krijgen op de kwaliteit van de gezondheidszorg, de ggz incluis (bijvoorbeeld: Bevan, Lemmens, Walburg, & Wilderspin, 2006). Ook in België ligt er de vraag van de (Vlaamse/federale) overheid om, in het kader van het Kwaliteitsdecreet, op een systematische wijze de effectiviteit van de behandelingen in kaart te brengen, met andere woorden: om te 'ROMmen', dit in navolging van onder andere Nederland. Routine Outcome Monitoring/Measurements (ROM) betreft een activiteit die tot de vaste 'routine' van een instelling zou moeten behoren, als onderdeel van 'good clinical practice'. De term 'outcome' duidt aan dat het gaat om het vaststellen van een behandel*uitkomst* door middel van *monitoring* of *measurements* (Lambert, 2007). In de PK BAT leidde de introductie van het begrip 'uitkomstenonderzoek', ofwel 'uitkomstenmanagement', zoals het door de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg naar voren werd geschoven (Baert, 2007; Van Nuffel, 2006), in eerste instantie tot enige wrevel en weerstand bij de hulpverleners. *Hoe kan men nu alles in cijfers gaan meten?* Stilaan hebben we die wrevel kunnen wegwerken door de term 'uitkomstenonderzoek' te vervangen door het neutralere 'follow-upmetingen' en door te vertrekken van de basisscreening als eerste meting en sommige van deze vragenlijsten systematisch te herhalen (bottom-up). De keuze van de vragenlijsten die tot de follow-up zouden behoren, werd vooral inhoudelijk bepaald door de verschillende afdelingsteams.

[T a b e l 1] Significantie van verschillen tussen begin- en eindmeting op de DUSI-R volgens paired sample t-tests (*p-waarden*).

DUSI-R	Begin	Einde	p-waarde	Effectgrootte
TOTAALSCORE	35,61	18,50	**.000**	.537
Middelengebruik	58,98	26,39	**.000**	.525
Gedrag	32,78	17,17	**.000**	.314
Gezondheid	39,30	25,67	**.000**	.282
Psychiatrische symptomen	38,51	20,33	**.000**	.459
Sociale competentie	36,84	20,85	**.000**	.318
Familie	26,61	14,13	**.000**	.284
Werk	17,66	9,5	**.000**	.184
Leeftijdsgenoten	24,78	13,62	**.000**	.331
Vrije tijd	44,71	23,96	**.000**	.397

Bij het uitkomstenonderzoek komt het er eigenlijk op neer een antwoord te formuleren op de vraag: *Zijn wij als afdeling (instelling) goed bezig?* Daartoe dienen de resultaten van de verschillende meetmomenten niet individueel per patiënt bekeken te worden zoals bij monitoring, maar worden er analyses uitgevoerd op groepsniveau. Op die manier kan er een antwoord gegeven worden op de vraag of de behandelingen een positieve, significante verandering hebben teweeggebracht in die specifieke groep van patiënten of, beter gezegd, op die specifieke afdeling. Als voorbeeld nemen we de *Drug Use Screening Inventory – Revised* (DUSI-R; Tarter & Kirisci, 2001) die op de afdeling Ter Dennen zowel tijdens de basisscreening als bij

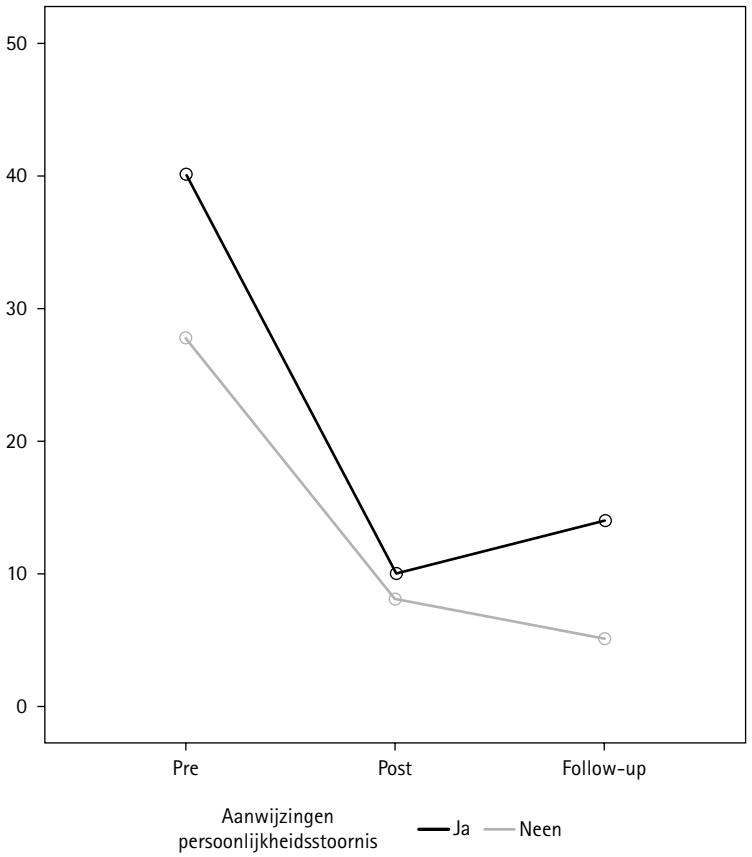
ontslag werd afgenomen bij 119 patiënten, waarvan 93 mannen en 26 vrouwen. Uit tabel 1 blijkt duidelijk dat er volgens paired-sample t-tests significante verschillen zijn op alle domeinen alsook op de totaalscore van de DUSI-R. Concreet betekent dit dat de behandeling op Ter Dennen een positieve invloed heeft gehad op het middelengebruik en de daarbij horende levensdomeinen. Op de vraag of de afdeling goed bezig is, kunnen we op basis van deze resultaten 'ja' antwoorden. De scores op de DUSI-R zijn significant lager bij ontslag dan aan het begin van de behandeling, wat wijst op een daling van de symptomatologie; aldus zijn de bruikbaarheid en het positieve belang van de behandeling bij die groep van patiënten 'bewezen' (met metingen en met cijfers onderbouwd).

Evidence-based practice op de afdeling

De resultaten van de analyses in termen van p-waarden, zoals hierboven aangehaald, zijn vooral belangrijk als we de effectiviteit van de behandelingen moeten aantonen. Waar afdelingen waarschijnlijk inhoudelijk veel meer aan hebben, is informatie waardoor ze hun behandelprogramma's kunnen optimaliseren. Ze hebben met andere woorden meer nood aan antwoorden op de vraag: *Zijn wij als afdeling goed bezig en waar kunnen we bijsturen?* Daarom kijken wij in de PK BAT niet enkel naar de resultaten in termen van de zogenaamde p-waarden, maar richten wij ons vooral op de grootte van de effecten/verschillen. In tabel 2 kunnen de effectgroottes in de laatste kolom afgelezen worden. Op de domeinen met een kleine effectgrootte (bijvoorbeeld: de domeinen 'werk' en 'familie') werd weliswaar een statistisch significant effect behaald, doch de berekening van de effectgrootte wijst erop dat de verschillen in ruwe scores tussen opname en ontslag op die specifieke schalen relatief klein zijn. Als afdelingen hun behandelingen willen verbeteren, kunnen ze trachten om de programma's zodanig bij te sturen dat er in de toekomst grotere veranderingen zichtbaar worden. De verkregen info uit de follow-upmetingen wordt op deze manier mee opgenomen in verbeterprojecten die in de kliniek passen binnen het kwaliteitsdenken, waarbij de verkregen resultaten aangezien kunnen worden als relevante kwaliteitsindicatoren.
Wanneer we bijvoorbeeld de effectgroottes in tabel 2 bekijken, merken we op dat het team van de afdeling Ter Dennen in de toekomst zijn behandeling nog meer zou moeten toespitsen op de domeinen werk, familie en gezondheid.

[T a b e l 2] Effectgroottes van de verschillen tussen begin- en eindmeting op de DUSI-R volgens paired sample t-tests.

DUSI-R	Begin	Einde	p-waarde	Effectgrootte
TOTAALSCORE	35,61	18,50	**.000**	.537
Middelengebruik	58,98	26,39	**.000**	.525
Gedrag	32,78	17,17	**.000**	.314
Gezondheid	39,30	25,67	**.000**	.282
Psychiatrische symptomen	38,51	20,33	**.000**	.459
Sociale competentie	36,84	20,85	**.000**	.318
Familie	26,61	14,13	**.000**	.284
Werk	17,66	9,5	**.000**	.184
Leeftijdsgenoten	24,78	13,62	**.000**	.331
Vrije tijd	44,71	23,96	**.000**	.397



FIGUUR 7. Invloed van de aan/afwezigheid van aanwijzingen van een persoonlijkheidsstoornis op de effectiviteit van de therapieën tijdens de behandeling en één maand na ontslag.

Met de data uit de follow-upmetingen is het daarenboven mogelijk om antwoorden te bieden op specifieke vragen van afdelingsteams. Een vraag van Ter Dennen was bijvoorbeeld of er aparte behandelgroepen gemaakt moesten worden voor patiënten mét en zonder persoonlijkheidsstoornissen. Om hierop een antwoord te kunnen formuleren werden de resultaten van de totaalscore op de DUSI-R op drie verschillende meetmomenten bekeken: bij opname, bij ontslag en bij follow-up na één maand. Repeated measure Anova's met de aan/afwezigheid van aanwijzingen van een persoonlijkheidsstoornis volgens de ADP-IV (Schotte, De Doncker, Van Kerckhoven, Vertommen, & Cosyns, 1998) als covariaat toonden aan dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis aan het begin van de opname een ernstigere graad van middelengebruik aangaven; maar op het einde van de behandeling was er geen significant verschil meer in de DUSI-R-totaalscore tussen patiënten mét en zonder persoonlijkheidsproblematiek. Wel zagen we dat patiënten mét persoonlijkheidsstoornissen één maand na ontslag opnieuw een significant hogere DUSI-R-totaalscore lieten zien dan patiënten zonder persoonlijkheidsproblematiek (zie figuur 7). Uit de gegevens kunnen we afleiden dat het opsplitsen in twee afzonderlijke groepen tijdens de residentiële behandeling nodig noch nuttig is, maar dat een opsplitsing in nazorggroepen wel aangewezen is.

Een alternatieve benadering zou daarbij kunnen zijn dat behandelaars tijdens de opname meer aandacht schenken aan hervalpreventie bij die patiënten bij wie er aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis zijn.

Het gebruik van ROM-data, zoals hierboven aangehaald, tezamen met het gebruik van evidence-based richtlijnen voor de ggz (bijvoorbeeld: Van Everdingen et al., 2004), maakt dat we komen tot een evidence-based practice op de afdelingen in de PK BAT.

Kanttekeningen

Wanneer we een SWOT-analyse maken van deze manier van werken, moeten we toegeven dat er ook enkele beperkingen aan onze werkwijze verbonden zijn.
In eerste instantie doen we in de basisscreening enkel een beroep op zelfinvulvragenlijsten. Sociale wenselijkheid en defensief antwoorden kunnen bij het invullen daardoor niet uitgesloten worden. We zijn echter van mening dat ook dat gegeven, zeker bij de basisscreening, waardevolle informatie is waarmee de therapeuten patiënten aan het begin van hun behandeling kunnen confronteren. Deze antwoordstijl leidt daarenboven ook dikwijls tot een aanvraag voor verder specialistisch onderzoek.
Ten tweede is het zo dat een beperkt aantal patiënten niet over de geschikte cognitieve mogelijkheden beschikt om vrij moeilijke vragenlijsten (zoals bijvoorbeeld de ADP-IV) betrouwbaar in te vullen. Ook deze patiënten worden in de meeste gevallen verder uitgebreid diagnostisch onderzocht met materiaal op maat.
Ten derde richten we ons in ons uitkomstenonderzoek voornamelijk op de uitkomst van de behandeling en niet zozeer op de processen. We kunnen met andere woorden wel aangeven of er tijdens de behandeling aspecten significant veranderd zijn, maar we hebben geen zicht op de mogelijke processen die mede verantwoordelijk zijn voor deze verandering; daarvoor is verder (vaak meer kwalitatief) onderzoek nodig. Zo erkennen we bijvoorbeeld het belang van de therapeutische relatie, zowel met het team als met de medepatiënten, bij het wel/niet slagen van een behandeling. We hebben ons daarom recentelijk ook de vraag gesteld of de 'therapeutische relatie' geen 'vijfde kwadrant' zou moeten zijn in het model van Walburg. Om een antwoord op deze vraag te formuleren, hebben we een pilootonderzoek uitgevoerd met de afname van de *Session Rating Scale* (SRS) (Duncan, Miller, Sparks, Claud, Renolds, Brown, & Johnson, 2003) op het einde van de behandeling. De SRS bevraagt wat de patiënt vond van de bijeenkomst en geeft tevens informatie over de ervaren therapeutische relatie. Uit de resultaten bleek dat de therapeutische relatie met het team en de medepatiënten inderdaad een belangrijke factor is bij het in kaart brengen van de effectiviteit van de behandelingen. We plannen daarom in de nabije toekomst de SRS systematisch af te nemen op het einde van elke behandelperiode.
Als laatste dienen we op te merken dat het hier niet gaat om effectiviteitsonderzoek in de strikte zin van het woord, aangezien er hier geen sprake is van randomized clinical trials. Toch zijn we van mening dat de uitgevoerde efficacy-onderzoeken bruikbare tools aan de afdelingsteams aanreiken in hun proces van optimaliseren van de behandelprogramma's.

Conclusie

We hopen dat het voorgaande illustratief was voor de slogan van de PK BAT, namelijk dat 'meten veel meer kan betekenen dan alleen maar weten'. We zijn momenteel nog volop bezig met het meten zodanig in het hulpverleningsproces te verankeren dat het niet enkel om het vergaren van cijfers gaat, maar dat het meten ook voeding geeft aan goede klinische praktijk.
Deze toepassing van meten levert volgens ons de volgende effecten op:

- de kwaliteit van de behandelingen stijgt (afdelingen krijgen zicht op hiaten en kunnen verbeterplannen opstellen);
- de tevredenheid van de patiënten stijgt en de drop-out daalt (door monitoring voelen patiënten zich meer betrokken bij hun behandeling en krijgen ze zicht op de evolutie en behandeldoelen; hiermee komen we ook tegemoet aan de vraag naar empowerment van de patiënt);
- de therapeuten hebben dankzij de basisscreening meer (evidence-based) handvatten om samen met de patiënt behandeldoelen aan het begin van de behandeling op te stellen, wat bijdraagt tot efficiëntie (onmiddellijk zicht op de probleemsamenhang);
- de therapeuten hebben zicht op de evolutie van de behandeling en kunnen indien nodig bijsturen, waardoor behandelingen sneller beëindigd kunnen worden.

We beogen met de implementatie van meten, en dit in de brede zin van het woord, een hogere tevredenheid bij patiënten en therapeuten, een lagere drop-out bij patiënten, empowerment van patiënten, meer en betere zorgplannen op maat voor de individuele patiënt, een grote database voor wetenschappelijk onderzoek, het voorhanden zijn van prestatie-indicatoren binnen het kwaliteitsbeleid en de mogelijkheid de gegevens te gebruiken bij een eventueel accrediteringstraject. Binnen het kwaliteitsdenken en meer bepaald binnen accrediteringstrajecten dienen immers, in de vorm van indicatoren (metingen/cijfers/resultaten), de kwaliteit en de patiëntveiligheid van de geleverde zorg in kaart gebracht te worden.
Samengevat, wensen we in de toekomst dit proces van 'meten' zodanig verder te faciliteren, te verbeteren en in te bedden in het therapieproces dat diagnostiek, therapie en (follow-up) metingen drie handen op één buik worden met als eerste prioriteit een kwalitatief hoogstaande zorg op maat voor elke patiënt.

Dankwoord

Dit proces zou niet mogelijk zijn zonder de hulp van directie, artsen, psychologen, teamcoordinatoren en vele andere medewerkers binnen de PK BATienen. Een speciaal woord van dank aan Els Pauwels, Laura Debray, Sara Depré en An Vandeputte (leden van de psychodiagnostische dienst) voor hun hulp in het mee uitdenken en uitvoeren van het psychodiagnostische proces; aan Hendrik Peuskens, Els Santens, Katrien Schoevaerts, Karen Volckaert, Peter Joostens, Asia Mierzejewska, Joris Van Roy en Willy Simons (afdelingsartsen) voor hun enthousiasme en steun in het uitwerkingsproces; en aan Frank Stallaert (stafmedewerker datamanagement) voor het organiseren van de databases.

Noot

1. We merken wel op dat, indien het team aangeeft dat de patiënt (nog) niet testbaar is (bijvoorbeeld vanwege ontwenningsverschijnselen), de afname uitgesteld wordt met minstens een week.

Literatuur

Arindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL 90 R: handleiding bij een multidimensionale psychopathologie indicator.* Lisse: Swets & Zeitlinger.

Baert, S. (2007). *Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg. Inventaris 2006. Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.* Gent: Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Bevan, H.J., Lemmens, K., Walburg, J., & Wilderspin, J. (2006). *Performance management in health care.* New York: Routledge.

Claes, L., Bijttebier, P., Vercruysse, T., Hamelinck, L., & De Bruyn, E.E.J. (2006). *Tot de puzzel past. Psychodiagnostiek in methodiek en praktijk.* Leuven: Acco.

Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research trends* (pp. 111-139). New York: Nova Science.

De Jaegere, V., De Smet, A., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2010). *Een starterskit voor een betere GGZ: visie en methodieken.* Leuven: Lucas.

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

Garner, D., & van Strien, T. (2002). *Eating Disorder Inventory II: Nederlandse versie.* Lisse: Swets.

Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology in Session, 61*, 155-163.

Houben, M.E. (1986). Individuele psychodiagnostiek. In S. Jannes, & M. Van Moffaert (Red.), *Psychiatrie* (pp. 71-93). Gent: Omega Editions.

Kamstra, F., & Hutschemaekers, G.J.M. (2011). Van getrapte zorg naar getrapte diagnostiek. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 37*, 414-427.

Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*, 1-14.

Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorders is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 711-730.

Probst, M., van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1992). De Lichaams-Attitude-Vragenlijst (LAV) bij patiënten met eetstoornissen: onderzoeksresultaten. *Bewegen & Hulpverlening, 4*, 286-299.

Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J., & Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): A questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction, 89*, 563-572.

Raven, J., Raven, J.C., & Court, J.H. (2000). *Raven Standard Progressive Matrices: 2000 edition.* Texas: Harcourt.

Schacht, R. (2003). Vragenlijst Tevredenheid Levensdomeinen. *Psychopraxis*, 5, 257-262.

Schacht, R., De Raedt, R., & Rijnders, P. (2007). Evidence-based stepped care in de gedragstherapeutische praktijk. Een protocol voor probleemidentificatie. *Gedragstherapie*, 40,85-110.

Schotte, C.K.W., De Doncker, D., Van Kerckhoven C., Vertommen, H., & Cosyns, P. (1998). Self-report assessment of the DSM-IV personality disorders. Measurement of trait and distress characteristics: The ADP-IV. *Psychological Medicine*, 28, 1179-1188.

Schreurs, P.J.G., van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *Utrechtse coping lijst: omgaan met problemen* (herziene handleiding). Lisse: Swets Test Services.

Skinner, H.A., & Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale: Users guide*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie: monitoring als therapeutische methodiek.* Leuven: Acco.

Stinckens, N., Verdru, H., & Leijssens, M. (2010). Monitoring als therapeutisch instrument. Bruggen slaan tussen klinische praktijk en onderzoek. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 40, 11-24.

Tarter, R.E., & Kirisci, L. (2001). Validity of the Drug Use Screening Inventory for predicting DSM-III-R substance use disorder. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10, 45-53.

Vandereycken, W. (1993). The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 2, 115-122.

Van Everdingen, J.J.E., Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., Van Barneveld, T.A., & Van de Klundert, J.L.M. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Nuffel, R. (2006). *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.* Gent: VVGG.

Van Oppen, P., Hoekstra, R.J., & Emmelkamp, P.M.G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 15-23.

Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-approach* (revised edition). Sarasota: Professional Resourche Exchange.

Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire.* New York: Cognitive Therapy Centre of New York.

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

Weiner, I.B., & Greene, R.L. (2008). *Handbook of personality assessment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Summary

In our Psychiatric Institution (Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen, PK BAT) we want to meet the growing demand to 'measure' in mental health care services.
By analogy with for example the Netherlands, in Belgium, so called routine outcome measurements/monitoring (ROM) or outcome management (it is demonstrating/proving the effectiveness of the given treatments) step to the foreground. Also in a residential care setting, the focus will shift to (psychological) assessment, evidence-based practice, scientific research, measuring outcome of treatments...
Measuring, however, can mean so much more than just the collection of data. In our clinic we want to anchor the process of measuring in the treatment programs, contributing to good clinical practice. We will facilitate and embed the measurements into the therapeu-

tic processes in such a way that diagnostics, therapy and follow-up measurements become three hands on one belly with as most important priority coming to a high quality of care for each individual patient.

Personalia

Prof. dr. Eva Dierckx is docent en postdoctoraal onderzoeker aan de Vrije Universiteit Brussel en stafmedewerker onderzoek in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen.
Dr. An Haekens is hoofdgeneesheer in de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen Tienen.
E-mail: Eva. Dierckx@vub.ac.be.